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

konkret

Journal für die implantologische Praxis

Kontinuität
BDIZ EDI-Vorstand wiedergewählt
Seite 18

Flüchtlinge
Mundgesundheit 30 Jahre zurück
Seite 32

Datenschutz-Grundverordnung
Gilt ab Mai für alle Zahnarztpraxen
Seite 57

PEOPLE HAVE PRIORITY

Hält, was es verspricht.
Heute und morgen!

W&H Osstell ISQ module

Farb-Touchscreen

Neu konzipierte Pumpe

Kabellose Fußsteuerung

reddot award
design concept

implantmed

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
wir sind zwar nicht Papst, aber ohne die Einflussnahme des BDIZ EDI wäre die dentale Welt um einiges ärmer. Warum behaupte ich das? Weil der BDIZ EDI schon immer bewiesen hat, dass er die Vorreiterrolle übernimmt, wenn es darum geht, Gesetze und Verordnungen für Zahnärzte zu hinterfragen – egal ob sie aus Brüssel oder Berlin kommen. Unsere Stellungnahmen zur Dienstleistungsrichtlinie, zur GOZ, zur GOÄ und zur Ungleichbehandlung bei GOZ/GOT zeigen das deutlich. Der vom BDIZ EDI initiierte Gang vor das Bundesverfassungsgericht gegen die GOZ 2012, der alternative Gesetzentwurf zum Antikorruptionsgesetz im Gesundheitswesen verdeutlichen, dass wir uns nicht scheuen, heiße Eisen anzupacken.

Wir fragen nach!

Genau darin sehen wir unsere Hauptaufgabe als Berufsverband. Unseren Mitgliedern die bestmögliche Unterstützung für ihre Praxen zu liefern, aber auch den Mund aufzumachen und aktiv zu werden, wenn etwas für den Berufsstand falsch läuft. Vor kurzem wurde der Vorstand von der Mitgliederversammlung in München wiedergewählt. Der BDIZ EDI setzt auf Kontinuität. Und ich möchte behaupten, dass der Vorstand, nicht nur in den vergangenen vier Jahren, vieles für unsere Mitglieder und für den Berufsstand erreicht hat.

Kein Grund, sich auf den Lorbeeren auszuruhen. Verbandsintern und berufspolitisch mischen wir die Karten bei jeder Vorstandssitzung neu. Wir diskutieren intensiv über die Wege, die der BDIZ EDI einschlagen sollte. Das ist ein Prozess, an dem sich alle Vorstandsmitglieder und unsere externen Fachleute beteiligen und keine One-Man-Show! Wir sind mit den Jahren zu einem guten Team zusammengewachsen. In der Strategieausrichtung des BDIZ EDI – ein sehr arbeitsintensiver, zäher und langwieriger Prozess – überprüfen wir die Sinnhaftigkeit von Entscheidungen und Wegen, die der BDIZ EDI eingeschlagen hat. Manchmal zeigt sich dabei, dass die eine oder andere Entscheidung nicht zu dem Ziel führt, das wir uns für unsere Mitglieder vorgestellt haben. Insgesamt sind wir auf einem guten Weg. Die Entscheidung, die der Vorgängervorstand des BDIZ EDI 2002 pro Europa getroffen hat, also die europäische Ausrichtung des Verbandes, war goldrichtig. Heute stellt dies ein Vorteil dar, von dem die Mitglieder profitieren, weil wir weder in Deutschland noch europaweit eine Closed-Shop-Politik betreiben, sondern im Gegenteil, offen diskutieren und die implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa aktiv einbeziehen. Man denke nur an das Europa-Symposium, das wir seit 11 Jahren mit wechselnden Partner veranstalten. Aus kleinen Anfängen ist ein Europa-umspannender Ansatz für die implantologische Praxis geworden.

Europa im Blick haben bezieht sich aber nicht nur auf die Ebene kollegialen Austausches, sondern auch auf die Politik, die in Brüssel und Straßburg gemacht wird und immer häufiger die Heilberufe und uns Zahnärzte (be)trifft. Über das EU-Dienstleistungspaket haben wir in der Vorgängerausgabe des BDIZ EDI konkret schwerpunktmäßig informiert. Ein Thema, mit dem sich der einzelne Zahnarzt in der Praxis sicher nicht beschäftigt, indes darüber informiert sein sollte. Die EU-Kommission will mehr Wettbewerb im Binnenmarkt und das Gesundheitswesen soll seine Sonderstellung verlieren. Mehr Wettbewerb wäre gleichbedeutend mit dem Abbau der regulierten Berufe und damit mit dem Abdriften der Heilberufe in gewerbeähnliche Unternehmen. Das wollen wir nicht! Mit vereinten Kräften ziehen hier insbesondere die Zahnärzte am gleichen Strang, um Dinge wie das Herkunftslandprinzip für Dienstleistungen im Gesundheitsbereich zu vermeiden und die Einführung einer Verhältnismäßigkeitsprüfung, mit dem das nationale Berufsrecht ausgehöhlt werden soll, zu verhindern.

Der Kampf hier ist noch lange nicht gewonnen, schon kommt die nächste Welle auf uns zu. Die Datenschutz-Grundverordnung wird im Mai 2018 in Kraft treten. Für uns Zahnärzte ist es ratsam, von allen Patienten die schriftliche Einwilligung in die Datenverarbeitung einzuholen. Neu ist, dass wir als Behandler den Patienten dann auch darauf hinweisen müssen, dass er seine Einwilligung auch jederzeit widerrufen kann.

Auch zu diesem Thema wird Ihnen der BDIZ EDI wieder umfangreichen Service bieten – so wie in dieser Ausgabe zur zahnärztlichen Dokumentation. Ob uns die Bürgerversicherung nicht vielleicht doch noch ins Haus steht, ist aufgrund der politischen Großwetterlage in Berlin ungewiss. Die Chancen für eine Bürgerversicherung stehen nach dem Scheitern der Jamaika-Gespräche so schlecht nicht. Aber auch in diesem Fall wird der BDIZ EDI reagieren, seien Sie gewiss!

Ihr
Christian Berger
Präsident

Inhalt

28 Alternative zu Antibiotika? Bakteriophagen

30 13. Experten Symposium: Versorgungskonzepte

66 Update periimplantäre Weichgewebsaugmentation

Aktuell

Editorial ... 3

Schwerpunkt zahnärztliche Dokumentation: Hintergrund ... 6

Berufspolitisches Forum des BDIZ EDI zur zahnärztlichen Dokumentation: „Den Nerv getroffen“ ... 7

Zahnärztliche Dokumentation: Nachgefragt bei den Experten ... 8

Zahnärztliche Dokumentation: Checklisten zum Heraustrennen ... 10

BDIZ EDI setzt auf Kontinuität ... 18

Höhepunkte des BDIZ EDI in München ... 22

Bayerischer Zahnärztetag in München: Impressionen ... 23

Was deutsche Zahnärzte umtreibt ... 24

Neues Versorgungskonzept von BZÄK und KZBV: Parodontitis wirksam bekämpfen ... 26

Bakteriophagen – Alternative zu Antibiotika? ... 28

Approbationsordnung: Kein Ende der politischen Diskussion ... 29

Ankündigung: 13. Experten Symposium des BDIZ EDI ... 30

Mundgesundheit von Flüchtlingen: 30 Jahre zurück ... 32

Rückschau/Vorschau ... 34

Der BDIZ EDI gratuliert ... 38

Europa

EAO in Madrid: Internationales Treffen von Implantologen und Prothetikern ... 40

Politische Runde: 26. Europa-Ausschuss des BDIZ EDI ... 42

FDI-Weltkongress 2017: Die Welt der Zahnmedizin zu Gast in Madrid ... 44

News-Ticker ... 48

Abrechnung & Recht

Zahnärztliche Dokumentation — Zweiter Teil ... 51

Datenschutz-Grundverordnung – Zweiter Teil ... 57

Fortbildung

Priv.-Doz. Dr. Gernot Wimmer: Update periimplantäre Weichgewebsaugmentation ... 66

Dr. Mia Buljan: Die Socket-Shield-Technik ... 72

Dr. Steffen Kistler, Stephan Adler, Dr. Frank Kistler, Priv.-Doz. Dr. Jörg Neugebauer: Digital perfektionierte Abläufe und hoher Patientenkomfort ... 80

Events

Oral Reconstruction Symposium, Wimsheim ... 88

4. MIS Global Conference 2018 ... 89

Nachbericht zum 4. BTI Day ... 90

Dentaurum Fachtage Implantologie 2017 ... 92

Neues Veranstaltungsformat bei Straumann ... 94

Oral Reconstruction Global Symposium 2018 ... 96

Osteology Symposium 2018 ... 97

2. Camlog Start-up-Days 2018 ... 98

6. VIP-ZM-Kongress 2018 ... 98

Markt

Anwenderberichte und Innovationen aus der Industrie ... 100

Termine & Mitteilungen

Aufnahmeantrag ... 129

Termine · Impressum ... 130

Effizienz
in einer neuen Dimension.

KV_04_17_0081_REVO © Copyright KaVo Dental GmbH.

Der effizienteste Weg in die 3D-Röntgenwelt von KaVo.

Entdecken Sie fast unbegrenzte Möglichkeiten:
Der neue KaVo OP 3D bietet Ihnen vier Volumendurchmesser von 5, 9, 11 und optional 14 cm mit einer individuell anpassbaren Höhe von 5 bis 9 cm. Alle Funktionen sind einfach über Laptop oder PC in Ihrer Praxis bedienbar. Das ist Effizienz in einer ganz neuen Dimension.

OP 2D | OP 3D | OP 3D Pro | OP 3D Vision

Entdecken Sie die neue Welt von KaVo:
www.new-kavo.com

KaVo Dental GmbH | Bismarckring 39 | 88400 Biberach | Deutschland
www.kavo.com

KAVO
Dental Excellence

Zahnärztliche Dokumentation – aber rechtssicher!

Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren BDIZ EDI

Sie ist die wichtigste Grundlage im (Zahn-)Arzthaftungsprozess: die Behandlungsdokumentation. Vier Jahre nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes beobachtet BDIZ EDI-Justiziar Prof. Dr. Thomas Ratajczak, dass der richtige Umgang mit der Dokumentation bei vielen niedergelassenen Zahnärzten/-innen noch nicht angekommen ist. Aus diesem Grund bietet der BDIZ EDI in dieser Ausgabe alles rund um die zahnärztliche Dokumentation: Information, Hintergrund, Interviews mit Experten und Checklisten zum Herausnehmen.

Vor Gericht erfährt der Sindelfinger Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizin- und Sozialrecht häufig, wie unbeholfen und unzulänglich das Thema in den Praxen behandelt wird. Dabei ist die zahnärztliche Dokumentation mit § 630f BGB längst Teil der Rechtsprechung. Und es ist nach Meinung *Ratajczaks* nicht damit getan, mit einer entsprechenden Abrechnungssoftware zu dokumentieren. „Die Abrechnungssoftware ist von Rechts wegen nebensächlich“, klärt *Prof. Dr. Ratajczak* auf. „Die abrechenbaren Leistungen folgen der Behandlung und nicht umgekehrt!“ Konkret: Die abrechenbaren Leistungen müssen sich aus der Behandlungsdokumentation ergeben und nicht die Behandlung aus der Abrechnungsdokumentation. In dieser Ausgabe liefert der BDIZ EDI Aufklärung aus allen Blickwinkeln und zeigt die Anforderungen an die zahnärztliche Dokumentation aus Sicht des Arzthaftungsrichters, des ermittelnden Staatsanwalts und der zahnärztlichen Körperschaft und des beratenden Anwalts. Was gehört zur Behandlungsdokumentation speziell in der Zahnmedizin? Was muss in der Patientenakte dokumentiert werden? Wie ausführlich muss die Dokumentation sein? Wie werden nachträgliche Änderungen im Arzthaftungsprozess beurteilt? Diese und weitere drängenden Fragen sucht der BDIZ EDI zu beantworten. ■

AWU

Inhalt

Interviews	Seite 08
Checklisten für die Praxis	Seite 10
Teil I zur zahnärztlichen Dokumentation Mitgliederbereich	www.bdizedi.org
Teil II zur zahnärztlichen Dokumentation	Seite 51

Foto: BDIZ EDI

Großes Interesse an der Fortbildungsveranstaltung: „Zahnärztliche Dokumentation – aber rechtssicher" des BDIZ EDI in München

Das Berufspolitische Forum des BDIZ EDI zur zahnärztlichen Dokumentation

Den Nerv getroffen

Der Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI) hat die zahnärztliche Dokumentation in diesem und im nächsten Jahr zur Chefsache erklärt. Wie groß der Bedarf an Information über die Rechtssicherheit in diesem Bereich ist, zeigte sich beim Berufspolitischen Forum des BDIZ EDI. Mit 200 Teilnehmern waren die Plätze im großen Vortragssaal im Zahnärztehaus in München restlos belegt, es gab sogar eine Warteliste. Das halbtägige Forum lieferte Aufschluss über die zahnärztliche Dokumentation aus Sicht des Gerichts, der Staatsanwaltschaft, der Körperschaft und des beratenden Anwalts und traf offensichtlich den Nerv der Praxisinhaber.

Das Berufspolitische Forum in München ermöglichte es den Teilnehmern, bei Richterin, Staatsanwalt, Rechtsanwalt und Körperschaftsvertreter nachzufragen. *Dr. Kerstin Gröner*, Vorsitzende Richterin am Landgericht Stuttgart, wurde nicht müde klar zu machen, welch hohe Bedeutung die zahnärztliche Dokumentation in der Rechtsprechung habe. „Damit besitzen Sie ein großes Machtinstrument vor Gericht!". Allerdings muss die Dokumentation die notwendigen Erfordernisse an eine Behandlungsdokumentation erfüllen.

Der Staatsanwalt

„Nachträge müssen Sie erklären", verdeutlichte 1. Staatsanwalt *Thomas Hochstein* von der Staatsanwaltschaft Stuttgart. Nachträgliche Veränderungen müssten als solche gekennzeichnet sein (Cave: Urkundenfälschung).

Typische Tatvorwürfe, die im Ermittlungsverfahren und damit im Strafrecht aufschlagen, sind laut Staatsanwalt der Behandlungsfehler, der Abrechnungsbetrug, die Verletzung der Schweigepflicht und genannte Urkundenfälschung.

Die Körperschaften

BDIZ EDI-Präsident *Christian Berger* ging als Präsident von BLZK und Vorsitzender der KZVB auf die Haftungsfallen ein, die von der Einwilligungserklärung bis zum Einsichtsrecht, vom Umgang mit Wunschbehandlung und Zwischenfällen reichten.

Der beratende Anwalt

BDIZ EDI-Justiziar *Prof. Dr. Thomas Ratajczak* stellte klar, dass bei Strafverfahren gegen den Zahnarzt immer auch der Verlust der Approbationsordnung drohe. Zum Abschluss gab *Ratajczak* den Teilnehmern einen Leitsatz mit auf den Weg: „Aus der Eintragung einer Gebührenziffer in der Kartei folgt nicht, dass eine dieser Ziffer zuzuordnende Leistung erbracht wurde. Aus der Eintragung der Leistung folgt dagegen, dass sie erbracht wurde!"

„Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren BDIZ EDI!" Mit dieser Aufforderung hatte der Verband auf das Berufspolitische Forum hingewiesen. Welche Bedeutung der Vorstand des BDIZ EDI der zahnärztlichen Dokumentation beimisst, beweist diese neue Ausgabe des Fachmagazins BDIZ EDI konkret, das im Dezember 2017 erscheint. Dort widmen sich Verband und Redaktion dem Thema schwerpunktmäßig und bieten Checklisten und fokussierte Informationen der Experten zur Dokumentation. ■

AWU

NACHGEFRAGT

Drei Fragen zur zahnärztlichen Dokumentation an *Dr. Kerstin Gröner*, Vorsitzende Richterin am Landgericht Stuttgart

Sie behandeln am Landgericht Stuttgart als Vorsitzende Richterin Rechtsstreitigkeiten zwischen (Zahn-) Arzt und Patienten. Was ist das häufigste Streitobjekt rund um die Behandlungsdokumentation bei Zahnärzten?

Zahnärzte verstehen die Dokumentation oft nur als Nachweis der erbrachten Leistungen für ihre Abrechnung und verkennen deren medizinische Relevanz. Angaben zu Anamnese, Befund und Therapieempfehlungen fehlen meist. Zudem muss eine Dokumentation zwar nicht mit Blick auf ein mögliches Gerichtsverfahren geführt werden, aber eine ausführliche Dokumentation stärkt die Position des Behandlers im Prozess enorm. Diese Chance nutzt fast niemand – was sich hoffentlich nach dem 2. Dezember 2017 ändern wird (Anm. d. Red.: Am genannten Tag fand das Forum „Zahnärztliche Dokumentation – aber rechtssicher!“ des BDIZ EDI in München statt).

In wie viel Prozent der Fälle ist die Dokumentation unzureichend – und was ist der Grund?

Mehr als die Hälfte der Dokumentationen besteht nur aus Abrechnungsziffern. Bei EDV-gestützten Dokumentationen trifft dies noch weitaus häufiger zu. In den — nur noch wenig verbreiteten – handschriftlichen Karteikarten wird dagegen eher mehr dokumentiert. Ursache hierfür dürfte sein, dass der Zahnarzt immer weniger Zeit für seine Hauptaufgabe hat, nämlich die Behandlung seiner Patienten, und sich stattdessen Streitigkeiten mit der KZV, der EDV und sonstigen Verwaltungsaufgaben widmen muss.

Dr. Kerstin Gröner

Die zahnärztliche Dokumentation ist ja seit 2013 im Patientenrechtegesetz festgeschrieben. Hat sich seither im Umgang der Zahnärzte mit den Anforderungen an die zahnärztliche Dokumentation etwas positiv verändert?

Das Patientenrechtegesetz hat entgegen weitverbreiteter Auffassung die Rechtslage nicht geändert. Das gilt nicht nur für die Dokumentation, sondern auch für sonstige Fragen, die sich im Arzthaftungsprozess stellen. Das Gesetz hat nur eine seit langem gefestigte Rechtsprechung übernommen.
In der Presse und auch in Fachpublikationen wurde dies anders dargestellt, was zumindest die Hoffnung begründete, dass die Dokumentationspflicht künftig ernst genommen wird. Leider ist dies nicht der Fall. ■

AWU

NACHGEFRAGT

Drei Fragen an BDIZ EDI-Justiziar *Prof. Dr. Thomas Ratajczak*

Was ist aus Ihrer Erfahrung der häufigste und der gravierendste Fehler, den Zahnärzte/-innen bei der zahnärztlichen Dokumentation nach wie vor machen?

Es gibt zu wenige Informationen über die Gespräche mit den Patienten. Vielfach lässt sich weder erkennen, über welche Behandlungsoptionen der Patient denn nun eigentlich beraten wurde, noch worin er schlussendlich eingewilligt hat.

Wann ist die Behandlungsdokumentation unzureichend, können Sie das anhand eines Beispiels festmachen?

Es gibt nach wie vor Behandlungsdokumentationen, die aus einer Aneinanderreihung von Gebührenordnungsziffern bestehen (Beispiel: 42 X1). Keine Hinweise zur Anamnese, zum klinischen Befund (warum ist eine X1 an Zahn 42 überhaupt notwendig?), zur Aufklärung des Patienten unter anderem über Behandlungsalternativen, zu seiner Einwilligung. Wenn es ein Röntgenbild gibt, dann findet sich in den Unterlagen dazu kein Befund. Damit kam man früher durch, heute ist das reiner Murks. Die Behandlungsdokumentation ist unzureichend, wenn sich mit ihr für einen anderen Behandler nicht weiterarbeiten lässt, ohne dass Befunde et cetera komplett neu erfasst werden müssen.

Was droht dem Zahnarzt bei fehlender oder unzureichender Behandlungsdokumentation im Rechtsstreit?

Prof. Dr. Thomas Ratajczak

Diese Frage beantwortet sich nach § 630h Abs. 3 BGB: „Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis entgegen § 630f Absatz 1 oder Absatz 2 nicht in der Patientenakte aufgezeichnet oder hat er die Patientenakte entgegen § 630f Absatz 3 nicht aufbewahrt, wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat.“ Wenn gegen den Behandler die gesetzliche Vermutung steht, dass er eine (zahn-)medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme nicht getroffen hat, weil sich dazu in den Behandlungsunterlagen nichts findet, dann besteht die Vermutung eines Behandlungsfehlers. Während normalerweise der Patient zu beweisen hat, dass der Behandler einen Fehler gemacht hat, hat in diesem Fall dann der Behandler zu beweisen, doch keinen gemacht zu haben. Damit steigen die Erfolgsaussichten für den Patienten enorm. ■

AWU

3267163-DE-1609

Anna (40)

„Ich bin beruflich stark eingespannt. Daher brauchte ich eine Lösung mit wenigen Behandlungsterminen, bei der das Ergebnis trotzdem hervorragend ist.“

Astra Tech Implant System®

„Ja“ sagen leicht gemacht

Verwenden Sie beim schräg atrophierten Alveolarkamm OsseoSpeed® Profile EV. Denn das abgeschrägte Implantat folgt der Kieferanatomie nach Zahnverlust. So kann die Notwendigkeit eines Knochenaufbaus verringert werden. Dabei können Sie auf gewohnt vorhersagbare, ästhetische Ergebnisse vertrauen. Wählen Sie das Implantat, das zu der individuellen Situation passt, und machen Sie es damit Ihren Patienten leichter, „Ja“ zu einer Implantatbehandlung zu sagen.

OsseoSpeed® Profile EV – Es ist Zeit, umzudenken.

jointheev.de

Herkömmliche gegenüber innovativer Vorgehensweise

Dentsply Sirona Implants

CHECKLISTE

Behandlungsdokumentation

- ☐ Karteikarte und/oder EDV-Datei des Patienten
- ☐ Röntgenaufnahmen
- ☐ Aufklärungsbögen (sofern die Praxis damit arbeitet)
- ☐ Abformungen
- ☐ Modelle
- ☐ Heil- und Kostenpläne
- ☐ Kostenvoranschläge
- ☐ Rezepte und Verordnungen
- ☐ Überweisungen
- ☐ Rechnungen
- ☐ Korrespondenz mit dem Patienten
- ☐ Korrespondenz mit Kostenträgern
- ☐ Korrespondenz mit anderen Zahnärzten und Ärzten (Arztbriefe)

Anmerkung des BDIZ EDI:

Korrespondenz mit dem Patienten über Messenger-Dienste, die eine zeitliche Begrenzung haben, sind nicht geeignet.

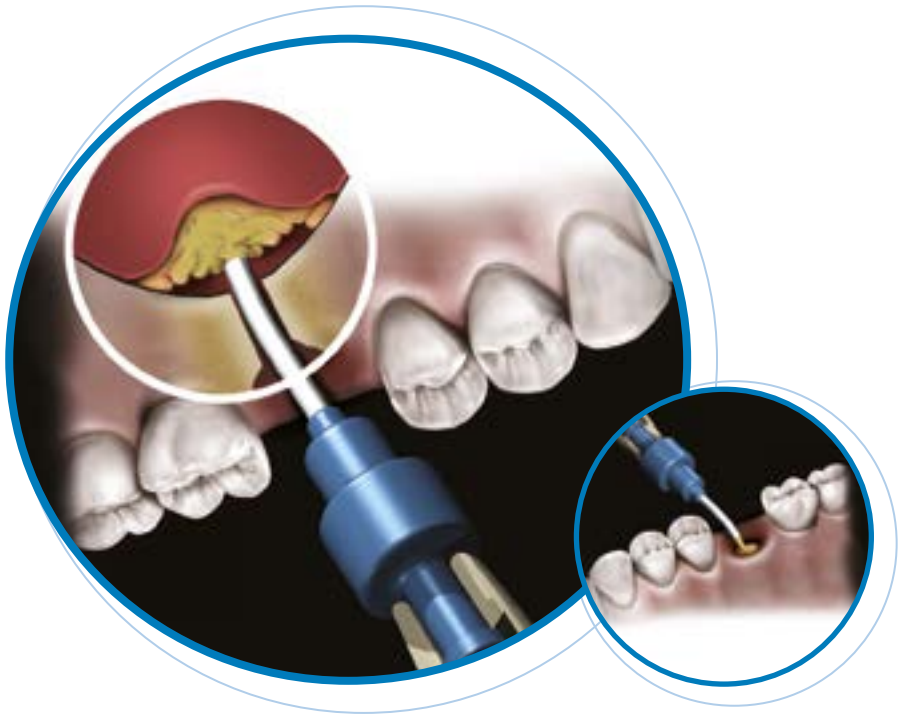
Bei der elektronischen Kommunikation sollte der Patient mit der Art der Kommunikation einverstanden sein. Die Voraussetzung ist erfüllt, wenn er selbst E-Mails, SMS etc. an die Praxis schreibt.

Auch E-Mails müssen der Patientenakte beigefügt werden.
Insgesamt sind die Datenschutzbestimmungen zu beachten.

Foto: fotolia.de/jannoon028

NovaBone® Dental Putty

Einfache Applikation, tolles Handling und bewährte Resultate



NovaBone ist ein vollsynthetisches Knochenersatzmaterial, das minimal-invasive Eingriffe zur Knochenaugmentation neu definiert. Dieses Knochenersatzmaterial der nächsten Generation aus Calcium-Phosphosilikat erlaubt ein verbessertes Handling und bietet eine höhere Leistungsfähigkeit. Die einfache Anwendung wird durch die systemeigene Einzeldosiskartusche gewährleistet.

Kontaktieren Sie uns unter 0800 101 64 20
oder besuchen Sie zimmerbiometdental.com

ZIMMER BIOMET
Your progress. Our promise.™

Alle hier enthaltene Verweise auf Zimmer Biomet Dental beziehen sich auf die Dental-Niederlassungen von Zimmer Biomet Holdings, Inc. Falls nicht anders als hierin angegeben sind alle Marken Eigentum von Zimmer Biomet, und alle Produkte werden von Zimmer Biomet Dental hergestellt, vertrieben und vermarktet. NovaBone Dental Putty wird hergestellt von NovaBone Products, LLC. NovaBone ist eine eingetragene Marke von NovaBone Products, LLC. Weitere Produktinformationen sind den jeweiligen Produktetiketten/Gebrauchsanweisungen zu entnehmen. Die Produktzulassung und -verfügbarkeit können auf bestimmte Länder/Regionen beschränkt sein. Dieses Material ist ausschließlich für Ärzte bestimmt und beinhaltet keinerlei medizinische Ratschläge oder Empfehlungen. Dieses Material darf ohne ausdrückliche schriftliche Zustimmung von Zimmer Biomet nicht vervielfältigt oder nachgedruckt werden.
ZB0136DE REV A 01/17 ©2017 Zimmer Biomet. Alle Rechte vorbehalten.

CHECKLISTE

Abrechnungsdokumentation

- ☐ Nach BEMA muss bei der Leistung das Wirtschaftlichkeitsgebot beachtet werden (§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V)
- ☐ Nach GOZ ist Voraussetzung, dass die Leistungen „nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst für eine zahnmedizinisch notwendige Versorgung erforderlich sind“ (§ 1 Abs. 2 Satz 1 GOZ)
- ☐ Über die GOZ hinausgehende Leistungen sind auf Verlangen des Patienten oder des Zahlungspflichtigen abrechenbar (§ 1 Abs. 2 Satz 2 GOZ)

Anmerkung des BDIZ EDI:

Das Maß des zahnmedizinisch Notwendigen begrenzt im BEMA die Abrechenbarkeit auf die preiswerteste der vergleichbaren zahnmedizinisch indizierten Leistungen, während die GOZ und das private Krankenversicherungsrecht eine solche Begrenzung grundsätzlich nicht kennen (siehe BGH, 12.03.2003 – IV ZR 278/01 -, Rz 30).

Die Abrechnungsdokumentation ist von Rechts wegen nebensächlich.
Die abrechenbaren Leistungen folgen der Behandlung und nicht umgekehrt.
Sie müssen sich also dezidiert aus der Behandlungsdokumentation ergeben!

Aus den abgerechneten Leistungen lassen sich weder das Warum (die Indikation) noch die Besprechung mit dem Patienten erschließen.

Foto: fotolia.de/jannoon028

Straumann® Digital Solutions

Trios® 3 Intraoral Scanner
Jedes Detail aufnehmen

www.straumann.de/trios

PATIENTEN-KOMFORT
Schnell und präzise erstellte Abformungen in naturgetreuen Farben

EFFIZIENT
Zeitersparnis und mehr Behandlungen

PRÄZISION
Digitale Präzision und Vermeidung manueller Fehler

straumann
simply doing more

CHECKLISTE

Das gehört in die Patientenakte!

- ☐ Behandlungsdatum
- ☐ Anamnese
- ☐ Klinischer Befund
- ☐ Diagnose(n)
- ☐ Zahnnummer
- ☐ Leistungsziffer, ggf. mit weiteren Erläuterungen

Aufklärung

- ☐ Aufklärungsgespräche/Beratungen mit kurzer Inhaltsangabe
- ☐ Aufklärung über die Befunde
- ☐ Aufklärung über die Diagnose
- ☐ Aufklärung über die Therapieoption
- ☐ Risikoaufklärung
- ☐ Aufklärung über die (ungefähren) Kosten der Behandlung
- ☐ Aufklärung über evtl. zu erwartende Probleme mit der Kostenerstattung (§630c Abs. 3 BGB)

Behandlung

- ☐ Untersuchungsergebnisse (z.B. Röntgenbefund mit Auswertung)
- ☐ Behandlungsplanung
- ☐ Behandlungsalternativen
- ☐ Erklärung und Einwilligung des Patienten
- ☐ Konsiliarische Befunde
- ☐ Arztbriefe
- ☐ Rezepte
- ☐ Verordnungen

Termine

- ☐ Überweisungen
- ☐ Nicht wahrgenommene Termine
- ☐ Wiedereinbestellungen/Abbestellungen
- ☐ Verlassen der Praxis

Kosten

- ☐ Fremdleistungen (Kosten)
- ☐ Vorschüsse
- ☐ Verlassen der Praxis/Abbruch der Behandlung durch Patienten gegen zahnärztlichen Rat
- ☐ Sicherungsaufklärung und therapeutische Empfehlungen für die Nachbehandlungsphase

Foto: fotolia.de/jannoon028

Diese Checklisten stehen für Mitglieder auch als PDF online im Mitgliederbereich auf www.bdizedi.org

Gültig für:

CAMLOG® SYSTEM

CONELOG® SYSTEM

This is iSy

MIT UNS SIND SIE BESSER AUFGESTELLT.

CAMLOG steht für eine faire und transparente Preispolitik. Zum siebten Mal in Folge verlängern wir unsere Preisgarantie und geben Ihnen Kosten- sowie Planungssicherheit – das hat Seltenheitswert. Das Versprechen, die Preise für die Implantate CAMLOG®, CONELOG® und iSy stabil zu halten, gilt ab sofort in Deutschland für weitere zwei Jahre – bis Dezember 2019. Und dies bei einem hervorragenden Preis-/Leistungsverhältnis von 154,– Euro/Implantat (zzgl. MwSt.) für unsere Premium-Systeme CAMLOG® und CONELOG®. Auf CAMLOG können Sie sich zu 100 % verlassen. **www.camlog.de**

a perfect fit™

camlog

CHECKLISTE

Was gehört nicht in die Patientenakte?

- ☐ Sogenannte „höchstpersönliche“ Notizen (zum Patienten)
- ☐ Korrespondenz mit der Abrechnungsgesellschaft
- ☐ Korrespondenz mit dem eigenen Anwalt (bei Problemen mit dem Patienten)
- ☐ Korrespondenz mit dem eigenen Berufshaftpflichtversicherer bei Haftungsansprüchen
- ☐ Korrespondenz mit der Zahnärztekammer oder der KZV zum Fall des Patienten

Anmerkung des BDIZ EDI:

Die genannte Auflistung ist nicht Bestandteil der Patientenakte nach §630g BGB. Die genannten Unterlagen können im Fall dennoch auf richterliche Anordnung vom Staatsanwalt beschlagnahmt werden.

Foto: fotolia.de/jannoon028

Swiss International Academy
of Osseo-Integration and Maxillo-Facial Research

IN IHRER PRAXIS/REGION
IN 9 MONATEN VOM EINSTEIGER ZUM:
„EXPERTEN IMPLANTOLOGIE & IMPLANTAT-PROTHETIK SIAO“

Mit Prof. Dr.
Jean-Pierre Bernard
Wissenschaftlicher Leiter der SIAO

Das etwa 9–11 Monate dauernde, praktisch orientierte Curriculum im kleinen Kreis (ideal 6 Teilnehmer pro Stadt / Region) basiert auf dem – jahrelang erfolgreich etablierten – Konzept der Universität Genf & SIAO.

Beginn des Curriculums / Einführungsseminar:
16. bis 19. Februar 2018

Kosten:
3.900,– € Basis* (+ 250,– € Supervision/Implantat*)

Mindestens 180 Stunden und 180 Fortbildungspunkte!

Forensik, Planung, Implantation, Prothetik und Abrechnung, durch Sie als Teilnehmer (unter enger Supervision) selbst und Assistenz bei Ihren Studienkollegen in Ihrer Region!

*zzgl. MwSt.

IN IHRER STADT / PRAXIS

KEINE ZUSATZ-AUSRÜSTUNG

€ 3.900,– + 250,- SUPERVISION/ IMPLANTAT*

Anmeldungen und Anforderung von Infomaterial:

Sekretariat VIP-ZM e.V.
Silvanerstraße 13 a
55129 Mainz
fon: +49 (0) 6131 492 41 39
eMail: info@vip-zm.de

www.vip-zm.de

In Kooperation mit dem:

VIP-ZM e. V. Verein innovativ-praktizierender Zahnmediziner/-innen e.V.

Mitgliederversammlung bestätigt Vorstand und Programm bis 2021

BDIZ EDI setzt auf Kontinuität

Der Vorstand des BDIZ EDI ist bei der diesjährigen Mitgliederversammlung in München fast vollständig wieder angetreten und wiedergewählt worden. Die Mitgliederversammlung sprach den Präsidenten Christian Berger aus Kempten und Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller aus Köln sowie dem gesamten Vorstandsteam am 2. Dezember 2017 einstimmig das Vertrauen aus. Damit wird der Kurs fortgesetzt, den der Vorstand in den vergangenen Jahren für den Verband eingeschlagen hat und der geprägt ist vom konstruktiv-kritischen Dialog mit Verbänden, Organisationen, Politik und der Unterstützung der Zahnarztpraxen, insbesondere im Bereich der Honorierung.

Die Mitgliederversammlung wählte *Christian Berger* in München für weitere vier Jahre zum Präsidenten des BDIZ EDI. Gegenkandidaten gab es nicht, die Wiederwahl erfolgte einstimmig. Ebenso wiedergewählt wurde der gesamte Kernvorstand mit Vizepräsident *Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller* (Köln) als Stellvertreter, *Dr. Detlef Hildebrand* (Berlin) als Generalsekretär, *Dr. Wolfgang Neumann* (Philippsthal) als Schatzmeister und *Dr. Stefan Liepe* (Hannover) als Schriftführer. Während das Kernteam unverändert bleibt, gibt es eine Änderung bei den Beisitzern. Für *Prof. Dr. Dr. Bernd Kreusser* aus Aschaffenburg, der auf eigenen Wunsch nach vielen Jahren aus dem Vorstand ausscheidet, wurde die Berliner Zahnärztin *Dr. Nathalie Khasin* gewählt. Die weiteren Beisitzer bleiben unverändert nach Wiederwahl im Amt: *Dr. Dr. Peter Ehrl* (Berlin) *PD Dr. Jörg Neugebauer* (Landsberg), *Dr. Renate Tischer* (Bad Salzungen) und *Dr. Freimut Vizethum* (Rauenberg). *Dr. Khasin* will sich in der Nachwuchsarbeit engagieren und junge Zahnärzte/innen für den Verband interessieren.

Der Vorstand wird in den nächsten vier Jahren die von der Mitgliederversammlung getragene Strategieausrichtung des BDIZ EDI fortsetzen. Ziel bleibt die Verknüpfung von praxisnaher Fortbildung, Service für die Mitgliederpraxen und der Hilfestellung bei Abrechnung und Honorierung. Die Mitgliedersammlung fand im Anschluss an das von 200 Teilnehmern besuchte Berufspolitische Forum zum Thema „Zahnärztliche Dokumentation“ im Zahnärztehaus in München statt. ■

AWU

Fotos: Wuttke

Der Vorstand des BDIZ EDI 2017 bis 2021: (v.l.n.r.) Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller, Priv.-Doz. Dr. Jörg Neugebauer, Dr. Nathalie Khasin, Dr. Freimut Vizethum, Dr. Renate Tischer, Dr. Detlef Hildebrand, Dr. Wolfgang Neumann, Dr. Stefan Liepe, Dr. Dr. Peter Ehrl und Christian Berger

Prof. Dr. Dr. Bernd Kreusser aus Aschaffenburg gehörte dem Vorstand des BDIZ EDI seit 2001 an.

Dr. Nathalie Khasin aus Berlin ist neu im Vorstand.

Rückblick 2013 bis 2017

BDIZ EDI: „Wir sehen uns als Vorreiter“

Der BDIZ EDI hat alles, was einen gesunden Verband ausmacht: stabile Mitgliederzahlen, solide Finanzen und eine Strategie für die Zukunft. Nach vier Jahren im Amt hat der Vorstand Rechenschaft abgelegt.

In seinem Rückblick vor der Mitgliederversammlung in München beschäftigte sich BDIZ EDI-Präsident *Christian Berger* mit den vergangenen vier Jahren und stieg mit Blick auf die aktuelle politische Situation in Deutschland in seinen Bericht ein. Durch das Scheitern der Jamaika-Koalition sei die Bedrohung durch die Bürgerversicherung wieder akut. „Im Umgang mit dem Antikorruptionsgesetz sind wir seit 2013 einen langen Weg des Widerstands gegangen“, startete *Berger* mit den wichtigsten Stationen der vergangenen vier Jahre: Anhörung im Rechtsausschuss, Schreiben an den Rechtsausschuss und das Justizministerium, der Versuch Ärzteschaft und Zahnärzteschaft zu diesem Thema mit ins Boot zu holen, schließlich der alternative Gesetzentwurf des BDIZ EDI und die Ratgeber zum Umgang mit der Situation für die Zahnarztpraxen. Dass der Passus zum Berufsrecht aus dem Entwurf gestrichen wurde, sei auch ein Verdienst des BDIZ EDI.

Berger erinnerte an die 2015 vom Verordnungsgeber angekündigte Überprüfung der Auswirkungen von Neustrukturierung und -bewertung der Leistungen in der GOZ, woraufhin die Bundesregierung von einem Honoraranstieg im Jahr 2012 von 9,2 Prozent ausgegangen sei. Der Vorwurf des BDIZ EDI: der Verordnungsgeber ignoriert weiter die Kostenentwicklung in den Praxen. Der BDIZ EDI machte 2015 auf die Ungleichbehandlung bei GOT und GOZ aufmerksam (plus 10 Prozent bei den Tierärzten, nach wie vor keine Punktwerterhöhung in der GOZ) und hat sich frühzeitig gegen das im Jahr 2016 präsentierte Verhandlungsergebnis von Bundesärztekammer und PKV zur GOÄ-Novellierung ausgesprochen und anhand von Synopsen aufgezeigt, warum der BDIZ EDI die Zahnärzte als Verlierer der geplanten Vereinbarung sieht. Der BDIZ EDI fordert nach wie vor, Leistungsziffern aus der GOÄ in die GOZ zu überführen.

Verbandsarbeit

Zur Verbandsarbeit ging der BDIZ EDI-Präsident auf das seit Jahren praktizierte Modell ein, die Jahressymposien aus Kostengründen in Kooperation mit anderen Verbänden/Gesellschaften zu veranstalten, wie zum Beispiel 2017 mit der Bayerischen Landeszahnärztekammer. Auch die Gutachterkonferenzen werden seit Jahren in Kooperation mit einer (Landes-) Zahnärztekammer veranstaltet. 2018 ist die Gutachterkonferenz in Zusammenarbeit mit der Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz in Mainz geplant. Das Europa-Symposium des BDIZ EDI hat sich nach Aussage *Bergers* von einem kleinen Projekt zu einem Europa-umspannenden Austausch von implantologisch tätigen Zahnärzte entwickelt – auch dies geschieht in Kooperation mit Fachgesellschaften oder Organisationen in den jeweiligen Ländern. Nach *Bergers* Information haben sich inzwischen mit den Niederlanden und Portugal weitere Verbände um eine Kooperation mit dem BDIZ EDI bemüht.

In Zeiten von gesundheitspolitischen Umwälzungen sei es notwendig, wenn Verbände wie der BDIZ EDI sich mit der zukünftigen Ausrichtung beschäftigen. Den Prozess zur Strategie 2025 hat der BDIZ EDI-Vorstand bereits vor zwei Jahren angestoßen und arbeitet kontinuierlich an den Inhalten. Bei den Strategiesitzungen hat sich herauskristallisiert, dass die frühzeitige europäische Ausrichtung des BDIZ EDI als Wettbewerbsvorteil zu sehen ist. Zum Schluss seines Berichts machte der BDIZ EDI-Präsident deutlich: „Wir sind ein Berufsverband und wollen das auch bleiben. Wir sehen uns in vielen Bereichen als Vorreiter!“ Als Beispiele nannte er das Antikorruptionsgesetz und die GOÄ-Novellierung.

Fortbildung

Seit Jahren ist *Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller* für die wissenschaftliche Ausrichtung des Verbandes verantwortlich:

Fotos: Wuttke

Diese Ratgeber haben die Mitglieder 2017 erhalten: Praxisleitfaden 2017, BDIZ EDI-Tabelle 2017 und Empfehlungen des BDIZ EDI zur Vermeidung von Korruption in der Zahnarztpraxis

Der Vorstand des BDIZ EDI gibt Rechenschaft über vier Jahre Arbeit (v.l.n.r.): Schatzmeister Dr. Wolfgang Neumann, Beisitzer Dr. Dr. Peter Ehrl, Generalsekretär Dr. Detlef Hildebrand, Justiziar Prof. Dr. Thomas Ratajczak, Präsident Christian Berger, Vizepräsident Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller, Schriftführer und Geschäftsführer Dr. Stefan Liepe, die Beisitzer Priv.-Doz. Dr. Jörg Neugebauer, Vorsitzender des Q&R-Ausschusses, Dr. Renate Tischer und Dr. Freimut Vizethum

dazu gehört die Suche nach geeigneten Themen und Referenten für Experten Symposium, Europäische Konsensuskonferenz und das Jahressymposium. Der BDIZ EDI-Vizepräsident ist nicht nur Initiator, sondern auch verantwortlicher Leiter der Curricula Implantologie. Inzwischen ist Curriculum 19 angelaufen und ausgebucht. Die Teilnehmer seien hochzufrieden mit den praxisnahen modular aufgebauten Curricula des BDIZ EDI. „Während früher Kollegen teilgenommen haben, die 1000 Implantate und mehr gesetzt hatten, werden die Teilnehmer heute immer jünger", zeigte er den aktuellen Trend auf. Für den BDIZ EDI-Vizepräsidenten sind die Curricula und das Experten Symposium in Köln Aushängeschilder des BDIZ EDI. Der von der Europäischen Konsensuskonferenz erarbeitete jährliche Praxisleitfaden sei wegweisend und wegbereitend. Er verwies auf das 20. Curriculum Implantologie, das im nächsten Jahr an den Start gehen wird und dankte *Priv.-Doz. Dr. Jörg Neugebauer* für dessen Aufbauarbeit in Bezug auf die Curricula. Neugebauer habe die Anfänge der Curricula maßgeblich mitgeprägt. Der Vizepräsident kündigte an, dass sich das nächste und damit 13. Experten Symposium am 11. Februar 2018 mit dem Thema „Patientenorientierte Versorgungskonzepte" beschäftigen wird. Und natürlich werde es auch 2018 wieder einen Leitfaden zum Thema geben.

Generalsekretär *Dr. Detlef Hildebrand* nannte mit der Digitalisierung ein wichtiges Thema, mit dem sich der BDIZ EDI beschäftigt hat und noch beschäftigen wird. Neben den Vorteilen der Digitalisierung gäbe es auch eine gewisse Verunsicherung in den Zahnarztpraxen. Die Feminisierung des Berufsstandes beschäftige auch den BDIZ EDI und zusätzlich müsse man sich nicht nur um den Einstieg junger Zahnärzte/-innen in die Implantologie, sondern auch mit dem Ausstieg, sprich mit der Praxisaufgabe oder -übergabe beschäftigen.

Schriftführer und Geschäftsführer *Dr. Stefan Liepe* stellte einige Neuerungen vor: Den Umzug in kleinere Räumlichkeiten der Geschäftsstelle von Bonn nach Köln sowie die personelle Veränderung in der Geschäftsstelle. Für die Abrechnungsfragen bietet der BDIZ EDI eine kompetente Ansprechpartnerin an. In der Zwischenzeit sei der Verband auch in Bezug auf den Zahlverkehr und im Bereich EDV- und Mitgliederverwaltung modern, sprich online aufgestellt.

Finanzen

Schatzmeister *Dr. Wolfgang Neumann* stellte den Haushalt vor. Zwar zeigen die Einnahmen des BDIZ EDI durch Mitgliedsbeiträge einen leichten Abwärtstrend, dennoch habe es der BDIZ EDI in den vergangenen drei Jahren durch intensives Sparen in allen Bereichen geschafft, in den vergangenen Jahren eine Rücklage zu bilden. Nach Vorstellung des Haushaltsplans für 2018 und Bericht des Rechnungsprüfers *Dr. Dieter Senger*, der eine solide Haushaltsführung bescheinigte, erteilte die Mitgliederversammlung dem Vorstand einstimmig Entlastung und genehmigte den Haushaltsplan 2018. Seit einigen Jahren werden nach Vorgaben des Vorstands Rückstellungen vorgenommen, um große Projekte (juristische Schritte im Bereich der GOZ, Publikationen et cetera) finanzieren zu können.

Die angekündigte Satzungsänderung wurde einstimmig beschlossen. Dabei geht es um eine Änderung in der Beitragsordnung bezüglich Vollmitgliedschaft und um die assoziierten Partnerverbände und deren Beitrag. ■

AWU

Handfeste Unterstützung für Mitglieder

- Die BDIZ EDI-Tabelle 2017 für den vollen Durchblick beim Vergleich von BEMA, GOZ 2012, GOZ 1988, GOÄ und HOZ.
- Den Praxisleitfaden der Europäischen Konsensuskonferenz zum Umgang mit einem aktuellen implantatchirurgischen und -prothetischen Thema. 2017 wurde das Konsensuspapier zum Thema „Digitaler Workflow in der Implantologie" weitergegeben.
- Seit 2013 bearbeitet der BDIZ EDI das Thema „Antikorruptionsgesetz im Gesundheitswesen" und jedes Jahr einen Ratgeber zur Thematik. 2017 erhielten die Mitglieder Anfang des Jahres 90 konkrete Beispiele in der Broschüre „Vermeidung von Korruption in der Zahnarztpraxis."

Digitales Röntgen: einfach mit dem „Plug & Ray Set“

Ist gar nicht so schlimm, wie Sie denken

Alles halb so wild: Was auf den ersten Blick nach einer komplexen Herausforderung aussieht, wird mit Dentsply Sirona zum Kinderspiel. Mit unserem „Plug & Ray Set“ sind Sie im Nullkommanix bereit, Ihre Praxis auf digitales Röntgen umzustellen – ohne große Umbauten, kostenintensive IT-Infrastruktur und Einschränkungen für Ihren Praxisbetrieb. Vergessen Sie Ihre Bedenken und erkennen Sie die Vorteile des digitalen Röntgens.

www.dentsplysirona.com/imaging/plug-and-ray

THE DENTAL SOLUTIONS COMPANY™

Dentsply Sirona

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

Dr. Stefan Liepe, Geschäftsführer des BDIZ EDI

BLZK-Präsident Christian Berger

Fotos: BLZK

Höhepunkte des Bayerischen Zahnärztetags aus Sicht des BDIZ EDI

Bewahrung des Feuers

Der BDIZ EDI war im Oktober erneut Kooperationspartner des traditionsreichen Bayerischen Zahnärztetags, zu dem die Zahnärzte aus dem Freistaat und darüber hinaus strömen, um sich und das Praxisteam fortzubilden. Das Thema: Prothetik ist mehr als Zahnersatz: Zähne – Kiefer – Gesicht. 1300 Teilnehmer informierten sich auch über die implantologischen Aspekte.

Ebenfalls seit vielen Jahren Tradition ist die Tatsache, dass sich die Veranstalter die Experten zur jeweiligen Thematik als Kooperationspartner „ins Haus" holen. Der BDIZ EDI war bereits zum zweiten Mal dabei. BLZK-Präsident *Christian Berger* verkündete in seinem Grußwort, dass die Kooperationspartner einen wesentlichen Beitrag zum Gelingen des Zahnärztetags beitragen würden. Der BDIZ EDI-Präsident weiß natürlich, welchen Input sein Verband im Bereich der Implantatchirurgie und -prothetik zu leisten vermag. Entsprechenden Anteil hatte der Verband am wissenschaftlichen Programm.

Keine Anbetung der Asche

„Tradition ist Bewahrung des Feuers und nicht Anbetung der Asche." Mit dem Zitat des Komponisten *Gustav Mahler* machte BDIZ EDI-Vizepräsident *Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller* in seinem Grußwort im Programmheft deutlich, wie innovationsorientiert das Programm des Bayerischen Zahnärztetags sei. „Seit vielen Jahren verfolgen die Körperschaften der bayerischen Zahnärzte ein Konzept der Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Fachgesellschaften und -verbänden. Über den eigenen Tellerrand hinauszublicken und sich das Fachwissen in den zahnärztlichen Disziplinen ins Haus zu holen, ist das Geheimnis des Erfolgs. Auf diese Weise lässt sich fachliches Wissen an ein breites Zahnärztepublikum vermitteln. Nicht jede Zahnärztin und nicht jeder Zahnarzt interessiert sich für alle Disziplinen." *Zöller* hob auch auf die Alterszahnheilkunde ab, die ein Schwerpunkt im Programm darstellte. „Die Zahnärzte werden sich in Zukunft deutlich mehr mit der Behandlung von älter werdenden und damit multimorbiden Patienten beschäftigen müssen. Wir vom BDIZ EDI erstellen in jedem Jahr einen Leitfaden für die Praxis im Umgang mit einem aktuellen Thema in der Implantologie. So gibt es einen Praxisleitfaden zu kurzen Implantaten, wir haben auch einen ABC-Risiko-Score entwickelt, der anhand eines Ampelsystems zeigt, wie der Schwierigkeitsgrad der individuellen Patientensituation einzuschätzen ist. Somit lässt sich das Risiko der Implantattherapie – auch bei multimorbiden und bei älteren Patienten – minimieren. Ein einfaches System, das gerade angesichts des demografischen Faktors hilfreich sein kann."

Zum Auftakt stellte *Dr. Stefan Liepe* als Geschäftsführer den BDIZ EDI vor. „Wenn der Zahn nicht mehr erhalten werden kann oder fehlt, ist ein Implantat oftmals die beste Lösung, weil sie dem natürlichen Zahn am nächsten kommt. Schätzungen zufolge werden pro Jahr in Deutschland circa eine Million Implantate gesetzt! Unser Gründervater *Prof. Dr. Brinkmann* hat einmal gesagt: Jeder Zahnarzt sollte die Möglichkeit haben, nach entsprechender Fortbildung in eigener Praxis implantologisch tätig zu sein. Das ist auch heute noch unser Credo. Bei uns wird Qualität und gute Ausbildung großgeschrieben. Das erreichen wir über unsere Curricula Implantologie, die ein erster Baustein für Berufsanfänger sind, und das erreichen wir über die hohen Anforderungen an unsere Gutachter, die wir jährlich während einer Gutachterkonferenz auch über neue Therapiemöglichkeiten informieren. Wer den Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie beim BDIZ EDI erwerben will, muss hohe Hürden erklimmen, was die Erfahrung und Anzahl gesetzter und versorgter Implantate betrifft.

Aber unser Verband, der übrigens 3000 Mitglieder in Deutschland und europaweit über 5000 Mitglieder zählt, ist darüber hinaus auch stark im Bereich des Rechts und der privatzahnärztlichen Abrechnung – und wir mischen uns in die Gesundheitspolitik ein, bevor Gesetze und Reglementierungen die Praxis treffen."

Liepe informierte über den vom BDIZ EDI eingebrachten alternativen Gesetzentwurf zum Antikorruptionsgesetz im Gesundheitswesen und kündigte an, dass sich der Verband derzeit um die zahnärztliche Dokumentation und die im Mai 2018 in Kraft tretende Datenschutz-Grundverordnung kümmere. ■

AWU

Dr. Stefan Liepe, Schriftführer des BDIZ EDI

Der ehemalige US-Botschafter in Berlin, John Kornblum, sprach als Festredner über Europa und die Welt im wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Umbruch

Stefan Pellmaier und Band begleiten den Festakt musikalisch mit einen Mix aus Ethno, Jazz und Funk

Vorträge zur Prothetik standen im Mittelpunkt des BZÄT

BDIZ EDI war Kooperationspartner

58. Bayerischer Zahnärztetag

Impressionen aus München

Der BDIZ EDI war zum zweiten Mal nach 2012 Kooperationspartner des Bayerischen Zahnärztetags. Veranstalter und Organisatoren meldeten mehr als 1.300 Teilnehmer bei dieser 58. Auflage des Kongresses, der vom 26. bis 28. Oktober im Westin Grand in München stattfand. Hier ein paar Impressionen der Veranstaltung der Bayerischen Landeszahnärztekammer (BLZK), der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB), des BDIZ EDI und der DGPro. Der facettenreiche Kongress stand unter dem Motto: Prothetik ist mehr als Zahnersatz: Zähne – Kiefer – Gesicht. Zeitgleich fand der Kongress „Können & Wissen = Kompetenz“ für das zahnärztliche Praxispersonal statt. ■

Veranstaltungsort war das Westin Grand München

Begrüßung durch Christian Berger, Präsident der BLZK und Vorsitzender des Vorstands der KZVB

Stefan Pellmaier und Band

BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel, DGPro-Präsidentin Prof. Dr. Meike Stiesch, BDIZ EDI-Geschäftsführer Dr. Stefan Liepe, Festredner John Kornblum, Bayerns Gesundheitsministerin Melanie Huml, die Gastgeber Christian Berger (BLZK), Dr. Rüdiger Schott und Dr. Manfred Kinner (KZVB)

Blick über den Festsaal

Fotos: BLZK

Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer

Was deutsche Zahnärzte umtreibt

Die Politik glänzte beim Deutschen Zahnärztetag mit Abwesenheit. Die Regierungskoalition lässt weiter auf sich warten und der noch amtierende Bundesgesundheitsminister ist eine „Lame Duck", denn Versprechungen hätte Hermann Gröhe den Zahnärzten aufgrund der ungelösten Situation in Berlin nicht machen können. Was treibt die Zahnärzte um? Die Antwort erfolgte beim Deutschen Zahnärztetag in Frankfurt: die ausbleibende Novellierung der Approbationsordnung (siehe Bericht Seite 29), die Digitalisierung und das drohende Unheil, das die BZÄK und KZBV durch Medizinische Versorgungszentren (MVZ) für die Versorgungslandschaft herannahen sehen, das PAR-Konzept der Zahnärzte.

Der Präsident der Bundeszahnärztekammer, *Dr. Peter Engel*, warnte in seinem politischen Bericht vor der Entwicklung, die er in Bezug auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) fürchtet: Es stehe die Forderung im Raum, den G-BA unter staatliche Aufsicht zu stellen. Es sei von einer Bundesbehörde oder einer Bundesagentur die Rede. Der Gesetzgeber müsse zur Verhinderung von Kompetenz-Kollisionen darauf achten, dass es zu keiner Doppelregulierung zwischen Kammersystem und GKV-Selbstverwaltung im Kompetenzbereich des G-BA käme.
Auch der Blick auf Europa fällt verhalten aus. Laut *Dr. Engel* drohe die EU mit ihrer Transparenzinitiative die deutschen Regeln des Berufszugangs und der Berufsausübung der Freien Berufe, und damit der Heilberufe, abzuschaffen. Stichwort Dienstleistungspaket. Mit dieser Art von gezielter Ökonomisierung stelle die EU die bewährten Strukturen freiberuflicher Selbstverwaltung infrage und „befeuert auch in unserem Bereich Bestrebungen, die uns im Sinne des Patientenschutzes heftige Sorgen bereiten".

PAR-Konzept: notwendige Voraussetzungen

In einem eigenen Antrag forderten Delegierte aus Baden-Württemberg, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Hamburg, dass die Verhandlungsführer das Konzept nur unter den folgenden Voraussetzungen auf den Weg bringen dürften. Der Beschluss erfolgte mehrheitlich:

- „Das Konzept bezieht sich ausschließlich auf die Behandlung von Parodontitis. Der medizinische Nutzen der Gingivitisvorbeugung und -behandlung, insbesondere durch die PZR als vorbeugende Parodontitispräventionsmaßnahme, ist unbestritten. Parodontitis und ihre Behandlung sind individuell. Die angedachten Maßnahmen (ärztliche Gespräche, UPT regelhaft im Abstand eines halben Jahres) würden einen allgemeinen Fortschritt in Sinne einer Grundversorgung bedeuten. Die Therapiefreiheit des Arztes und der Wahlleistungsanspruch des Patienten müssen erhalten bleiben. Folglich muss das Konzept die Möglichkeit von Wahlleistungen einschließen.

- Neue Behandlungsleistungen dürfen in die vertragszahnärztliche Versorgung nur eingeführt werden, wenn dafür zusätzliche und ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden. Eine Finanzierung durch Umrelationierung oder/und unter einem Budget ist abzulehnen."

Zahnärzte lehnen GOÄ-Novellierung ab

Die Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer lehnt die Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und der Bundesärzteordnung „aus ordnungspolitischen Gründen" weiter ab. Durch die Umwandlung in eine Festgebührenordnung mit nicht unterschreitbaren Einfachsätzen und eingeschränkten individuellen Berechnungsmöglichkeiten werde sie den Anforderungen an eine private Gebührenordnung nicht mehr gerecht. Abgelehnt werden folgende Aspekte: nur im Einzelfall auf den zweifachen Satz steigerungsfähige Einfachsätze, Schaffung einer gemeinsamen Kommission, die durch aktives Eingreifen in die Gestaltung der Gebührenordnung die Verordnung gestalten kann, den Eingriff in die Arzt-Patienten-Beziehung durch Beschränkung beim Abschluss einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 GOÄ, die Beschränkung bei Berechnung nicht in die GOÄ aufgenommener Leistungen und einiges mehr.

Zur GOZ nichts Neues

Bevor die GOZ thematisiert wurde, gab es einen Beschluss, der die Stärkung des Patientenwahlrechts zum Thema hatte. Der Antrag stammt von BDIZ EDI-Präsident *Christian Berger*. Die Forderung: Mehrleistungen müssen in allen Bereichen der Zahnheilkunde vereinbarungsfähig sein. Die Aufnahme neuer Leistungen in den Sachleistungskatalog dürfe nur bei gleichzeitiger Bereitstellung zusätzlicher ausreichender Mittel erfolgen. Budgetierung und Degression seien aufzuheben.
Im Bereich GOZ sah sich die BZÄK-Bundesversammlung aufgefordert, auf das Ansinnen des GKV-Spitzenverbandes zu reagieren. Die Krankenkassen fordern in einem Positionspapier Begrenzungen der Steigerungssätze bei der Abrechnung von gleichartigen und andersartigen Zahnersatzleistungen in Zusammenhang mit dem Festzuschusssystem in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies lehnen die Zahnärzte ausdrücklich ab. Die Forderung der Krankenkassen nach einer Faktorbegrenzung und einer nur teilweisen Berechnung von Ergänzungen zur Regel-

Wissenschafts- und Zukunftsforscher Horst Opaschowski entwarf beim Deutschen Zahnärztetag 2017 Visionen zu einem künftigen Lebens- und Arbeitsmodell

versorgung gefährde die Therapiefreiheit bei einvernehmlich mit dem Patienten vereinbartem gleich- oder andersartigem, aufwendigerem Zahnersatz oder verhindere eine Erstattung an den Patienten bei gänzlich anderer Ausführung eines Zahnersatzes ohne jeglichen Bezug zur Regelleistung.

Alle Jahre wieder fordert die Bundesversammlung mit Nachdruck die seit 1988 ausgebliebene GOZ-Punktwerterhöhung. Konkret: Punktwerterhöhung bis zum 1. Januar 2019. Diskutiert wurde auch die Ungleichbehandlung bei GOZ und GOT, die der BDIZ EDI bereits im Sommer zum Thema gemacht hatte. „Die Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer fordert die Bundesregierung auf, diese Ungleichbehandlung vor der Verfassung zu beenden und auch in der GOZ eine entsprechende Punktwerterhöhung vorzunehmen." Die für die ordnungsgemäße Ausübung der Berufe „Zahnarzt" und „Tierarzt" grundlegenden amtlichen Gebührenordnungen müssten sowohl die berufs- und praxisspezifischen Kostensteigerungen als auch die Entwicklungen der allgemeinen Lebenshaltungskosten berücksichtigen und einpreisen.

Bekenntnis für die Freien Berufe

Die Zahnärzte fordern die Bundesregierung auf, sich zu den Freien Berufen zu bekennen. Kräfte der Freien Berufe würden aufgrund unnötiger bürokratischer Hürden und Fesseln zunehmend behindert und gebremst. Die bewährten und stabilisierenden Selbstverwaltungsstrukturen und ihre Versorgungswerke dürften nicht weiter gefährdet werden. Der Absenkung hoher Qualitätsstandards durch de- und umregulierende europäische Einflussnahme auf die Gesundheitsberufe sei eine Absage zu erteilen (Anm. d. Red.: Dieser und weitere ähnliche Beschlüsse sind gegen die Deregulierungstendenzen der EU-Kommission gerichtet).

MVZ im Fokus

Das Entstehen (Zahn-)Medizinischer Versorgungszentren treibt die deutschen Zahnärzte um. Der Vorwurf der Bundesversammlung an die Politik: Sie setze Fehlanreize in Bezug auf die flächendeckende Versorgung. Nun soll der Vorstand der Bundeszahnärztekammer ein Konzept für den Generationenübergang in der Zahnmedizin entwickeln. Ziel ist die Entwicklung von Strukturen, die auch zukünftig eine Ausübung der Zahnmedizin in zahnärztlicher Selbstständigkeit flächendeckend ermöglichen. Dazu soll zur Information und zum Abgleich der Aktivitäten unter Beteiligung der KZBV eine Koordinierungskonferenz der (Landes-) Zahnärztekammern einberufen werden. Zusätzlich werden die an der Regierungsbildung beteiligten Parteien aufgefordert, in einem zukünftigen Gesetzgebungsverfahren im vertragszahnärztlichen Bereich die Zulassung von MVZ auf arztgruppenübergreifende Formen zu begrenzen und sich zu einem freiberuflich getragenen Gesundheitswesen klar zu bekennen. Begründung: „Arztgruppengleiche zahnärztliche MVZ haben keinen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung in ländlichen oder strukturschwachen Regionen geleistet. In der großen Mehrzahl wurden arztgruppengleiche MVZ im zahnärztlichen Bereich in bereits sehr gut versorgten Lebensräumen gegründet."

Digitalisierung in der (Zahn-)Medizin

Das Thema Digitalisierung wird seit Jahren kontrovers diskutiert. Die Bundesversammlung hält die Digitalisierung im Gesundheitswesen für ein zentrales Thema, an dem sich „die Zukunft der (zahn-)medizinischen Versorgung unserer Patienten und die Zukunft der Zahnärzte als freier Beruf entscheiden kann". Die Digitalisierung eröffne nicht nur neue Perspektiven für die Erforschung, Prävention, Diagnose und Behandlung von Krankheiten. Sie schaffe auch gesellschaftliche Herausforderungen, die die gewachsenen Prozesse im Gesundheitswesen und dessen Strukturen nachhaltig verändern können. Die Bundeszahnärztekammer werde sich dafür einsetzen, dass die Chancen für neue Anwendungen und für eine gleichberechtigte Teilhabe an einer verbesserten Versorgung genutzt werden und dass das Patienten-(Zahn-)Arzt-Verhältnis weiterhin geschützt bleibe. „Die Digitalisierung soll zu einer verbesserten und bürokratiearmen Versorgung führen und darf nicht dazu genutzt werden, die Solidarität im Gesundheitssystem zu gefährden und die freiberufliche Berufsausübung einzuschränken. Der weitere Prozess einer sicheren Vernetzung und Digitalisierung der Praxisabläufe muss auch für kleinere niedergelassene Praxen bewältigbar bleiben." Die Bundeszahnärztekammer plädiert aber auch für eine Diskussion über Chancen und Grenzen der Digitalisierung im Gesundheitswesen allgemein und der Selbstverwaltung im Besonderen. „Zu alldem bedarf es einer fortwährend angepassten Digitalisierungsstrategie des zahnärztlichen Berufsstandes", so der Wortlaut. ■

AWU

Alle Beschlüsse

Wer sich über die Beschlüsse der Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer informieren möchte, kann dies auf der Internetseite der BZÄK tun. Alle Beschlüsse unter:

Dr. Wolfgang Eßer

Foto: Axentis/BZÄK

Dr. Peter Engel

Neues Versorgungskonzept von BZÄK und KZBV

Parodontitis wirksam bekämpfen!

Am Rande des Deutschen Zahnärztetages in Frankfurt am Main stellten Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung ein neues Konzept zur Parodontitisbehandlung vor. Es soll die Volkskrankheit bekämpfen helfen. Forderung der beiden Organisationen ist die ausreichende Finanzierung durch zusätzliche Mittel.

Parodontale Erkrankungen sind bei Erwachsenen der Hauptgrund für den Verlust von Zähnen. Etwa jeder zweite jüngere Erwachsene ist an einer behandlungsbedürftigen Parodontopathie erkrankt. Zudem haben parodontale Erkrankungen erhebliche Auswirkungen auf die Allgemeingesundheit. Die Zahnärzteschaft sagt der Volkskrankheit Parodontitis daher jetzt mit einem neuen, wissenschaftlich abgesicherten Versorgungskonzept entschieden den Kampf an. Das Konzept wurde in Frankfurt am Main im Rahmen des Deutschen Zahnärztetages nach mehrjährigen Vorarbeiten verabschiedet.

Zentrale Inhalte des neuen Konzepts

Das Konzept wurde von KZBV, BZÄK und der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DG PARO) erarbeitet. Es dient der Zahnärzteschaft als Grundlage für die Neuausrichtung der Parodontitisbehandlung. Zentrale zusätzliche Leistungsinhalte sind:

- Die Aufklärung der Patienten über parodontale Gesundheit und Bedeutung der Vorsorge,
- die Einführung der neuen Leistung „Ärztliches Gespräch“, um Zahnärztinnen und Zahnärzten die individuelle und umfassende Aufklärung der Patienten zu ermöglichen,
- regelmäßige Reevaluationen zur Qualitätssicherung,
- die Ergänzung der Therapie durch eine strukturierte Nachsorge, der sogenannten Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT)
- sowie die gezielte Förderung der Eigenverantwortlichkeit und Mitarbeit der Patientinnen und Patienten durch ein Bonussystem – in Anlehnung an das entsprechende System bei der Versorgung mit Zahnersatz, das sich seit vielen Jahren bewährt hat.

Wissenschaftliche Studien geben Hinweise auf Zusammenhänge parodontaler Erkrankungen mit Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Schwangerschaftskomplikationen. Künftig ist aufgrund der demografischen Entwicklung und der Verlagerung chronischer Munderkrankungen in ein höheres Lebensalter (Morbiditätskompression) von einem steigenden Behandlungsbedarf bei der Parodontitis auszugehen.

Stellungnahmen

Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV): „Das neue Behandlungskonzept basiert auf international anerkannten wissenschaftlichen Erkenntnissen und berücksichtigt den medizinischen Fortschritt. Es soll die derzeitige 40 Jahre alte Behandlungsrichtlinie, ersetzen und schafft die Voraussetzungen für eine wirksame und nachhaltige Bekämpfung der Parodontitis. Damit leistet die Zahnärzteschaft einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Mund- und Allgemeingesundheit in Deutschland.“

Dr. Peter Engel, Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK): „Die Parodon-

titis ist und bleibt eine Volkskrankheit. Deswegen ist es notwendig, entsprechende Rahmenbedingungen für die Bekämpfung der Erkrankung zu schaffen. Notwendig ist dabei aber auch eine ausreichende Finanzierung, die durch zusätzliche Mittel erfolgen muss. Durch die Anteile der sprechenden Zahnmedizin im Konzept wird der Patient in die Lage versetzt, die notwendige Eigenverantwortung zu übernehmen. Die BZÄK wird durch eine bevölkerungsweite Aufklärung zur Früherkennung der Erkrankung dieses Konzept begleiten." ■

RED

Weitere Information

Das neue Versorgungskonzept kann auf den Websites von KZBV und BZÄK abgerufen werden: www.kzbv.de

Foto: Diego Cervo

Wissenschaftler gründen Netzwerk für Forschung und Anwendung

Bakteriophagen Alternative zu Antibiotika?

Sie gelten als mögliche Alternative zu Antibiotika: Bakteriophagen genannte Viren, die in Bakterien eindringen und die Erreger abtöten. In Deutschland wurde die Forschung zu den Bakterienkillern lange vernachlässigt. Jetzt soll ein neues bundesweites Netzwerk dies ändern: Das beschlossen Wissenschaftler und Vertreter von Pharmaunternehmen aus ganz Deutschland im Rahmen einer internationalen Konferenz zur Bakteriophagenforschung an der Universität Hohenheim in Stuttgart.

Über 100 Teilnehmer des Ersten Deutschen Bakteriophagen-Symposiums beschlossen die Gründung des neuen Forums. Kontaktstelle für das neue Forum ist das Forschungszentrum für Gesundheitswissenschaften der Universität Hohenheim.

Inhalte und Aufgaben:

Verschiedene Disziplinen in Natur- und Umweltwissenschaften, Gesundheitswesen, Medizin, Pharmazie, Landwirtschaft, Ernährungs- und Wirtschaftswissenschaften vernetzen

- Bedarfsträger, Forschung, Wirtschaft, Zulassungsbehörden, Fördermittelgeber und gesellschaftliche Akteure miteinander ins Gespräch bringen, um mithilfe von Bakteriophagen neue Lösungen zu entwickeln für human- und veterinärmedizinische Therapien, Lebensmittelhygiene und Umweltsanierung. Auch die Anwendung in kosmetischen Produkten und in möglichen weiteren Anwendungsfeldern soll gefördert werden
- Deutsche Phagenforschung in bereits bestehende internationale Netzwerke einbinden und produktive Partnerschaften fördern
- Eine Übersicht aller relevanten Akteure in Deutschland mit Kontaktdetails anbieten
- Wissenschaftlichen Nachwuchs fördern
- Forschungsaktivitäten anbahnen

Interessierte Wissenschaftler und Fachleute auf dem Gebiet der Phagenforschung und -anwendung können sich ab sofort mit dem Forschungszentrum für Gesundheitswissenschaften in Verbindung setzen: https://health.uni-hohenheim.de/phagen ■

Fotos: University of Hohenheim: A. Emmerling

Hintergrund

Phagenforschung und Forschungszentrum für Gesundheitswissenschaften

Organisiert wurde das erste Deutsche Phagen-Symposium durch das Forschungszentrum für Gesundheitswissenschaften (FZG) der Universität Hohenheim. Das FZG will eine dynamische Plattform für alle Akteure bieten, die an Themen und gemeinsamen Projekten im Bereich Lebenswissenschaften und Gesundheitsforschung interessiert sind. Es fördert interdisziplinäre Spitzenforschung und ihre Anwendung im Sinne des „One Health"-Konzeptes, verlinkt institutsübergreifend Expertise in verschiedenen Themenfeldern, zum Beispiel Biologie, Immunologie, Gesundheitswesen, Medizin, Landwirtschaft, Ernährungs-, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften und stärkt die Brücken zwischen Forschung und Anwendung, zum Beispiel zwischen Labor, Klinik, Wirtschaft und gesellschaftlichen Akteuren. Im Bereich der Phagenforschung bietet das FZG an, als die nationale Kontaktstelle für Phagenforschung und deren Anwendung zu fungieren.

Kein Ende der politischen Diskussion in Sicht

Quo vadis, Approbationsordnung?

Die Hoffnung auf eine neue Approbationsordnung für Zahnärzte nach 60 Jahren Stillstand ist einer gewissen Resignation gewichen. 2017 war die Novellierung zum Greifen nah. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hatte den entsprechenden Kabinettsentwurf vorgelegt. Doch im Bundesrat mauerten die Länder. Für die deutschen Zahnärzte ein Skandal.

In den vergangenen Jahren hat die Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) die Bundesregierung wiederholt aufgefordert, die „Neufassung der Approbationsordnung" noch in der laufenden Legislaturperiode umzusetzen. 2017 wollte der Verordnungsgeber die Approbationsordnung für Zahnärzte nach über 60 Jahren endlich novellieren. Das Bundesgesundheitsministerium hatte einen entsprechenden Kabinettsentwurf vorgelegt (KabinettsE der ZApprO-NEU vom 02.08.2017). Er sieht unter anderem vor, dass das Studium der Zahnmedizin wie bisher mit dem Staatsexamen abschließt. Dem Gesetzgeber gelang es jedoch nicht, die neue Approbationsordnung vor den Wahlen zum Deutschen Bundestag in Kraft zu setzen. Auch auf der Sitzung des Bundesrates am 3. November 2017 wurde die vorgesehene Abstimmung zur Approbationsordnung erneut vertagt.

Erneut auf der Agenda der Bundesversammlung

Nun forderte die Bundesversammlung der BZÄK die neue Bundesregierung und die Landesregierungen der Bundesländer dazu auf, den Novellierungsprozess der Approbationsordnung auf der Grundlage des Kabinettsentwurfs der ZApprO-NEU vom 2. August 2017 umgehend im Bundesrat zu verabschieden und damit die seit Jahrzehnten überfällige Anpassung der Lehre im Fach Zahnmedizin vorzunehmen, sodass der hohe Ausbildungsstandard weiter gewährleistet und das Berufsbild des Zahnarztes weiterentwickelt werden können. Die zur Umsetzung notwendigen finanziellen Mittel sind in den Länderhaushalten zur Verfügung zu stellen.

Nach Meinung von BZÄK-Präsident *Dr. Peter Engel* ist der Bundesrat nach wie vor nicht gewillt, den Hochschulen aktuelle gesetzliche Rahmenbedingungen zu geben, um die Studierenden auf die neuen Herausforderungen vorbereiten zu können. „Die Novelle wandert erst einmal in die Schublade. Wir hoffen auf Wiedervorlage im Frühjahr 2018." Dabei sei der Kern der Novelle im Ansatz goldrichtig, so *Dr. Engel*. Der Zahnmedizinstudent von morgen solle zu mehr wissenschaftlichem Denken, Handeln und Behandeln geführt werden. In der Ausbildung bedeute dies, ein fächerübergreifendes und mehr ärztlich orientiertes Lernen und Forschen.

Die Bundeszahnärztekammer hält das Vorgehen in Sachen Approbationsordnung für einen Skandal. Den Grund sieht *Dr. Engel* darin, dass die Länder kein Geld in die Hand nehmen wollen. „Sie sperren sich gegen die Finanzierung der aus der Novelle abzuleitenden, überschaubaren Mehrkosten für Investitionen an den Universitätsstandorten."

Indes: Das Gelbe vom Ei ist der Kabinettsentwurf nicht, denn er geht von einer Kostenneutralität aus. Im Bundesgesundheitsministerium geht man davon aus, dass die Zahl der Studierenden um mehr als sechs Prozent zurückgeht und dass diese Reduktion den gesamten Mehraufwand kompensieren würde. Weit gefehlt, meint die Zahnärzteschaft. Dies sei ein unrealistischer Ansatz. „Die Erfolge der modernen Zahnmedizin mit den Präventionsmaßnahmen führen dazu, dass die Menschen länger mehr Zähne behalten, was letztlich einen wachsenden Präventionsbedarf bedingt", so der BZÄK-Präsident. Zudem verschiebe sich der Behandlungsbedarf ins hohe Alter; der Versorgungsbedarf werde auf hohem Niveau stabil bleiben, weil auch die Gesellschaft immer älter werde. Ergo: Es müssten künftig mehr Zahnärzte/-innen ausgebildet werden, die vermehrt über pharmakologisches und allgemeinmedizinisches Know-how verfügten.

Fazit

Trotz der 60 Jahre alten Approbationsordnung klappt es mit der Ausbildung an den Universitäten. Berufsfertige Zahnärzte/-innen verlassen die Universität. Das ist trotz der veralteten Appro-Z der Fall. ■

AWU

Foto: Axentis/BZÄK

Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer am 10. und 11. November 2017 in Frankfurt am Main

Save the Date: 11. Februar 2018 in Köln

13. Experten Symposium des BDIZ EDI

Zum 13. Mal lädt der BDIZ EDI zum Experten Symposium nach Köln. Das Thema „Patientenorientierte Versorgungskonzepte – Implantatanzahl, Patientenwunsch, minimalinvasiv?“ spricht chirurgische, prothetische und rechtliche Aspekte an sowie die Kommunikation mit dem Patienten. Interessierte sollten sich das Datum merken: Sonntag, 11. Februar 2018 – wieder in Köln, im Dorint Hotel am Heumarkt. Die eintägige Fortbildungsveranstaltung findet traditionell am Karnevalssonntag statt.

Themen werden sein: Einfluss der implantatprothetischen Versorgung auf die Lebensqualität, Langzeitergebnisse bei der multiplen Einzelzahnversorgung, implantologische Konzepte mit CAD/CAM-Versorgungen.
Die bisher erschienenen Praxisleitfäden des BDIZ EDI gehen bis in das Jahr 2006 zurück und sind zum Teil bereits überarbeitet worden. Hier die aktuellen Konsensuspapiere:

2017: Der digitale Workflow in der oralen Implantologie
2016: Kurze, angulierte und durchmesserreduzierte Implantate
2015: Periimplantäre Entzündungen, Prävention – Diagnostik – Therapie
2014: Fehlpositionierung von Implantaten vermeiden
2013: CCARD – Kölner Defektklassifikation zur Knochenaugmentation
2012: Kölner ABC-Risiko-Score

Mehr zum Programm erfahren Sie in Kürze auf der Internetseite des BDIZ EDI www.bdizedi.org > Veranstaltungen. Sämtliche bisher erschienenen Praxisleitfäden des BDIZ EDI sind auch digital erhältlich – sowohl in deutscher als auch in englischer Sprache unter www.bdizedi.org > Zahnärzte > Praxisleitfaden beziehungsweise beim Klick auf „English“ unter Professionals > European Consensus Conference. ■

AWU

Save the Date

13. Experten Symposium des BDIZ EDI

Sonntag, 11. Februar 2018 in Köln

Thema: Patientenorientierte Versorgungskonzepte – Implantatanzahl, Patientenwunsch, minimalinvasiv?

Themen des 13. Experten Symposiums Köln – Das vorläufige Programm startet ab 9 Uhr **–** die Referenten sind angefragt

Reduzierte Implantatzahl – auch bei kurzen Implantaten?
Prof. Dr. Dr. Rolf Ewers, Wien

Digitale Diagnostik und Therapie – Voraussetzung für patientenindividuelle Therapie?
Dr. Alexandros Manolakis, Thessaloniki

Einfluss der implantatprothetischen Versorgung auf die Lebensqualität
Prof. Dr. Hans-Joachim Nickenig, Köln

Langzeitergebnisse bei der multiplen Einzelzahnversorgung
Dr. Karl-Ludwig Ackermann, Filderstadt

Besser eins als keins – das einzelne Implantat für den zahnlosen Kiefer
Univ.-Prof. Dr. Matthias Kern, Kiel

Anzahl der Implantate in Abhängigkeit der angewandten Augmentationstechnik
Prof. Dr. Dr. Ralf Smeets, Hamburg

Was sagt die Literatur zur Implantatanzahl bei den verschiedenen Versorgungskonzepten?
Dr. Stefan Reinhard, Münster

Bestimmt die Anatomie oder das Versorgungskonzept die Implantatzahl?
Priv.-Doz. Dr. Paul Weigl, Frankfurt/Main

Implantologische Konzepte mit CAD/CAM-Versorgungen
Priv.-Doz. Dr. Jörg Neugebauer, Landsberg und Köln

Vorstellung der Ergebnisse der Europäischen Konsensuskonferenz
Priv.-Doz. Dr. Jörg Neugebauer

Impressionen von Experten Symposien zurückliegender Jahre

Anmeldung per Fax an +49 2203 91 68 822

Bitte freimachen

Ja, ich nehme am 13. Experten Symposium des BDIZ EDI am Sonntag, 11. Februar 2018 im Hotel Dorint, Köln, teil als

- ☐ Mitglied: **225,– Euro bis 05.01.*** (danach 295,– Euro)
- ☐ Nichtmitglied: **350,– Euro bis 05.01.*** (danach 425,– Euro)
- ☐ iCAMPUS-Mitglied oder Berufsanfänger (bis 5 Jahre) als BDIZ EDI-Mitglied: **99/149,– Euro** (ohne Sonntagssitzung)

Frühbucherrabatt bis 05.01.2018

Hinweis: Der BDIZ EDI tagt im Hotel Dorint in der Pipinstraße in Köln.
Hier steht ein begrenztes Zimmerkontingent für unsere Teilnehmer zur Verfügung.
EZ incl. Frühstück ab 199,– Euro; DZ incl. Frühstück ab 234,– Euro.
Stichwort: BDIZ EDI; Kontakt: Dorint, Köln, Fon +49 221 2806-0.

In der Teilnehmergebühr ist eine Karte für die „Große Sonntagssitzung" im Gürzenich enthalten (Eintrittskarte und Imbiss in der Pause der Sonntagssitzung im Gürzenich). Weitere Karten für die Begleitperson/en können in beschränktem Umfang bestellt werden.

An der Sonntagssitzung nehme ich ☐ teil / ☐ nicht teil (bitte ankreuzen).

Ich bestelle zusätzlich ☐ Karte(n) für die Karnevalssitzung zum Preis von je 74,– Euro (zzgl. MwSt.)

Tribünenplätze für den Rosenmontagszug bitte buchen unter organisationsleiter@dgv-1823.de

Name, Vorname _____ Kontakt/Telefon _____

Straße, Hausnr., PLZ, Ort _____ Unterschrift _____

BDIZ EDI
Geschäftsstelle Köln
Mühlenstraße 18
D-51143 Köln

Fotos: BZÄK/Axentis

Die multizentrische Studie wurde anlässlich des Deutschen Zahnärztetags in Frankfurt am Main während einer Pressekonferenz vorgestellt

Mundgesundheit von Flüchtlingen

30 Jahre zurück

Es gibt viel zu tun in der Prophylaxe: Im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Zahn,- Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK), der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) hat die Universität Greifswald eine repräsentative Querschnittsstudie erstellt: „Flüchtlinge in Deutschland – Mundgesundheit, Versorgungsbedarfe und deren Kosten". Das Ergebnis: Besonders Kinder weisen einen deutlich erhöhten Kariesbefall auf.

In einer gemeinsamen Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Zahnärztetags in Frankfurt am Main stellten die Verantwortlichen die Ergebnisse vor. Demnach wurde eine orale Erkrankungslast ermittelt, die dem der deutschen Bevölkerung vor 30 Jahren entspricht. „Vor allem bei Kindern und Jugendlichen haben wir einen erhöhten Kariesbefall gegenüber deutschen Gleichaltrigen festgestellt. Ebenso wie die hohen parodontalen Erkrankungsraten bei Erwachsenen ist dies auf einen Mangel an Prävention in den Herkunftsländern zurückzuführen", fasst der Leiter des Forschungsprojekts, *Prof. Dr. Christian Splieth* (Universität Greifswald), die wesentlichen Erkenntnisse der Untersuchung zusammen.

Insgesamt 544 Flüchtlinge aller Altersgruppen wurden in der von DGZMK, BZÄK und KZBV, mit finanzieller Unterstützung der Wrigley Foundation, von Ende 2016 bis Mitte 2017 durchgeführten Studie erfasst. Die geschätzten Kosten des Behandlungsbedarfs für eine vollständige orale Rehabilitation aller zahnmedizinischen Fachbereiche beziffert die Studie im Mittel mit 178 bis 1759 Euro pro Flüchtling – in Abhängigkeit von der Altersgruppe.

Prophylaxe notwendig

Für das weitere Vorgehen rät *Prof. Splieth*: „Aufgrund der deutlich erkennbaren Präventionslücke und höheren Kariesraten, insbesondere bei Kindern und im Milchgebiss, wäre es sehr sinnvoll, die vorhandenen Strukturen der Gruppen- und Individualprophylaxe gezielt auf die Flüchtlinge auszuweiten." Dies könne zum Beispiel durch aufsuchende Betreuung von Flüchtlingen oder die Freigabe der gesetzlichen Präventionsleistungen (FU/IP) im Rahmen von § 4 AsylbLG geschehen. Auch zusätzliche Informationen über zahnmedizinische Prävention, zum Beispiel in den Integrations- oder als thematische Lehreinheit in den Sprachkursen, wären aufgrund der hohen Anzahl unversorgter kariöser Defekte sinnvoll.

Die große Zahl von Flüchtlingen und Asylbewerbern in Europa und die insgesamt sehr lückenhafte Datengrundlage zu deren oraler Morbidität bildete die Ausgangslage der Untersuchung.

Im Gegensatz zu anderen Untersuchungen, die sich meist auf spezielle orale Erkrankungen in einzelnen Altersgruppen von Flüchtlingen beschränken, werden in der vorliegenden Studie die wesentlichen Mundgesundheitsprobleme und die möglichen Therapiekosten im Alter von drei bis 65 Jahren erfasst. Die deskriptive Auswertung der untersuchten 544 Flüchtlinge aus allen Altersgruppen ergibt eine klare Verteilung von oraler Morbidität: Karies im Milchgebiss ist bei Flüchtlingskindern vergleichsweise hoch. Schon Dreijährige haben im Mittel 2,62 betroffene Zähne und im Alter von drei und von sechs bis sieben Jahren wird ein mittlerer Wert von 5,22 dmft erreicht. Die dabei individuelle Karieserfahrung wird anhand des sogenannten dmft-Indexes ermittelt: d – decayed (zerstörte), m – missing (fehlende), f – filled (gefüllte), t – teeth (Zähne). Für die Acht- bis Elfjährigen fällt dieser Wert aufgrund des Zahnwechsels leicht ab (3,60 dmft). Die Mehrheit der kariösen Defekte war unbehandelt. Nur 35 Prozent der Zwölfjährigen weisen dann noch ein naturgesundes bleibendes Gebiss auf, während dies in Deutschland aktuell 80 Prozent sind (IDZ 2016). Der Mittelwert

der Flüchtlinge von 2,0 dmft liegt um ein Vielfaches über dem deutschen Wert von 0,5 dmft und entspricht der Kariesprävalenz, die deutsche Jugendliche Mitte der 1990er-Jahre aufwiesen (DAJ 2010). Diese Karieswerte liegen dennoch deutlich unter den Maximalwerten von vier bis sechs betroffenen Zähnen, die in Deutschland in den 1980er-Jahren gemessen wurden. Bei Flüchtlingskindern ist damit insgesamt eine deutliche Präventionslücke gegenüber deutschen Kindern festzustellen. Bei den Jugendlichen und Erwachsenen steigen die Karieswerte im bleibenden Gebiss kontinuierlich an (45 bis 64 Jahre: 16,0 DMFT). Dagegen schließt sich die Differenz der Morbidität beim Vergleich mit deutschen Erwachsenen schon ab 35 Jahren. Allerdings haben die Flüchtlinge im Mittel zwischen drei und vier kariösen Zähnen und die bisherige Haupttherapie war die Extraktion, während in der deutschen Bevölkerung die Sanierung mit Füllungen deutlich überwiegt. Die ermittelten Karieswerte entsprechen auch den Daten von Studien aus den Heimatländern der Flüchtlinge (OHD 2016) und Untersuchungen anderer Studien mit Flüchtlingen, zum Beispiel aus Australien, den USA oder Schweden.

Prof. Dr. Christian Splieth, Universität Greifswald, fasste die wesentlichen Erkenntnisse der Untersuchung zusammen

Aussagen der Verantwortlichen zu Konzept und Kosten

Prof. Dr. Michael Walter, Präsident der DGZMK: „Der Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit ist ein Beitrag zur erfolgreichen Integration und stellt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar. Dieser stellen wir uns mit unserer Fachkompetenz. Die Studie zeigt klare Versorgungsbedarfe in wesentlichen zahnmedizinischen Disziplinen wie Zahnerhaltung, Parodontologie oder Kieferorthopädie und beziffert mögliche Kosten. Damit liegt eine wissenschaftliche Datenbasis vor, die sowohl die orale Erkrankungslast als auch den zahnmedizinischen Behandlungsbedarf bei Flüchtlingen valide erfasst."

Dr. Peter Engel, Präsident der BZÄK: „Aufgrund der in der Studie erkannten Probleme ist es notwendig, die erfolgreichen Präventionskonzepte von Gruppen- und Individualprophylaxe gezielt auf Flüchtlinge und vor allem deren Kinder auszuweiten. Mit einer kulturspezifischen Vermittlung, wie man Krankheiten vorbeugt, erreicht man die Menschen. Damit Flüchtlinge an den sehr erfolgreichen zahnmedizinischen Präventionsstrukturen in Deutschland teilhaben können, bedarf es gesellschaftspolitischer Initiativen. Der zahnärztliche Berufsstand steht dafür zur Verfügung, denn Vorbeugung ist immer besser und günstiger als Nachsorge."

Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der KZBV: „Diese Daten schaffen die Grundlage für eine Versachlichung der Diskussion um Kosten für die zahnmedizinische Versorgung von Flüchtlingen. Fest steht jetzt: Für Krankenkassen und öffentliche Hand besteht kein Grund für Alarmismus. Die Behandlungskosten bleiben in einem vertretbaren Rahmen. Dies gilt ebenso für die akute Schmerzversorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, wie für den Aufwand, der nach Anerkennung von Asyl durch Regelleistungen der GKV entsteht. Auch bei der Behandlung von Flüchtlingen kommt dem Ansatz der Wissenschaft selbstverständlich besondere Bedeutung zu: Vermeidung von Mundgesundheitsschäden durch Prävention hat Vorrang, bestehende Schäden sollten so früh wie möglich – und in der Folge zu vergleichsweise geringen Kosten – behoben werden." ■

RED

Weitere Informationen

Die gesamte Studie kann von der Internetseite der DGZMK geladen werden.

RÜCKSCHAU

Zukunft der Freien Berufe

Europäisches Manifest

Anfang Dezember fand in Rom eine Konferenz des Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschusses (EWSA) zur Zukunft der Freien Berufe in Europa statt. Auf dieser wurde ein „Europäisches Manifest der Freien Berufe" vorgestellt, an dem die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) beteiligt war. In das Manifest flossen Vorüberlegungen ein, die der Dachverband der europäischen Zahnärzte (CED) entwickelt hatte. Das Manifest arbeitet die Kriterien heraus, die einen Freien Beruf definieren: Dazu gehören die eigenverantwortliche und fachlich unabhängige Erbringung von Dienstleistungen auf Grundlage einer hohen Qualifikation, eines besonderen Berufsethos und eines Systems der beruflichen Kontrolle, zum Beispiel Kammern. Denn bislang fehlt ein einheitliches Verständnis zur Begrifflichkeit Freier Berufe in Europa. Diese werden oft mit anderen Berufen in einen Topf geworfen. ■

Quelle: BZÄK

Foto: fotolia.de/Andrey Kuzmin

BDIZ EDI-Messeauftritte

Auf allen Fachdental präsent

Der BDIZ EDI war 2017 auf allen Fachdental-Messen in Leipzig, Stuttgart, München und Frankfurt/Main präsent und hat über die Fortbildungsmöglichkeiten in der oralen Implantologie informiert und die Verbandsarbeit vorgestellt. Das Gesicht am Stand: *Steffen Polny*. Der Student aus Fulda informierte auf allen Dentalmessen über die praxisnahe Fortbildung des Verbandes, die Unterstützung im Bereich des Rechts und der Abrechnung, aber auch über die Arbeit der Ausschüsse: Gutachter, Europa, Q&R. Welchen Weg die Berufsanfänger einschlagen und welche Unterstützung sie und erfahrene implantologisch tätige Zahnärzte über das „We-want-you-Konzept" erhalten können, waren die am meisten nachgefragten Informationen. ■

Quelle: BDIZ EDI

Foto: BDIZ EDI

EU-Binnenmarktausschuss IMCO

Besondere Rolle der Gesundheitsberufe

Foto: pixabay.de/Darko Stojanovic

Der Binnenmarktausschuss des Europäischen Parlaments (IMCO) hat am 4. Dezember über den Richtlinienvorschlag zur Prüfung der Verhältnismäßigkeit neuen Berufsrechts entschieden. Aus Sicht der Bundeszahnärztekammer haben die Abgeordneten den umstrittenen Vorschlag der Europäischen Kommission politisch entschärft. Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) begrüßt, dass der IMCO die besondere Rolle der Gesundheitsberufe anerkannt habe. Die Verhältnismäßigkeitsprüfung vor Erlass von Berufsrecht soll generell und berufsübergreifend die aus EU-Sicht „überflüssige nationale Regulierung" verhindern. Dies schließt auch die Regeln für Berufszugang und Berufsausübung bei Gesundheitsberufen ein. Knackpunkt der parlamentarischen Diskussion war daher die Frage, ob Gesundheitsberufe von der Richtlinie ausgenommen werden sollen. Ein entsprechender Antrag, der von den deutschen Heilberufen gemeinsam unterstützt worden war, fand jedoch keine Mehrheit. Allerdings stimmte der IMCO für eine Reihe neuer Bestimmungen, mit denen den besonderen Belangen der Gesundheitsberufe Rechnung getragen werden soll. So müssen die Mitgliedstaaten im Falle einer berufsrechtlichen Regelung, die die Heilberufe oder die Patientensicherheit betreffen, stets das Ziel eines hohen Niveaus des Gesundheitsschutzes berücksichtigen. ■

Quelle: BZÄK, Brüsseler Büro der BZÄK

medentis
medical

... PRÄSENTIERT DIE WELTSENSATION –
DAS NEUE FAIRE ICX-IMPLANTAT:

ICX-ACTIVE MASTER

Das Implantat-Design von ICX-ACTIVE-MASTER wurde entwickelt, um die stetig steigenden Anforderungen von Chirurgen und Prothetikern zu erfüllen.

ICX
Das FAIRE Implantat-System

Ab sofort lieferbar.
Besuchen Sie unseren ICX-Shop online:
www.medentis.de
Service-Tel.: +49 (0)2641 9110-0 · Mo.-Fr.: 7.30 bis 19 Uhr

VORSCHAU

12. und 13. Januar 2018 in Hamburg

40. Privatzahnärztetag der PZVD

Der Privatzahnärztetag 2018 der Privatzahnärztlichen Vereinigung Deutschlands (PZVD) findet im Hotel Park Hyatt in Hamburg statt. Thema: Nach der Wahl – Auf zu neuen Horizonten? Die Jahrestagung ist offen für jeden, der an hochwertiger Zahnmedizin und Gesundheitspolitik aus zahnärztlicher Sicht interessiert ist und wird mit dem „Jungen Forum Privatzahnmedizin“ am Samstag durch ein spezifisches Angebot für Studenten und Berufsstarter ergänzt. Näheres zum Programm unter www.pzvd.de ■

Quelle: PZVD

Foto: fotolia.de/kzenon

Jahresplaner 2018 des BDIZ EDI

Kalender nicht nur für die Wand

Der große Jahresplaner des BDIZ EDI für das Jahr 2018 ist dieser Ausgabe beigelegt. Darüber hinaus bietet der Verband seinen Mitgliedern auch den Download des Jahreskalenders auf A4-Format an. Der Kalender ist vierfarbig als PDF von der Seite „Veranstaltungen“ unter www.bdizedi.org herunterladbar. ■

Quelle: BDIZ EDI

Foto: pixabay.de/Kang Hojun

Ausweise und Urkunden 2018

Mit Brief und Siegel BDIZ EDI-Mitglied

Auch 2018 gibt es wieder die Zertifikate, die das Verbandsmitglied als BDIZ EDI-Mitglied ausweisen sowie die BDIZ EDI-Ausweise in Kreditkartenformat für die Mitglieder. Beides wird voraussichtlich bis Ende Januar 2018 via Rundschreiben versandt werden. Wer zur deutschen Urkunde auch die englische Version möchte, meldet sich bitte bei der Geschäftsstelle des BDIZ EDI in Köln, office@bdizedi.org ■

Quelle: BDIZ EDI

Das Jahr 2018 in der Übersicht

Hier finden Sie Ihren BDIZ EDI

13. Februar 2018	**13. Experten Symposium** Hotel Dorint am Heumarkt, Köln	Patientenorientierte Versorgungskonzepte – Implantatanzahl, Patientenwunsch, minimalinvasiv?
18. und 19. Mai 2018	**12. Europa Symposium** Athen	Gemeinsamer Kongress von BDIZ EDI und OMNIPRESS, Griechenland
16. Juni 2018	**28. Gutachterkonferenz Implantologie** Mainz, Zahnärztehaus	In Kooperation mit der Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz
29. Oktober bis 1. November 2018	**28. Experten Symposium aus Universität und Praxis** Fuerteventura	Veranstalter: Univ.-Prof. Dr. Dr. J. Zöller
8. Dezember 2018	**Berufspolitisches Forum** München	Datenschutz-Grundverordnung

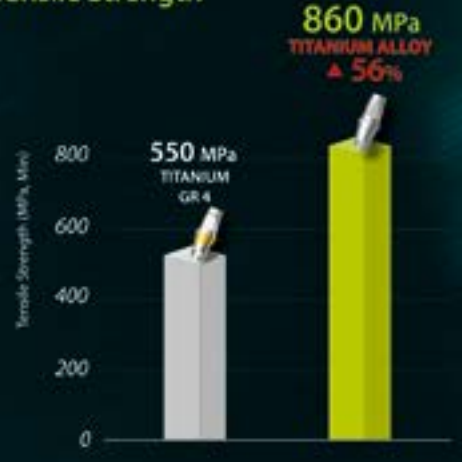
NEW PRODUCT

THE STRONGER

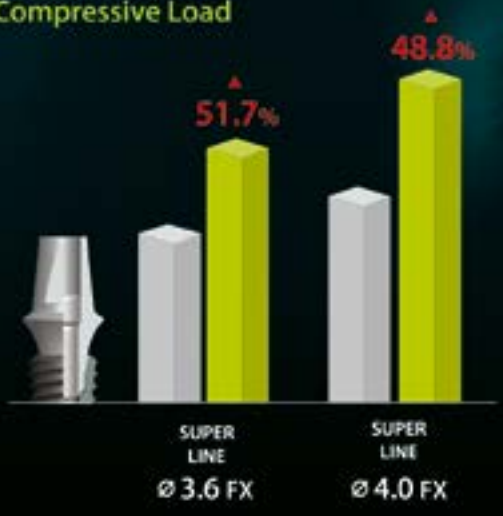
SuperLine

[Fixture design + G5 Abutment]

Tensile Strength



Compressive Load



HIGHER
SELF TAPPING

LESS
INTERNAL GAP

Dentium
For Dentists By Dentists

ICT Europe GmbH
Rudolf-Diesel-Str.5 65760 Eschborn, Germany Tel. +49 6173 999 98 76 / Fax. +49 6173 999 98 99
Contact Person: Mr. YC Koh (eu@dentium.com)

Geburtstage

Der BDIZ EDI gratuliert

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

Januar

1. Januar
Dr. Mathias Plöger (Detmold)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

Dr. Horst Mayer (Frankfurt)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

Dr. Konrad Jacobs (Wien)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

Dr. Ivan Tresnak (Sand in Tauffers)
zur Vollendung 70. des Lebensjahrs

4. Januar
Dr. Ulrike Umstätter (Limburgerhof)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

5. Januar
Dr. Jürgen Kohler (Sauerlach)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

7. Januar
Dr. Heinz-Dieter Unger (Osnabrück)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

8. Januar
Dr. Eberhard Schuth (Karlsruhe)
zur Vollendung des 65.Lebensjahrs

10. Januar
Dr. Bernward Melder (Koblenz)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

13. Januar
Bernd Jagusch (Neuss)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

Klaus-Dieter Müller (Hamburg)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

16. Januar
Dr. Karl-Heinz Höfler (Hüfingen)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

19. Januar
Dr. Christoph Urban (Mainburg)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

24. Januar
Dr. Dr. Marianne Hagen (Düsseldorf)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

Dr. Dr. Robert Kah (Koblenz)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

Dr. Curt Esswein (Stuttgart)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

Engelbert Holz (Ulm)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

25. Januar
Dr. Stefan Fleisz (Neckarsulm)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

30. Januar
Dr. Ludger Hanfland (Lennestadt)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

31. Januar
Dr. Roland Handermann (Speyer)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

Februar

3. Februar
Dr. Andre Schmitz (Köln)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

7. Februar
Dr. Dr. Maximilian Ohneis (Abensberg)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

8. Februar
Dr. Reiner Bergis (St. Georgen)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

9. Februar
Dr. Klaus Musebrink (Selm-Bork)
zur Vollendung des 80. Lebensjahrs

10. Februar
Klaus Masche (Hannover)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

12. Februar
Gerhard Knoblach (Berling)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

12. Februar
Johanna Runge-Palermo (München)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

13. Februar
Dr. Robert Wahler (Euerdorf)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

15. Februar
Alois Weindler (Donaustauf)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

18. Februar
Dr. Manfred Schreiber (Olpe)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

Dr. Hans-Joachim Wütig (Dortmund)
zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

19. Februar
Dr. Manfred Wolf (Musberg)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

25. Februar
Klaus Patzke (Aschaffenburg)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

29. Februar
Dr. Hans-Joachim Habermehl (Frankfurt)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

März

2. März
Dr. Hans-Dieter Beyer (Mannheim)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

Dr. Ernst Kettel (Düsseldorf)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

Dr. Gerhard Küpper (Bonn)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

3. März
Dr. Uwe Rugenstein (Hameln)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

Dr. Ulrich Wild (Stuttgart)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

4. März
Dr. Claus Petersmann (Bühlental)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

6. März
Dr. Manuel Kalo (Hamburg)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

7. März
Dr. Tilman Offenbächer (Hamburg)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

8. März
Dr. Michael Paul (Landau)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

9. März
Jens Heuer (Bruchsal)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

10. März
Dr. Andrzej Blumenstock (Köln)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

13. März
Henri Diederich (Luxemburg)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

Dr. Günther Sakals (Kümach)
zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

15. März
Dr. Michael Wehr (Hannover)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

17. März
Dr. Herbert Martin (Balingen)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

18. März
Dr. Rainer Wickel (Netphen)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

20. März
Dr. Gerwalt Muhle (Berlin)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

23. März
Dr. Kai Dröge (Leer)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

Dr. Ursula Schmitt (Fürth)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

Dr. Dr. Claus Neckel (Bad Neustadt)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

26. März
Dr. Friedrich Kieltsch (Heimersreuth)
zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

27. März
Dr. Axel Schulte (Gladbeck)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

28. März
Dr. Dusan Vasiljevic (Friedeburg)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

30. März
Dr. Theo Römer (Oststeinbek)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

31. März
Kurt Reichle (Immenstadt)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

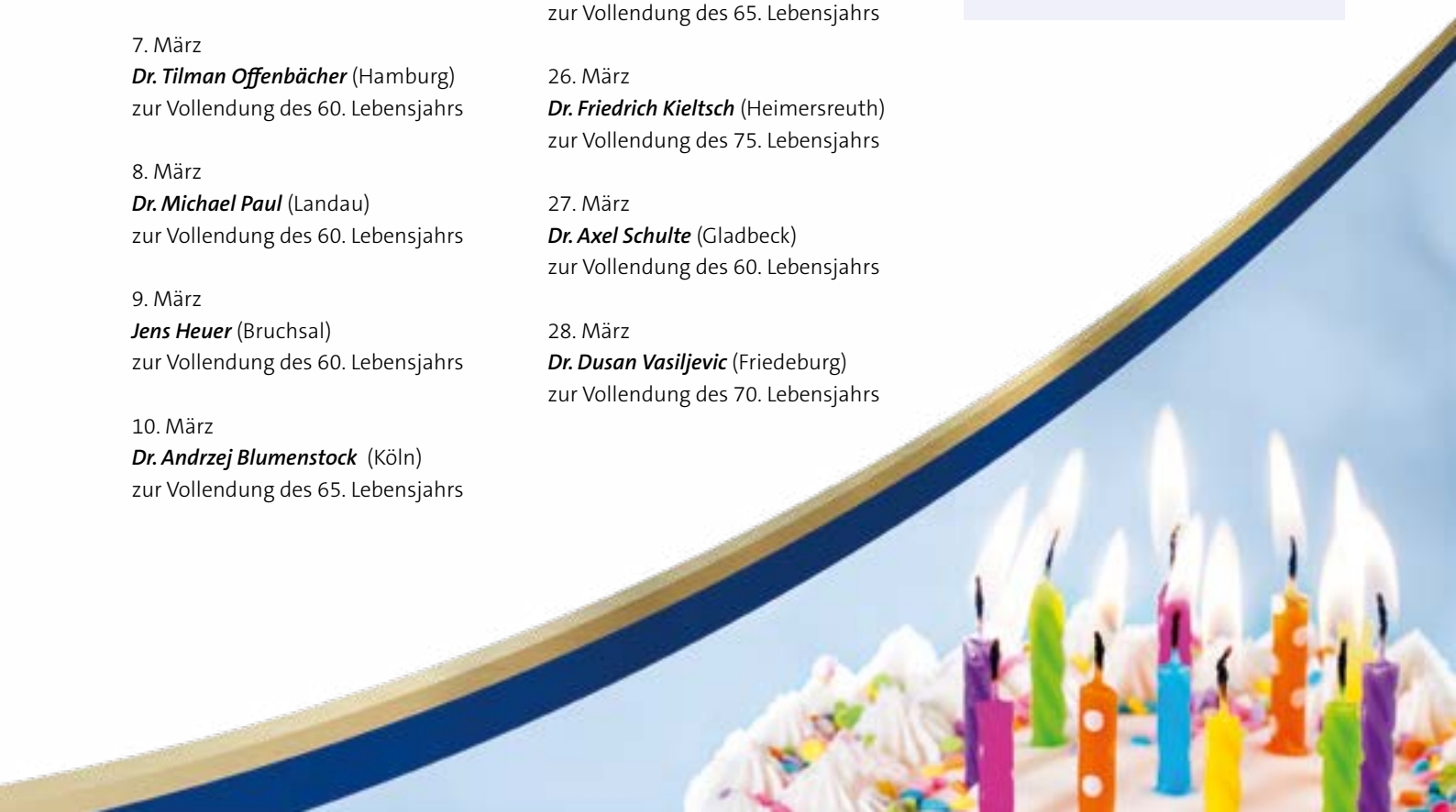
Wir wünschen Ihnen viel Glück und Gesundheit für die Zukunft

Christian Berger
namens des Vorstandes des BDIZ EDI

Hinweis

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

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



EAO in Madrid

Internationales Treffen von Implantologen und Prothetikern

Die European Association for Osseointegration (EAO) tagte in diesem Jahr unter Präsidentschaft von Prof. Dr. Alberto Sicilla in Madrid. Das Motto der mehrtägigen 26. Jahresversammlung lautete: 25 Jahre orale Implantologie – Was haben wir gelernt? BDIZ EDI-Mitglied Dr. Lutz Tischendorf gibt einen Überblick.

Die EAO hatte sich mit der SEPES zu einem Gemeinschaftsmeeting von Implantologen und Prothetikern zusammengefunden. Wenngleich es das Ziel von Implantatversorgungen ist, verlorene Zähne zu ersetzen, war das ein Novum. Die Einladung richtete sich an ein altes Weltreich: Spanien und Lateinamerika. Die Tagung fand in der Madrider Messe statt. Der große Hauptraum und seine Nachbarräume waren mit 4200 Teilnehmern gut gefüllt. Das Thema lautete „25 Jahre orale Implantologie – Was haben wir gelernt?“ Ein Sonderheft zeigte die Entwicklung der EAO von nur wenigen Experten zu einer von der Industrie erfolgreich emanzipierten, weltweit führenden wissenschaftlichen Vereinigung. Diese Entwicklung bestimmten deutsche Implantologen wie *Prof. Dr. Dr. Hubertus Spiekermann*, vor allem *Prof. Dr. Friedrich Neukam* und jetzt *Prof. Dr. Dr. Henning Schliephake* wesentlich mit. Auf dem Programm standen drei Hauptsitzungen, fünf Diskussionsarenen, 14 Wettbewerbsveranstaltungen von EAO und SEPES, Sitzungen zu Funktionsdiagnostik, prothetischer Ästhetik, Zertifizierung, für Zahntechniker und 21 Industrieveranstaltungen. An 24 Projektoren wurden 600 ausgewählte Poster als elektronische Versionen vorgestellt. Tagungspreise der EAO gewannen:

- Grundlagenforschung: *Dr. Omar Omar* (Bestrahlung führt zu entzündlicher Genantwort)
- Klinik (Chirurgie): *Prof. Dr. Pietro Felice* (RCT 4 mm vs. längere Implantate mit Augmentation)
- Klinik (Prothetik): *Dr. Manrique Fonseca* (RCT zu kurzen Implantaten im Seitenzahnbereich) und *Dr. Carina Boven* (RCT zu Locator- versus Stegverbindung bei totalen Oberkieferprothesen)
- Periimplantäre Biologie: *Dr. Stijn Vervaeke* (RCT zu vertikaler Implantatposition in Abhängigkeit von Weichgewebedicke)
- Klinische Innovationen: *Prof. Dr. Giovanni Salvi* (RCT zu im Halsbereich modifizierten Implantaten)
- Poster: *Dr. Nicole Passia* (Kaueffizienz bei Einzelimplantat für totale Unterkieferprothese)
- Video: *Dr. Lukas Fürhauser* (Digital Copy Abutment)

Prof. Dr. Alberto Sicilia, EAO-Präsident, Spanien, bei der Eröffnungsrede

Dr. Franck Renouard aus Paris erhielt nach *Prof. Dr. Per Ingemar Brånemark* (†) , *Dr. Andre Schroeder, Prof. Dr. Daniel van Steenberghe* und *Prof. Dr. Dr. h.c. Niklaus Lang* hochverdient als erster niedergelassener Implantologe die Ehrenmitgliedschaft der EAO. Erstmals wurden Hauptvorträge live auf Facebook übertragen. Diese sind, wie auch Poster und Abstracts, abrufbar in der EAO Online Library.

Der Faktor des Implantologen beeinflusst den Erfolg

Besprechung ausgewählter Vorträge: Unter souveräner Moderation von *Prof. Dr. Björn Klinge* zeigten *Prof. Dr. Marc Quirynen* aus Leuven, *Dr. Göran Urde*, Schweden, und *Dr. Arndt Happe*, Münster, in einem Rückblick didaktisch herausragend den Weg von Brånemark-Standards zu heutigen Implantatversorgungsprotokollen, nämlich die Entwicklung von den ursprünglich einjährigen zu zeitverkürzten Protokollen sowie Sofortkonzepten in allen denkbaren Situationen und Risiken. Sie diskutierten, ob Verkürzung der Einheilzeit, Einsatz moderat rauer Oberflächen, Einweginstrumente, kürzere und schmalere Implantate, weniger strikte Aseptik, Wechsel vom Primat der Sauberhaltung zum Primat der Ästhetik, Zementierung statt Verschraubungen, Innen- statt Außenverbindungen, auch Verzicht auf das früher vor dem Verkauf von Implantaten obligatorische Training immer einen Fortschritt bedeuteten. Die Fülle von Variablen lässt statistisch sichere Aussagen zum Vergleich mit dem originalen Konzept nicht zu. Der Faktor des Implantologen selbst mit all seinen Eigenschaften beeinflusst den Erfolg.

Evolutionen zur Knochenregeneration

Abutmentverbindungen sind nicht so schlecht wie ihr Ruf. Allerdings ist die

Fotos: Anne Barfuß, Deutscher Ärzteverlag, Köln

EAO-Congress in der Feria de Madrid

Handhabung interner Verbindungen einfacher und Komplikationen durch Fixationsschrauben sind seltener (*Prof. Dr.* João Caramês).

Unter Moderation von *Prof. Dr. Dr. Henning Schliephake* und *Dr. David Nisand* diskutierten *Prof. Dr. Federico Hernandez-Alfaro* aus Barcelona und *Dr. István Urbán,* Budapest, Evolutionen zur Knochenregeneration. *Alfaro* stellte ein didaktisch auf Atwood-Klassen aufgebautes Stufenkonzept von Knochenspaltungen über laterale Anlagerungen von autologem Knochen (unter und über deproteinisiertem Rinderknochen und Membranen) bis zum vertikalen Aufbau mittels Knochenspänen unter Titanmesh vor.

Unter *Prof. Dr. Ronald Jung* debattierten *Dr. Joseph Kan* aus den USA, der *Khoury*-Schüler *Dr. Lucca de Stavola* aus Italien und *Prof. Dr. Markus Hürzeler* zu Behandlungen im anterioren Oberkiefer bei unzureichendem Knochenangebot. Neu ist ein Ansatz von *Hürzeler*, durch Belassen bukkaler Zahnwurzelanteile und transdentale Implantatbettfräsung bukkalen Knochen zu bewahren: ein Experiment, das sich nur ein renommierter Experte wie *Prof. Dr. Markus Hürzeler* erlauben darf.

Zur Evolution der Implantatprothetik analysierten *Prof. Dr. Stefan Wolfart* (Aachen, konservative Aspekte) und *Dr. Ricardo Mitrani* (USA, digitale Arbeitsweise) jeden Behandlungsschritt vor der Abformung bis zur Eingliederung von Suprastrukturen. Das war auf der Gemeinschaftsveranstaltung ein zentrales Thema, das in glänzender Manier neben dem konventionellen Vorgehen die heutigen Grenzen des Digitalen verdeutlichte. Die Zusammenfassung von *Wolfart* für heute: Implantatplanung, Insertion und Gerüstherstellung erfolgen digital gestützt. Bei Totalversorgungen bleiben alle andern Schritte konventionell, bei Teilversorgungen im ästhetischen Bereich ebenso, mit Ausnahme der Herstellung von Provisorien, wohingegen im Seitenzahnbereich heute die meisten Schritte digital gestützt möglich sind. Studenten bevorzugen digitales Arbeiten. Problematisch bleibt die Festlegung der Okklusionsebene. Bemerkenswert war die Feststellung von *Mitrani*: „Die größte Lüge in der Zahnheilkunde ist: Implantate sind für die Ewigkeit."

Gleichartig hochrangig war die Sitzung zur Behandlung der Periimplantitis mit *Prof. Dr. Frank Schwarz* und *Dr. Alberto Vigon*. Die fundierte Diskussion zwischen *Dr. Tord Berglund* als Moderator und *Prof. Schwarz* zu dessen nun über sieben Jahre erfolgreich vereinfachtem Schritt für Schritt durch Studien belegtem Vorgehen mit konventioneller Dekontamination und Implantatglättung bei fortgeschrittenen Fällen gehörte zu den Höhepunkten des Kongresses. *Dr. Alberto Ortiz-Vigon* ergänzte unter anderem Betrachtungen, wie sich Implantatoberflächenglättungen auf die Stabilität der Implantatstruktur auswirken.

Innovationen auf dem Prüfstand

Im Wettbewerbsprogramm reizten „Innovationen". Das Niveau von Arbeiten und Vorträgen (außer *Prof. Dr. Giovanni Salvi*) war unattraktiv. Spannender war es, unter Moderation von *Dr. Ann Wennerberg* etwas über Alternativen zum Werkstoff Titan zu hören: Ungeachtet breiter Werbung für keramische Implantate ist vieles ungeklärt, insbesondere fehlen Beweise für langzeitige Erfolge mehrteiliger keramischer Implantate und für die nur vermutete geringere Periimplantitishäufigkeit (*Kohal* und *Larsson*). Polyetheretherketone (PEEK, *Par Johannsen*) befinden sich noch in Modifikationsphasen. *Prof. Dr. Daniel Wismeijer* aus der digital orientierten Zahnklinik in Amsterdam diskutierte individuell gedruckte Implantate, Bohrer, Abutments und Osteotome. Da befindet sich vieles auf einem Weg, dem noch Hürden durch die Medizinproduktegesetzgebung entgegenstehen.

Die abschließende Sitzung widmete sich dem Thema, weshalb und wann Implantate zu entfernen sind und was dann erfolgt: das Vorgehen bei hoffnungslosen Implantaten. *Dr. Massimo Simion, Dr. Joan Pi Urgel* und *Dr. Karl Ludwig Ackermann* stellten unter Moderationen von *Dr. Luca Cordaro* und *Prof. Dr. Miguel Peñarrocha* ihre Erfahrungen vor. Ursächlich ist die Periimplantitis, deren Prävalenz nach Einführung moderat rauer Implantatoberflächen gestiegen ist. Sie zeigten, welche individuellen Entscheidungen erforderlich sind, die dann zur Reimplantation oft mit vielschrittigem Knochen- und Weichgewebsaufbau und unter Einsatz glatter Implantate führt. Der Kongress erlaubte Innovationen zu bewundern und unter historischem Aspekt auf den Prüfstand zu stellen: Was ist Fortschritt, was Werbung? Die EAO bietet hierzu fundierte Voraussetzungen, wenngleich eine Fortschrittskritik als Modeerscheinung auffiel, wie der Begriff der „brain guided surgery" belegt.

Das nächste Jahrestreffen der EAO findet vom 11. bis 13. Oktober 2018 in Wien zum Thema „Träume und Realität in der Implantologie" statt. Eine Teilnahme als Demonstration für ein geeintes Europa ist obligatorisch. ■

Dr. (habil.) Lutz Tischendorf

Foto: Wuttke

Im kleinen Kreis tagte der Europa-Ausschuss im Oktober in München (v.l.n.r.) Dr. Nun Cruz (Portugal), Dr. Jan-Willem Vaartjes (Niederlande), Dr. Fisnik Kasapi (Mazedonien), Christian Berger und Dr. Stefan Liepe vom BDIZ EDI, Prof. Dr. Vitomir Konstantinovic (Serbien), Prof. Dr. Antonio Felino (Portugal), Dr. Zoran Marjanovic und Dr. Dusan Vasiljevic (Serbien), Dr. Deni Milevcic in Vertretung für Prof. Dr. Pavel Kobler (Kroatien) sowie Anita Wuttke vom BDIZ EDI

26. Europa-Ausschuss des BDIZ EDI

Politische Runde

Zum zweiten Mal in diesem Jahr tagte der Europa-Ausschuss des BDIZ EDI – am Rande des 58. Bayerischen Zahnärztetags und des 21. Jahressymposiums des BDIZ EDI in München. Es ging in dieser kleinen Runde sehr politisch zu. EU-Dienstleistungsrichtlinie und generell die Vorhaben der Europäischen Kommission wurden diskutiert, die die Zahnärzte europaweit betreffen.

Die Ausschusssitzung verlief konstruktiv mit interessanten Beiträgen aus den Ländern. Dabei hat sich herauskristallisiert, dass die Niederländer – anders als etwa Deutschland oder auch der Dachverband Council of European Dentists (CED) Regulierungsmaßnahmen aus Brüssel begrüßen, um den Reglementierungen im eigenen Land zu entgehen. Insbesondere die EU-Dienstleistungsrichtlinie ist den Holländern willkommen. Holland hat kein Kammersystem.

Auch die Grey Zone-Thematik wurde erörtert: Darüber beklagen sich insbesondere die osteuropäischen Länder – die Überschwemmung des Marktes durch nicht registrierte (zertifizierte) Implantate beispielsweise. Ein interessantes Thema, das der BDIZ EDI sicher aufnehmen wird.

Anita Wuttke stellte Inhalte und Möglichkeiten des EDI Journal vor und bot als neuen Aspekt die Belieferung landeseigener Kongresse der Partner mit dem Fachmagazin an, sofern rechtzeitig über Ort, Zeit sowie ausreichend Informationen an die Chefredaktion gehen.

Leitlinien-Diskussion

Prof. Dr. Vitomir Konstantinovic, Belgrad, fragte nach Standards in der Implantologie und anderen Disziplinen für die jeweilige Therapie. Die Repräsentanten des BDIZ EDI, *Dr. Stefan Liepe* und *Anita Wuttke* wiesen für Deutschland auf die AWMF-Leitlinien hin ebenso auf die Praxisleitfäden der Europäischen Konsensuskonferenz Implantologie (EuCC) des BDIZ EDI sowie der Konsensuskonferenz Implantologie und machten deutlich, dass Leitlinien und Leitfäden in Deutschland die bestehende Arzt-Patienten-Beziehung unterstützen soll, beziehungsweise im Fall der EuCC-Papiere eine praktikable Handhabe für den implantologisch tätigen Zahnarzt darstellen. Wir haben auch auf unsere jährlichen Gutachterkonferenzen hingewiesen, wo wir regelmäßig über die neuen Therapieansätze und die Frage nach Standards diskutieren. Der Hinweis auf die Bedeutung mancher Leitlinien, aber auch Leitfäden für Gerichtsverhandlungen wurde erörtert. Ergänzend dazu wiesen die BDIZ EDI-Repräsentanten darauf hin, dass die Ausgabe 3/2017 des EDI Journals einen Beitrag über Standards in der Zahnheilkunde beinhaltet. Aus dem Ausschuss wurde der Wunsch laut, dass die Leitlinien-Thematik mit Blick auf Europa aufgegriffen werden möge.

Neu in der EDI-Familie

Die implantologischen Verbände aus den Niederlanden, Portugal und Mazedonien haben ihren Willen bekundet, assoziierte Partnerverbände des BDIZ EDI zu werden. ■

AWU

Die bredent group wünscht allen Zahnärzten und Zahntechnikern ein frohes Weihnachtsfest und alles Gute für das Jahr 2018.

Damit es auch ein erfolgreiches Jahr wird, haben wir für Sie noch eine Überraschung. Neugierig?

WWW.COPASKY.INFO

DENTAL INNOVATIONS
SINCE 1974

bredent medical

bredent medical GmbH & Co. KG | Weissenhorner Str. 2 | 89250 Senden | Germany | T: +49 7309 872-600 | F: +49 7309 872-635 | www.bredent-medical.com | @: info-medical@bredent.com

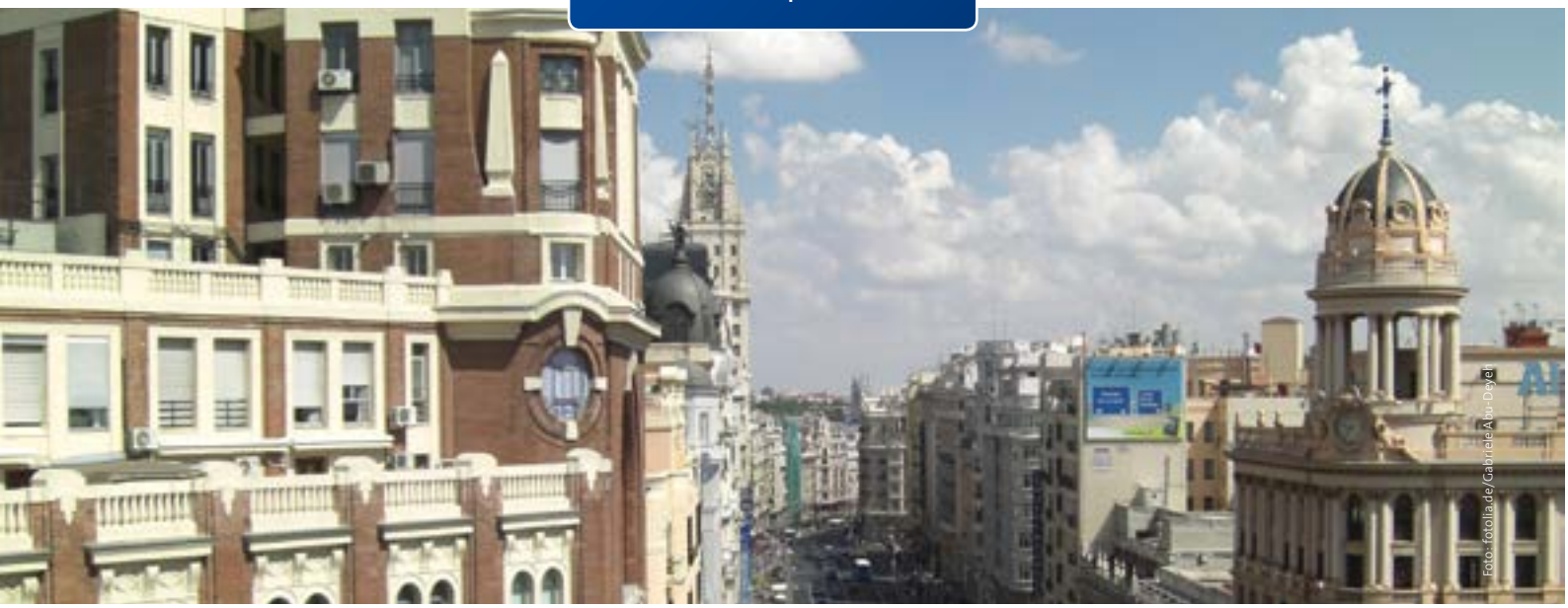


Foto: fotolia.de/GabrieleAlu-Devel

FDI-Weltkongress der Zahnärzte 2017

Die Welt der Zahnmedizin zu Gast in Madrid

2017 hielt die FDI World Dental Federation wieder ihren Weltkongress nach Poznan 2016 erneut in Europa ab – genauer gesagt in Madrid. Der FDI-Weltkongress gehört zu den ältesten dentalen Veranstaltungen weltweit. Die FDI versteht sich als Vertreterin einer Million Zahnärzte. Über 8000 Teilnehmer folgten dem Ruf der FDI zum wissenschaftlichen Kongress, der schwerpunktmäßig die Prophylaxe in den Mittelpunkt stellte, aber auch immer mehr die orale Implantologie in den Fokus nimmt. 130 Experten aus mehr als 30 Ländern boten Kurse zu allen Bereichen der Zahnmedizin und Mundgesundheit an.

Schon wegen ihres umfangreichen Kursprogramms genießt die Veranstaltung im Bereich der zahnärztlichen Fortbildung einen ausgezeichneten Ruf. Sie hilft Zahnärzten und dem Praxisteam mit den neuesten Technologien und Vorgehensweisen Schritt zu halten. Eine weitere Institution ist das World Oral Health Forum. Hier haben die Teilnehmer Gelegenheit zur Aussprache auch über brisante aktuelle Themen.

In diesem Jahr fand der FDI-Weltkongress wieder einmal in der spanischen Hauptstadt statt. Dass der Gastgeberverband – die spanische CGCOEE – ein Gründungsmitglied und aktiver Unterstützer der FDI ist, gab der Vorfreude auf dem Weltkongress weiter Auftrieb. Madrid war bereits drei Mal Gastgeber für FDI-Weltkongresse, darunter auch einen der ersten im Jahr 1903 auf Einladung von *Dr. Florestan Aguilar*. Er war einer der Gründungsväter der FDI, Präsident und Generalsekretär und mehr als 30 Jahre in der Verbandsarbeit sehr präsent.

Die wichtigsten Elemente des FDI-Weltkongresses waren:

- Das wissenschaftliche Programm
- Die Generalversammlung und andere Zusammenkünfte des Weltparlaments der Zahnärzte
- Das World Oral Forum
- Die Dentalausstellung FDI World Dental Exhibition

FDI-Generalversammlung

Im Rahmen des FDI-Weltkongresses tritt jedes Jahr auch die Generalversammlung der FDI zusammen. Über 300 Delegierte trafen sich fünf Tag lang, um zu diskutieren und Entscheidungen treffen, die Einfluss auf die Zukunft der Zahnmedizin nehmen werden. Hier kommen auch die fünf ständigen Ausschüsse zusammen, um die Projekte, an denen sie arbeiten, im weiteren Verlauf des Jahres voranzubringen. Und es findet das Jahrestreffen der FDI-Sektionen und der regionalen Organisationen statt. Außerdem treffen sich auf dem FDI-Weltkongress einmal im Jahr wichtige Meinungsbildner aus der weltweiten Dental-Community.

Bei allen Veranstaltungen geht es um die Bewältigung globaler Probleme, die nicht nur für Zahnärzte relevant sind, sondern auch für die Gesellschaft als Ganzes. Ziel ist, dass sich die Mitglieder weiterbilden, sie mit Ideen konfrontiert

Generalversammlung mit Delegierten aus aller Welt

Die neue Präsidentin: Dr. Kathryn Kelly (USA) übernimmt den Vorsitz von Dr. Patrick Hescot (Frankreich)

Gerhard Seeberger (Italien), President-Elect und Sprecher der diesjährigen Generalversammlung der FDI in Madrid

werden, die sonst nicht auf zahnärztlichen Kongressen diskutiert werden, und sich mit Menschen treffen, die nicht regelmäßig an zahnärztlichen Veranstaltungen teilnehmen. Das Konzept wurde das erste Mal in Hongkong umgesetzt. Die Podien sind (gegebenenfalls je nach Themenbereich wechselnd) wie folgt zusammengesetzt:

- ein Vertreter einer internationalen Organisation (WHO, UNO, UICEF ...) oder eines politischen Organs (Gesundheits-, Umwelt-, Wirtschaftsminister ...)
- ein Vertreter der Dental- und Mundgesundheitsbranche
- ein oder zwei Vertreter von FDI-Mitgliedsverbänden
- ein Vertreter einer nicht-dentalen Organisation (Kardiologen, IT-Spezialisten ...)

Themen in diesem Jahr waren unter anderem:

- die FDI-Vision 2020
- Grüne Zahnmedizin und nachhaltige Entwicklung
- Karies – eine schleichende Epidemie

Die FDI World Dental Federation fungiert als Hauptvertretung für mehr als eine Million Zahnärzte weltweit und entwickelt gesundheitspolitische Stellungnahmen und Fortbildungsprogramme. Sie ist die gemeinsame Stimme der Zahnärzte bei der Vertretung ihrer internationalen Interessen und unterstützt ihre Mitgliedsverbände bei der Förderung der Mundgesundheit in aller Welt. Sie ist die weltweit führende Organisation, die sich der Mundgesundheit widmet, Bildungsprogramme, Sensibilisierungskampagnen und Initiativen entwickelt sowie Kongresse und Veranstaltungen abhält, um den Fortschritt auf dem Gebiet der Zahnheilkunde zu fördern. Sie setzt sich auch dafür ein, die Mundgesundheit im globalen Kontext von Gesundheits- und Entwicklungsprogrammen stärker in den Vordergrund zu stellen, und tritt für ihre Integration in Programme zur Prävention chronischer Erkrankungen ein.

In Madrid brachte die FDI eine dreijährige Kampagne für den Welt-Mundgesundheitstag (World Oral Health Day WOHD) unter dem Motto „Say Ahh“ auf den Weg. Das Motto wird jedes Jahr mit einem Unterthema kombiniert – 2018 „Say Ahh: Think Mouth, Think Health“. Die Kampagne will die Menschen ermutigen, eine gedankliche Verbindung zwischen ihrer Mundgesundheit und ihrer allgemeinen Gesundheit und ihrem Wohlbefinden herzustellen.

Wir möchten, dass die Menschen den Zusammenhang zwischen Mund und Körper verstehen, denn je besser sie über die Auswirkungen der Mundgesundheit auf ihren Gesundheitszustand allgemein informiert sind, desto eher werden sie sich für die präventive Mundpflege engagieren", sagte *Doardo Cavalle*, Leiter des WOHD-Organisationsteams. Die WOHD-Kampagne 2018 will darüber aufklären, dass ein gesunder Mund für eine ordnungsgemäße Funktion ebenso entscheidend ist, wie für die Erhaltung der Gesundheit und Lebensqualität allgemein. Sie zeigt Zusammenhänge zwischen bestimmten Munderkrankungen und nicht übertragbaren Krankheiten auf (wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen oder einigen Krebsarten), sensibilisiert für verbreitete Risikofaktoren und fördert eine gute Mundhygiene.

Neue Präsidentin

Die FDI-Delegierten begrüßen zwei neue ordentliche Mitglieder, die Zahnärzteverbände aus Mauretanien und aus Usbekistan. In der Führung der FDI kam es zu einem Wechsel: die neue Präsidentin der FDI ist *Dr. Kathryn Kelly* (ADA, USA). Sie trat die Nachfolge von *Dr. Patrick Hescot* (ADF, Frankreich) an. Ihre zweijährige Amtszeit begann am 1. September 2017, ebenso die von *Dr. Gerhard Seeberger* (AIO, Italien), der zum President-Elect gewählt wurde.

Die Generalversammlung wählte drei Ratsmitglieder für eine weitere Amtszeit wieder: *Dr. Ashok Dhoble* (IDA, Indien), *Prof. Dr. Takashi Inoue* (JDA, Japan) und *Dr. Edoardo Cavalle* (ANDI, Italien). Auch die Generalversammlung begrüßte zwei neue Mitglieder, nämlich *Maria Fernanda Atuesta Mondragón* (CDA, Kolumbien) und *Young-Guk Park* (JDA, Korea) sowie die neue Sprecherin der FDI, *Dr. Susie Sanderson* (BDA, Großbritannien).

Bei den ständigen Ausschüssen der FDI wurden verschiedene Ausschussvorsitzende wiedergewählt: *Dr. Roland L'Herron* (ADF, Frankreich; Ausschuss für zahnärztliche Praxis), *Dr. Georgios Tsiogas* (HDA, Griechenland; Mitgliederausschuss), *Prof. Dr. Elham Kateeb* (PDA, Palästina; Ausschuss für öffentliche Gesundheit) sowie *Dr. Philippe Calfon* (ADF, Frankreich; Wissenschaftsausschuss).

Die FDI veröffentlicht regelmäßig Resolutionen und Grundsatzerklärungen auf der Grundlage aktueller Erkenntnisse zu Themen im Bereich der Mundgesundheit und des zahnärztlichen Berufsstands. In diesem Jahr verabschiedete die Generalversammlung sechs neue Grundsatzerklärungen zu folgenden Themen: „Werbung in der Zahnmedizin", „CAD/CAM-Zahnmedizin", „Lebenslange Mundgesundheit", „Management odontogener Schmerzen", „Qualität in der Zahnmedizin" und „Nachhaltigkeit in der Zahnmedizin". Weiterhin wurden drei bestehende Grundsatzerklärungen einer umfangreichen Überarbeitung unterzogen: „Zahnärztliche Weiterbildung", „Die Zahnarztpraxis und externe Stakeholder" und „Förderung der Mundgesundheit durch Fluorid"

Der nächste FDI-Weltkongress findet vom 5. bis zum 8. September 2018 in Buenos Aires statt. ■

AWU

VERFÜGBAR
AB Q1/2018.

THOMMEN
Medical

PURE MUSKELKRAFT.

ELEMENT RC PF 3.0 IMPLANTAT.

SCHWEIZER MANUFAKTUR FÜR IMPLANTOLOGIE

www.thommenmedical.com

NEWS-TICKER

Islands Fußballnationaltrainer ist Zahnarzt

Die größte Eruption seit dem Ausbruch des Eyjafjallajökull

Wenn er nicht gerade seine Nationalmannschaft um sich hat, arbeitet der isländische Trainer *Heimir Hallgrímsson* in seiner Zahnarztpraxis auf dem südlich von der Hauptinsel gelegenen Eiland Vestmannaeyjar. *Hallgrímsson* ist mittlerweile allein zuständig; bis zur EM 2016 hatte er Islands Fußball noch gemeinsam mit dem Schweden *Lars Lagerbäck* revolutioniert. Jetzt hat Island die WM-Qualifikation geschafft. „Die größte Eruption in Island seit dem Eyjafjallajökull" titelte die „Süddeutsche". Nun distanzierten sie in ihrer Gruppe die Ukraine und die Türkei und sicherten sich im Oktober mit einem 2:0 gegen Kosovo die erste Teilnahme an einer WM. Man kann von einer goldenen Generation sprechen: Sie hatte sich 2011 zum einzigen Mal für die U 21-EM qualifiziert, war 2013 erst in den Playoffs gegen Kroatien an der WM-Qualifikation für Brasilien gescheitert und erobert nach der EM 2016 nun auch die WM 2018. ■

Quelle: Süddeutsche Zeitung

Foto: pixabay.de/12019

Britische Zahnärzte desillusioniert

Raus aus dem NHS

Laut einer Umfrage der British Dental Association (BDA) planen 58 Prozent der britischen Zahnärzte, in den kommenden fünf Jahren das staatliche Gesundheitswesen National Health System (NHS) zu verlassen. Besonders desillusioniert sind die Jüngeren. Insgesamt 58 Prozent der befragten Zahnärzte spielen demnach mit dem Gedanken, nur noch privat zu behandeln, nach Übersee zu ziehen, in den Ruhestand zu gehen oder den Beruf zu wechseln.

- Mehr als die Hälfte (53 Prozent) der Zahnmediziner unter 35 Jahren hat die Absicht, in den kommenden fünf Jahren aus dem NHS auszusteigen.
- Etwa zehn Prozent der Befragten planen, in Zukunft gar nicht mehr als Zahnarzt zu arbeiten. Etwa der gleiche Anteil gab an, auswandern zu wollen, um außerhalb Großbritanniens zu arbeiten.
- Insgesamt 42 Prozent hingegen wollen sich stärker auf die Behandlung von Privatzahlern fokussieren.
- Nicht einmal jeder sechste (16 Prozent) der befragten jungen Zahnmediziner geht davon aus, dass er noch eine eigene Praxis eröffnen wird. Der Grund: Der traditionelle Karriereweg als NHS-Zahnarzt sei bei voraussichtlich stetig sinkenden Einnahmen und dem Aufkommen immer größerer Zahnarztketten keine attraktive Option mehr.

Diese gefühlte Realität des zahnmedizinischen Nachwuchses untermauert die BDA mit Zahlen: Jüngste Auswertungen hätten demzufolge gezeigt, dass die Zahnärzte in England und Wales in den vergangenen zehn Jahren Einkommensverluste von 35 Prozent hinnehmen mussten. Während das Realeinkommen von Berufsanfängern in den letzten Jahren um etwa 20 000 Euro pro Jahr gesunken sei, seien ihre durchschnittlichen Schulden aus Studienkosten auf über 70 000 Euro gestiegen.

Insgesamt 24 000 Zahnärzte gibt es in Großbritannien, Tendenz fallend. In letzter Zeit gelangten vermehrt Medienberichte an die Öffentlichkeit, wonach sich Briten in Ermangelung eines Zahnarzttermins selbst behandelten. Die BDA-Umfrage wurde im Juni und Juli unter 1212 britischen Zahnärzten durchgeführt. ■

Quelle: zm, BDA

Foto: pixabay.de/fietzfotos

ART OF IMPLANTOLOGY

4th BEGO Implant Systems Global Conference

09.–10.02.2018

Internationaler Austausch in Dubai

- Inspirierendes Programm aus Workshops und Vorträgen
- International renommierte Referenten: Prof. Dr. Florian Beuer, Dr. Eduardo de la Torre, Dr. Stefan Fickl, Dr. Detlef Hildebrand, Dr. Marc Thom u.v.m.
- Exklusives Rahmenprogramm

Jetzt anmelden: art-of-implantology.com

max. 12 Punkte

Miteinander zum Erfolg

BEGO

Assistenzärzte erfahren Unterstützung durch CED

Hungerstreik in Polen

Seit Wochen protestieren junge Ärzte in Polen für bessere Arbeitsbedingungen, viele von ihnen befinden sich im Hungerstreik. Der Europäische Dachverband der Zahnärzte (CED) zeigt sich solidarisch. An einem Warschauer Kinderkrankenhaus sind Anfang Oktober rund 20 Assistenzärzte in einen Hungerstreik eingetreten, um auf ihre schlechte finanzielle Lage aufmerksam zu machen und für bessere Lebens- und Arbeitsbedingungen zu demonstrieren – inzwischen beteiligen sich mehr als 30 an der Aktion. „Obwohl Zahnärzte formal nicht am Streik beteiligt sind, bekunden wir unseren Kollegen Sympathie", heißt es in der kurzen Mitteilung des Europäischen Dachverbandes der Zahnärzte, dem Council of European Dentists (CED). Der Verband unterstütze das Recht der europäischen Bevölkerung auf eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung, die nur mit „angemessener Finanzierung bereitgestellt werden kann". Hinter der Aktion steht der Verband der Assistenzärzte. Anlass war der Tod einer Warschauer Ärztin. Auf 2,2 Ärzte kommen in Polen 1000 Patienten – der niedrigste Wert in der Europäischen Union. Regierungschefin *Beata Szydło* hat auf den Hungerstreik bereits reagiert: Sie versprach, den Etat für die Ärztegehälter ab 2018 um 40 Prozent aufzustocken. Assistenzärzte sollen demnach bis Ende 2021 mindestens 5251 Złoty im Monat verdienen, umgerechnet wären dies rund 1220 Euro. *Szydło* erklärte außerdem, dass die Regierung derzeit an einem Gesetz arbeite, um die Gesundheitsausgaben zu erhöhen – auf sechs Prozent des polnischen Bruttoinlandsprodukts (BIP). Derzeit fließen nur vier Prozent des BIP in die Gesundheitsversorgung. Zum Vergleich: In Deutschland lagen die Gesundheitsausgaben im Jahr 2015 bei einem Anteil von 11,3 Prozent des BIP. Den streikenden Ärzten reichen diese Zusagen nicht. Sie fordern, dass langfristig neun Prozent des BIP in das Gesundheitssystem fließen sollen. Auch der Weltärztebund (WMA) solidarisiert sich mit den polnischen Medizinern: In einer dringlichen Resolution hat er jetzt die polnische Regierung aufgefordert, das Leben der Ärzte zu schützen und das Gesundheitssystem ausreichend zu finanzieren. „Es ist richtig, dass die polnischen Ärzte diese Ausbeutung nicht länger hinnehmen wollen. Sie verdienen dafür unsere volle Unterstützung", sagte der WMA-Vize-Vorsitzende und BÄK-Präsident *Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery.* ■

Foto: fotolia.de/StockPhotoPro

Quelle: zm, diverse

Isoglukose in der Kritik

Böser, böser Zucker?

Seit die Zuckerquote Anfang Oktober in der EU gestrichen wurde, dürfen Hersteller alle Zuckersorten unbegrenzt einkaufen. Vor allem der Zucker Isoglukose rückt dabei in den Fokus, heißt es auf dem deutschen Internetportal web.de. Der Grund: Isokglukose sei deutlich günstiger als herkömmlicher Haushaltszucker. Einige Experten warnen vor einer regelrechten Zuckerschwemme und als Auswirkungen Fettleibigkeit und Leberschäden. Isoglukose ist ein Gemisch aus Fruktose und Glukose aus Maisstärke, Weizen- oder Kartoffelstärke. Dieser Zucker ist deutlich günstiger als herkömmlicher Haushaltszucker. Die jeweiligen Anteile von Fruktose und Glukose in Isoglukose schwanken. Die EU hat bisher eine Quote von maximal fünf Prozent für Isoglukose auf dem EU-Binnenmarkt erlaubt. Diese Quote ist jetzt gefallen. Hersteller können Isoglukose nun unbegrenzt einkaufen. Das gilt natürlich auch für alle anderen Zuckersorten. Isoglukose ist vor allem in verarbeiteten Lebensmitteln enthalten. Sie wird beispielsweise als Süßungsmittel für Limonaden, Gebäck oder Soßen verwendet. Dieser Zucker wird nicht immer als Isoglukose bezeichnet, sondern steht häufig als Fruktose-Glukose-Sirup auf der Zutatenliste. Weil die Zusammensetzung recht ähnlich ist, kommt das deutsche Max-Rubner-Institut, das zu Ernährung und Lebensmittelsicherheit forscht, zu dem Schluss, dass Isoglukose nicht schädlicher ist als anderer Zucker – sofern die aufgenommenen Mengen nicht steigen. Die untersuchten Mengen bezogen sich dabei auf die üblichen Verzehrmengen von Haushaltszucker. Diese betragen laut Institutsleiter *Prof. Dr. Bernhard Watzl* im Schnitt 60 Gramm bei Frauen und 80 Gramm bei Männern. Weil Isoglukose aber deutlich günstiger ist als herkömmlicher Haushaltszucker, fürchten einige Experten, dass sie verstärkt eingesetzt werden könnte. Dadurch könnten Krankheiten wie starkes Übergewicht und Diabetes zunehmen. So warnt zum Beispiel *Professor Dr. Hans-Georg Joost* von der Deutschen Diabetes-Hilfe: „Es ist zu erwarten, dass die Lebensmittelindustrie die billige Isoglukose in Europa vermehrt einsetzt." Dabei beruft er sich auf eine Einschätzung von Experten des Ausschusses für Umweltfragen, öffentliche Gesundheit und Lebensmittelsicherheit des EU-Parlaments. Sie schätzen, dass sich die Produktion von Isoglukose bis 2025 mehr als verdreifachen wird. ■

Foto: pixabay.de/R391n4

Quelle: web.de

Serie 2. Teil

Zahnärztliche Dokumentation

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

Kanzlei RATAJCZAK & PARTNER mbB
Rechtsanwälte

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

Posener Straße 1
71063 Sindelfingen

Fon +49 7031-9505-18
(*Sybill Ratajczak*)
Fax +49 7031-9505-99

ratajczak@bdizedi.org
www.rpmed.de

Inhalt

■ III. Einsichtsrecht des Patienten 51
- Das Spannungsverhältnis zwischen Dokumentation und Einsicht 51
- Rechtsentwicklung 54
- Gesetzliche Grundlage: § 630g BGB 54
- Was umfasst das Einsichtsrecht? 54
- Kann die Einsicht verweigert werden? 56
- Was kann der Patient verlangen? 56
- Verletzung des Einsichtsrechts 56
- Unterlagenübersendung ans Gericht 56

III. Einsichtsrecht des Patienten

1. Das Spannungsverhältnis zwischen Dokumentation und Einsicht

Die Behandlungsdokumentation und das Einsichtsrecht des Patienten sind heutzutage eng miteinander verknüpft. Und dennoch stehen sie in einem ungelösten Spannungsverhältnis. Das liegt nicht nur daran, dass die (berufliche) Pflicht zur Dokumentation der Behandlung sehr viel älter ist als das Einsichtsrecht des Patienten in diese Behandlungsdokumentation. Sie dient nach der Rechtsprechung weder Beweiszwecken noch dem Verständnis des Patienten, sondern der Information des Weiterbehandelnden.

Aufzeichnungspflichtig sind alle Informationen, die ein anderer Behandler (zum Beispiel der Urlaubsvertreter) braucht, um ohne neue Anamnese, Befunderhebung und Diagnostik etc. den Patienten sofort weiterbehandeln zu können. Er soll alle für die Weiterbehandlung erforderlichen Informationen aus der Patientenakte erhalten (OLG München, 17.03.2011 – 1 U 5245/19 –, Rz. 31). Nicht mehr, aber auch nicht weniger.
Was soll der Patient mit dem Einsichtsrecht anfangen, wenn die Dokumentation als solche gar nicht für ihn gedacht ist?

Im ersten Semester des Jurastudiums werden angehende Juristen in die Dogmatik des Rechts der Willenserklärung eingeführt und lernen, dass es nicht darauf ankommt, was gesagt wird, sondern darauf, was der andere Teil verstanden hat oder verstehen durfte. Man nennt das die Lehre vom Empfängerhorizont. Die Konsequenzen dieser Lehre in der Rechtswirklichkeit sind vielfältig, unter anderem erfordert sie eine an die Verständnismöglichkeiten des Patienten angepasste Sprache. § 630e Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 BGB verlangt deshalb, dass die Aufklärung über die Behandlungsrisiken et cetera „für den Patienten verständlich sein“ muss.

Der Weiterbehandler als gedachter Adressat der Behandlungsdokumentation ist

Zahnärztliche Dokumentation – Teil 2

Foto: fotolia.de/Dr.Best

ein ganz anderer Empfängerhorizont als der Patient. Der gedachte Weiterbehandler hat eine Facharztqualifikation oder ist ausgebildeter Zahnarzt mit der für die Weiterbehandlung erforderlichen Qualifikation. Der Patient ist dagegen in aller Regel weder das eine noch das andere. Also beschert das Einsichtsrecht dem Patienten zunächst einmal Einblick in Vorgänge, die ihn betreffen, aber nicht für ihn geschrieben wurden und die er im Zweifel (und das ist so im Regelfall) nicht verstehen kann.

Das Bundesverfassungsgericht hat das Einsichtsrecht des Patienten in seine Behandlungsunterlagen mit dem Recht auf Selbstbestimmung und der personalen Würde des Patienten, abgeleitet aus dem Recht auf Achtung der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG) und der allgemeinen Handlungsfreiheit (Art. 2 Abs. 1 GG), begründet (BVerfG, 16.09.1998 – 1 BvR 1130/98 –, Rz. 8, 12). Damit lässt sich das Einsichtsrecht erklären, aber das Spannungsverhältnis wird nicht gelöst. Was fängt der Patient ohne fremde Hilfe mit den Unterlagen an? Jeder (Zahn-)Arzt kennt das Problem, das manche Patienten mit der Abrechnung der Ä1 haben. Sie lesen in der Rechnung den Gebührentext „Beratung, auch mittels Fernsprecher" als „telefonische Beratung" und beschweren sich über die Rechnung, weil eine telefonische Beratung nicht stattgefunden habe.

Es gibt eine Rechtsprechung, die betont, jeder Patient habe das Recht auf eine leserliche Handschrift seines Arztes (AG Hagen, 25.08.1997 – 10 C 33/97 –, NJW-RR 1998, 262). Das Recht auf Einsicht erfasse auch eine entsprechend lesbare Karteikarte (AG Essen, 21.04.1997 – 12 C 13/97 –, ZM 1999, Nr. 6, S. 6).

Aber das würde bedeuten, dass man die Dokumentation für den Patienten und nicht für den Weiterbehandler zu schreiben hätte. Der (Zahn-)Arzt muss, solange er noch nicht alles per EDV macht, nur so schreiben, dass seine Kollegen das lesen können. Fachjargon, fachbezogene und fachübliche Abkürzungen sind ihm nicht verboten.

Solange die Unterlagen für den Fachkollegen lesbar sind, muss man nichts verbessern oder gar eine Abschrift erstellen (ebenso LG Dortmund, 03.07.1997 – 17 S 76/97 –, NJW-RR 1998, 261; LG Karlsruhe, 07.12.1999 – 12 O 53/99 –, NJW-RR 2001, 326; LG Marburg, 18.06.2003 – 5 O 42/02 –, Rz. 22) oder sie in normales Deutsch übersetzen (OLG Frankfurt/M., 30.09.2003 – 15 U 174/03 –, Rz. 10). Die Behandlungsunterlagen müssen für den Fachkollegen lesbar („selbsterklärend") sein (LSG Baden-Württemberg, 25.09.2013 – L 5 KA 3347/11 –, Rz. 40 f.). Das Risiko, dass der Patient die Unterlagen nicht lesen kann, wird von der Rechtsprechung in der Sphäre des Patienten gelöst. Dann muss er sich halt „sachkundig von einer Person seines Vertrauens beraten" lassen (BGH, 23.11.1982 – VI ZR 222/79 –, Rz. 17).

Der Patient, der die Behandlungsunterlagen anfordert, um sich von einer Person seines Vertrauens sachkundig beraten zu lassen, will mögliche Ansprüche prüfen. Es ist eine zwar vielfach wiederholte Chimäre der Rechtsprechung, aber eben eine Chimäre, dass die Behandlungsdokumentation nicht primär Haftungszwecken diene. Doch, das tut sie, und zwar durchaus auch primär, wenn man sieht, wie hoch die Anforderungen an eine ordnungsgemäße Dokumentation für viele Gerichte mittlerweile geworden sind. Die Dokumentationspflicht besteht zwar nur, soweit dies aus medizinischer Sicht erforderlich ist. Folgewirkungen im Hinblick auf etwaige Haftpflichtprozesse sind aber nicht „nur ein (letztendlich unvermeidbarer, jedoch nicht vorrangig bezweckter) Nebeneffekt" (so aber

OLG Frankfurt/M., 30.09.2003 – 15 U 174/03 –, Rz. 9).

Das LG Kiel hat in einer Entscheidung vom 04.04.2008 – 8 O 50/07 –, Rz. 26 gemeint, ein Krankenhaus habe die Schwierigkeiten des Auffindens von Behandlungsunterlagen zu vertreten, die daraus entstehen, dass es in großem Umfang Behandlungsunterlagen nach erfolgter Digitalisierung und Mikroverfilmung zum Zwecke der Vernichtung ungeordnet lagert, wenn nicht zuvor der Patient auf die Möglichkeit der vorherigen Einsichtnahme in die Originalunterlagen hingewiesen und ihm hierzu Gelegenheit gegeben wurde. Das Ansinnen, jedes Krankenhaus habe jeden Patienten anzuschreiben, ehe es seine Akten digitalisiert und die Originale danach wegwirft, um Gelegenheit zur Einsicht in die Originalbehandlungsunterlagen zu geben, ist angesichts von 2016 bereits jährlich rund 19,5 Mio. stationären Behandlungsfällen bei rund 2000 Krankenhäusern schon ziemlich abenteuerlich. Im Schnitt wären das bei 250 Arbeitstagen/Kalenderjahr etwa 39 Briefe pro Krankenhaus und Wochenarbeitstag, mit nichts anderem als dem Hinweis auf die Einsicht in die Behandlungsunterlagen, Fristsetzung und Androhung der Konsequenzen, am besten per Einschreiben. Was geschieht mit den Rückläufern (unbekannt verzogen)? Die Rechtsprechung tut sich jedenfalls nicht selten schwer mit der Erkenntnis, dass das Gesundheitswesen nicht dazu da ist, Bürokratie zu produzieren, sondern Patienten zu behandeln, und dass die Dokumentation dieser Behandlung ungleich unwichtiger als die Behandlung selbst sein sollte.

Das sieht die Rechtsprechung allerdings überwiegend anders, weshalb Mängel der Dokumentation zu Beweiserleichterungen führen, was der Gesetzgeber mittlerweile in § 630h Abs. 3 BGB übernommen hat:

„Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis entgegen § 630f Absatz 1 oder Absatz 2 nicht in der Patientenakte aufgezeichnet oder hat er die Patientenakte entgegen § 630f Absatz 3 nicht aufbewahrt, wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat.“ Man tut deshalb gut daran, die Behandlungsdo-

SUNSTAR
GUIDOR®

Knochenersatzmaterial
GUIDOR® *easy-graft*

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

www.GUIDOR.com

Verkauf:
Sunstar Deutschland GmbH
Aiterfeld 1 · 79677 Schönau
Fon: +49 7673 885 10855
Fax: +49 7673 885 10844
service@de.sunstar.com

kumentation gleichwertig unter (zahn-) medizinischen und forensischen Aspekten zu führen. Denn das Einsichtsrecht des Patienten dient in aller Regel der Vorbereitung eines möglichen Verfahrens gegen den Behandler und nicht der Neugierbefriedigung.

2. Rechtsentwicklung

Eine Rechtspflicht zur Dokumentation der Behandlungsumstände nahm der BGH in der schon angesprochenen Grundsatzentscheidung vom 14.03.1978 – VI ZR 213/76 – an. 1962 hatte der BGH diese Verpflichtung noch in zwei Entscheidungen als Verpflichtung gegenüber dem Patienten abgelehnt (BGH, 06.11.1962, VI ZR 29/62 –, Rz. 10; das Verfahren betraf die Herausgabe von zahnärztlichen Röntgenaufnahmen) und betont, dass Aufzeichnungen des Arztes nur eine interne Gedächtnisstütze seien und zu ihrer sorgfältigen und vollständigen Führung dem Patienten gegenüber keine Pflicht bestehe (BGH, 04.12.1962 – VI ZR 101/62 –). Auch das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hatte in einer Entscheidung vom 08.03.1972 – 2 BvR 28/71 –, Rz. 25 noch ohne weitere Reflexion die damalige Auffassung von der Dokumentation als Gedächtnisstütze des Arztes übernommen.

In die Behandlungsunterlagen darf der Patient seit den beiden Entscheidungen des BGH vom 23.11.1982 – VI ZR 222/79 – und – VI ZR 177/81 – Einsicht nehmen, jedenfalls soweit darin sogenannte objektive Befunde enthalten sind. Es gab in der Folgezeit eine Vielzahl von Entscheidungen sowohl zum Umfang des Einsichtsrechts als auch zum Umfang der Behandlungsdokumentation.
Die Urteile ließen jedoch mehr Fragen offen, als sie Antworten gaben. Der Gesetzgeber hat mit dem Patientenrechtegesetz nunmehr in § 630g BGB eine explizite Rechtsgrundlage geschaffen.

3. Gesetzliche Grundlage: § 630g BGB
Die Norm hat folgenden Wortlaut:
„§ 630g BGB Einsichtnahme in die Patientenakte

(1) Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen. § 811 ist entsprechend anzuwenden.

(2) Der Patient kann auch elektronische Abschriften von der Patientenakte verlangen. Er hat dem Behandelnden die entstandenen Kosten zu erstatten.

(3) Im Fall des Todes des Patienten stehen die Rechte aus den Absätzen 1 und 2 zur Wahrnehmung der vermögensrechtlichen Interessen seinen Erben zu. Gleiches gilt für die nächsten Angehörigen des Patienten, soweit sie immaterielle Interessen geltend machen. Die Rechte sind ausgeschlossen, soweit der Einsichtnahme der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des Patienten entgegensteht."

4. Was umfasst das Einsichtsrecht?

Prinzipiell umfasst das Einsichtsrecht alle Aufzeichnungen in der Patientenakte („vollständige" Einsicht). All das, was Inhalt der Patientenakte im eigentlichen Sinne ist (vgl. dazu II.5 und II.6), unterliegt dem Einsichtsrecht.
Es erstreckt sich aber nicht auf solche, an deren Zurückhaltung der Zahnarzt ein begründetes Interesse hat:

- seine persönlichen Eindrücke über den Patienten und dessen Angehörige, aufgenommen in die Anamnese,
- später aufgegebene Verdachtsdiagnosen,
- Bemerkungen zu einem querulatorischen Verhalten des Patienten in der Behandlung.

Allerdings sollte man es sich als Behandler gut überlegen, solche „persönlichen" Bemerkungen überhaupt aufzunehmen. Denn wenn allzu viele Hinweise darauf in der Dokumentation enthalten sind, dass der Patient eigentlich psychiatrisch zu behandeln oder wenigstens unter somatoformen Beschwerden leidet und nicht primär in die Behandlung der Zahnarztpraxis gehört, dann ergeben sich daraus Probleme an anderer Stelle: Wieso wurde der Patient nicht an eine Facharztpraxis überwiesen, die sich erst mal um seine psychologischen/psychosomatischen Probleme kümmert, ehe er aufwendig prothetisch neu versorgt wurde? ▶

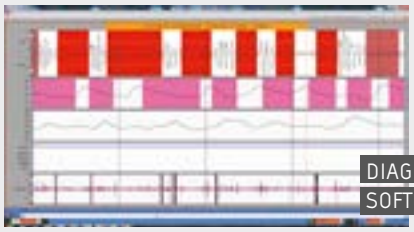
Foto: fotolia.de/sdecoret

bti
Human
Technology

BTI APNiA

NEUES SYSTEM FÜR DIAGNOSTIK UND BEHANDLUNG VON SCHLAFAPNOE UND RONCHOPATHIE

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



DIAGNOSE-SOFTWARE

Das system APNIA wird zur Diagnostik und Behandlung dieser Atemstörung eingesetzt. Es besteht aus einem elektronischen Gerät, das die Schlafstudien aufzeichnet, einer Diagnose-Software sowie einem intraoralen Gerät für die Behandlung des Patienten.

ELEKTRONISCHES DIAGNOSEGERÄT APNIA

ITRAORALES BEHANDLUNGSGERÄT APNIA (DIA)

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

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

Jeder Patient ist anders, jeder Fall ist einzigartig.

Human Technology

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

5. Kann die Einsicht verweigert werden?

Aus therapeutischen Gründen kann der (Zahn-)Arzt unter Umständen das Einsichtsrecht verweigern (§ 630g Abs. 1 Satz 1, 2. Hs. BGB). Dies wird vor allem im Zusammenhang mit psychiatrischen Behandlungen relevant. Solche therapeutischen Gründe muss er allerdings nach Art und Richtung näher kennzeichnen, wenn auch nicht im Detail angeben.
Stets zu offenbaren sind dem Patienten die sogenannten objektiven Befunde, wozu alle physikalisch objektivierten Befunde und Aufzeichnungen über bewertungsneutrale Maßnahmen wie Operationsprotokolle und Medikation gehören. Die Diagnose, jedenfalls die endgültige Diagnose, gehört zu diesen objektiven Befunden, auch wenn man damit argumentieren könnte, dass die Diagnose ein subjektives Urteil auf der Grundlage eines naturwissenschaftlich konkretisierten Befundes darstellt.

6. Was kann der Patient verlangen?

Der Patient hat das Recht, die Krankenunterlagen im Original einzusehen, allerdings grundsätzlich nur dort, wo sie sich befinden, also im Regelfall in der Praxis (OLG Frankfurt/M., 09.05.2011 – 8 W 20/11 –, Rz. 14), und auf seine Kosten (§ 630g Abs. 2 Satz 2 BGB) von ihnen Fotokopien fertigen zu lassen.

Im Zahnarztbereich stellt sich regelmäßig die Frage, was mit den Modellen, Gebissabdrücken und Röntgenbildern ist. Da für die Beurteilung der Behandlung diese Unterlagen regelmäßig entscheidend sind, erstreckt sich das Einsichtsrecht auch auf diese, wobei die Herausgabe von Modellen im Original verweigert werden kann. Es besteht die Möglichkeit, von den Modellen auf Kosten des Patienten Kopien anzufertigen. Gleiches gilt für Röntgenaufnahmen (Röntgenkopien). Entstehen höhere Kosten, hat der Zahnarzt einen Anspruch auf entsprechende Vorschusszahlung (§630g Abs. 1 i.V.m. 811 Abs. 2 Satz 2 BGBOLG Saarbrücken, 16.11.2016 – 1 U 57/16 –, Rz. 55).

7. Verletzung des Einsichtsrechts

Wird das Einsichtsrecht dadurch verletzt, dass Unterlagen unzulässigerweise zurückgehalten werden, entsteht dem Patienten ein vertraglicher Schadensersatzanspruch, der Nachteile des Patienten bei der Verfolgung von Vermögensinteressen gegen den Zahnarzt umfasst. Hier ist insbesondere an die Kosten unbegründet erhobener Haftungsklagen zu denken.

Es stellt keine Verletzung des Einsichtsrechts dar, wenn der Zahnarzt vor Herausgabe von Ablichtungen sogenannte subjektive Eintragungen in den Behandlungsunterlagen unkenntlich macht. Dabei dürfen allerdings nicht die Behandlungsunterlagen selbst verändert werden, sondern nur die Kopien. In der Praxis müssen also die Kopien verändert und dann von den veränderten Kopien nochmals Kopien gemacht werden.

8. Unterlagenübersendung ans Gericht

Muss der Zahnarzt, was in einem Prozess regelmäßig der Fall ist, nach §§ 420 oder 421 ZPO die Behandlungsunterlagen dem Gericht vorlegen, dann müssen diese vollständig sein. Es besteht nicht die Möglichkeit, sogenannte subjektive Befunde dem Gericht vorzuenthalten. Die Rechtsprechung um die Einschränkung des Einsichtsrechts auf objektive Befunde ist daher etwas willkürlich.

Das OLG Nürnberg hat sich in einem Beschluss vom 14.03.2017 – 5 W 1043/16 – auf den Standpunkt gestellt, dass die Vorlage der Behandlungsunterlagen an den Gutachter auch im selbstständigen Beweisverfahren angeordnet werden kann (Rz. 8). ■

Der Beitrag wird fortgesetzt.

Foto: pixabay.de/StartupStockPhotos

Serie 2. Teil

Datenschutz-Grundverordnung

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

Kanzlei RATAJCZAK & PARTNER mbB
Rechtsanwälte

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

Posener Straße 1
71063 Sindelfingen
Fon +49 7031-9505-18
(*Sybill Ratajczak*)
Fax +49 7031-9505-99
ratajczak@bdizedi.org
www.rpmed.de

Inhalt

■ I. Einführung 57

■ II. Wichtige Inhalte der DSGVO

- Grundlegende Zielsetzung (Art. 1 DSGVO)
- Begriffsbestimmungen (Art. 4 DSGVO)
- Verarbeitungsgrundsätze (Art. 5 DSGVO)
- Rechtmäßigkeit der Verarbeitung (Art. 6 und 7 DSGVO)
- Besonderheiten bei Kindern (Art. 8 DSGVO)
- Verarbeitung von Gesundheitsdaten (Art. 9 DSGVO, § 22 BDSG)
- Informationspflichten (Art. 13 DSGVO) 57
- Auskunfts-, Berichtigungs- und Löschungsrechte (Art. 15 – 17 DSGVO) 58
- Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung (Art. 18 DSGVO) 59
- Korrekturmitteilungen (Art. 19 DSGVO) 60
- Der Verantwortliche (Art. 24, 25, 29, 35, 36 DSGVO) 60
- Auftragsverarbeitung (Art. 28 DSGVO) 60
- Verzeichnis der Verarbeitungstätigkeiten (Art. 30 DSGVO) 62
- Sicherheitshöhe (Art. 32 DSGVO) 63
- Datenschutzverletzungen (Art. 33 und 34 DSGVO) 64
- Datenschutzbeauftragter (Art. 37 – 39 DSGVO, § 38 BDSG) 64
- Nationale Verhaltensregeln (Art. 40 DSGVO) 64
- Rechtsbehelfe, Haftung und Sanktionen (Art. 77 – 84 DSGVO, §§ 41 – 43 BDSG) 65

■ Fazit 65

I. Einführung

Am 25.05.2018 tritt die Datenschutz-Grundverordnung der EU in Kraft. Zu diesem Stichtag müssen sämtliche Datenanwendungen an die neue Rechtslage angepasst werden. In unserer Serie informieren wir über wichtige Inhalte dieser Verordnung und welche Auswirkungen diese auf die Zahnarztpraxis haben. Im zweiten und letzten Teil geht es unter anderem um die Informationspflichten sowie die Auskunfts-, Berichtigungs- und Löschungsrechte von Patientendaten.

Informationspflichten (Art. 13 DSGVO)

Das Kapitel III der DSGVO widmet sich den Rechten der betroffenen Person, also im Falle einer Zahnarztpraxis vor allem den Rechten des Patienten, dessen

Datenschutz-Grundverordnung – Teil 2

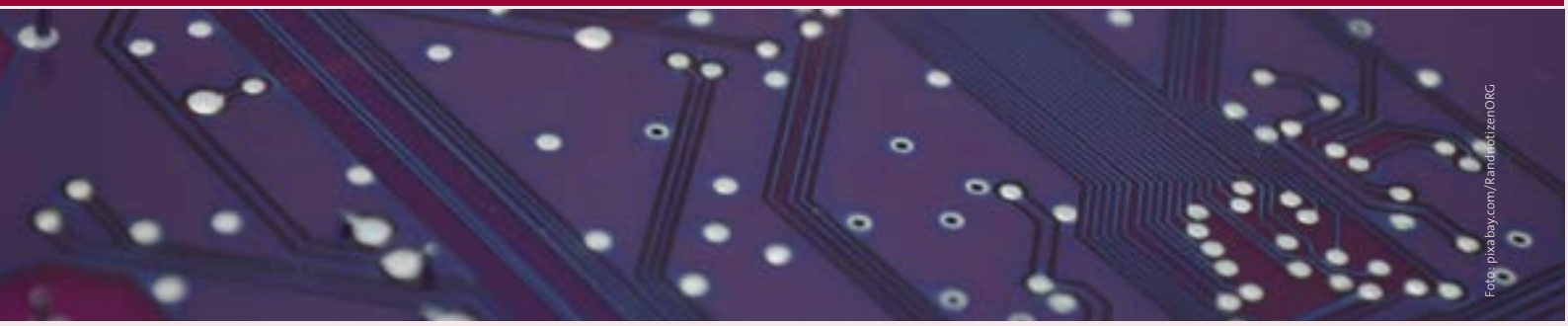


Foto: pixabay.com/RandnotizenORG

Gesundheitsdaten elektronisch verarbeitet werden.

Unter der Überschrift „Transparenz und Modalitäten“ sind eine Reihe von sehr umfangreichen Informationspflichten gelistet, deren Sinnhaftigkeit fraglich, deren Bürokratieaufwand für die Zahnarztpraxis aber beträchtlich ist. Von diesen umfangreichen Normen soll nachstehend nur Art. 13 DSGVO als für die Zahnarztpraxis wichtigster Anwendungsfall wiedergegeben werden:

Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person (Art. 13 DSGVO)

(1) Werden personenbezogene Daten bei der betroffenen Person erhoben, so teilt der Verantwortliche der betroffenen Person zum Zeitpunkt der Erhebung dieser Daten Folgendes mit:

a) den Namen und die Kontaktdaten des Verantwortlichen sowie gegebenenfalls seines Vertreters;

b) gegebenenfalls die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten;

c) die Zwecke, für die die personenbezogenen Daten verarbeitet werden sollen, sowie die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung;

d) wenn die Verarbeitung auf Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe f beruht, die berechtigten Interessen, die von dem Verantwortlichen oder einem Dritten verfolgt werden;

e) gegebenenfalls die Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten und

f) gegebenenfalls die Absicht des Verantwortlichen, die personenbezogenen Daten an ein Drittland oder eine internationale Organisation zu übermitteln, sowie das Vorhandensein oder das Fehlen eines Angemessenheitsbeschlusses der Kommission oder im Falle von Übermittlungen gemäß Artikel 46 oder Artikel 47 oder Artikel 49 Absatz 1 Unterabsatz 2 einen Verweis auf die geeigneten oder angemessenen Garantien und die Möglichkeit, wie eine Kopie von ihnen zu erhalten ist, oder wo sie verfügbar sind.

(2) Zusätzlich zu den Informationen gemäß Absatz 1 stellt der Verantwortliche der betroffenen Person zum Zeitpunkt der Erhebung dieser Daten folgende weitere Informationen zur Verfügung, die notwendig sind, um eine faire und transparente Verarbeitung zu gewährleisten:

a) die Dauer, für die die personenbezogenen Daten gespeichert werden oder, falls dies nicht möglich ist, die Kriterien für die Festlegung dieser Dauer;

b) das Bestehen eines Rechts auf Auskunft seitens des Verantwortlichen über die betreffenden personenbezogenen Daten sowie auf Berichtigung oder Löschung oder auf Einschränkung der Verarbeitung oder eines Widerspruchsrechts gegen die Verarbeitung sowie des Rechts auf Datenübertragbarkeit;

c) wenn die Verarbeitung auf Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe a oder Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a beruht, das Bestehen eines Rechts, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird;

d) das Bestehen eines Beschwerderechts bei einer Aufsichtsbehörde;

e) ob die Bereitstellung der personenbezogenen Daten gesetzlich oder vertraglich vorgeschrieben oder für einen Vertragsabschluss erforderlich ist, ob die betroffene Person verpflichtet ist, die personenbezogenen Daten bereitzustellen, und welche mögliche Folgen die Nicht-bereitstellung hätte und

f) das Bestehen einer automatisierten Entscheidungsfindung einschließlich Profiling gemäß Artikel 22 Absätze 1 und 4 und – zumindest in diesen Fällen – aussagekräftige Informationen über die involvierte Logik sowie die Tragweite und die angestrebten Auswirkungen einer derartigen Verarbeitung für die betroffene Person.

(3) Beabsichtigt der Verantwortliche, die personenbezogenen Daten für einen anderen Zweck weiterzuverarbeiten als den, für den die personenbezogenen Daten erhoben wurden, so stellt er der betroffenen Person vor dieser Weiterverarbeitung Informationen über diesen anderen Zweck und alle anderen maßgeblichen Informationen gemäß Absatz 2 zur Verfügung.

(4) Die Absätze 1, 2 und 3 finden keine Anwendung, wenn und soweit die betroffene Person bereits über die Informationen verfügt.

Im Grundsatz ist damit all das, was man bei einem Bürger des 21. Jahrhunderts eigentlich an Grundkenntnissen der Datenverarbeitung voraussetzen sollte, diesem mitzuteilen. Es würde nach Art. 13 Abs. 4 DSGVO noch nicht einmal entlasten, wenn der Patient dies alles gar nicht wissen will. Ein Recht, von dem ganzen Informationsschwall verschont zu bleiben, ist explizit nicht vorgesehen, anders als in § 630c Abs. 4 BGB, wonach der Patient auf die Aufklärung verzichten kann.

Auskunfts-, Berichtigungs- und Löschungsrechte (Art. 15 bis 17 DSGVO)

Die „betroffene Person“, sprich der Patient, hat nach Art. 15 DSGVO umfangreiche

Auskunftsrechte über seine Daten, angefangen damit, dass er Antwort auf die Frage verlangen kann, ob ihn betreffende personenbezogene Daten verarbeitet werden. Art. 16 DSGVO ergänzt das Auskunftsrecht durch Berichtigungsrechte.

Schließlich kann die „betroffene Person" auch die Löschung der Daten verlangen. Art. 17 DSGVO enthält in der Überschrift das „Recht auf Vergessenwerden" als datenschutzrechtliches Grundrecht. Das Löschungsrecht besteht nicht, soweit die Daten für das ordnungsgemäße Funktionieren der gesundheitlichen Versorgung des Patienten weiterhin gebraucht werden, auch wenn er seine Einwilligung nach Art. 7 DSGVO widerrufen hat (Art. 17 Abs. 1 Buchstabe b DSGVO).

Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung (Art. 18 DSGVO)

Für die Praxis kritischer könnte das in Art. 18 DSGVO verankerte Recht werden, die Einschränkung der Datenverarbeitung zu verlangen, weil dies, vor allem nach Abs. 1 Buchstabe a, viel Sand ins Getriebe des elektronischen Praxisablaufs bringen kann, und hier die Bereichsausnahme des Art. 9 Abs. 1 Buchstabe h DSGVO i.V.m. § 22 BDSG nicht greift. Ob man sie analog anwenden kann, weil es wenig Sinn macht, die Rücknahme der Einwilligung ignorieren zu dürfen, aber dann sich mit dem Patienten um die Beschränkung der Datenverarbeitung herumschlagen zu müssen, wird die Rechtsprechung zu klären haben.

Im Grundsatz jedenfalls hat der Patient nach Art. 18 Abs. 1 DSGVO das Recht, von dem Verantwortlichen die Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, wenn eine der folgenden Voraussetzungen gegeben ist:

a) die Richtigkeit der personenbezogenen Daten von der betroffenen Person bestritten wird, und zwar für eine Dauer, die es dem Verantwortlichen ermöglicht, die Richtigkeit der personenbezogenen Daten zu überprüfen;

b) die Verarbeitung unrechtmäßig ist und die betroffene Person die Löschung der personenbezogenen Daten ablehnt und stattdessen die Einschränkung der Nutzung der personenbezogenen Daten verlangt;

c) der Verantwortliche die personenbezogenen Daten für die Zwecke der Verarbei-

Biologisch • Sicher • Wirtschaftlich • Fair

Fair Implant

Die erste Wahl bei Sofort-Implantation!

Keramik ✓ Reintitan ✓
einteilig ✓ zweiteilig ✓

FairWhite™ FairOne™ FairTwo™

Alle Implantate sind entwickelt für:

✓ **minimalinvasive Behandlungen**
✓ **maximale Primärstabilität**
✓ **schnelles Einheilen**

www.fairimplant.de · Tel. 040 25 33 055-0 · info@fairimplant.de

tung nicht länger benötigt, die betroffene Person sie jedoch zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigt, oder

d) die betroffene Person Widerspruch gegen die Verarbeitung gemäß Artikel 21 Absatz 1 eingelegt hat, solange noch nicht feststeht, ob die berechtigten Gründe des Verantwortlichen gegenüber denen der betroffenen Person überwiegen.

Korrekturmitteilungen (Art. 19 DSGVO)

Art. 19 DSGVO ist eines der bürokratischen Monstren, welche die DSGVO enthält. Der Text ist selbsterklärend:

Mitteilungspflicht im Zusammenhang mit der Berichtigung oder Löschung personenbezogener Daten oder der Einschränkung der Verarbeitung

Der Verantwortliche teilt allen Empfängern, denen personenbezogene Daten offengelegt wurden, jede Berichtigung oder Löschung der personenbezogenen Daten oder eine Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 16, Artikel 17 Absatz 1 und Artikel 18 mit, es sei denn, dies erweist sich als unmöglich oder ist mit einem unverhältnismäßigen Aufwand verbunden. Der Verantwortliche unterrichtet die betroffene Person über diese Empfänger, wenn die betroffene Person dies verlangt. Immerhin wird erkannt, dass es schon sehr ausgefeilter EDV-Organisation bedarf, um überhaupt nachhalten zu können, wer bei welcher Gelegenheit welche personenbezogenen Daten erhalten hat. Hier wäre eine generelle Bereichsausnahme für die kleineren Unternehmen sachgerecht gewesen, wenn man auf solche Informationspflichten nicht ganz verzichten will. Welches große Klinikum soll das denn wirklich leisten können. Das gibt jedenfalls im Falle von Ordnungswidrigkeitenverfahren Anlass für die Klärung schwierigster Rechtsfragen. Wann ist Information unmöglich? Wann ist der Aufwand unverhältnismäßig?Immerhin darf der nationale Gesetzgeber den Informationswust der Art. 12 ff. DSGVO beschränken, allerdings nicht willkürlich (siehe Art. 23 DSGVO).

Der Verantwortliche (Art. 24, 25, 29, 35, 36 DSGVO)

Es gibt zwei Zentralbegriffe in der DSGVO. Der eine ist die „betroffene Person", der andere der „Verantwortliche". Im Kontext der Zahnarztpraxis ist erstere der Patient, letztere der Inhaber oder die Gesamtheit der Gesellschafter.

Art. 24 DSGVO beschreibt unter der von jedem guten Deutschlehrer als schlechter Ausdruck beanstandeten Überschrift die „Verantwortung des für die Verarbeitung Verantwortlichen" (im englischen Text: Responsibility of the controller). Abs. 1 und 2 bestimmen:

(1) Der Verantwortliche setzt unter Berücksichtigung der Art, des Umfangs, der Umstände und der Zwecke der Verarbeitung sowie der unterschiedlichen Eintrittswahrscheinlichkeit und Schwere der Risiken für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen geeignete technische und organisatorische Maßnahmen um, um sicherzustellen und den Nachweis dafür erbringen zu können, dass die Verarbeitung gemäß dieser Verordnung erfolgt. Diese Maßnahmen werden erforderlichenfalls überprüft und aktualisiert.

(2) Sofern dies in einem angemessenen Verhältnis zu den Verarbeitungstätigkeiten steht, müssen die Maßnahmen gemäß Absatz 1 die Anwendung geeigneter Datenschutzvorkehrungen durch den Verantwortlichen umfassen.

Was geeignete Maßnahmen sind, wird viel Spielraum für Interpretation und Auseinandersetzungen geben. Sicher ist nur, dass derjenige, der insoweit gar nichts macht, sich nicht wird darauf hinausreden können, hätte er was gemacht, wäre es genauso falsch gewesen. Hier nützt und schützt kompetenter (Rechts-)Rat. Art. 25 DSGVO bürdet dem Verantwortlichen den „Datenschutz durch Technikgestaltung und durch datenschutzfreundliche Voreinstellungen" auf. Auch hier sind wieder „geeignete" Maßnahmen zu treffen.

Art. 29 DSGVO stellt dann klar, dass jede dem Verantwortlichen unterstellte Person, die Zugang zu personenbezogenen Daten hat, diese Daten ausschließlich auf Weisung des Verantwortlichen verarbeiten darf, es sei denn, dass sie nach dem Unionsrecht oder dem Recht der Mitgliedstaaten zur Verarbeitung verpflichtet sind. Bei Verwendung neuer EDV-Technologien ergänzt dies Art. 35 DSGVO durch die Pflicht zur Datenschutz-Folgenabschätzung mit gegebenenfalls der Pflicht zur vorherigen Konsultation der Aufsichtsbehörde (Art. 36 DSGVO). Ob darunter auch noch das Cloud-Computing fällt, bleibt abzuwarten.

Auftragsverarbeitung (Art. 28 DSGVO)

Art. 28 DSGVO wird vor allem für Zahnarztpraxen relevant, die bei ihrer Praxis-EDV mit Cloud-Lösungen oder ▶

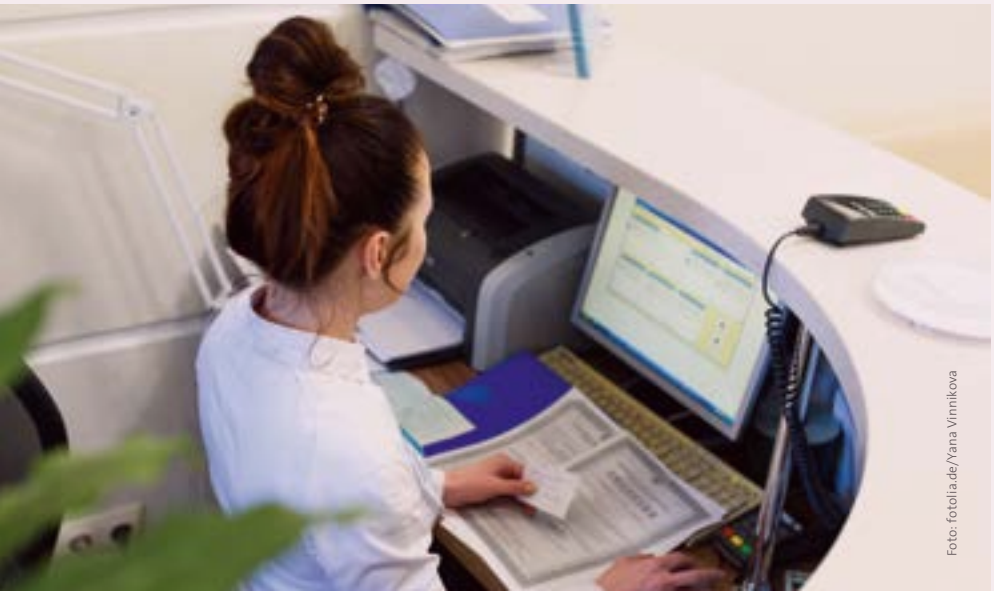


Foto: fotolia.de/Yana Vinnikova

medidentas
for health in finance

Dexistenzgründung®

Dentcontrol® Delaunch®

Dexit® Dentmarking®

Finanzkaries® Delaunch®

Credit-Beauty-Contest®

Unser Geschenk für Sie

1 STUNDE KOSTENLOSE BERATUNG

Für mehr Informationen

+49 (0)201 - 959 748 84

info@medidentas.de

www.medidentas.de

externen Anbietern arbeiten, also die Daten nicht selbst in der Praxis verarbeiten. Das betrifft im Zweifel auch Factoring-Dienste. Art. 28 Abs. 1 und 2 DSGVO stellen dazu folgende allgemeinen Anforderungen auf:

(1) Erfolgt eine Verarbeitung im Auftrag eines Verantwortlichen, so arbeitet dieser nur mit Auftragsverarbeitern, die hinreichend Garantien dafür bieten, dass geeignete technische und organisatorische Maßnahmen so durchgeführt werden, dass die Verarbeitung im Einklang mit den Anforderungen dieser Verordnung erfolgt und den Schutz der Rechte der betroffenen Person gewährleistet.

(2) Der Auftragsverarbeiter nimmt keinen weiteren Auftragsverarbeiter ohne vorherige gesonderte oder allgemeine schriftliche Genehmigung des Verantwortlichen in Anspruch. Im Fall einer allgemeinen schriftlichen Genehmigung informiert der Auftragsverarbeiter den Verantwortlichen immer über jede beabsichtigte Änderung in Bezug auf die Hinzuziehung oder die Ersetzung anderer Auftragsverarbeiter, wodurch der Verantwortliche die Möglichkeit erhält, gegen derartige Änderungen Einspruch zu erheben.

„Auftragsverarbeiter" ist nach Art. 4 Nr. 8 DSGVO „eine natürliche oder juristische Person, Behörde, Einrichtung oder andere Stelle, die personenbezogene Daten im Auftrag des Verantwortlichen verarbeitet."

Den gilt es seitens des Verantwortlichen umfangreich zu kontrollieren, wobei Art. 28 Abs. 3 DSGVO umfangreiche Vorgaben an die Vereinbarungen zwischen Verantwortlichem und Auftragsverarbeiter enthält. Nimmt der Auftragsverarbeiter seinerseits die Dienste eines weiteren Auftragsverarbeiters in Anspruch, um bestimmte Verarbeitungstätigkeiten im Namen des Verantwortlichen auszuführen, so werden diesem weiteren Auftragsverarbeiter im Wege eines Vertrags oder eines anderen Rechtsinstruments nach dem Unionsrecht oder dem Recht des betreffenden Mitgliedstaats dieselben Datenschutzpflichten auferlegt, ...
Man braucht nicht Jurist zu sein, um zu ermessen, welche Aufgaben auf den Verantwortlichen zukommen, wenn es um die heute modernen Cloud-Lösungen geht. Auch hierbei fragt man sich, wie das in Zahnarztpraxen normaler Größe eigentlich funktionieren soll, wenn man der Erwartung Ausdruck verleihen darf, dass die Patienten ihre personenbezogenen Daten dem Zahnarzt offenbaren, um behandelt zu werden, und nicht, damit dieser sich damit im Dickicht des Datenschutzrechts verliert.

Verzeichnis der Verarbeitungstätigkeiten (Art. 30 DSGVO)

Art. 30 DSGVO gibt dem Verantwortlichen auf, schriftlich oder in einem elektronischen Format (Abs. 3) ein Verzeichnis aller Verarbeitungstätigkeiten zu führen, das nach Abs. 1 Satz 2 folgende Angaben enthalten muss:

a) den Namen und die Kontaktdaten des Verantwortlichen und gegebenenfalls des gemeinsam mit ihm Verantwortlichen, des Vertreters des Verantwortlichen sowie eines etwaigen Datenschutzbeauftragten;

b) die Zwecke der Verarbeitung;

c) eine Beschreibung der Kategorien betroffener Personen und der Kategorien personenbezogener Daten;

d) die Kategorien von Empfängern, gegenüber denen die personenbezogenen Daten offengelegt worden sind oder noch offengelegt werden, einschließlich Empfänger in Drittländern oder internationalen Organisationen;

e) gegebenenfalls Übermittlungen von personenbezogenen Daten an ein Drittland oder an eine internationale Organisation, einschließlich der Angabe des betreffenden Drittlands oder der betreffenden internationalen Organisation, sowie bei dem in Artikel 49 Absatz 1 Unterabsatz 2 genannten Datenübermittlungen die Dokumentierung geeigneter Garantien;

f) wenn möglich, die vorgesehenen Fristen für die Löschung der verschiedenen Datenkategorien;

g) wenn möglich, eine allgemeine Beschreibung der technischen und organisatorischen Maßnahmen gemäß Artikel 32 Absatz 1.

Abs. 2 ergänzt diese Pflichten:
Jeder Auftragsverarbeiter und gegebenenfalls sein Vertreter führen ein Verzeichnis zu allen Kategorien von im Auftrag eines Verantwortlichen durchgeführten Tätigkeiten der Verarbeitung, die Folgendes enthält:

a) den Namen und die Kontaktdaten des Auftragsverarbeiters oder der Auftragsverarbeiter und jedes Verantwortlichen, in dessen Auftrag der Auftragsverarbeiter tätig ist, sowie gegebenenfalls des Vertreters

Foto: fotolia.de/sdecoret

des Verantwortlichen oder des Auftragsverarbeiters und eines etwaigen Datenschutzbeauftragten;

b) die Kategorien von Verarbeitungen, die im Auftrag jedes Verantwortlichen durchgeführt werden;

c) gegebenenfalls Übermittlungen von personenbezogenen Daten an ein Drittland oder an eine internationale Organisation, einschließlich derAngabe des betreffenden Drittlands oder der betreffenden internationalen Organisation, sowie bei den in Artikel 49 Absatz 1 Unterabsatz 2 genannten Datenübermittlungen die Dokumentierung geeigneter Garantien;

d) wenn möglich, eine allgemeine Beschreibung der technischen und organisatorischen Maßnahmen gemäß Artikel 32 Absatz 1.

Liest man weiter, muss das Verzeichnis auf Anfrage der Aufsichtsbehörde zur Verfügung gestellt werden (Art. 30 Abs. 4 DSGVO). Und dann gibt es noch den Abs. 5, der bei oberflächlicher Lektüre diesen umfangreichen Pflichtenkanon in Anwendung der Erwägung Nr. 13 (siehe oben) außer Kraft zu setzen scheint: Die in den Absätzen 1 und 2 genannten Pflichten gelten nicht für Unternehmen oder Einrichtungen, die weniger als 250 Mitarbeiter beschäftigen, sofern die von ihnen vorgenommene Verarbeitung nicht ein Risiko für die Rechte und Freiheiten der betroffenen Personen birgt, die Verarbeitung nicht nur gelegentlich erfolgt oder nicht die Verarbeitung besonderer Datenkategorien gemäß Artikel 9 Absatz 1 … einschließt.

250 Mitarbeiter sind in Zahnarztpraxen doch die Ausnahme. Aber Art. 9 Abs. 1 DSGVO betrifft Gesundheitsdaten – und damit gilt Art. 30 DSGVO uneingeschränkt für Zahnarztpraxen.

Für die EDV- und Technikaffinen unter der Zahnärzteschaft mag das eine echte Herausforderung sein, der Rest sollte es als potenzielle Bedrohung auffassen. Wenn man das ernsthaft umsetzen will, muss man Mitarbeiter nur für diese Zwecke an-/abstellen.

Sicherheitshöhe (Art. 32 DSGVO)

Es ist sicher ratsam, wenn der Verantwortliche EDV-affin ist, um überhaupt zu verstehen, was Art. 32 Abs. 1 und 2 DSGVO unter der Überschrift „Sicherheit der Verarbeitung" verlangen:

(1) Unter Berücksichtigung des Stands der Technik, der Implementierungskosten und der Art, des Umfangs, der Umstände und der Zwecke der Verarbeitung sowie der unterschiedlichen Eintrittswahrscheinlichkeit und Schwere des Risikos für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen treffen der Verantwortliche und der Auftragsverarbeiter geeignete technische und organisatorische Maßnahmen, um ein dem Risiko angemessenes Schutzniveau zu gewährleisten; diese Maßnahmen schließen unter anderem Folgendes ein:

a) die Pseudonymisierung und Verschlüsselung personenbezogener Daten;

b) die Fähigkeit, die Vertraulichkeit, Integrität, Verfügbarkeit und Belastbarkeit der Systeme und Dienste im Zusammenhang mit der Verarbeitung auf Dauer sicherzustellen;

SIC invent
Schilli Implantology Circle
SIC®

SICmeso Guard® Dental Membrane
porcin · nativ · verlängerte Barrierefunktion

Neueste Membran-Technologie GBR/GTR entwickelt und produziert von unserem Partner, einem der führenden Biomaterialienhersteller DSM Biomedical für SIC invent

- Resorptionszeit 6 Monate
- Porcines Mesothel
- Peritonealer Ursprung
- Native Kollagenstruktur
- Hohe Reißfestigkeit
- Verklebt nicht
- Einfachste Verarbeitung
- Geschmeidige Adaptation
- Lagerfähigkeit 3 Jahre

3+1

Beim Kauf von 3 SICmeso Guard® Dental Membranen erhalten Sie eine kostenlos.

Ersparnis bis zu 117,00 Euro
Angebot gültig für Erstbestellungen

Erhältlich in den Grössen:
- 15 x 20 mm
- 20 x 30 mm

SIC invent Deutschland GmbH,
Willi-Eichler-Str. 11, D-37079 Göttingen
T 0800 742 46 83 68
contact.germany@sic-invent.com

www.sic-invent.com

Foto: pexels.com/Markus Spiske

c) die Fähigkeit, die Verfügbarkeit der personenbezogenen Daten und den Zugang zu ihnen bei einem physischen oder technischen Zwischenfall rasch wiederherzustellen;

d) ein Verfahren zur regelmäßigen Überprüfung, Bewertung und Evaluierung der Wirksamkeit der technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Gewährleistung der Sicherheit der Verarbeitung.

(2) Bei der Beurteilung des angemessenen Schutzniveaus sind insbesondere die Risiken zu berücksichtigen, die mit der Verarbeitung verbunden sind, insbesondere durch — ob unbeabsichtigt oder unrechtmäßig — Vernichtung, Verlust, Veränderung oder unbefugte Offenlegung von beziehungsweise unbefugten Zugang zu personenbezogenen Daten, die übermittelt, gespeichert oder auf andere Weise verarbeitet wurden.

Datenschutzverletzungen (Art. 33 und 34 DSGVO)

Datenschutzverletzungen führen zu Meldepflichten an die Aufsichtsbehörde (Art. 33 DSGVO) und gegebenenfalls auch an den Patienten, wenn die Datenschutzverletzung „voraussichtlich ein hohes Risiko für die persönlichen Rechte und Freiheiten natürlicher Personen zur Folge“ hat (Art. 34 Abs. 1 DSGVO).

Datenschutzbeauftragter (Art. 37 bis 39 DSGVO, § 38 BDSG)

Eine spannende Frage ist, ob man die Verarbeitung von Gesundheitsdaten in einer Zahnarztpraxis als „umfangreich“ und als „Kerntätigkeit des Verantwortlichen“ in einer Zahnarztpraxis bezeichnen muss. Dann ist nämlich nach Art. 37 Abs. 1 Buchstabe c) DSGVO ein Datenschutzbeauftragter zu benennen:

Der Verantwortliche und der Auftragsverarbeiter benennen auf jeden Fall einen Datenschutzbeauftragten, wenn:

- die Kerntätigkeit des Verantwortlichen oder des Auftragsverarbeiters in der umfangreichen Verarbeitung besonderer Kategorien von Daten gemäß Artikel 9 ... besteht.
- Ist der Praxisinhaber Verantwortlicher im Sinne der DSGVO? Die Frage hatte ich schon bejaht.
- Ist seine Kerntätigkeit die Datenverarbeitung? Diese Frage muss man m. E. verneinen.
- § 38 Abs. 1 Satz 1 BDSG (neu) enthält in Übereinstimmung mit § 4f Satz 3 BDSG (alt) die Regelung, dass ein Datenschutzbeauftragter zu bestellen ist, soweit in der Regel mindestens zehn Personen ständig mit der automatisierten Verarbeitung personenbezogener Daten beschäftigt sind. Legt man das Augenmerk auf das Wort „ständig“, wird man nicht viele Mitarbeiter einer Zahnarztpraxis identifizieren können, die nur am Bildschirm sitzen und Patientendaten verarbeiten. Legt man den Schwerpunkt auf die ständige Beschäftigung mit automatisierter Datenverarbeitung, dann sind alle größeren Zahnarztpraxen verpflichtet, einen Datenschutzbeauftragten zu bestellen.

Rechtsprechung zu dieser Frage gibt es bisher keine. Bedenkt man den Sinn des Datenschutzes, dann wird man die Norm so zu interpretieren haben, dass sie nur sehr große Praxen betrifft, die mindestens zehn Mitarbeiter mit im Wesentlichen nichts anderem als EDV, EDV-Abrechnung und EDV-Dokumentation beschäftigen. Damit wären die normalen Zahnarztpraxen aus dem Schneider. Das ist aber – wie gesagt – nicht geklärt. Wir werden als Verband (BDIZ EDI) versuchen, eine einheitliche Haltung der deutschen Zahnärztekammern zu initiieren und auch auf eine Klärung mit dem Bundesdatenschutzbeauftragten hinarbeiten. Falls man dennoch einen Datenschutzbeauftragten braucht, muss man sich mit den Regelungen über seine Stellung (Art. 38 DSGVO) und seine Aufgaben (Art. 39 DSGVO) befassen.

Nationale Verhaltensregeln (Art. 40 DSGVO)

Es soll nationale Verhaltensregeln zur Anwendung und Umsetzung der DSGVO geben. Nach Art. 40 Abs. 2 DSGVO können Verbände und andere Vereinigungen, die Kategorien von Verantwortlichen oder Auftragsverarbeitern vertreten, ... Verhaltensregeln ausarbeiten oder ändern oder erweitern, mit denen die Anwendung dieser Verordnung beispielsweise zu dem Folgenden präzisiert wird:

a) faire und transparente Verarbeitung;

b) die berechtigten Interessen des Verantwortlichen in bestimmten Zusammenhängen;

c) Erhebung personenbezogener Daten;

d) Pseudonymisierung personenbezogener Daten;

e) Unterrichtung der Öffentlichkeit und der betroffenen Personen;

f) Ausübung der Rechte betroffener Personen;

g) Unterrichtung und Schutz von Kindern und Art und Weise, in der die Einwilligung des Trägers der elterlichen Verantwortung für das Kind einzuholen ist;

h) die Maßnahmen und Verfahren gemäß den Artikeln 24 und 25 und die Maßnahmen für die Sicherheit der Verarbeitung gemäß Artikel 32;

i) die Meldung von Verletzungen des Schutzes personenbezogener Daten an Aufsichtsbehörden und die Benachrichtigung der betroffenen Person von solchen Verletzungen des Schutzes personenbezogener Daten;

j) die Übermittlung personenbezogener Daten an Drittländer oder an internationale Organisationen oder

k) außergerichtliche Verfahren und sonstige Streitbeilegungsverfahren zur Beilegung von Streitigkeiten zwischen Verantwortlichen und betroffenen Personen im Zusammenhang mit der Verarbeitung, unbeschadet der Rechte betroffener Personen gemäß den Artikeln 77 und 79.

Auch hier wird der BDIZ EDI versuchen, eine einheitliche Haltung der deutschen Zahnärztekammern zu initiieren und auf eine Klärung mit dem Bundesdatenschutzbeauftragten hinarbeiten.

Rechtsbehelfe, Haftung und Sanktionen (Art. 77 – 84 DSGVO, §§ 41– 43 BDSG)

Die letzten größeren Abschnitte der DSGVO widmen sich den Rechtsbehelfen (Art. 77 – 79) und den Sanktionen: Schadensersatz (Art. 82) und Geldbußen Art. 83 und 84). § 41 BDSG ordnet die Verfahren weitgehend dem deutschen Ordnungswidrigkeitenrecht zu. § 42 BDSG enthält aber auch gegenüber der DSGVO erweitertes echtes Nebenstrafrecht, § 43 BDSG zusätzliche Bußgeldvorschriften.

Die Hauptsanktion der DSGVO besteht, wie eingangs schon erwähnt, in Geldbußen bis zu 20 Mio. Euro oder von bis zu 4 Prozent des gesamten weltweit erzielten Jahresumsatzes des vorangegangenen Geschäftsjahrs (Art. 83 Abs. 5 und 6 DSGVO). Das ist eine Drohung, die man vor allem vor dem Hintergrund der Auseinandersetzungen um Facebook und Google sehen muss. Im realen Geschäftsleben wird es solche Summen nicht geben. Aber dennoch können die Sanktionen durchaus unangenehm werden und wehtun.

III. Fazit

Das wird für manchen wohl eine Schocklektüre gewesen sein. Eine Verschärfung des Datenschutzes in dieser Art hat im Zeitalter von Social Media, Google Analytics und dergleichen schon etwas leicht Bizarres an sich, zumal wir aus der Arzthaftung wissen, wie sehr das Erinnerungsvermögen der Patienten und deren Bereitschaft, für eigene Fehler keine Schuld bei anderen zu suchen, abnimmt, sobald eine Entschädigung winkt oder ein Anwalt meint, da könnte man doch vielleicht etwas rausholen. Die DSGVO wird die Begehrlichkeiten, auch in diesem Bereich einen schnellen Euro zu machen, sicher vermehrt wecken. Aber damit muss man leben.

Das alles gilt ab dem 25.05.2018. Die Umsetzung der DSGVO ist bis dahin nach der Erwartungshaltung der Europäischen Union bereits abgeschlossen. Daher wurde sie mit einem rund einjährigen Vorlauf veröffentlicht und auch das BDSG wurde entsprechend frühzeitig novelliert. Wir haben uns darauf eingestellt und bieten künftig eine spezielle datenschutzrechtliche Beratung für Zahnarztpraxen und deren Partner (Hersteller, Labore et cetera) durch die Kanzlei an. ■

Update periimplantäre Weichgewebsaugmentation

Wie viel Weichgewebe benötigt ein Implantat?

Ein Beitrag von Priv.-Doz. Dr. Gernot Wimmer

Die Qualität der periimplantären Weichgewebe um den krestalen Anteil von dentalen Implantaten scheint für deren Erfolg und Bestand ebenso von Bedeutung zu sein wie ihre ossäre Integration. Wie jedoch die Charakteristika in Bezug auf Weite, Dicke respektive Keratinisierung dieser Mukosa sein soll, wird nach wie vor kontrovers diskutiert und ist Ziel zahlreicher klinischer Studien. Für die Augmentation periimplantärer Weichgewebe werden verschiedene Verfahrenstechniken und Materialien beschrieben.

Die Weichgewebe um dentale Implantate werden als periimplantäre Mukosa bezeichnet [14], obwohl die Terminologie dieses Gewebes nach wie vor uneinheitlich erfolgt. Die Eigenschaften der periimplantären Mukosa werden während jenes Wundheilungsprozesses etabliert, der im Anschluss an eine Implantation oder Eröffnungsoperation und eine Abutmentverbindung erfolgt und stellen eine funktionelle Barriere zwischen der Mundhöhle und den darunterliegenden dentalen Implantaten dar. Die periimplantäre Mukosa respektive Gingiva an Zähnen verfügen über verschiedene gemeinsame klinische und histologische Charakteristika – jedoch bestehen auch bedeutende Unterschiede. Bei Zähnen inserieren Fasern des parodontalen Ligaments als Sharpeysche Fasern im Wurzelzement und dienen als Verankerung, während bei dentalen Implantaten Bindegewebefasern mehr oder weniger parallel zur Implantat- oder Abutmentoberfläche verlaufen und nicht am Implantat inserieren oder anhaften. Die Implantatverankerung ist primär osseointegriert. Das periimplantäre Bindegewebe beinhaltet überdies weniger Fibroblasten, aber mehr Kollagenfasern als die Gingiva [16] und entspricht strukturell auch deshalb eher einem Narbengewebe [23]. Der Verbund mittels Saumepithel ist bei Implantaten länger und permeabler als bei Zähnen, wohingegen die Gingiva mehr Blutgefäße aufweist, strukturbiologische Eigenheiten, die periimplantäre Schleimhäute zu einer erhöhten Anfälligkeit gegenüber bakteriellen Infektionen prädisponieren könnten [20]. Der Bestand nichtelastischer Kollagenfasern im unterliegenden Bindegewebe ist auch verantwortlich für das Vorhandensein keratinisierter Gewebe, wobei der Hauptteil desmodontaler Fasern des Zahnhalteapparats nichtelastisch kollagen ist. Aus diesem Grund baut sich normalerweise ein schmales Band an keratinisierter Gingiva wieder auf, auch wenn dieses chirurgisch vollständig exzidiert wird. Um Implantate ist in vielen Fällen die periimplantäre Schleimhaut, trotz Keratinisierung, nicht am darunterliegenden Knochen befestigt. Das kann besonders dann beobachtet werden, wenn periimplantäre Gewebe hoch dimensioniert sind und die Grenze zwischen keratinisierter und bedeckender Schleimhaut in Relation zum periimplantären Knochenniveau entsprechend koronaler positioniert ist [24].

Die Bedeutung keratinisierter Mukosa für die periimplantäre Gesundheit

Die Bedeutung einer adäquaten Breite keratinisierter und/oder befestigter Mukosa für die Aufrechterhaltung von Gesundheit respektive Langzeitstabilität periimplantärer Gewebe wird vielfach diskutiert und kontrovers beschrieben [1-6, 8,9,11, 12,15,18,19,21,22,27,28,29,30].

Frühe Studien zeigten, dass kein Vorhandensein keratinisierter und/oder befestigter/attached Mukosa (KAM) respektive deren sogenannte adäquate Breite von 2 mm für den Erfolg von Implantaten oder den Erhalt gesunder periimplantärer Weichgewebe notwendig ist [1,12,29]. Vor allem wurden diese klinischen Erkenntnisse durch experimentelle Tierstudien bekräftigt, die keinen Unterschied periimplantärer Weichgewebeverhältnisse fanden, unabhängig von der Anwesenheit oder der Breite der KAM. Auch eine Verdickung und Verbreiterung der Mukosa beeinflusste die periimplantären Weichgewebeverhältnisse nicht wesentlich [25].

Im Gegensatz dazu lassen vor allem neuere Untersuchungen darauf schließen, dass eine geringe Weite (< 2 mm) an KAM periimplantäre Weich- als auch Hartgewebe anfälliger für Entzündungen und Abbau machen könnte. Eine inadäquat weite und dicke Mukosa kann eine Plaqueakkumulation erleichtern [2,4,14,17,36, 34 bis 38] und in der Folge eine mukosale Entzündung begünstigen [2,7,8,14,17,34,36,37,39,40], was als Konsequenz das Risiko eines periimplantären Knochenverlustes oder von Weichgeweberegressionen erhöhen könnte [2,17,30,36]. Es ist evident, dass die Weite periimplantärer Mukosa auch einen Einfluss auf immunologische Faktoren hat [4,31]. Im Vergleich zur Gingiva scheint auch die periimplantäre Mukosa geringere Fähigkei-

Abb. 1 und 2 Eingeschränktes Vestibulum nach Kieferkammaugmentation mit zu erwartender eingeschränkter Hygienefähigkeit nach prothetischer Versorgung

Abb. 3 bis 5 Bei der Implantateröffnung wurde ein vestibulär gestielter Mukosalappen zur Vestibulumplastik gestaltet sowie ein allogenes Transplantat eingebracht und fixiert

ten im Aufbau einer Entzündungsantwort gegen äußere Einflüsse zu haben [32]. Das zeigt umso mehr auch die Bedeutung optimaler und technisch richtiger Mundhygiene, besonders auch bei eingeschränkter KAM, was auch durch Studien bei Patienten mit konsequenten, regelmäßig professionellen Betreuungsprogrammen bestätigt werden konnte [9].

Die optimale Mundhygiene scheint folgerichtig auch der wichtigste Faktor zur Aufrechterhaltung periimplantärer Gesundheit zu sein, was der dentalen Situation entspricht. Dies sollte auch im Zusammenhang mit jüngsten systematischen Reviews gesehen werden, die übereinkommen, dass eine inadäquate Weite und Dicke periimplantärer Weichgewebe (KAM) mit vermehrter Plaqueakkumulation, Entzündung, Weichgeweberegression und Attachmentverlust assoziiert ist [5,11,12,29].

Obwohl die Evidenz für die Notwendigkeit, KAM zur Aufrechterhaltung von Implantatgesundheit und Gewebestabilität und damit Überlebensraten von Implantaten zu verbessern nach wie vor begrenzt und unschlüssig ist [9,22,28,43], kann eine Änderung der Qualität periimplantärer Gewebe aus praktischen und klinischen Gründen, vor allem zur Etablierung einer optimalen Hygiene, von Vorteil oder auch notwendig sein.

Techniken zur periimplantären Weichgewebsaugmentation

Im Allgemeinen können zwei Methoden zur Vermehrung von Weichgewebe um dentale Implantate unterschieden werden:

1. Ausweitung der Breite keratinisierter Mukosa (KAM) mittels apikalem Verschiebelappen und Vestibulumplastik, kombiniert mit einem freien Schleimhauttransplantat oder allogenem, xenogenem Transplantatmaterial
2. Gewinn an Weichgewebevolumen durch Aufbau mit subepithelialen Bindegewebetransplantaten oder allogenen/xenogenen Weichgewebs-Ersatzmaterialien

Sowohl freie Schleimhauttransplantate zur Verbreiterung als auch Bindegewebetransplantate zur Verdickung von Gingiva und periimplantärer Mukosa sind lange eingeführt und umfassend in der Literatur beschrieben [17,7,26].

Für die Durchführung dieser Techniken zur Änderung der Weichgewebequalität um dentale Implantate sind unterschiedliche Zeitpunkte respektive Protokolle denkbar:

1. vor der eigentlichen Implantateinbringung zur Verbesserung insuffizienter Weichgewebe
2. während der Implantatinsertionsoperation
3. als Teil der „second-stage surgery“ respektive Implantateröffnung
4. im Rahmen eines Komplikationsmanagements bei bereits in Funktion stehenden Implantversorgungen (Weichgeweberegressionen oder Entzündungen)

Apikaler Verschiebelappen/Vestibulumplastik mit Transplantat zur Verbreiterung keratinisierter Mukosa

Ziel dieser Technik ist es, ein ausreichend breites Band an keratinisierter Mukosa (vornehmlich vestibulär) zu schaffen, um damit eine adäquate Mundhygiene zu erleichtern oder überhaupt erst zu gewährleisten (Abb. 1 und 2).

Operativ wird mittels Vestibulumplastik respektive apikal positioniertem Lappen ein Empfängerbett aufbereitet, worin ein Transplantat als Mediator zur Weichgewebsaugmentation und Entwicklung adäquater KAM eingebracht wird (Abb. 3 bis 5).

Abb. 6 bis 8 Die Einheilungsphasen nach zwei, drei und vier Wochen

Vorzugsweise sollte ein schmales Band keratinisierten Gewebes am koronalmarginalen Rand des Implantats vorhanden sein. Ein dünn präparierter Spaltlappen kann exzidiert oder hoch im Vestibulum an der Basis vernäht werden, sodass ein ausreichend tiefes Vestibulum für einen guten Mundhygienezugang kreiert wird. Das Empfängerbett ist idealerweise nur mit Periost bedeckt, Drüsen-, Fett-, und Muskelgewebe sind vollständig entfernt. Dieses wird in maximaler Ausdehnung vom Transplantat (Wundkontraktion und Schrumpfung) belegt.

Es ist für eine optimale Wundheilung bedeutsam, das Transplantat so immobil als auch so dicht wie möglich an die Unterlage zu fixieren, sodass kein interponiertes Blutkoagulum und keine Bewegung den Einheilprozess stören können. Dies kann mittels Einzelknopf- und Paketnähten erfolgen. Ein Wundverband ist nicht notwendig (Abb. 6 bis 8).

Abb. 9 Definitive prothetische Versorgung nach sechs Monaten. Verbreiterte keratinisierte Gingiva, vertieftes Vestibulum als Gewähr einer adäquaten Hygiene

Das klinische Ziel, eine verbreiterte keratinisierte Mukosa und ein vertieftes Vestibulum als Gewähr einer adäquaten, vornehmlich häuslichen Eigenhygiene, wird damit erreicht (Abb. 9). Als Transplantate stehen Eigengewebe (freies Gaumen-Schleimhaut-Transplantat) oder allogene/xenogene Ersatzgewebe zur Verfügung.

Der Vorteil autologer Transplantate ist die gute Bioakzeptabilität und langfristige Standhaftigkeit. Als Nachteil erweist sich die Wunde an der Entnahmestelle am Gaumen, vor allem aber die durch Farbe und Textur der Spenderregion bestehende ästhetische Beeinträchtigung. Aus diesem Grunde sollten in ästhetisch anspruchsvollen Regionen Alternativen angewandt werden (Abb. 10 bis 12).

Alternative neue Ersatzmaterialien, allogen aus entzellularisierter Spenderhaut (Abb. 13 bis 15) oder xenogen aus tierischem Kollagen gewonnen, erzielen den Goldstandard autologer Eigengewebe nicht aufgrund des geringeren Gewinns an keratinisierter Mukosa [26]. Dennoch sind diese Ersatzmaterialien bereits im klinischen Einsatz zufriedenstellend geprüft, führen zu verbesserter Patientenzufriedenheit und Ästhetik, sind unbegrenzt verfügbar und führen überdies zu reduzierten postoperativen Patientenbeschwerden und weniger Operationszeit durch Vermeidung des Zweiteingriffs am Gaumen [10]. ▶

Abb. 10 bis 12 Augmentation mit freiem Schleimhauttransplantat; Farbe und Textur entsprechen dem Gaumen

Abb. 13 bis 15 Infolge eingeschränkter Hygienefähigkeit musste eine Vestibulumplastik mit Augmentation der periimplantären Mukosa bei bestehender Versorgung durchgeführt werden

Bien-Air Dental

NEW TORNADO^S

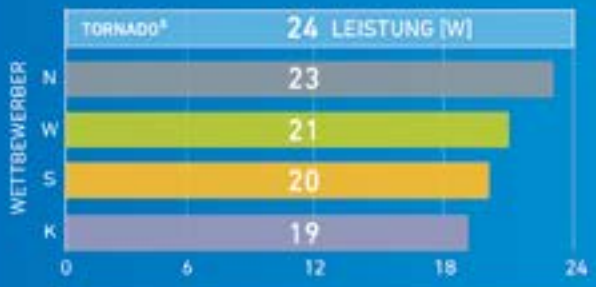
Mit der geschützten **SteadyTorque™**-Technologie bietet die Tornado-Turbine eine Ausgangsleistung, der man nur schwer widerstehen kann. Entdecken Sie jetzt den leistungsstärksten kleinen Kopf mit unserer neuen Tornado^S.

BESSERE SICHT

Dank dem kleinen Kopf

UNÜBERTROFFENE LEISTUNG

24 Watt mit der SteadyTorque™ -Technologie



VERLÄNGERTE LEBENSDAUER

+40% mit dem Accu-Chuck PreciPlus™ System

BIS ZU 3 JAHRE GARANTIE *

SWISS MADE

WWW.BIENAIR.COM

* 2 Jahre Standardgarantie und 1 Jahr optionale Garantie mit dem PlanCare-Garantieverlängerungsprogramm von Bien-Air erhältlich.

Bien-Air Deutschland GmbH Jechtinger Straße 11 79111 Freiburg Germany
Tel.: +49 (0)761 45 57 40 Fax: +49 (0)761 47 47 28 ba-d@bienair.com www.bienair.com

Abb. 16 Weichgewebedehiszenz; fehlende keratinisierte Mukosa und Volumen nach Zahnverlust durch Wurzelfraktur

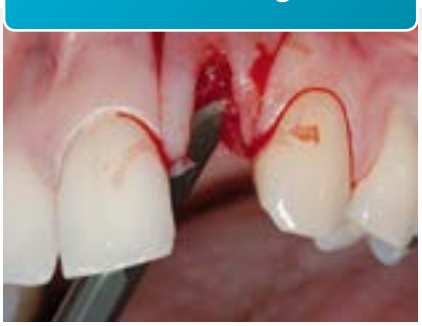


Abb. 17 und 18 Präparation eines vestibulär gestielten Spaltlappen

Abb. 19 und 20 Vertikale und horizontale Augmenation mittels eines subepithelialen Bindegewebetransplantats

Abb. 21 Wundverschluss

Abb. 22 Abheilung nach zwei Wochen

Abb. 23 Implantation (Prof.Dr. Martin Lorenzoni)

Abb. 24 Einsetzen des individuellen Abutments

Gewinn an Weichgewebsvolumen durch Aufbau mit Transplantaten

Für die Verdickung und Auffüllung von Weichgewebevolumen zeigen autogene Transplantate (subepitheliale oder deepithelialisierte Bindegewebetransplantate aus dem Gaumen) eine verbesserte Zunahme und gute ästhetische Ergebnisse im unbehandelten Seitenvergleich [26] und stellen das bevorzugte Material dieser klinischen Indikation dar.
Auch allogene und xenoge Ersatzmaterialien sind für diesen klinischen Einsatzbereich beschrieben und werden in den Ergebnissen in der Literatur ähnlich der Techniken zur Verbreiterung keratinisierter Mukosa diskutiert [24, 26].

Der Einsatz oder die Erfordernis von Weichgewebeaufbau kann zu unterschiedlichen klinischen Zeitpunkten erfolgen: Als Beispiel ist angeführt, wie eine insuffiziente klinische Ausgangslage der KAM respektive der zu erwartenden periimplantären Mukosa (keine oder zu dünne) eine Änderung der Qualität erforderlich machen (Abb. 16 bis 26).

Eine Augmentation kann während der Implantateinbringung erfolgen, als Teil der „second-stage surgery“ respektive Implantateröffnung oder im Rahmen eines Komplikationsmanagements bei bereits in Funktion stehenden Implantversorgungen, zum Beispiel bei Weichgeweberegressionen oder Entzündungen.

Fazit

Für den Erfolg und die Langzeitstabilität dentaler Implantate ist eine adäquate Hygiene und professionelle Nachsorge Grundvoraussetzung. Dies trifft auch auf die periimplantären Weichgewebe zu. Obwohl in der Literatur kontrovers diskutiert, scheint ein ausreichend breites und voluminöses Band an keratinisierter Mukosa (KAM) sowohl für den Erhalt als auch die Ästhetik im Frontzahnbereich dentaler Implantversorgungen von Vorteil zu sein. Oft erfordern jedoch morphologische Veränderungen und/oder entzündliche Komplikationen chirurgische Interventionen mit dem Ziel, entsprechende Weichgewebekonditionen zu schaffen.

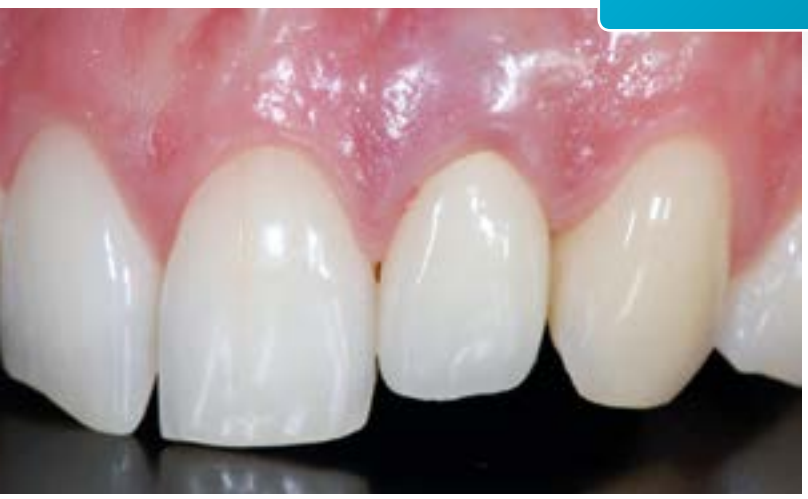


Abb. 25 Definitive Versorgung

Abb. 26 Zustand nach 60 Monaten

Entscheidend für die jeweilige chirurgische Intervention ist die Lokalisation und klinische Situation. Für eine Verbreiterung der keratinisierten Mukosa führen der apikale Verschiebelappen in der Maxilla respektive der apikale Verschiebelappen/Vestibulumplastik in Verbindung mit einem freiem Schleimhauttransplantat oder allogenem/xenogenem Ersatzmaterial zu akzeptablen Ergebnissen. Für die Augmentation periimplantärer Weichgewebe sind unterschiedliche Lappentechniken in Kombination mit subepithelialen Bindegewebetransplantaten verlässliche Behandlungsoptionen. ■

Literatur beim Verfasser

Eine vielversprechende Methode zur Verbesserung des implantologischen Resultats nach Zahnextraktion

Die Socket-Shield-Technik

Ein Beitrag von Dr. Mia Buljan, Poreč, Kroatien

Nach einer Zahnextraktion in der ästhetischen Zone ist es schwierig, das natürliche Aussehen des Weich- und Hartgewebes zu erhalten. Wir müssen unseren Körper mit einem Trick dazu bringen zu glauben, dass der Zahn noch vorhanden und die Durchblutung des Bündelknochens über das Desmodont nicht unterbrochen ist. Der verwendete „Trick" wird als Socket-Shield-Technik bezeichnet.

Einführung

Das Gewebe des Alveolarkamms wird nach einer Zahnextraktion häufig resorbiert, besonders in der ästhetischen Zone im Oberkiefer. Die Veränderung der Struktur und der Dimension des vestibulären Knochens werden durch Resorption des Bündelknochens als Folge einer gestörten Blutversorgung aus dem Desmodont und durch eine signifikante Osteoklastenaktivität ausgelöst [1]. Es wurde gezeigt, dass während der ersten zwei Wochen der Heilung ein erheblicher Knochenumbau eintritt.

Knochenresorption ist am ausgeprägtesten im zentralen Anteil von Extraktionsalveolen in der ästhetischen Zone. In einer 3D-Korrelationsanalyse per DVT wurde eine Stärke der vestibulären Knochenwand von 1 mm oder darunter als wesentlicher Faktor für eine Knochenresorption identifiziert. Lediglich bei zehn Prozent der Alveolen war die vestibuläre Knochenwand mehr als 2 mm stark, mit Ausnahme des Bereichs der mittleren Schneidezähne, wo die Stärke in 14,4 Prozent der Fälle 2 mm oder mehr betrug [2]. Die dünne vestibuläre Wand besteht hauptsächlich aus Bündelknochen (Lamina dura) mit einer mittleren Stärke von 0,2 bis 0,4 mm [3]. Der Bündelknochen wird ausschließlich über das Desmodont mit Blut versorgt; bei Entfernung des Zahns wird er vollständig resorbiert [4].

Wenn aber dieses wichtige Gewebe verloren geht, welche Maßnahme – wenn überhaupt – kann man dann ergreifen, um ihn wiederaufzubauen?

Weder unterstützende Maßnahmen zum Kammerhalt (Stichwort Ridge-Preservation) noch eine Sofortimplantation verhindern dem physiologischen Knochenumbau nach einer Extraktion. Daher muss man bei Zahnextraktionen davon ausgehen, dass eine Kammresorption stattfinden wird und dass phänotypisch dünne Knochenwände (weniger als 1 mm) oft insbesondere vertikal einen ausgeprägten fortschreitenden Knochenverlust aufweisen als phänotypisch dicke Knochenwände (mehr als 1 mm), wo die Resorption begrenzt ist [5].

Die Socket-Shield-Technik wurde 2010 von *Hürzeler* et al. vorgestellt. Sie zielt darauf ab, die Kontur des Knochenkamms zu erhalten, indem ein Teil des bukkalen Anteils der Zahnwurzel am Desmodont befestigt in der Alveole verbleibt. Die Ergebnisse zeigten, dass das Zahnfragment durch ein physiologisches Desmodont an der bukkalen Knochenwand gehalten wurde. Auf der lingualen Seite des Fragments wurde neu gebildetes Zahnzement gefunden. Der Erhalt des bukkalen Anteils der Wurzel während der Implantation scheint die Osseointegration nicht zu stören und kann außerdem für die Erhaltung der bukkalen Knochenwand von Vorteil sein [6].

Abb. 1 Ausgangsbefund: Bei diesem Patienten mit hoher Lachlinie fehlte der obere rechte seitliche Schneidezahn (Zahn 12)

Abb. 2 Die Krone von Zahn 12 wurde vollständig entfernt

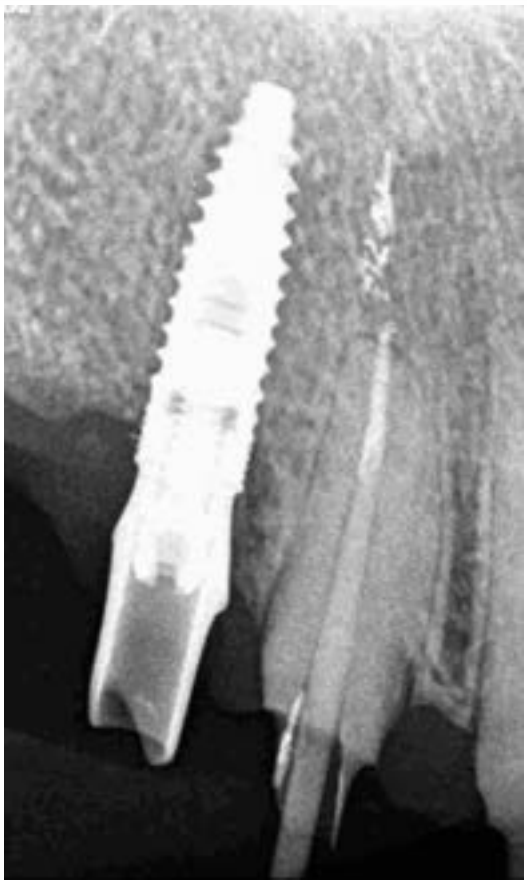


Abb. 3 Radiologischer Ausgangsbefund: keine Zeichen einer apikalen Pathologie

Abb. 4 Im DVT erkennt man das verfügbare Knochenvolumen

Abb. 5 Dicker und flacher gingivaler Phänotyp

Abb. 6 Flache Morphologie des Weichgewebes und des Knochens

Die Socket-Shield-Technik ist Teil einer Reihe von Techniken zum Wurzelerhalt, die bei *Gluckman*, *Salama* und *Du Toit* als partielle Extraktionstherapien (PET) bezeichnet werden und durch die sich Knochensubstanz des Kieferkamms erhalten lässt. Es handelt sich dabei um eine Kombination aus submukosalen endodontischen Techniken, wie sie bereits seit 50 Jahren im Einsatz sind, dem Pontic-Shield und dem Socket-Shield. In diesem Artikel soll die Socket-Shield-Technik genauer untersucht werden.

Fallbeschreibung

Ein 70-jähriger Mann mit fehlendem Zahn 12 suchte unsere Sprechstunde zu einer Beratung auf (Abb. 1). Die klinische Untersuchung zeigte, dass die Krone von Zahn 12 vollständig fehlte (Abb. 2).
Im Röntgenbild wies die verbliebene Wurzel apikal keinen pathologischen Befund auf (Abb. 3). Die DVT-Aufnahme zeigte ein für eine Sofortimplantation ausreichendes Knochenangebot ohne Anzeichen einer bukkalen Fenestration (Abb. 4). Als besondere Herausforderung galt es, die hohe Lachlinie des Patienten in allen Phasen zu berücksichtigen (siehe Abb. 1). Der gingivale Phänotyp war dick und flach mit kurzen Papillen (Abb. 5 und 6).

Chirurgische Phase

Zur Verbesserung der Erfolgsaussichten mit dem Socket-Shield müssen zunächst bestimmte Schritte durchgeführt werden. Erforderlich sind zuerst eine klinische und radiologische Behandlungsplanung. *Gluckman* et al. [8] schlugen als Leitlinie für den Behandler eine Klassifizierung und eine Liste von Indikationen vor. Zu den klinischen Situationen, in denen die Socket-Shield-Technik angezeigt ist, zählt danach:

1. Nicht restaurierbarer oder extraktionspflichtiger Zahn
2. Zahnwurzel mit oder ohne Zeichen einer apikalen Pathologie
3. Absicht, den Alveolarkamm zu erhalten, insbesondere um einen bukkopalatinalen Einbruch zu verhindern
4. Sofortimplantation
5. Ridge-Preservation in Verbindung mit anderen Formen der partiellen Extraktionstherapie [7]

Eine klinische Mobilität der Wurzel war nicht gegeben; sie hätte eine absolute Kontraindikation für die Socket-Shield-Technik dargestellt. Auch eine aktive Parodontitis lag nicht vor [8].

Die DVT-Aufnahme zeigte, dass auf der bukkalen Seite Knochensubstanz vorhanden war (deren Abwesenheit wäre ebenfalls eine Kontraindikation für diese Technik). Vor der Operation spülte der Patient eine Minute lang mit einer 0,1-prozentigen Chlorhexidin-Lösung. Nach der Verabreichung der Lokalanästhesie wurde ein kleiner Papillenschnitt zur Eröffnung vorgenommen. Ein Gingivaprotektor trug zum Schutz des Weichgewebes bei (Abb. 7). Mit einem Lindemann-Bohrer wurde die Wurzel

Abb. 7 Kleine papillenschonende Inzision, Schutz durch einen Gingivaprotektor; extrahierter palatinaler Anteil der Wurzel

Abb. 8 Semados Implantat RSX 3,75 × 15 mm bei Sofortimplantation

Abb. 9 Das Implantat wurde in unmittelbarer Nähe zum Socket-Shield gesetzt

Abb. 10 Die Sonde zeigt die gewünschte Position des Implantats 3 mm unterhalb der Schmelzzementgrenze der benachbarten Zähne an

mesiodistal in ein labiale und eine palatinale Hälfte geteilt. Andere Autoren empfehlen die Verwendung eines Langschaftinstruments zur chirurgischen Wurzelresektion, doch hat der Autor mehr Erfahrung mit dem Lindemann-Bohrer [8].

Es ist ratsam, beim Trennvorgang einen Finger auf den labial gelegenen Anteil des Kieferkamms zu legen, um so die richtige Richtung und die Vibration des Bohrers bei der vollständigen Wurzeldurchtrennung „erfühlen" zu können. Der palatinale Anteil der Wurzel wurde mithilfe einer verletzungsarmen Technik extrahiert (siehe Abb. 7). Das Mikroperiotom kam nur im palatinalen Bereich des Desmodonts zum Einsatz, wobei es in Richtung auf die Fissur der beiden Zahnhälften geneigt gehalten wurde. Dabei musste darauf geachtet werden, dass kein Druck auf die labiale Hälfte ausgeübt wurde, da diese immobil bleiben musste. Auch bei und nach Extraktion der palatinalen Hälfte musste weiterhin sichergestellt werden, dass die labiale Hälfte unbeweglich blieb. Diese labiale Hälfte wurde dann mit einem kugelförmigen Diamantbohrer leicht konkav ausgeformt. Wie groß der Bohrer sein muss, richtet sich nach der Größe der Zahnwurzel. Der koronale Anteil des Wurzelrests muss bis auf 1 mm oberhalb des Knochenkamms reduziert werden, damit es nicht durch Freilegung des Socket-Shield zu Komplikationen kommen kann. Die Extraktionsalveole selbst war gründlich von allem noch vorhandenen Granulationsgewebe zu reinigen.

Die Osteotomiestelle wurde präpariert, und es wurde in Sofortimplantation ein Implantat gesetzt (Semados RSX 3,75 × 15 mm; Bego Implant Systems, Bremen, Deutschland). Hierbei waren die Regeln des entsprechenden chirurgischen Protokolls einzuhalten: korrekte räumliche Position im Cingulumbereich mit einer Implantatschulter 3 mm unterhalb der Schmelzzementgrenze der benachbarten Zähne. Ein Einbringen von Knochenaugmentat in den Spalt zwischen Implantat und Socket-Shield war nicht möglich, da die beiden – auch wenn druckfrei – in direktem Kontakt waren (Abb. 8 bis 10). Das Implantat wurde mit einem Drehmoment von 35 Ncm eingeschraubt, sodass es möglich war, einen Einheilpfosten/Gingivaformer (PS HP 3,75 × 4,5 mm; Bego Implant Systems) einzubringen, ▶

PROCONE

» Bewährtes weiterentwickelt «

MEDENTIKA® bietet mit Procone ein neues Implantat, mit dem Sie Ihr Behandlungskonzept erweitern können.

Kurze Behandlungszeit

Simultane Implantation und Sinuslift – bei geringem Knochenangebot. Das High-Profile-Gewinde sorgt für eine hohe Primärstabilität.

Gewohnte Arbeitsabläufe

Zur Insertion empfehlen wir das Chirurgie-Set* von CAMLOG***. Die prothetische Versorgung kann mit CAMLOG oder C-Serie Aufbauten erfolgen.

Reduzierte Kosten

Procone Implantat 89,00 EUR**
CAMLOG Implantat 154,00 EUR**
Preiswerte Aufbauten der C-Serie.

verlängert bis 31.12.2017

Schnupperangebot

Procone Implantat

89,00 EUR**

* Zum Gewindeschneiden sollen ausschließlich die Procone Gewindeschneider verwendet werden

** zzgl. MwSt. inkl. Verschlussschraube und Einbringpfosten

*** Wir weisen darauf hin, dass CAMLOG und MEDENTIKA® weder gesellschaftlich noch geschäftlich verbunden sind.

Vertrieb:
Instradent Deutschland GmbH
Hammweg 8
76549 Hügelsheim
www.instradent.de

Telefon 07229 69912-0

MEDENTIKA®
A Straumann Group Brand

Abb. 11 Der eingebrachte Bego-Einheilpfosten

Abb. 12 Die kleine Inzision wurde vernäht

Abb. 13 DVT-Kontrollaufnahme

Abb. 14 Röntgenkontrolle nach vier Monaten Heilung

Abb. 15 Der Kieferkamm nach vier Monaten Heilung

Abb. 16 Austrittsprofil

Abb. 17 Keine Dimensionsänderungen im Weich- oder Hartgewebe

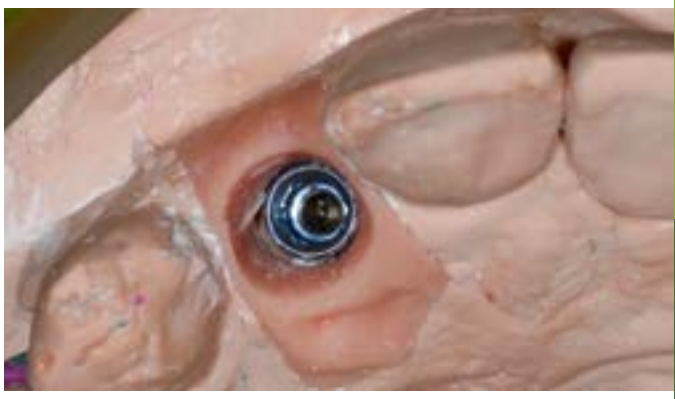


Abb. 18 Das Modell vor dem Scannen.

ohne die Primärstabilität des Implantats zu gefährden (Abb. 11). Falls es aus irgendeinem Grund nicht möglich ist, einen individuellen Gingivaformer zu verwenden, muss wenigstens sichergestellt werden, dass das Standardabutment nicht zu nahe am Socket-Shield anliegt und Druck darauf ausübt. Der Gingivaformer dichtete das Implantat gegen die Mundhöhle ab und schuf gleichzeitig ein zufriedenstellendes Emergenzprofil, wodurch ein Behandlungsschritt eliminiert werden konnte, da nach vier Monaten Heilungszeit kein chirurgischer Eingriff mehr erforderlich war. Der kleine Schnitt wurde mit zwei einfachen Nähten verschlossen (Glycolon 5-0, Resorba Medical, Nürnberg, Deutschland) (Abb. 12). Ein Kontroll-DVT bestätigte die korrekte Position des Implantats relativ zum Socket-Shield (Abb. 13). Ursprünglich war eine abnehmbare Essix-Versorgung als Provisorium während der Heilungsphase vorgesehen, sie wurde vom Patienten nicht benötigt.

Der Patient erhielt 20 Minuten nach dem Eingriff 400 mg Ibuprofen und wurde dann entlassen. Die Entlassungsmedikation umfasste: 3 × 500 g Amoxicillin über fünf Tage und 4/3/2/1 × 0,5 Dexamethason an Tag 1/2/3/4 postoperativ.

Prothetische Phase

Die erfolgreiche Osseointegration des Implantats konnte nach vier Monaten radiologisch und klinisch festgestellt werden (Abb. 14). Nach erfolgter Stabilisierung der Hart- und Weichgewebe (Abb. 15 bis 17) wurde eine offene Abformung für die definitive prothetische Versorgung durchgeführt. Nach der Herstellung des Gipsmodells (Abb. 18) wurde dieses mit einem Laborscanner (3Shape, ▶

Wirtschaftlicher Erfolg ist nicht genug, was wirklich zählt ist Lebensqualität

MIND-QM®

Die führenden Dentalpraxen in Deutschland bauen auf mindmaxx

Ihr fertiges QM-System

- mit komplett ausgearbeiteten Fachprozessen und Arbeitsanweisungen
- mit allen Dateien, die Sie für die Erfüllung der QM-Richtlinie 2016 benötigen
- mit vielen unterstützenden Dokumenten zum Praxisalltag, wie Ergebnisprotokoll, Formulare über Ausbewahrungsfristen, Geräteliste u.v.m.
- mit einer automatisierten Dokumentenlenkung, die die Versionierung Ihrer Dokumente komplett übernimmt
- um eigene Dokumente individuell erweiterbar

Informieren Sie sich gleich hier:
www.mindmaxx.info
oder rufen Sie uns an:
+49 (0)511 165958-0

Besuchen Sie uns auch auf
www.facebook.com/MINDQM/
und treten Sie der Facebook Gruppe
'Qualitätsmanagement einfach gemacht' bei.

MIND-QM® mindmaxx

Integriertes Organisationswerkzeug für intelligentes Qualitätsmanagement

+49 (0)511-16 59 58 0 · www.mindmaxx.info

Abb. 19 Das mithilfe eines Laborscanners von 3Shape konstruierte Abutment

Abb. 20 Zementierte endgültige Krone

Kopenhagen, Dänemark) erfasst, um die Daten für das individuelle Titanabutment zu erhalten (Abb. 19). Eine individuelle CoCr-Metallbasis (Wirobond C; Bego Medical) wurde mithilfe des Bego SLM-Verfahrens bestellt. Anschließend wurde die definitive zementierte Krone konstruiert (Abb. 20). Es wurde besonders darauf geachtet, allen überschüssigen Zement zu entfernen, da Zementüberschüsse mit Periimplantitis in Verbindung gebracht werden: In einer Studie von *Wilson* [9] waren in 81 Prozent der Periimplantitis-Fälle Zementüberschüsse beteiligt, wobei 74 Prozent davon nach der Entfernung des Überschusses spontan abheilten.

Form, Konturen und Farben der Keramikkrone wurden so gewählt, dass sie sich möglichst harmonisch in die vorhandene Zahnreihe einfügte (Abb. 21). Das glückliche Lächeln des Patienten dokumentiert den Erfolg der Therapie und die Zufriedenheit des Patienten (Abb. 22). Die prothetische Versorgung erfolgte durch *Dr. Goran Popović*, Poreč, Kroatien.

Diskussion

Eine Rehabilitation des Oberkiefers kann eine echte Herausforderung darstellen. Angesichts der Veränderungen der Weich- und Hartgewebe unmittelbar nach der Extraktion muss die gewählte Technik den unvermeidbaren Gewebeverlust kompensieren. Aus dieser Perspektive sollte die Technik eher zur Erhaltung natürlicher Strukturen in ihrer eigenen Umgebung beitragen, anstatt später zu versuchen, sie zu ersetzen. Im Moment ist die einzige bekannte Technik, die Erhaltbares nicht erst entfernt und dann später ersetzen will, die Socket-Shield-Technik. Ihre Anwendung erfordert aber ein gutes Verständnis für die Abläufe einer Zahnextraktion: Nach dem Entfernen der Wurzel werden das Desmodont des Zements und der Bündelknochen abgelöst, die dann nicht mehr mit Blut versorgt werden.

Hürzeler et al. [6] beschrieben als erste die neue Technik in einer tierexperimentellen Proof-of-Principle-Studie. Daten hierzu sammeln sich nur spärlich an, weil die Akzeptanz einer neuen Technik durch die Behandler Zeit benötigt.

Bäumer et al. [10] berichteten über Ergebnisse nach fünf Jahren Beobachtungszeit und fanden nur geringfügige Dimensionsveränderungen. Der mittlere Gewebeverlust auf der fazialen Seite betrug in orofazialer Richtung -0,21 ± 0,18 mm; der durchschnittliche Abbau um die Implantate betrug -0,33 ± 0,23 mm und um die benachbarten Zähne -0,38 ± 0,27 mm. Der mittlere Verlust des marginalen Knochenniveaus an der Implantatschulter betrug 0,33 ± 0,43 mm auf der mesialen und 0,17 ± 0,36 mm auf der distalen Seite der Implantate.

Schlussfolgerung

Die Socket-Shield-Technik ist eine minimalinvasive chirurgische Technik, die Patient und Behandler viel Zeit spart.

Abb.21 Die implantatgetragene Versorgung auf dem oberen rechten seitlichen Schneidezahn harmoniert mit dem vorhandenen Gebiss und den Weichgeweben

Abb.22 Symmetrisches Lächeln

Weitere Studien und Analysen sind erforderlich, damit dieses Verfahren breitere Akzeptanz findet. Bis dahin sollten wir mindestens anerkennen, dass die neue Technik ein enormes Potenzial birgt. ■

Literatur beim Verfasser

NOUVAG

Sprechen wir über Implantologie

- **Einfach** | Simple Bedienung
- **Stark** | Kräftiger, ruhiger Motorlauf
- **Verlässlich** | Hoher Qualitätsstandard

Direkter Link zum
Nouvag Kontakt-Formular ▶▶▶

Nouvag AG
St.Gallerstrasse 23 – 25
CH-9403 Goldach
Phone +41 (0)71 846 66 00
info@nouvag.com
www.nouvag.com

SAFETY • PRECISION • RELIABILITY
Swiss made

Sichere Sofortversorgung zahnloser Kiefer

Digital perfektionierte Abläufe und hoher Patientenkomfort

Ein Beitrag von Dr. Steffen Kistler, Stephan Adler, Dr. Frank Kistler, Priv.-Doz. Dr. Jörg Neugebauer

Die fortschreitende Digitalisierung in Zahnmedizin und -technik ermöglicht es, den implantatchirurgischen und prothetischen Behandlungsverlauf ständig effektiver und effizienter zu gestalten. Hochpräzise und seriös vorhersagbare Ergebnisse sowie permanente Reproduzierbarkeit gehen einher mit Zeitersparnis, Kostenreduktion und Steigerung des Patientenkomforts. Dies gilt in besonderem Maße auch für komplexe Therapien wie die implantatprothetische Sofortversorgung und -belastung zahnloser Kiefer mit reduzierter Implantatzahl [1]. Die mit diesem Verfahren in der Praxis erzielbaren, hervorragenden Langzeitergebnisse werden in verschiedenen aktuellen systematischen Reviews bestätigt [2,5,7].

Die implantatprothetische Rehabilitation eines zahnlosen Unterkiefers mit vier intraforaminal gesetzten Implantaten nach dem SKY fast & fixed-Verfahren ist seit über zehn Jahren etabliert und fester Bestandteil der restaurativen Zahnmedizin. Durch die Angulation der beiden distalen Implantate wird deren Durchtrittsprofil in die Region der zweiten Prämolaren verlagert und somit zusammen mit den beiden frontal gesetzten Implantaten ein ausreichend breites Stützpolygon für die festsitzend verschraubte, provisorische Versorgung geschaffen. Somit ermöglichen bereits vier Implantate die Versorgung mit festsitzenden Brücken ohne Risiko einer Nervlateralisation [5,10]. Zudem können aufgrund ihrer Inklination längere Implantate inseriert werden, wodurch wiederum eine stabile biomechanische Abstützung erreicht wird [4]. Außerdem wird das Hartgewebe mit der Kaukrafteinleitung in die anguliert gesetzten Implantate stabilisiert. Der marginale Knochenverlust bei geneigten Implantaten entspricht dem axial gesetzter Implantate [2].

Mit diesem Verfahren, basierend auf dem Konzept der Arbeitsgruppe um *Paólo Maló* und *Bob Rangert* [6], profitieren Patient und Behandler von einem straffen Behandlungsablauf ohne Augmentationen in einem überschaubaren Kostenrahmen.

3D-Planung als Voraussetzung

Unabdingbare Voraussetzung für das Verfahren der Sofortversorgung und -belastung ist eine exakte Planung. Eine dreidimensionale Aufnahme liefert die dafür notwendigen Daten der anatomischen Strukturen. Mit einer entsprechenden Planungssoftware lassen sich hierauf eine präzise 3D-Diagnostik, die prothetische Planung der zu inserierenden Im-

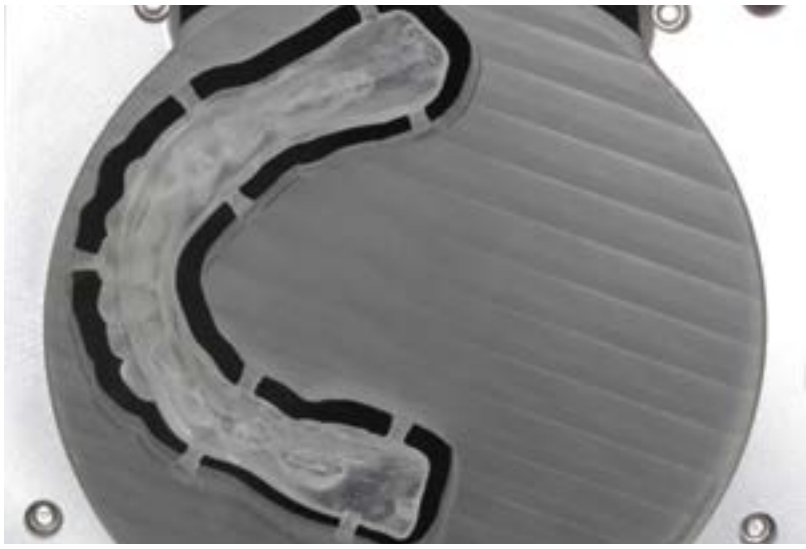


Abb. 1 und 2 Digital konstruierte und gefräste Orientierungsschablone von okklusal und basal

plantate sowie virtuelle Darstellungen oder Vorwegnahmen manueller operativer Eingriffe bis hin zum restaurativen Ergebnis vornehmen. Im Zusammenhang mit entsprechend auf die Indikation hin optimierten Aufbauten und Werkstoffen werden Abläufe und Herstellungsprozesse auch bereits klinisch bewährter Lösungen so noch weiter perfektioniert.

Anhand einer DVT-Aufnahme lässt sich jedoch nicht nur das residuale Knochenangebot beurteilen, sondern Zahnarzt und Zahntechniker können auch entscheiden, in welchem Umfang und an welchen Positionen der Knochen horizontal reduziert und welche Vertikale eingestellt werden soll. Somit können Zahnarzt und Zahntechniker bereits in der Planungssoftware die infraforaminalen Implantatlager am Knochenangebot chirurgisch und zugleich prothetisch ausrichten sowie eine leicht subkrestale Positionierung der Implantate und damit einen Platform-Switch auf entsprechenden Aufbauten ermöglichen.

Das geglättete Situationsmodell mit der darauf vorgenommenen Aufstellung wird digitalisiert. Der so gewonnene Datensatz dient als Basis für die Konstruktion und Herstellung einer geschlitzten Orientierungsschablone und des noch vor dem chirurgischen Eingriff gefertigten Sofortprovisoriums.

Geschlitzte Orientierungsschablone mit Prothetikkorridor

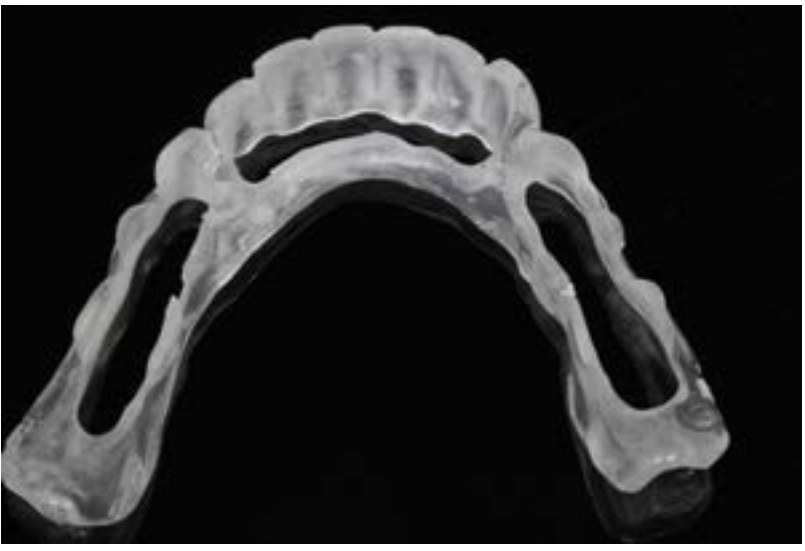
Eine geschlitzte Orientierungsschablone bietet sich – abhängig vom diagnostischen Ergebnis – als alternative Bohrschablone zur bekannten 3D-Schablone mit fest eingebrachten Bohrhülsen an. Voraussetzung für ihre Anwendung ist ein residuales, horizontal wie vertikal hinreichendes Knochenangebot, das dem Behandler einen chirurgischen Spielraum bei der prothetischen Positionierung der Implantate lässt und diese damit vereinfacht. Auch bei Patienten mit geringer Mundöffnung kann eine geschlitzte Orientierungsschablone den Zugang zum OP-Situs erleichtern. Da die Orientierungsschablone jedoch nach der Pilotbohrung entfernt wird, sollte der Behandler hinlängliche Erfahrung in der Freihand-Implantation besitzen.

Bei einer geschlitzten Orientierungsschablone stehen dem Behandler nach prothetischen Aspekten in enger Zusammenarbeit mit dem Zahntechniker festgelegte Korridore zur Verfügung, innerhalb derer er die Implantate nach chirurgischen Gesichtspunkten unter optimaler Ausnutzung des residualen Knochenangebotes prothetisch ausgerichtet inserieren kann. Die Implantate werden innerhalb dieser Korridore so positioniert und ausgerichtet, dass die entsprechenden, auch abgewinkelten Aufbauten für die distalen Implantate komplikationslos eingeschraubt werden können. Die Orientierungsschablone wird dafür an den marginalen Rändern stärker gestaltet, um intraoperativ die nötige Stabilität zu gewährleisten. Nach ihrer frästechnischen Herstellung werden die Prothetikkorridore vom Zahntechniker manuell ausgeschliffen und die Ränder poliert.

Das für die Orientierungsschablone verwendete Material breCAM.splint ist kein thermo-, sondern ein chemoplastisches PMMA. Dadurch lassen sich im subtraktiven Verfahren („Kaltverformung“) passgenaue Strukturen ohne Risiko einer Polymerisationsschrumpfung fertigen. Zudem braucht es keine speziellen Werkzeuge oder Frästemplates (Abb. 1 bis 4).

Digital vorgefertigte Sofortversorgung ohne Abformung

Aus demselben Datensatz wie für die Orientierungsschablone wird, nachdem zuvor die Randverstärkung zurückgenommen wurde, auch das Sofortprovisorium in einem digitalen Prozess noch



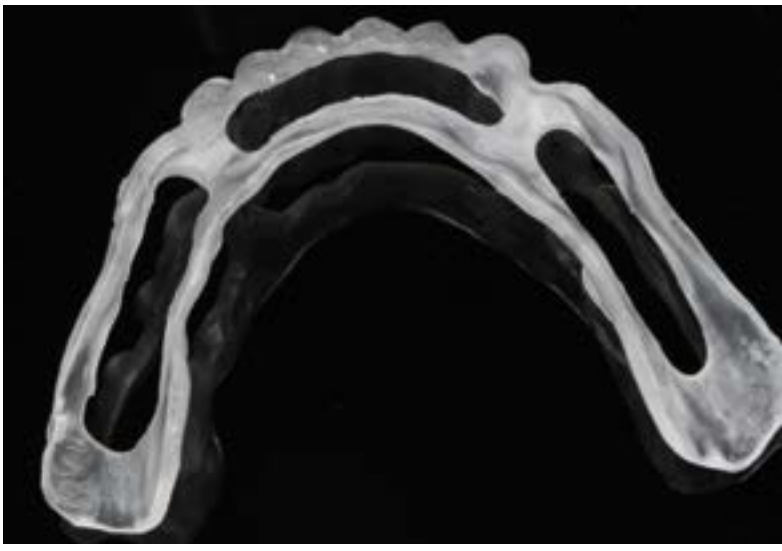


Abb. 3 und 4 Manuell geschlitzte Orientierungsschablone von okklusal und basal

Abb. 5 und 6 Digital konstruierte und prächirurgisch hergestellte Sofortversorgung noch ohne Bohrung für die Prothetikkappen (von okklusal und basal)

Abb. 7 Auf dem geglätteten Kieferkamm aufgesetzte Orientierungsschablone mit Prothetikkorridor

Abb. 8 Anteriore Pilotbohrung innerhalb des Prothetikkorridors

vor dem chirurgischen Eingriff aus einem hochdichten Kunststoffblank herausgefräst.

Das monolithisch verwendbare, polychrome Komposit eignet sich laut Hersteller für eine Tragedauer von bis zu zwei Jahren, wodurch die Restauration bis zur finalen Versorgung nicht ausgetauscht werden muss. Zur Steigerung der Festigkeit und zur Optimierung des Abrasionsverhaltens ist der Werkstoff mit Keramikpartikeln, eingebunden in die Kunststoffmatrix des organischen PMMA, versetzt und weist gute Fräseigenschaften auf. Seine multichromatische Schichtung ermöglicht eine weitgehend natürlich anmutende Farbgebung des Sofortprovisoriums (Abb. 5 und 6).

Chirurgische Umsetzung der Planung

Nach Extraktion verbliebener Restzähne wird der Alveolarkamm unter Präparation eines Mukoperiostlappens dargestellt, um ihn wie geplant horizontal mit Luer-Zange und Kugelfräse zu reduzieren. Zudem lässt sich so der Operationssitus samt der knöchernen und benachbarten sensiblen Strukturen optimal einsehen. Durch die chirurgische Freiheit innerhalb des Prothetikkorridors der Schablone wird das Risiko von Fehlpositionierungen, die zu Knochendefekten mit einer eingeschränkten Prognose und einem erhöhten Periimplantitisrisiko führen können, ausgeschlossen [10]. Die Pilotbohrungen mit intraforaminaler Positionierung werden bei aufgesetzter Orientierungsschablone vorgenommen und ihre Ausrichtung mit den Parallelindikatoren überprüft. Die weitere Aufbereitung der Implantatlager sowie die Insertion der vier Implantate erfolgen gemäß Protokoll frei Hand. Für eine stabile Sofortbelastung wird eine Primärstabilität von 30 bis 45 Ncm empfohlen. Bei höheren Drehmomenten muss die Kavität entsprechend erweitert werden. Die beim Glätten des Kieferkamms und bei der Aufbereiten der Kavität anfallenden Knochenspäne können für eventuelle Auffüllungen des Operationssitus verwendet werden (Abb. 7 bis 13).

Auswahl der definitiven Abutments

Im Sinne der „One-Time-Abutment-Therapie“ werden die definitiven Abutments

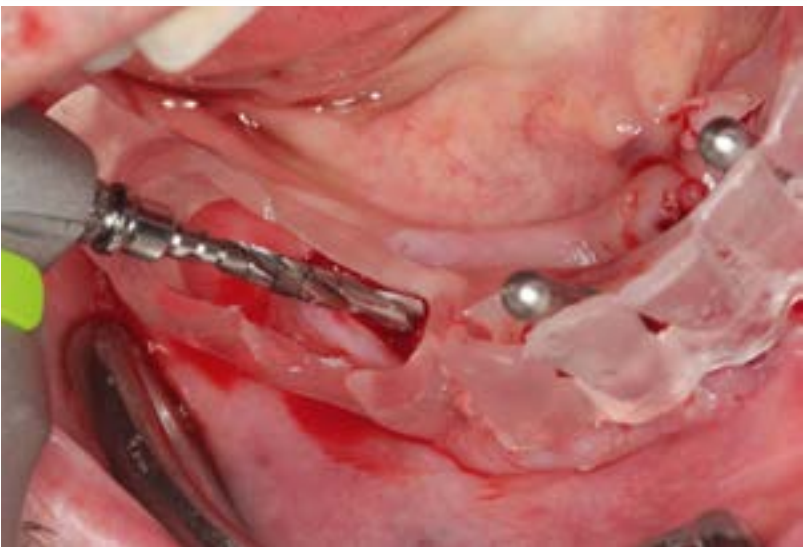


Abb. 9 Posteriore, angulierte Pilotbohrung innerhalb des Prothetikkorridors

Abb. 10 Überprüfung der Ausrichtung der posterioren Implantate mit der Angulationshilfe bei abgenommener Orientierungsschablone

Abb. 11 und 12 Eingesteckte Parallelindikatoren mit und ohne Orientierungsschablone

bereits unmittelbar nach Insertion aufgeschraubt. Da kein Abutmentwechsel mehr vorgenommen werden muss und alle weiteren Behandlungsschritte auf Abutmentniveau erfolgen, kann sich das krestale Knochenniveau stabilisieren und das zirkuläre Weichgewebe sich ohne Irritation ausbilden.

In der UK-Front kommen Abutments mit Platform-Switch zur Verwendung. Wegen ihres schmalen Gingivadurchtrittprofils lässt sich die definitive Versorgung ästhetisch gut gestalten. Für die unterschiedlichen Schleimhautstärken gibt es entsprechende Abutmenthöhen. Distal werden die angulierten Abutments mit Platform-Switch eingesetzt. Sie erlauben einen Angulationsausgleich von bis zu 45°. Ihre exakte Ausrichtung kann über die Einbringhilfe kontrolliert werden. Durch Platform-Switch und die taillierte Abutmentform ist es weitestgehend ausgeschlossen, dass es bei der Insertion des angulierten Abutments zu Kollisionen mit dem Knochen kommt. Das Drehmoment für die Abutments liegt bei 25 Ncm.

Die Prothetikkappen werden aufgeschraubt und der OP-Situs nach Röntgen-

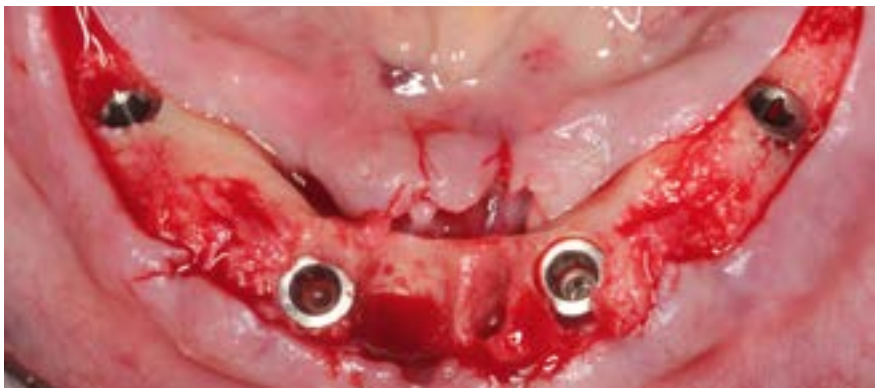


Abb. 13 Subkrestal und infraforaminal positionierte Implantate

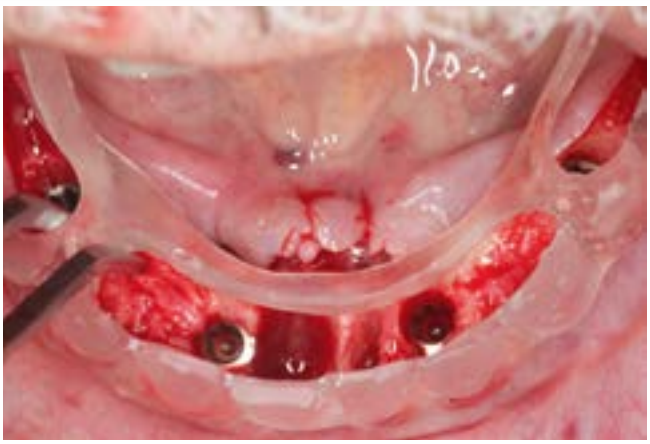


Abb. 14 Positionskontrolle mit der Orientierungsschablone

Abb. 15 Distales Abutment mit eingesteckter Einbringhilfe

Abb. 16 Farblich kodierte uni.con-Abutments für den Frontbereich

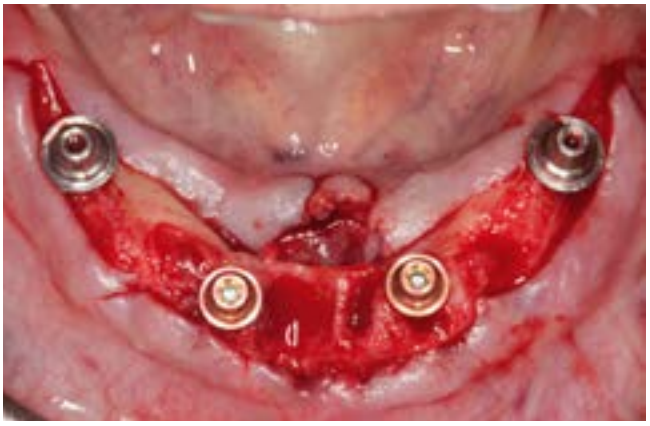


Abb. 17 Anterior und posterior verschraubte Abutments

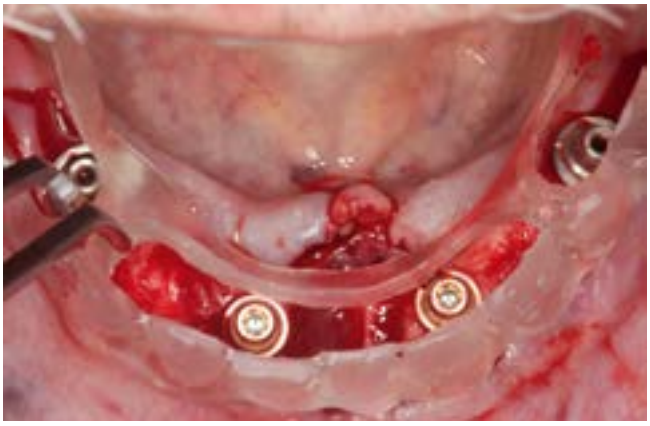


Abb. 18 Überprüfen der Abutmentpositionen an der Orientierungsschablone

Abb. 19 Aufsetzen der Uni.con-Prothetikkappen in der Front

Abb. 20 Überprüfung der Positionen an der Orientierungsschablone

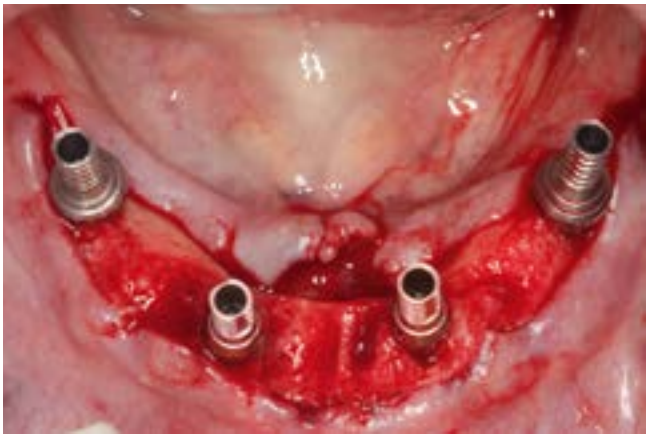


Abb. 21 Verschraubte Prothetikkappen

Abb. 22 Nach Röntgenkontrolle an den Prothetikkappen speicheldicht vernähtes Weichgewebe

Abb. 23 Auf die Implantatbrücke übertragene Implantatpositionen

Abb. 24 Ausgefräste Öffnungen zum Verkleben der Prothetikkappen

Abb. 25 Auf den Prothetikkappen aufgesetzte Implantatbrücke

Abb. 26 Fixierung der Prothetikkappen mit Qu-resin

Abb. 27 Gingivaformer verhindern ein zwischenzeitliches Kollabieren des Weichgewebes

kontrolle an den Prothetikkappen speicheldicht vernäht (Abb. 14 bis 22).

Sofortversorgung aus zahnfarbenem PMMA-Material

Für die Verklebung der Prothetikkappen in der Implantatbrücke aus Komposit werden die Implantatpositionen auf der Orientierungsschablone markiert und auf die Implantatbrücke übertragen. Die Öffnungen für die Prothetikkappen werden mit einem Fräser großzügig ausgeschliffen, um ausreichend Platz für ihre Fixierung und Verklebung zu gewinnen. Die Passung des Prothesenkörpers wird kontrolliert und eventuelle Störstellen werden entfernt.

Damit beim Fixieren kein Kleber einfließen kann, wird der Schraubenkanal mit Verschlusspins geschützt. Die vorbereitete Brücke wird über die Prothetikkappen positioniert und die erste Prothetikkappe anhand eines Bissschlüssels in Schlussbissstellung mit Qu-resin spannungsfrei fixiert.

Die Okklusion wird überprüft und die übrigen Prothetikkappen ebenso passive-fit fixiert. Nach kurzer Aushärtezeit kann die Brücke entnommen und extraoral final ausgearbeitet werden: Kürzen der Prothetikkappen, Auffüllen der Klebespalte und basalen Hohlflächen für eine konkave Gestaltung der basalen Auflagefläche, Ausdünnen der – im Datensatz für die Orientierungsschablone stärker dimensionierten – Prothesenränder sowie Polieren. Das Provisorium darf basal keinen Kontakt zur periimplantären Mukosa haben, damit sie ungestört abheilen kann. Währenddessen verhindern aufgeschraubte Gingivaformer ein zwischenzeitliches Kollabieren des Weichgewebes. Nach Überprüfung der Okklusion wird die Brücke final verschraubt und die Schraubenkanäle verschlossen (Abb. 23 bis 31).

Abb. 28 und 29 Entnommene Brücke nach intraoraler Fixierung der Prothetikkappen

Abb. 30 Ausgearbeitete und bis zum zweiten Molar gekürzte Brücke mit verschlossenen Schraubkanälen

Abb. 31 Eingegliederte Implantatbrücke aus breCAM.multiCOM zur Sofortbelastung

Finale Restauration

Je nach vorliegenden Rahmenbedingungen kann auch schon nach drei Monaten mit der Anfertigung der definitiven Arbeit begonnen werden. Zwischenzeitliche Änderungen und Korrekturen am Provisorium bis hin zu seiner Neuanfertigung könnten aufgrund des vorhandenen Datensatzes mit relativ geringem Aufwand vorgenommen werden.

Gerüst und Verblendung werden ebenfalls im CAD/CAM-Verfahren hergestellt.

Abb. 32 Zustand des periimplantären Weichgewebes drei Monate nach Implantation

Abb. 33 Gefrästes UK-Gerüst aus BreCAM.BioHPP

Abb. 34 Gefräste Sekundärstruktur aus breCAM.HIPC

Abb. 35 Digital geplante und hergestellte Strukturen

Das Brückengerüst wird aus dem mit Keramik verstärkten PEEK-Material herausgefräst. Sein niedriger E-Modul verleiht der Suprakonstruktion eine gewisse Resilienz und schützt damit Implantate wie Aufbauten, zumal Materialien mit niedrigem E-Modul eine vergleichbare klinische Haltbarkeit aufweisen wie vollkeramische Restaurationen [5]. Für die Verblendung wird die über einen Scan digitalisierte Aufstellung in einem Stück aus breCAM.HIPC, einem plaque- und verfärbungsresistenten und ebenfalls keramisch verstärkten Hochleistungspolymer, frästechnisch hergestellt.
Das Material wird monolithisch verwendet und kann durch Cutback und Farbantrag individualisiert werden. Sollte es notwendig werden, die Verblendung oder gar das Gerüst zu erneuern, so lassen sich beide Strukturen jederzeit anhand des Datensatzes reproduzieren (Abb. 33 bis 38).

Schlussbetrachtung

Der digitale Workflow in Verbindung mit entsprechend darauf abgestimmten Materialien kann insbesondere bei implantatprothetischen Versorgungen zu einem reduzierten Zeitaufwand, Einsparungen bei den Materialkosten und nicht zuletzt zu einer erhöhten Behandlungssicherheit beitragen, zumal in jeder Bearbeitungsphase eine ständige Reproduzierbarkeit gegeben ist. Die enge Abstimmung zwischen Zahnarzt und Zahntechniker über die chirurgischen und prothetischen Notwendigkeiten und Optionen ist dabei Voraussetzung. Provisorische Sofortversorgungen geben dem Behandlerteam Planungssicherheit in Bezug auf die Parameter Funktion, Phonetik und Ästhetik [1]. Damit bilden sie die Basis für optimale Langzeitresultate. Durch die optional lange Tragedauer des Provisoriums von bis zu zwei Jahren kann der Behandler zudem die definitive Versorgung ganz auf die finanzielle Situation seines Patienten abstimmen.

Die Sofortversorgung eines zahnlosen Unterkiefers auf reduzierter Implantatzahl ist einschließlich eventueller Extraktionen in der Regel binnen weniger Stunden in einer Sitzung abgeschlossen. Das Provisorium wird ohne zusätzliche Abformung noch vor der Implantation hergestellt und verbleibt bis zur definitiven Restauration in situ. Orientierungsschablone und Provisorium basieren auf demselben Datensatz, wodurch eine exakte Passung gegeben ist. Die monolithische Verwendung und digitale Verarbeitung der Materialien fördert optimale Heilungsprozesse. Da die unmittelbar nach der Implantation verschraubten Abutments in situ verbleiben und nicht mehr gewechselt werden, erfolgen ab diesem Zeitpunkt alle weiteren Behandlungsschritte auf Abutmentniveau. Das wiederum begünstigt die stabile Ausbildung des periimplantären Weichgewebes und trägt zum Erhalt der krestalen Strukturen bei. Je nach Therapieverlauf kann der jeweils aktuelle Datensatz der provisorischen Sofortversorgung auch als Vorlage für die definitive Restauration aufgerufen werden.

In verschiedenen Studien wurden keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Implantaterfolgsraten zwischen den verschiedenen Belastungsprotokollen ermittelt. Somit kann bei einer Sofortimplantation mit Sofortbelastung bei geeigneter Indikationsstellung und sorgfältiger Patientenauswahl von vergleichbaren Ergebnissen wie bei konventionellen Insertions- und Belastungsprotokollen ausgegangen werden [3,8,12]. ■

Literatur beim Verfasser

Abb. 36 bis 38 Finalisierte Implantatbrücke mit unverblendeter basaler BioHPP-Auflagefläche und okklusaler beziehungsweise lingualer Verschraubung

Kollagene und Nahtmaterial für die Dentalchirurgie

PARASORB Sombrero®

Resorbierbarer Membrankegel

- Abdeckung und gleichzeitige Auffüllung der Alveole (Socket Preservation)
- Bereits nach relativ kurzer Zeit Ausbildung eines stabilen knöchernen Implantatlagers
- Bietet eine definierte Regenerationsmatrix
- Verbesserung der ästhetischen und funktionalen Langzeitergebnisse, vor allem im Frontzahnbereich

PARASORB RESODONT® / PARASORB RESODONT® Forte

Resorbierbare Kollagenmembran

- Natürlich quervernetzt, ohne chemische Zusätze
- Besonders gut modellierbar, beidseitig verwendbar
- Schnelle Integration im umgebenden Gewebe
- Höchste Produktsicherheit und hervorragende Biokompatibilität

PARASORB® Cone / PARASORB® Cone Genta

Kollagenkegel zur Versorgung von Extraktionsalveolen

- Sichere und schnelle Blutstillung
- Verminderung der Kieferkammatrophie
- Optional mit antibiotischem Schutz für Risikopatienten (z. B. Diabetiker, Raucher, immunsupprimierte Patienten)

RESORBA® Nahtmaterial

Für jede Indikation das optimale Nahtmaterial

- RESOTEX® ORAL, mit speziellen, schwarzen, blendfreien Nadeln
- Resorbierbare und nicht-resorbierbare Nahtmaterialien
- Atraumatisch durch optimalen Übergang zwischen Nadel und Faden

RESORBA Medical GmbH
Am Flachmoor 16
90475 Nürnberg, Germany
Tel. +49 9128 / 91 15 0
Fax +49 9128 / 91 15 91
www.resorba.com

RESORBA®
REPAIR AND REGENERATE
an Advanced Medical Solutions Group plc company

A0004-17

Oral Reconstruction Symposium, Wimsheim

Update Implantologie

Mitte September 2017 fand das deutschsprachige Oral Reconstruction Symposium am Camlog-Standort Wimsheim statt. Rund 100 Teilnehmer fanden sich bei dem Implantatanbieter zu dem zweitägigen Symposium ein und wurden mit spannenden Beiträgen und einem Line-up hochkarätiger Referenten belohnt, die ihre wissenschaftlichen Erkenntnisse und praktischen Erfahrungen teilten sowie aktuelle Fragestellungen der Implantologie und der Implantatprothetik diskutierten.

„Jedes dritte Implantat entwickelt eine Periimplantitis", so *Prof. Dr. Frank Schwarz,* Düsseldorf, der zum einen als Mitglied des Executive Board die Unabhängigkeit der Oral Reconstruction Foundation vorstellte und zum anderen als Referent über Prävention und Therapieverfahren bei periimplantären Erkrankungen berichtete.

Periimplantitis tritt nicht als Spät-, sondern als Frühkomplikation auf und schreitet dann linear voran. Ätiologischer Faktor ist der pathogene Biofilm, hinzu kommen systemische und lokale Faktoren. „Für die Therapie ist es wichtig, die Defektarten richtig zu analysieren, denn gerade die frühzeitige Intervention bringt den größten Erfolg", so *Prof. Schwarz*. Von Parodontal-Marker-Tests rät er ab, da sich diese nicht dazu eignen, die zahlreichen immunologischen Faktoren und Defektarten parodontaler Erkrankungen zu klassifizieren.

Ästhetischer Erfolg hat viele Väter

Priv.-Doz. Dr. Arndt Happe, Münster, legte besonderes Augenmerk auf das periimplantär-restaurative Interface und die Gestaltung des Abutments. Demnach muss das Implantat dreidimensional korrekt positioniert und tief genug inseriert sein, um eine ausreichende Weichgewebehöhe und -dicke zu erzielen. *Happe* empfiehlt individuelle Abutments aus Titan oder Zirkonoxid (mit Metallbasis) sowie möglichst verschraubte Suprastrukturen. Zudem trägt ein unterkonturiertes Emergenzprofil nahe der Implantatschulter zum ästhetischen Erfolg der Restauration bei.

Zur Vermeidung von Knochenverlust und für den ästhetischen Erfolg einer Versorgung braucht es eine ausreichend dicke Gingiva. Am Zahn genügen 2 mm keratinisierte Gingiva – am Implantat braucht es etwa 2 bis 3 mm, um eine attached Gingiva zu erzielen, so *Prof. Dr. Michael Stimmelmayr*, Cham. Ist keine ausreichend dicke Gingiva vorhanden, ist ein entsprechendes Weichgewebemanagement erforderlich. Dies kann jederzeit – also vor, während und nach der Implantation – erfolgen. Für ein gutes ästhetisches Ergebnis ist es wichtig, das Weichgewebevolumen frühzeitig narbenfrei zu erhalten. Deshalb sollte man die richtige Schnittführung beherrschen. Bei Weichgewebeaufbau in der ästhetischen Zone setzt *Prof. Stimmelmayr* auf Bindegewebe- oder Kombitransplantate.

Zahnerhalt mittels klassischer Parodontaltherapie

Bei Parodontitis-Patienten stellen sich früher oder später Komplikationen in Verbindung mit Implantaten ein. Deshalb plädiert *Priv.-Doz. Dr. Stefan Fickl*, Würzburg, dafür, diesen Patienten die Zähne möglichst lange mit einer ganz klassischen Parodontaltherapie zu erhalten. Oftmals gelinge dies sogar ohne chirurgische Intervention. Hilfreich ist die Gabe von adjuvanten Antibiotika und Probiotika. Auch Dysbiose sei kein Grund zur vorschnellen Extraktion eines Zahns. Und wenn doch ein Implantat benötigt wird beim Risikopatienten? Dann sollten Plaque- und Blutungsfreiheit sowie Sondierungstiefen von weniger als 6 mm gegeben sein. Zudem muss der Patient laut Referent über das Risiko aufgeklärt werden und eine strikte Nachsorge erfolgen.

Digitale und schlanke Prozesse mit Lean Management

Jan Kielhorn, Öhringen, zeigte die Softwarevielfalt, die mithilfe des Lean-Managements zum Einsatz kommt. Da keine Praxissoftware verfügbar ist, die sich für Personal- und Praxismanagement, Controlling, QM sowie Patientenaufklärung und Dokumentation gleichermaßen eignet, arbeitet er in seinem Intranet mit unterschiedlichen Programmen. Gemeinsam mit seiner Praxismanagerin *Daniela Rusam* zeigte er anschaulich, was die einzelnen Softwares können, wie sie digitales, effizientes Arbeiten ermöglichen und wie man die Mitarbeiter mit individueller Verantwortlichkeit in die Praxisorganisation einbindet. Sein Fazit: Digitalisierung und Echtzeitkommunikation seien die einzige Möglichkeit, dem steigenden Verwaltungsaufwand zu begegnen. Zudem benötige das Unternehmen Zahnarztpraxis eine adäquate Steuerung mit messbaren Werten und der Möglichkeit, jederzeit auf Veränderungen reagieren zu können.

Service braucht Qualität, Individualität und Herzlichkeit

Wie man eine erfolgreiche Überweiserpraxis implementiert, zeigte *Dr. Dr. Anette Strunz,* Berlin. Zunächst gelte es, die „richtigen" Überweiser zu finden und diese durch Zufriedenheit zu halten. Wichtig hierfür sei ein individueller „Überweiserservice", der unter anderem mit direkter Durchwahl und Mailadresse konsiliari-

Ein Teil der Referenten und Organisatoren (v.li.): Alexander Focke, Camlog, Prof. Dr. Michael Stimmelmayr, PD Dr. Stefan Fickl, Dr. Dr. Anette Strunz, Moderator Prof. Dr. Dr. Konrad Wangerin, Dr. Alex Schär, CEO OR-Foundation Prof. Dr. Frank Schwarz und Martin Lugert, Camlog

sche Fragen der überweisenden Kollegen zeitnah ermöglicht. Zudem sollten kurzfristige Termine für Patienten guter Überweiser möglich sein. Hilfreich sind auch Maßnahmen wie ein schneller Arztbericht, Zwischenberichte (Planungsbrief, DVT-Befund), regelmäßige Überweiserstammtische und Fortbildungsprogramme für Behandler und Mitarbeiter. *Strunz* rät aus eigener Erfahrung: „Seien Sie zugewandt, authentisch, mutig und überraschend." Dies bestätigte auch *Frauke Reckord*, Herzebrock, eine Expertin in Sachen Gastlichkeit. Die gelernte Hotelkauffrau kennt alle Service-Stolperfallen und coacht heute unter anderem Praxen in Servicequalität und Kommunikation. „Am Ende zählt immer verstehen und verstanden werden", so *Reckord,* und weiter: „Service ist Zuwendung und das Gefühl von Herzlichkeit ohne Floskeln – und gerade das fällt uns oft am schwersten."

Veranstaltungstipp:

Das internationale Oral Reconstruction Symposium findet vom 26. bis 28. April 2018 in Rotterdam/Niederlande statt. ■

nb

Weitere Informationen:
www.orfoundation.org

MIS Implants Technologies

Implantologische Höhepunkte 2018

Die 4. MIS Global Conference lädt im Februar 2018 Zahnmediziner auf die Bahamas ein und auch sonst tut sich einiges bei MIS: Die Implantatoberfläche B+ überzeugt bei der Osseointegration, Fortbildungskurse widmen sich der biologiegestützten und ästhetischen Implantologie und die MIS Implantate wurden in die Cerec-Datenbank aufgenommen.

Mit der 4. MIS Global Conference „360° Implantology" sorgt der nach eigenen Angaben fünftgrößte Implantathersteller der Welt vom 8. bis 11. Februar 2018 für einen verheißungsvollen Auftakt im kommenden Dentaljahr. Präsentiert wird das gesamte MIS-Spektrum mit Implantatsystemen, Prothetik, Zubehör und Knochenersatzmaterialien. Mit dabei: Die neue Implantatoberfläche B+, die sich durch spezielle biomechanische und biochemische Eigenschaften auszeichnet, die die Knochenheilung unterstützen und das Wachstum fördern. Dadurch wird eine signifikant höhere Implantatstabilität erreicht, das periimplantäre Gewebe geschont und die funktionelle Langlebigkeit des Implantats gewährleistet. In der Sirona Cerec-Datenbank sind jetzt die MIS Ti-Bases für Einzelzahn- und Brückenversorgungen hinterlegt. Verfügbar sind sie für alle Anwender der MIS-Systeme mit Innensechskant- sowie konischer Innenverbindung ab Version 4.5.1 der Cerec CAD-Software auf allen Plattformen. Diese unterstützt nun Kronen- und Brückendesigns aus Zirkon, deren Planung auf MIS Ti-Bases fußt. Spätere Updates werden auch e.max-Versorgungen umfassen. ■

Weitere Informationen:
www.mis-implants.de

Fotos: BTI Biotechnology Institute

Rund 170 Zahnmediziner waren am 11. November 2017 zum 4. BTI Day in das Hotel Hilton Frankfurt Airport „The Squaire" gekommen. Die exzellenten Referenten diskutierten richtungsweisende Therapiekonzepte für eine effektive, nachhaltige und schonende Implantologie

Die Referenten des 4. BTI Day, Frankfurt am Main (v.l.n.r.): Dr. Eduardo Anitua, Inhaber von BTI Biotechnology Institute, Dr. Jörg Brachwitz, Moderator, Dr. Dirk Duddeck, Aintzane Torre, Dr. Christoph Wenninger, Andreas Nowak, BTI Country Manager DACH, Prof. Dr. Joachim Herrmann und Prof. Dr. Dr. Ralf Schön

BTI Biotechnology Institute

4. BTI Day in Frankfurt am Main

„Innovationen für Sie – Lösungen für Ihre Patienten" lautete das Credo des 4. BTI Day am 11. November 2017, zu dem mehr als 170 Zahnmediziner in das Hotel Hilton „The Squaire" am Flughafen Frankfurt am Main gekommen waren. Dort erwartete sie ein abwechslungsreiches Programm mit hochkarätigen Referenten und Dr. Eduardo Anitua, dem Inhaber von BTI Biotechnology Institute, Vitoria, Spanien.

Zum Auftakt stellte *Dr. Eduardo Anitua* das BTI-Konzept für die einfache und sichere implantologische Versorgung schmaler Kieferkämme mit einer Breite von 4 mm und mehr vor. Die Wahl von durchmesserreduzierten Implantaten stellt eine Alternative zu aufwendigen Augmentationen dar: Zunächst wird der Knochen mit einem speziellen Knochenspreizer schonend gedehnt, danach wird das durchmesserreduzierte Implantat inseriert. Schmalere Knochen von 2 bis 4 mm lassen sich mit den BTI-Dehnungsimplantaten verbreitern und für die Insertion von konventionellen Implantaten vorbereiten.

PRGF-Endoret (Plasma rich in Growth Factors) in Kombination mit Knochenspan oder Ersatzmaterial fördert die körpereigene Regenerationsfähigkeit. *Prof. Dr. Dr. Ralf Schön*, Hagen, setzt die biomedizinische Technologie häufig ein. Dank des Einsatzes von PRGF-Endoret lassen sich selbst bei größeren Knochendefekten umfangreiche Augmentationen vermeiden. Der Knochen kann weniger traumatisch und risikoärmer rekonstruiert werden. Mittels PRGF-Endoret werden patienteneigene Proteine aus dem Blut isoliert und konzentriert, um die Geweberegeneration zu stimulieren. Den Einsatz von PRGF-Endoret in der Immunmodulation präsentierte *Aintzane Torre*, Vitoria, Spanien. Vorgestellt wurde das neue PRGF-Endoret Gel für den Einsatz in der Gesichtsästhetik. Als Nächstes ist der Einsatz in der Implantologie geplant, um Papillen zu rekonstruieren.

Dr. Christoph Wenninger, München, stellte die Vorteile der Sofortimplantation und -versorgung dar. Um die Behandlungszeit für Patienten zu verkürzen, ist es sinnvoll, die Sofortimplantologie in das Praxiskonzept zu integrieren. Er fügte aber an, dass Leitlinien zurzeit noch fehlen. Anschließend ging *Dr. Eduardo Anitua* auf das Kriterium der spannungsfrei sitzenden provisorischen Prothetik für die erfolgreiche Sofortbelastung von Implantaten im zahnlosen Kiefer ein. Einfach lässt sich der passive Sitz der provisorischen Brücke mit BTI-Distanzhülsen umsetzen. Das Perio-Healing von der Klassifikation der Periimplantitis bis zur Therapie stand bei *Prof. Dr. Joachim Herrmann*, Stuttgart, im Fokus. *Dr. Dirk Duddeck* von der Clean Implant Foundation Berlin sensibilisierte für saubere Implantatoberflächen. Die Foundation zeichnete BTI-Implantate mit der UnicCa-Oberfläche für ihren höchsten Sauberkeitsstandard aus. ■

Weitere Informationen:
www.bti-implant.de

Jeder
Sinuslift-Technology

JETZT FDA-ZUGELASSEN

500 €
Weihnachtsgutschein bei Bestellung bis 31.01.2018

Jeder-System:
Minimal invasiver Sinuslift. Maximale visuelle Kontrolle.

Noch nie war der Sinuslift so einfach und sicher wie mit dem patentierten Jeder-System

- Sicherheitsmechanismus für Ersteintritt:
  schlagartiges Wegdrücken der Membran durch hohen hydraulischen Druck
- Real-Time Feedback:
  Druckabfall auf Display zeigt Ersteintritt an
- Signifikante Anhebung der Kieferhöhlenschleimhaut
  (mehr als 9 mm in klinischer Studie)
- Postoperative Schmerzbelastung nicht höher als bei normalem Implantat

BESTELLINFO

Betrw. Reiner S. Bandorf, MBA, MSc
Geschäftsführer für Vertrieb und Marketing
Jeder GmbH
Stadtplatz 14 · A-3400 Klosterneuburg/Wien
Österreich

Mobil: +49 / 172 / 4112944
rbandorf@jedersystem.com

www.jedersystem.com

CE 0123

Hersteller: BIEGLER GmbH, Allhangstrasse 18a, A - 3001 Mauerbach

Fachtage Implantologie 2017 von Dentaurum in den Hörsälen der Universitäten Lübeck, Bonn und Jena

Dentaurum

Fachtage Implantologie 2017

Für viele Zahnmediziner hat die Teilnahme an den Fachtagen Implantologie von Dentaurum bereits Tradition. Auch 2017 waren die Fortbildungsveranstaltungen in Lübeck, Bonn und Jena wieder ausgebucht. An der Universität zu Lübeck feierte der Fachtag dieses Jahr vor vollem Hause seinen zehnten Geburtstag.

Lübeck

Der Fachtag Implantologie lebt von der besonderen Mischung der ausgewählten Vorträge. Neben dentalspezifischen Themen wie „Intra- und postoperative Komplikationen in der Implantologie“ von *Prof. Dr. Samer George Hakim* von der Universität zu Lübeck und „Prothesenfixierung mit Miniimplantaten“ von *Jan Kielhorn* aus Öhringen, wurden auch fachübergreifende Vorträge gehalten. So sprach *Dr. Joachim Hoffmann* über die Höhen des Himalayas und die Abgründe der Implantologie, während *Prof. Dr. Dr. Roland Garve* aus Krems über orofaziale und kraniale Mutilationen des Menschen im kulturellen Kontext berichtete. „Tropenmedizinisch relevante Infektionen im Kopfbereich“ lautete das Thema von *Prof. Dr. Christian G. Meyer* aus Hamburg. Zum Abschluss referierte der bekannte Mentaltrainer *Herbert Prange* aus Mallorca über erfolgreiches Praxismanagement oder auch „Häuptlinge und Indianer“.
Alle Referenten und Vorträge wurden mit Bestnoten ausgezeichnet und die Resonanz der über 180 Teilnehmer war durchweg positiv. Sehr gelobt wurden unter anderem auch die Organisation und der Service vor Ort sowie die begleitende Dentalausstellung.

Bonn

Positives Feedback erhielten die Veranstalter auch beim Fachtag Implantologie in Bonn. Die Teilnehmer erfuhren aus erster Hand, welche zahnärztlichen Themen aktuell und entscheidend für den Praxiserfolg sind. Dabei waren wieder hochkarätige Referenten und Vorträge mit Resonanzpotenzial im Programm.
Prof. Dr. Dr. Rudolf H. Reich, Bonn, und *Priv.-Doz. Dr. Friedhelm Heinemann*, Morsbach, hießen die mehr als 120 Teilnehmer im Anatomischen Institut der Universität Bonn herzlich willkommen. Dabei sprach *Prof. Reich* in seinem Einführungsvortrag über wichtige Aspekte der Augmentation und Bedingungen der Regeneration. Schwerpunkte des Vortrags von *Dr. Daniel Schulz* aus Henstedt-Ulzburg waren Möglichkeiten und Stellenwert der Weichgewebechirurgie in der Implantologie und Langzeiterfahrungen mit dem Implantatsystem tioLogic, das seit zehn Jahren auf dem Markt ist. Den „Erhalt der Knochenstruktur für spätere Implantation ohne Fremdmaterialien-Tissue management concept“' hatte *Dr. Gernot Mörig*, Düsseldorf, zum Thema. Er erläuterte die von ihm bevorzugte Forcierte Extrusionstherapie als erfolgreiche Methode. Mit der Frage „Parodontologie und Implantologie 2017 – Was geht und was bleibt?“ gab *Dr. Stephan Kressin* aus Berlin einen interessanten und aufschlussreichen Einblick unter anderem in die Problematik der Entzündungen rund um das Implantat. Last but not least referierte *Prof. Dr. Dr. Norbert Enkling MAS* über die Möglichkeiten digitaler Zahnmedizin in der chirurgischen und prothetischen Implantologie. *Dr. Heinemann* verabschiedete am Spätnachmittag die Teilnehmer, die zahlreiche neue Erkenntnisse und wertvolle Eindrücke für die Praxis mit nach Hause nahmen.

Jena

Der dritte Fachtag Implantologie lockte über 120 Zahnärzte in die sehenswerte, altehrwürdige Anatomie der Universität Jena. Renommierte Referenten wie *Dr. Joachim Hoffmann* und *Dr. Gudrun Stoya*, beide Jena, referierten über Implantatchirurgie und topografische Anatomie. *Siegfried Hoelzer* aus Königsbach-Stein sprach über Prothesenfixierung mit Miniimplantaten. Innenansichten zur 3D-Diagnostik in der Implantologie bot *Dr. Edgar Hirsch* von der Universität Leipzig. *Dr. med. Martin Gunga*, Lippstadt, eröffnete das gemeinsame Problemfeld von Psychiater und Zahnarzt und zeigte Strategien zur Vermeidung von Behandlungskarrieren auf.
„Perfekt organisiert“ und „tolle Veranstaltung“ lautete das allgemeine Resümee der Teilnehmer. *Ralph Lehmann* von Dentaurum verabschiedete die begeisterten Zahnärzte auch im Namen der Kooperationspartner der Veranstaltung. Viele nahmen gleich noch vor Ort die Gelegenheit wahr, um sich für die Fachtage Implantologie 2018 einen Platz zu reservieren. ■

Weitere Informationen:
www.dentaurum.com

LEADING REGENERATION

Geistlich
Biomaterials

JETZT NEU

Geistlich Fibro-Gide®

Die Innovation für die Weichgewebe-augmentation

Geistlich
THE COLLAGEN EXPERT

Die erste hochporöse, volumenstabile Kollagenmatrix für die Weichgewebeverdickung

Bitte senden Sie mir die Broschüre zu:
☐ Behandlungskonzepte mit Geistlich Fibro-Gide®
per Fax an 07223 9624-10

Geistlich Biomaterials Vertriebsgesellschaft mbH
Schneidweg 5 | 76534 Baden-Baden
Tel. 07223 9624-0 | Fax 07223 9624-10
info@geistlich.de | www.geistlich.de

BDIZkonkret 04/2017

Praxisstempel

Foto: panthermedia

Straumann

Neues Veranstaltungsformat

Biomaterialien sind heute integraler Bestandteil moderner und evidenzbasierter Versorgungskonzepte der dentalen Implantologie und gehören zu den Innovationstreibern dieser dynamischen Disziplin. Einblicke in neueste Trends und Entwicklungen sowie praktische Anwendungsmöglichkeiten erhielten die Teilnehmer des Symposiums am 13. Oktober 2017 in Berlin.

Erstmals biete Straumann in seiner Historie nun Symposien an, die moderne GBR- und GTR-Konzepte aus Sicht von Hochschule und Praxis fokussiert bearbeite, so *Thomas Kreuzwieser* von Straumann, Leitung Kliniken und wissenschaftliche Kooperationen, Verkaufsleitung Biomaterialien, bei der Begrüßung in Berlin. Interaktive Vortragselemente und der Einsatz moderner Voting-Technologie förderten den kollegialen fachlichen Austausch der 60 Teilnehmer. Das neue Format wurde positiv angenommen und führte zu relevanten klinischen Fragestellungen, die mit den anwesenden Experten lebhaft diskutiert wurden.

Ansprechend und professionell moderierte *Dr. Andreas Pabst*, Bundeswehrzentralkrankenhaus Koblenz, die Veranstaltung. *Priv.-Doz. Dr. Dr. Peer-Wolfgang Kämmerer* aus Rostock stellte sich der Frage zum Thema Knochenaufbau: „Brauchen wir noch Eigenknochen?“ Beim modernen Weichgewebemanagement in der Parodontologie stand *Prof. Dr. Dr. Adrian Kasaj*, Mainz, mit seinem Kompaktvortrag „Was können Weichgewebsersatzmaterialien leisten?“ Rede und Antwort. Die praktischen Auswirkungen des Einflusses von Emdogain auf die parodontale Wundheilung präsentierte *Dr. Jochen Tunkel* aus Bad Oeynhausen.

Eingebunden wurden die Teilnehmer bei diesem neuen Veranstaltungskonzept, das neben einer offenen und extrem lebendigen Diskussion nach den Referenten-Vorträgen auch ein Voting-System integrierte. Interaktiv wurden die Teilnehmer durch spezielle Referentenfragen um ihre Meinung gebeten. 3D-Bilder veranschaulichten und lockerten die Präsentationen auf. ■

Weitere Informationen:
www.straumann.de

Foto: © Straumann, Barfuß/Schunk, Dt. Ärzteverlag

Top-Neuerscheinung

CAD/CAM in der digitalen Zahnheilkunde

Das neue Buch von Josef Schweiger und Annett Kieschnick

Mit der Neuerscheinung des Buches „CAD/CAM in der digitalen Zahnheilkunde“ wird eine bisher vorhandene Lücke in der dentalen Fachliteratur geschlossen.
Die enorme Entwicklungsgeschwindigkeit in der digitalen Zahnheilkunde bedarf fundierter Kenntnisse in den verschiedenen Bereichen des digitalen Arbeitsablaufes. So wird mit dem Buch ein roter Faden gelegt, der sich von der Datenerfassung über die Datenbearbeitung bis zur Ausgabe mittels digitaler Fertigungstechniken zieht.
Die Zielgruppe sind dabei sowohl Zahntechniker als auch Zahnärzte, Auszubildende und Studenten sowie Teilnehmer postgradualer Fortbildungskurse.

Softcover, 188 Seiten
ISBN 978-3-932599-40-8

jetzt für
€ 49.00

www.dental-bookshop.com

service@teamwork-media.de +49 8243 9692-16 +49 8243 9692-22

TEAM WORK MEDIA
dental publishing

Save the Date

Oral Reconstruction Global Symposium in Rotterdam

Die Oral Reconstruction Foundation nimmt sich der Förderung der dentalen Implantologie und der angrenzenden Gebiete zum Wohle der Patienten an. Vom 26. bis 28. April nächsten Jahres knüpft sie mit ihrem Oral Reconstruction Global Symposium 2018 in Kooperation mit ihrem Founding Partner Camlog an die Erfolgsgeschichte vergangener Kongresse an.

In Rotterdam werden in praxisbezogenen Workshops, wissenschaftlichen Referaten sowie Podiums- und Publikumsdiskussionen Themen der dentalen Implantologie in Theorie und Praxis präsentiert und diskutiert. Unter dem Motto „The Future of the Art of Implant Dentistry" wird dank innovativem Veranstaltungskonzept, instruktiven Workshops, informativem wissenschaftlichen Programm mit erstklassigen Referenten und einer interessanten Abendveranstaltung ein vielfältiger Rahmen für eine hochkarätige Fort- und Weiterbildung angeboten.

Innovativ ist in Rotterdam die Integration des gesamten Praxisteams in den Tagungsablauf; erstmals wird eine Fortbildung für das zahnmedizinische Fachpersonal angeboten. Das eintägige Fachsymposium findet am Freitag statt und wird in Deutsch abgehalten. Teilnehmer lernen anhand von praxiserprobten Empfehlungen alles Wissenswerte rund um das Thema Praxisbegehung und wie sie mit Sprachkunst, einfachen Interventionstechniken sowie kommunikationstheoretischen Ansätzen die Kommunikation in der Praxis effektiv verbessern können und so selbst schwierige Situationen meistern. Da die Teilnehmerzahl der Workshops begrenzt ist, wird eine zeitnahe Anmeldung zu diesen didaktisch besonders empfehlenswerten Veranstaltungen angeraten. Anmeldungen zum Oral Reconstruction Global Symposium 2018 sind ab sofort möglich. ■

Weitere Informationen
www.orfoundation.org/globalsymposium

Fotos: Oral Reconstruction Foundation

Professorin Irena Sailer ist eine der Vorsitzenden des ORGS 2018

Praxisbezogene Veranstaltungen sind Schwerpunkt des Symposiums

Rotterdam – architektonische Hauptstadt der Niederlande

Foto: fotolia.de/Andreas Jung

Osteology Frankfurt 2018

Save the Date

Schon zum sechsten Mal findet das nationale Osteology Symposium in Deutschland statt. Am 20. und 21. April 2018 kommt das renommierte Fortbildungsevent nun zum ersten Mal nach Frankfurt am Main. Das spannende Programm des Symposiums richtet sich sowohl an Kliniker als auch an Wissenschaftler. Für junge Kollegen wird ein spezielles Kongresspaket geschnürt.

Unter dem Titel „360° Regeneration" haben die wissenschaftlichen Vorsitzenden des Kongresses, *Prof. Dr. Dr. Dr. Robert Sader* und *Prof. Dr. Frank Schwarz,* ein besonderes Programm zusammengestellt, das die vielen Facetten der modernen oralen Geweberegeneration von allen Seiten betrachtet. In wissenschaftlichen Vorträgen, Workshops und interaktiven Diskussionen präsentieren hochkarätige Referentinnen und Referenten aus dem In- und Ausland die neuesten und wichtigsten Erkenntnisse aus Klinik und Forschung. Wissenschaftler kommen auf ihre Kosten im Wissenschaftsforum mit Posterpräsentationen und Vorträgen (Abstract Deadline: 31. Januar 2018).

Im Praktikerforum werden für die Praxis besonders relevante Themen diskutiert, darunter auch rechtliche Rahmenbedingungen. Zudem werden insgesamt 14 verschiedene Workshops zu Themen rund um das Hart- und Weichgewebemanagement angeboten. Die Osteology-Stiftung will insbesondere die jüngere Generation für die wissenschaftlichen und klinischen Inhalte der oralen Geweberegeneration begeistern. Daher werden für diese Zielgruppe spezielle Kongresspakete angeboten. ■

Weitere Informationen:
www.osteology-frankfurt.org

Foto: Osteology

Camlog

2. Start-up-Days 2018

Save the Date: Camlog veranstaltet am 13. und 14. April 2018 zum zweiten Mal die Start-up-Days in Frankfurt am Main.

Das innovative Fortbildungsformat bietet Hilfestellungen zur beruflichen Orientierung beziehungsweise Spezialisierung sowie zu Herausforderungen in der Gründungsphase, Übernahme und Neugründung. Bei diesem Kongress wird ein breites Spektrum an unterschiedlichen Erfolgskonzepten vorgestellt. Dabei werden Modelle von der inhabergeführten Einzelpraxis, dem Familienbetrieb, Zentren und Gemeinschaftspraxen bis hin zur Anstellung abgebildet. Da es nicht die *eine* Erfolgstory gibt, gewähren die routinierten Referenten Einblicke in die unterschiedlichsten Konzepte. Sie berichten am ersten Kongresstag von ihren eigenen

Foto: Camlog

Praxiskonzepten, sprechen offen über ihre Erfahrungen und Lernkurven sowie Fallstricken auf dem Weg zum Erfolg. Der zweite Tag steht ganz im Zeichen der theoretischen und praktischen Workshops. Aus den neun angebotenen Workshops zu Themen wie Praxismarketing und -management, Unternehmens- und Mitarbeiterführung, aber auch praxisnahen Kursen zu Chirurgie und Versorgungskonzepten, kann jeder Teilnehmer vorab zwei Favoriten auswählen.

Die Start-up-Days sollen die jungen Zahnmediziner für ihre berufliche Zukunft und Karriere inspirieren und motivieren. ■

Weitere Informationen:
www.log-in-to-your-future.de

VIP-ZM e.V.

6. VIP-ZM-Kongress in Krakau

Auch im kommenden Jahr wartet der VIP-ZM, Verein innovativ-praktizierender Zahnmediziner/-innen e.V., mit einer Neuauflage seines internationalen Kongresses (13. und 14. April) auf. Diesmal wurde die polnische Kultur- und Wissenschaftsmetropole Krakau zum Veranstaltungsort gekürt.

Zahnärzte und Implantologen aus der ganzen Welt sind eingeladen, im Sheraton Grand Krakow innovative Behandlungsmethoden kennenzulernen und damit die Leistungsfähigkeit ihrer Praxen zu steigern. International renommierte Spezialisten werden über ein breites Themenspektrum referieren – darunter Implantologie-Navigation, Vorhersagbarkeit implantologischer Protokolle oder hochwertige Prothetik bei schwierigen Fällen – und dabei den Schwerpunkt auf Erfahrungsberichte aus der Praxis legen. Im Anschluss an das Vortragsprogramm bleibt Zeit für Diskussionen und fachlichen Austausch. Neben dem umfangreichen Fortbildungsprogramm erwartet die Teilnehmer auch ein attraktives Rahmenprogramm mit Gala-Dinner, einer Magic Show und Live-Band. ■

Weitere Informationen
www.kongress.vip-zm.de

Foto: fotolia.de/Zarnell

Beachten Sie unser Weiterbildungsprogramm!

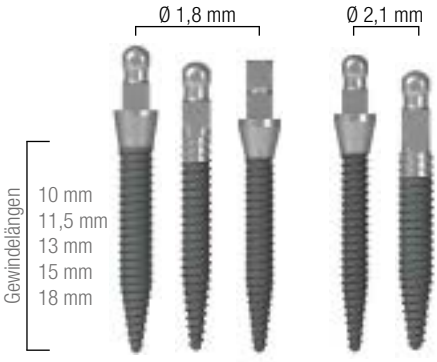
Kurstermine:
24.02.18 Magdeburg
24.03.18 Saarland
21.04.18 Fulda
25.05.18 Pfalz
11.07.18 Passau

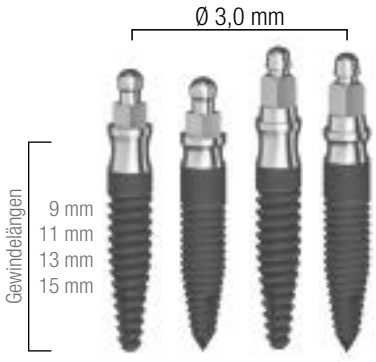
Minimalinvasiv

Minimalinvasive Prothesenstabilisierung

Patientenzufriedenheit auf höchstem Niveau dank MDi®

Mit einer von MDi®-Mini-Dental-Implantaten gestützten Prothese können Sie Ihren Patienten eine klinisch bewährte Lösung anbieten – vor allem jenen, die eine Behandlung bisher aus Angst oder Kostengründen abgelehnt haben! Die Implantate werden minimalinvasiv eingebracht und sind in der Regel sofort belastbar.





- Minimalinvasive Vorgehensweise und vergleichsweise simples Protokoll
- Ideale Ergänzung des implantologischen Behandlungsspektrums
- Millionenfach bewährtes System mit FDA-Zertifizierung für Langzeiteinsatz
- Hohe Wirtschaftlichkeit für die Zahnarztpraxis
- Flächendeckendes Vertriebsnetz und Unterstützung in der Praxis

MDI-Hotline: 0800 / 100 3 70 70
www.original-mdi.de

MDi®
www.original-mdi.de
by condent

condent GmbH · Owiedenfeldstraße 6 · 30559 Hannover. MDi® ist eine Marke der condent GmbH. www.original-mdi.de ©condent 2016. Alle Rechte vorbehalten

Beiträge in der Rubrik Markt basieren auf Angaben der Hersteller und spiegeln nicht immer die Meinung der Redaktion wider.

Foto: fotolia.de/Sergio Martinez

Interview mit Hans Geiselhöringer, Präsident von Nobel Biocare, anlässlich der EAO in Madrid

„Mehr Vorhersehbarkeit und Langlebigkeit anbieten“

Bei vielen wissenschaftlichen Veranstaltungen auf dem Gebiet der oralen Implantologie steht nach wie vor das Thema Weichgewebe im Mittelpunkt des Interesses. So auch beim Kongress der European Association for Osseointegration EAO, der im Oktober 2017 in Madrid stattfand. Isabel Lamberty vom EDI Journal sprach mit Hans Geiselhöringer, dem Präsidenten von Nobel Biocare, über aktuelle Entwicklungen und neue Lösungen.

Weichgewebe war das Thema auf der EAO – man muss fast sagen: immer noch. Bedeutet dies, dass das Thema seitens der Industrie noch nicht hinlänglich beantwortet ist?

Für uns liegt auf dem Thema Weichgewebe seit vielen Jahren ein besonderer Fokus. Ich glaube, wir können in vielen Dingen noch besser werden, noch mehr erreichen. Es gibt signifikante Innovationen im Bereich Implantat-Abutment-Design; eine davon haben wir gerade vorgestellt, das On1-Konzept. Um Ihre Frage zu beantworten: Ich glaube, wir können für die Patienten weiterhin viel Gutes bewirken, wenn wir kontinuierlich weiterforschen und immer wieder Innovationen in diesem Bereich auf den Markt bringen.

Was tut Nobel Biocare, um das Thema Weichgewebe zufriedenstellend zu beantworten?

Ich denke, wir können dem Patienten noch deutlich bessere Lösungen mit mehr Vorhersagbarkeit und mehr Langlebigkeit anbieten. Wir haben ja schon vor Jahren unsere „Conical Connection“-Implantatsysteme eingeführt. Deren hochstabile, konische Innenverbindung gewährleistet einen sehr adäquaten, dichten Verschluss sowie minimale Bewegung zwischen Implantat und Abutment. Wir bieten verschiedene Abutment-Designs an, von Vollkeramik-Abutments bis hin zu Full Countour Crowns aus mehrschichtigem Zirkonoxid. All diese Lösungen kommen dem Weichgewebserhalt und der Weichgewebsanlagerung entgegen. Und jetzt gibt es ganz neue Konzepte mit On1 und verschraubbaren Lösungen, die sogar in bestimmten Bereichen die Zementierung eliminieren. Denn aktuelle Studien zeigen, dass die Zementierung unter gewissen Umständen zu Problemen führen kann.

Wie genau hilft On1, die Arbeitsabläufe zu vereinfachen?

Beginnen wir mit dem Interface: Die Conical Connection Plattform, über die unterschiedliche Implantatdesigns aus

unserem Portfolio verfügen, bietet als Ausgangspunkt große prothetische Vielfalt. Zudem eröffnen sich viele verschiedene Behandlungswege. Man kann sich hier einen Entscheidungsbaum vorstellen: Die erste Option ist die Wahl zwischen konventionellem Abdruck und Intraoralscan. Anschließend kann man entscheiden: Möchte ich zementieren oder verschrauben? Der nächste Schritt: Möchte ich Vollkeramik oder möchte ich konventionelle Metallkeramik draufsetzen? Man hat also jegliche Flexibilität. Eines aber hat man auf jeden Fall sichergestellt, nämlich dass mit dem On1-Konzept die Schleimhaut bestmöglich geschont und unterstützt wird. Die On1-Basis verbleibt ab dem Zeitpunkt der Implantatinsertion bis zur finalen Versorgung im Mund. Die biologische Abdichtung durch das Weichgewebe bleibt so während aller Behandlungsschritte ungestört. Neben der Flexibilität in Hinblick auf prothetischen Workflow und Material bietet On1 dem Behandler auch eine relevante Zeitersparnis.

Foto: Nobel Biocare

Hans Geiselhöringer bei der Pressekonferenz von Nobel Biocare anlässlich der EAO in Madrid

Nobel Biocare gehört im Bereich Digital Dentistry zu den Vorreitern. Welche Entwicklungen im Kleinen helfen dem Praktiker schon heute?

Wir sind ja teilweise als Unternehmen wahrgenommen worden, das ausnahmslos hochkomplexe Lösungen im Premiumbereich anbietet. Es stimmt natürlich, dass wir seit einigen Jahren in diesem Bereich innovieren, und wir halten es für absolut richtig, alle Indikationen abdecken zu können. Genauso wichtig ist es aber auch, dass man einfache Lösungen anbieten kann – mit Top-Produkten. Eine Full Contour Zirconia Crown ist zum Beispiel für manche Patienten eine hochrespektable Lösung. Sie bietet eine gute prothetische Versorgung, Langlebigkeit und optimale Weichgewebegesundheit. Wenn der Patient aber High End-Ästhetik wünscht, gibt es sicherlich alternative Lösungen.

Wir haben Implantatsysteme entwickelt, die sehr einfach genutzt und prothetisch versorgt werden können, und wir haben Systeme entwickelt, die sehr vorhersagbar sind, zum Beispiel NobelGuide oder NobelClinician. Vieles dabei hört sich viel komplexer an, als es ist. In Wirklichkeit helfen diese Systeme dem Praktiker sehr einfach und sehr vorhersagbar, dem Patienten Lösungen anzubieten, egal ob er jetzt ein sehr erfahrener Behandler ist oder gerade erst beginnt, Erfahrungen in der Implantologie zu sammeln. Unsere Lösungen werden beiden gerecht. On1 ist auch ein Konzept, das vieles erleichtert. Wenn ein Praktiker einen Intraoralscan machen und dann eine Krone chairside produzieren und einsetzen will, dann kann er das tun. Wir unterstützen den klinischen Workflow, wo nötig und medizinisch angebracht.

Sie haben auf der EAO Trefoil in den Markt eingeführt. Was ist das Besondere daran?

Der zahnlose Patient ist derjenige Patient, der am meisten darunter leidet, keine eigenen Zähne oder festsitzenden Zahnersatz zu haben, der Probleme mit der Kaufunktion, mit der Ernährung, aber auch mit der Ästhetik, mit Lachen, mit Lebensgefühl hat. Das All-on-4-Behandlungskonzept war eine der Lösungen, die wir in den letzten Jahren erfolgreich auf den Markt gebracht haben. Die nächste Generation dieses Konzepts beinhaltet unter anderem eine Weiterentwicklung der NobelZygoma-Implantate sowie unsere extralangen NobelSpeedy -Implantate, die für den nasalen Bereich im Oberkiefer entwickelt wurden und eine Erweiterung für den besonders atrophierten Oberkiefer darstellen. Der interforaminale Bereich des Unterkiefers ist dagegen im Hinblick auf die anatomischen Strukturen oder unterschiedliche Atrophierungsgrade weniger fordernd. Mit einem standardisierten und geführten Bohrprotokoll werden drei Implantate parallel und intraforaminal in den Unterkiefer gesetzt. Der präfabrizierte, hochpräzise Trefoil Steg wird anschließend durch seinen Kompensationsmechanismus passiv auf die Implantate gesetzt. Diese patentierte Lösung gleicht Abweichungen aus, die beim kieferchirurgischen Protokoll auftreten können. Der Zahnarzt kann dem Patienten also in einer Sitzung eine spannungsfreie festsitzende Brücke liefern. Das passt deshalb sehr gut in unser Konzept, weil wir damit eine weitere Lösung bereitstellen, auf die der Praktiker zurückgreifen kann, wenn die Anatomie des Patienten es zulässt. Und sie ist besonders attraktiv für all jene Patienten, die aus verschiedenen Gründen nicht problemlos mehrfach in die Praxis des Behandlers kommen können.

Herzlichen Dank, Herr Geiselhöringer, für Ihre Zeit und Ihre informativen Antworten. ■

Weitere Informationen:
www.nobelbiocare.com

Interview mit Dr. Paul Weigl, Oberarzt an der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

„Kritisch mit Informationen umgehen“

Die Goethe-Universität Frankfurt am Main bietet seit 2009 einen Masterstudiengang „Master of Science in Oral Implantology (MOI)” an. Er ermöglicht Zahnärztinnen und Zahnärzten aus dem In- und Ausland auf dem Gebiet der oralen Implantologie eine universitäre, postgraduale Fortbildung. BDIZ EDI konkret-Projektmanagerin My To sprach mit dem Programmdirektor des Studiengangs, Dr. Paul Weigl, über den Masterkurs und den großen Ankylos-Kongress im Juni 2018.

Herr Dr. Weigl, was ist das Besondere am Frankfurter Masterkurs?

Der Masterstudiengang MOI ist ein zweijähriger, modularer, berufsbegleitender Studiengang, der inhaltlich und finanziell völlig unabhängig von außeruniversitären Institutionen und Firmen organisiert und durchgeführt wird. Dabei werden umfassende und hochspezielle theoretische und praktische Fähigkeiten vermittelt. Das primäre Ausbildungsziel ist ein selbstständiges, planerisches und analytisches Denken sowie das selbstständige Umsetzen der Therapie von komplexen klinischen Ausgangssituationen. Zudem wird die in der Implantologie erforderliche starke interdisziplinäre Vernetzung und Koordination der zahnmedizinischen Fachbereiche im Lehrprogramm abgebildet.

Die Studierenden sollen dabei auch lernen, kritisch mit Neuheiten, Informationen und Literatur umzugehen. Etwas, was die Studierenden am Anfang weniger schätzen. Später begreifen sie es als Bereicherung, wenn sie gewisse Aussagen von Referenten, Firmen oder Medien kritischer hinterfragen, sie sich selbst mehr beibringen können und im Ergebnis der Ausbildung mündigere Implantologen sind.

Bei uns sind zurzeit 440 Studierende aus 64 Ländern eingeschrieben. Seit unserem neunjährigen Bestehen waren fast schon alle Länder der Erde vertreten, weshalb auch die Unterrichtssprache Englisch ist. Eine weitere Besonderheit des MOI ist das

Dr. Paul Weigl, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

Format: Es ist auf diejenigen zugeschnitten, die nicht zwei Jahre ihre Familie, Praxis oder Klinik verlassen können. Die Teilnehmer kommen deshalb während des zweijährigen Programms vier Mal für zehn bis elf Tage nach Frankfurt, auch an den Wochenenden, um an Live-Behandlungen, Kadaverkursen, Hands-on-Workshops und Vorlesungen teilzunehmen.

Zu Hause arbeiten die Studierenden an ihrer Masterthesis und 20 Fällen, die sie aufwendig dokumentieren müssen. Auch neu an dem Kurs ist, dass jeder Studierende zwei Tutoren an seine Seite bekommt. Sie begleiten das Ganze und passen auf, dass alles richtig und gut gemacht wird. Die Kosten für das Tutorium sind bereits in den Studiengebühren enthalten.

Kommen wir zu dem von Ihnen favorisierten One-Abutment-One-Time-Konzept. Welches sind die wichtigsten klinischen Indikationen und erläutern Sie uns bitte ganz kurz die Vorteile?

One-Abutment-One-Time heißt eigentlich nichts anderes, als dass man dem Implantat nur ein einziges Mal ein einziges Abutment aufschrauben soll, wenn es zweiteilig ist. Das ist wichtig zu verstehen. Dieser Wunsch kann meistens nur bei Einzelzahnimplantaten umgesetzt werden. Inzwischen werden in den USA und auch in Europa etwa 80 Prozent aller Implantate in Einzelzahnlücken gesetzt, um dreigliedrige Brücken zu substituieren.

Zu den Vorteilen des One-Abutment-One-Time-Konzepts: Es ist so, dass das periimplantäre Weichgewebe nur ein einziges Mal an den Fremdkörper Titan oder Zirkon anheften oder -heilen muss. Verlässt man das Konzept und nimmt einen Abutmentwechsel vor, wird natürlich diese Anheftung wieder zerstört. Was dabei ganz wichtig ist: Jede Zerstörung von Gewebeanteilen und Fasern bedarf einer erneuten Heilung, die mit einer kleinen Entzündung vergesellschaftet ist. Übrigens handelt es sich bei diesem Konzept um kein neues, was auch aus früheren klinischen Studien hervorgeht.

Und damit kommen wir auch zur Indikation des One-Abutment-One-Time-Konzeptes, und zwar meines Erachtens einer eher obligaten als fakultativen. Obligat ist das für die Patienten, die im ästhetischen Bereich Implantate mit Einzelkronen bekommen und ein

dünnes Weichgewebe haben, den sogenannten Thin Biotype. Dabei sollten alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden, dieses Gewebe so wenig wie möglich zu traumatisieren, sowohl von chirurgischer Seite als auch von prothetischer. Ein „dicker Weichgewebetyp" toleriert einen häufigen Abutmentwechsel eher. Wir verfechten das Konzept von daher auch im Hinblick auf unseren internationalen Studiengang. Viele unserer Studierenden kommen aus dem asiatischen Raum, wo die Mehrzahl der Patienten ein dünnes Weichgewebe hat.

Auch im nächsten Jahr übernehmen Sie die wissenschaftliche Leitung des Ankylos-Kongresses. Was erwartet die Besucher dort?

Der Besucher erhält sehr viele interessante Einblicke in Innovationen der Implantologie. Innovationen, die auch beim bewährten Ankylos-System Anwendung finden können.

Am Beispiel langjähriger Fälle mit 20 bis 30 Jahre alten Insertionen kann man außerdem von Anwendern lernen, was früher chirurgisch und prothetisch anders gemacht wurde und warum die Implantate trotzdem gut funktionieren, obwohl man damals zum Beispiel andere Abutments hatte.

Anzumerken ist noch, dass viele Features des Systems heute immer noch hochaktuell sind. Viele Firmen gehen jetzt zu einem eher progressiven, aggressiven Gewinde und konischen Implantatkörpern über, um eine gute Primärstabilität für Sofortversorgungen zu erzielen. Das ist schon vor 33 Jahren mit eingebaut worden, wie auch das Plattformswitchen. Sehr viel später zogen einige Systeme nach. Heute ist evidenzbasiert nachgewiesen, dass das Plattformswitchen wirklich einen positiven Effekt auf die Gewebestabilität im krestalen Bereich hat, und last not least haben inzwischen sehr viele Implantatsysteme die konische Implantat-Abutment-Verbindung in ihre Linie integriert. Auch weil sie gewisse Vorteile bezüglich Dichtigkeit und Festigkeit der Implantat-Abutment-Verbindung hat.

Um auf den Kongress zurückzukommen: Es wird in Berlin ein sehr gutes wissenschaftliches Programm geben. Neu ist auch, dass der Kongress internationaler aufgestellt ist. Es sind hervorragende Sprecher aus aller Welt eingeladen, die nur zum Teil mit dem Ankylos-System arbeiten und daher auch andere Aspekte der Implantologie auf dem Kongress darstellen. Themen, die uns momentan bewegen und nicht unbedingt speziell auf dieses Implantat bezogen sind, wie zum Beispiel Mukositis und Periimplantitis. Es wird ein Kongress werden, der die Implantologie mit allen Vor- und Nachteilen und Sorgen zum Thema hat. Und natürlich mit Lösungen, die über das System Ankylos möglich sind, aber nicht nur. Das Unternehmen Dentsply Sirona, das diesen Kongress veranstaltet, ist mit einem großen Produktportfolio ja breit aufgestellt und bietet mehrere Systeme an. Von daher wird es ein Kongress werden, der neben Ankylos weitere aktuelle und spannende Themen der Implantologie aufgreift.

Herzlichen Dank, Herr Dr. Weigl, für dieses Gespräch. ■

Weitere Informationen:
www.moi.uni-frankfurt.de

EndoPilot²
Kompakt-Erweiterbar-Sicher

• EndoMotor mit Längenbestimmung
• großes 7" Farbdisplay
• Li-Ion Akku
• Bluetooth Funk-Fußschalter
• Touch-Display für intuitive Bedienung
• Vorprogrammierte Feilendatenbank
Erweiterbar:
• Ultraschall
• Thermoplastische Wurzelkanalfüllung
• Peristaltik Pumpe
• Ultraschall

KnochenFilter
Augmentation effektiv & schnell

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

KnochenMühle
Knochenarbeit leichtgemacht

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

Wir wünschen Frohe Weihnachten und einen Guten Start ins Neue Jahr 2018
Schlumbohm GmbH & CO. KG
24616 Brokstedt Tel.: 04324-89 29 - 0
www.schlumbohm.de post@schlumbohm.de

Foto: Bien-Air

Pia Richter (Bien-Air) und Lars Drekopf (mectron)

Interview mit den Vertriebsleitern von mectron und Bien-Air

„Rund-um-Sorglos“-Paket durch Kooperation

mectron Deutschland ist seit Januar 2017 Vertriebspartner der Bien-Air Deutschland GmbH. Beide Firmen bleiben jedoch wirtschaftlich unabhängig und sowohl die mectron Deutschland Zentrale in Köln als auch die Bien-Air Niederlassung in Freiburg bleiben als eigenständige Unternehmen erhalten. BDIZ EDI konkret-Projektleiterin My To sprach mit Pia Richter von Bien-Air und Lars Drekopf, mectron, über die Vorteile für Zahnärzte durch einen gemeinsamen Vertrieb.

Frau Richter, wie sehen konkret die Vorteile für den Zahnarzt aus?
Zuallererst ergeben sich für den Zahnarzt durch den Direktvertrieb deutlich günstigere und viel transparentere Preise. Hinzu kommt, dass wir einen perfekten Service bieten können. Dieser umfasst die Möglichkeit, alle Produkte unverbindlich im Rahmen unseres „Try for free“ in der Praxis zu testen. Es gibt einen persönlichen Ansprechpartner in jeder Region Deutschlands. Er ist Ansprechpartner für alle Produkte von mectron und Bien-Air und bietet umfassende Serviceleistungen, wie zum Beispiel kostenfreie Einweisungen, Hygieneschulungen und vieles mehr.

Darüber hinaus beinhaltet der Service kostenfreie Abholungen im Fall eines defekten Gerätes oder Instrumentes und einen 24-Stunden-Leihgeräteservice, sodass ein reibungsloser Ablauf und ein absolut komplikationsfreier Workflow in der Praxis garantiert werden können. Diese Abwicklung seitens Bien-Air erfolgt online über den Club Bien-Air. Der Kunde hat die Möglichkeit, all seine Produkte online zu registrieren und behält somit den Überblick über seine Reparaturen und gegebenenfalls Kostenvoranschläge. Zum Portfolio der Firma Bien-Air gehört seit 2017 der Service eines Online-Shops.

Herr Drekopf, auf welche Neuheiten kann sich der Zahnarzt freuen?
Sowohl Bien-Air als auch mectron sind sehr innovative Unternehmen, deshalb sind in der nächsten Zeit viele Neuheiten zu erwarten. Beispielsweise hat mectron gerade mit dem starjet ein neuartiges, turbinenadaptiertes Pulverstrahlgerät vorgestellt, das eine 2-in-1-Lösung bietet. Es ermöglicht, sowohl sub- als auch supragingival zu arbeiten und neben Glycin- kann auch Natriumbicarbonatpulver verwendet werden.

Zur IDS wurde von Bien-Air außerdem die Tornado⁵ vorgestellt. Sie ist laut Hersteller die derzeit leistungsstärkste Turbine mit kleinem Kopf auf dem Markt. Die Tornado⁵ weist eine Leistung von 24 Watt mit 420 000 rpm auf. Darüber hinaus ermöglicht die Kooperation viele weitere interessante und gemeinsame Angebote. So ist die äußerst attraktive Komplettlösung für die Chirurgie ein gutes Beispiel hierfür. Das „Rund-um-Sorglos“-Paket besteht aus einem Chirurgiemotor von Bien-Air und dem Piezosurgery Gerät von mectron inklusive des passenden Gerätecarts. Im Paket enthalten sind Implantologie-Winkelstück, Osteotomie-Kit und LED-Handstücksystem.

Übrigens präsentierten sich dieses Jahr Bien-Air und mectron erstmals gemeinsam bei den Fach- und Infodental-Messen. ■

Weitere Informationen:
www.bienair.com www.mectron.de

LegacyP

Verstärkte Primärstabilität

Die LegacyP Implantate kombinieren ein **progressiv tieferes V-Gewinde** mit einer gleichbleibend schmalen Gewindehöhe am Implantat. Dies ermöglicht eine **erhöhte Primärstabilität**, eine stärkere Osseointegration und dadurch eine hervorragende Patientenzufriedenheit.[1]

3.2mmD | 3.7mmD | 4.2mmD
4.7mmD | 5.2mmD | 5.7mmD

6mmL | 8mmL | 10mmL
11.5mmL | 13mmL | 16mmL

Duale Oberfläche

Maschinierte Oberfläche
Der maschinierte Oberflächenabschnitt von 0.5µm (Sa) ist sicherer, wenn er mit dem Mundmilieu in Kontakt kommt. Dies minimiert die Plaqueansammlung und das dadurch verursachte Entzündungsrisiko der Mukosa.[2]

Bewährte SBM-Oberfläche
Diese Oberfläche entsteht mit Hilfe eines Soluble Blast Mediums aus Hydroxylapatit-Kristallen (HA) für eine mittelraue Textur von 1.8µm (Sa).

Kompatibel mit Zimmer Biomet-Dental
und BioHorizon

LegacyP bestellen:
www.implantdirect.de | 00800 4030 4030

Referenzen:
1 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4279055
2 Berglundh T., Gotfredsen K., Zitzmann N.U., Lang N.P., Lindhe J. (2007) „Spontaneous progression of liguture induced peri-implantitis at implants with different surface roughness: an experimental studi in dogs.", Clinical Oral Implants Research, 18 (5), 655-661

Dentsply Sirona

Erweiterung des Vorstands

Dentsply Sirona, The Dental Solutions Company, hat die Ernennung von zwei neuen Vorstandsmitgliedern mit sofortiger Wirkung bekannt gegeben. Dies ist ein weiterer Schritt des Unternehmens, sein Potenzial noch mehr auszuschöpfen.

Nick Alexos kommt als Executive Vice President (EVP), Chief Administrative Officer zum Unternehmen und berichtet direkt an den Interim Chief Executive Officer *Mark Thierer.* In dieser Funktion wird er die Bereiche Investor Relations, Information Technology, Business Development und Strategic Planning leiten. Zuletzt war *Nick Alexos* bei Madison Dearborn Partners LLC beschäftigt, einer führenden Private-Equity-Gesellschaft aus Chicago, deren Mitgründer er war. Davor war er bei First Chicago Venture Capital und der First National Bank of Chicago tätig gewesen. Er ist Wirtschaftsprüfer (CPA) und hat einen MBA-Abschluss von der University of Chicago Booth School of Business.

„Ich habe mit *Nick* mehr als zwei Jahrzehnte zusammengearbeitet. Er verfügt sowohl als Investor als auch als Aufsichtsratsmitglied mehrerer Unternehmen, darunter auch von ehemals Sirona Dental Systems Inc., über sehr umfangreiche Erfahrungen im Gesundheitswesen", so *Mark Thierer,* Interim Chief Executive Officer von Dentsply Sirona. „*Nick* ist eine ausgezeichnete Führungskraft und wird sich mit seiner Expertise auf Capital Deployment, Operating Leverage Expansion sowie zukünftige Akquisitionen fokussieren."

Außerdem hat das Unternehmen angekündigt, dass *Keith Ebling* seine Funktion als EVP, Secretary und General Counsel, aufnimmt und ebenfalls an *Mark Thierer* berichten wird. Er tritt die Nachfolge von *Jonathan Friedman* an, der aus dem Unternehmen ausgetreten ist. Bevor er zu Dentsply Sirona kam, war *Keith Ebling* bei der Express Scripts Holding Company tätig, einem integrierten Pharmacy-Benefit-Management (PBM)-Unternehmen mit 100 Mrd. US-Dollar Umsatz. Im Laufe seiner 20-jährigen Karriere in diesem Unternehmen hatte er verschiedene Positionen in Rechtsabteilungen und als Führungskraft inne, zuletzt als Executive Vice President und General Counsel. Davor war *Keith Ebling* bei einer privaten Kanzlei in St. Louis tätig, bei der er nach seinem Abschluss mit magna cum laude an der School of Law der Saint Louis University angefangen hatte. Darüber hinaus hält er einen MBA von der Olin School of Business der Washington University. „Ich kenne *Keith* seit Jahren. Er verfügt über umfassende Erfahrung als General Counsel und bringt zudem fundierte Kenntnisse in den Bereichen Produktentwicklung, Geschäftsentwicklung sowie M&A mit", so das Resümee von *Mark Thierer*. „Wir schätzen uns glücklich, jemandem mit seiner Erfahrung gewonnen zu haben, der uns auf unserem Wachstumskurs aus juristischer Sicht beraten wird." ■

Weitere Informationen:
www.dentsplysirona.com

Nicholas Alexos wird Executive Vice President, Chief Administrative Officer bei Dentsply Sirona

Keith Ebling ist neuer Executive Vice President, Secretary und General Counsel im Unternehmen

Fotos: Dentsply Sirona

Den Kunden von medidentas stehen unabhängige Berater zur Seite

„Dexistenzgründung“

Beratungsstandard neu definiert

Nichts ist so stetig wie der Wandel – auch in der Zahnmedizin. Die Wettbewerbssituation ist vielerorts hoch, die Einzelpraxis wird zum „Auslaufmodell“, die Entwicklung zu zahnmedizinischen Versorgungszentren (Z-MVZ) setzt sich weiter fort. Spezialisierung und die Digitalisierung der Zahnmedizin wird zum „Megatrend“. Die Kapitalisierung der Versorgung wird weiter stark wachsen und auch die Mundgesundheit der Deutschen hat sich verbessert (DMS V, 2016).

Damit steigen nicht nur die Anforderungen an junge Gründer, sondern auch an Niederlassungsberater. Aus diesem Grund hat medidentas gemeinsam mit weiteren Experten ein speziell für den Dentalmarkt ausgerichtetes Beratungspaket entwickelt – die „Dexistenzgründung“. Alle Fragen rund um die Niederlassung wie Finanzierung, öffentliche Mittel, Marketing, Businessplan, Controlling und Patientengewinnung werden berücksichtigt. In der Vorgründungsphase wird mit dem „Dexistenzgründungs-Standortanalyseprogramm“ das zukünftige Nachfrageverhalten der möglichen Patienten evaluiert. Bei Neugründungen kann mit diesem Tool auch ein möglicher Standort für das Vorhaben gefunden werden. In der Gründungsphase sichert der „Credit-Beauty-Contest“ die besten Finanzierungskonditionen, da die potenziellen Banken in einen harten Wettbewerb gebracht werden. Um in der Nachgründungsphase den langfristigen Erfolg zu sichern, wird mit „medidentas Dentmarking“ ein wirkungsvoller betriebswirtschaftlicher Kompass in die Praxis implementiert. Somit werden die für eine Zahnarztpraxis wirklich relevanten Kennziffern wie Neupatientengewinnung, Honorarumsatz und HKP-Umsetzungsquote ständig überwacht. Viele haben bereits mit medidentas gegründet. Erfahrungen und Kundenberichte können unter der Homepage www.medidentas.de/unsere-kunden/ abgerufen werden.

Weitere Informationen:
www.medidentas.de

THOMMEN Medical

PURE MUSKEL-KRAFT.

ELEMENT RC
PF 3.0 IMPLANTAT.

SCHWEIZER MANUFAKTUR FÜR IMPLANTOLOGIE
www.thommenmedical.com

Kooperation von Nobel Biocare und Dentalpoint

Gemeinsam mehr erreichen

Nobel Biocare gab auf dem European Association of Osseointegration (EAO) Congress 2017 in Madrid, Spanien, seine Zusammenarbeit mit der Dentalpoint AG bekannt, einem Unternehmen für Zahnimplantate aus Keramik. Im Rahmen dieser neuen Zusammenarbeit wird dem Portfolio von Nobel Biocare eine Implantatlösung aus Zirkonoxid hinzugefügt. Dies eröffnet Behandlern die Möglichkeit, ihren Patienten metallfreie Lösungen innerhalb der Nobel Biocare Produktpalette anzubieten. Priv.-Doz. Dr. Stefan Holst, Vice President Implantatsysteme und Forschung, Nobel Biocare, Hans Geiselhöringer, President Nobel Biocare, und Dr. Sandro Matter, Vice President Multi-Brand Strategy, Nobel Biocare, erläutern die Hintergründe der Zusammenarbeit und den Nutzen für die Anwender.

Nobel Biocare führt 2018 sein erstes Zirkon-Implantat in den Markt ein. Wieso ist jetzt der richtige Zeitpunkt?

Priv.-Doz. Dr. Holst: Dank der Partnerschaft mit Dentalpoint können wir unseren Kunden ein 100-prozentig metallfreies, reversibel verschraubbares und zweiteiliges Keramikimplantat anbieten. Die Verschraubbarkeit ist für uns ein unverzichtbares Merkmal, denn vor allem das bei den vorhergehenden Generationen der Keramikimplantate notwendige Verkleben im Mund birgt große Fehlerquellen und stellt ein vermeidbares Risiko für den klinischen Erfolg dar. Auch gibt das neue zweiteilige Keramikimplantat den Behandlern die Möglichkeit, ihre Patienten komplett metallfrei zu versorgen und dabei genauso vorzugehen, wie sie es von zweiteiligen Titanimplantaten gewöhnt sind. Zudem bietet es eine höhere Flexibilität bei der Restauration.

Welche sind die entscheidenden Vorteile dieses neuen Keramikimplantats?

Dr. Matter: Die entscheidende Weiterentwicklung ist die passgenaue Innenverbindung, die dank der Carbon-Keramik-Technologie eine hohe Verbindungsstärke mit hohen Ermüdungswerten erreicht. Kernstück ist die Vicarbo Schraube aus karbonfaserverstärktem Hightech-Kunststoff, der sich durch enorme isoelastische Eigenschaften auszeichnet. Die hochfeste und formschlüssige verschraubte Keramik-Keramik-Verbindung ist durch das neue „Bolt-in-Tube"-Konzept quasi spannungsfrei. Das Design der Verbindung wurde mit dem Ziel entwickelt, die bakterielle Besiedlung oder Einlagerung zu minimieren.

Foto: Nobel Biocare

Metallfreie Lösung im Schulterschluss: Priv.-Doz. Dr. Stefan Holst, Hans Geiselhöringer und Dr. Sandro Matter

Woraus wird Ihr zweiteiliges Keramik-implantat gefertigt?

Dr. Matter: Das Zeramex XT Implantat wird aus harten und gehippten Zirkonoxid-ATZ-Rohlingen mit einer neuen Bearbeitungstechnik hergestellt. Nach der finalen Formgebung des Implantats findet keine Nachbearbeitung durch thermische Prozesse (Sintern) oder Ähnliches statt. So wird sichergestellt, dass eine hohe Präzision mit engen Toleranzen erreicht wird und es zu keiner weiteren Veränderung im Materialgefüge kommen kann. Dieses Fertigungsverfahren wurde neu entwickelt und setzt viel Erfahrung und Know-how voraus. Jedes einzelne Implantat wird röntgentechnisch auf potenzielle Fehler kontrolliert.

Priv.-Doz. Dr. Holst: Die 100-prozentige Qualitätskontrolle hat uns bei der Wahl des Partners überzeugt. Dentalpoint verfügt über eine jahrelange Erfahrung mit der Technologie: Seit sieben Jahren ist das Zeramex T am Markt, die klinischen Erfahrungen mit der innovativen Keramikschraube reichen drei Jahre zurück. Uns war sehr schnell klar, dass diese neue Generation von Keramik- implantaten wirklich etwas Besonderes ist: zweiteilig, verschraubt und komplett metallfrei. Wir haben den exklusiven globalen Vertrieb dafür. ■

NB

Weitere Informationen:
www.nobelbiocare.com

Foto: Dentalpoint AG

Das neue zweiteilige Zeramex XT Implantat wird aus harten und gehippten Zirkonoxid-ATZ-Rohlingen mit einer neuen Bearbeitungstechnik hergestellt

DZR – Deutsche Zahnärztliche Rechenzentren

Erstattungsquote steigern – Ressourcen schonen!

Kürzungen durch die privaten Kostenträger sind immer mit Ärger verbunden – sowohl für den Patienten als auch für den Zahnarzt. Es lässt sich seit Längerem beobachten, dass viele Kostenträger ein restriktiveres Verhalten in der Erstattung von eingereichten Rechnungen nach der Behandlung zeigen. Der Patient sucht in solch einem Fall meist direkt den Kontakt zum Zahnarzt. Rechnet dieser über ein Factoring-Unternehmen ab, erhalten Patient und Zahnarzt beispielsweise durch einen professionellen Erstattungsservice weitreichende Unterstützung.

Viele Jahre nach Inkrafttreten der novellierten GOZ wird seitens der Kostenträger massiv bei den in der GOZ vorgegebenen Leistungen gekürzt. Für den Zahnarzt bedeutet das einen erhöhten Beratungsaufwand, denn der betroffene Patient konfrontiert ihn mit der vorgenommenen Kürzung. Nimmt der Kostenträger nach erfolgter Behandlung und dem Einreichen der Rechnung eine Kürzung vor, stehen dem Patienten nicht viele Wege offen. In erster Linie wünscht er sich hier Unterstützung durch den Zahnarzt, beispielsweise durch ein Erstattungsschreiben, das er anschließend beim Kostenträger einreichen kann. So soll der verbleibende Eigenanteil in Gänze oder wenigstens um einen relevanten Anteil minimiert werden.

Lässt sich die Erstattungszusage eines Kostenträgers für den Patienten nicht zum Positiven ändern, kann es dazu führen, dass der verbleibende Eigenanteil das finanziell Mögliche des Patienten übersteigt. Nach erfolgter Erstattung durch den Kostenträger kann er in einem ersten Schritt nur den Anteil der Rechnung begleichen, welcher ihm erstattet wurde. Die Praxis bleibt anschließend auf dem Rest der Honorarforderung sitzen oder bietet eine Stundung oder Aufteilung des Differenzbetrags an – auf eigene Kosten mit Übernahme aller Ausfallrisikos. Die steigende Anzahl von Erstattungsschreiben nimmt jedoch immer mehr Zeit eines Zahnarztes in Anspruch. In diesem Fall ist es hilfreich, wenn der Zahnarzt über einen Factoring-Dienstleister abrechnet, der mit innovativen und intuitiven Modulen Hilfestellung in speziellen Bereichen bietet. Die PerformancePro-Module der Deutschen Zahnärztlichen Rechenzentren (DZR) helfen dem Zahnarzt, den Erfolg seiner Praxis zu steigern. Diese Erfahrung kann *Dr. Dagmar Händler* (niedergelassene Zahnärztin in Stuttgart) bestätigen: „Früher hat mich die Begründung viel Zeit gekostet. Durch die individuellen Hilfen im ‚ErstattungsPortal' der DZR bin ich wesentlich schneller und die Erstattungsquote der Kostenträger ist spürbar gestiegen. Das freut besonders meine Patienten." ■

Weitere Informationen:
www.dzr.de

Einblick in das ErstattungsPortal

Das Modul bietet neben der Direktauswahl der einzelnen Leistungen (GOZ, GOÄ, Analogie, Sonstiges) auch eine Suchfunktion. Die Ergebnisse werden nach Relevanz oder Aktualität hierarchisiert in einer Liste unter dem Titel, Angabe der Quelle und einer Kurzbeschreibung angezeigt. Die vollständige Textseite beziehungsweise das Dokument ist nach dem Kunden-Login abrufbar und auch kopierbar. Weitere Informationen zu dem DZR PerformancePro-Modul „ErstattungsPortal" unter:

+49 711 96000 240
kontakt@dzr.de
www.dzr.de/leistungen

Foto: DZR

Hager & Werken

Miraject – 50 Jahre Einmal-Injektionskanülen

In diesem Jahr feiert Miraject, die erste hygienische Einmal-Injektionskanüle Deutschlands, ihr 50-jähriges Jubiläum.

Kaum jemand kann oder mag sich noch an diese Zeiten erinnern: Vor 1967 waren Injektionen für den Patienten oft sehr schmerzhaft und mit deutlich mehr Risiken für Behandler und Assistenz versehen. Die seinerzeit vorhandenen Nadeln wurden nach jeder Anwendung von Hand gereinigt, desinfiziert und im Idealfall noch einmal leicht angeschliffen. Die Gefahr einer Kontamination durch Nadelstichverletzungen war für alle Beteiligten sehr hoch und natürlich nahm die Schärfe der Spitze mit jeder Verwendung mehr und mehr ab, während die Schmerzen der Patienten bei jedem Einstich größer wurden.

Hager & Werken führte 1967 als erstes deutsches Unternehmen eine hygienisch versiegelte Injektionskanüle für den Einmalgebrauch ein. Eine Packung mit 100 Miraject-Kanülen war bereits günstiger als die 12er-Packung der herkömmlich aufzubereitenden Nadeln. Ab sofort stand für jeden Patienten eine sterile und spitze Injektionskanüle zur Verfügung, die diese mit einer positiven Weiterempfehlung ihres Zahnarztes gedankt haben.

Die Miraject-Injektionskanüle zeichnet sich seitdem besonders durch ihre schmerzfreie Anwendung aus und „besticht“ durch ihre ausgefeilten Produkteigenschaften. Dazu zählen der dreifache, feine Lanzettenschliff, die Silikonbeschichtung für ein besseres Gleitverhalten und das hygienische Sterilitätssiegel. Die angebrachte Einstichmarkierung zeigt die optimale Einstichposition der Nadel an, sodass der Einstich für den Patienten fast vollkommen schmerzfrei ist.

Miraject-Kanülen werden unter strengsten Qualitätskontrollen hergestellt und erfüllen damit die hohen Ansprüche der Injektionshygiene. Heute umfasst das Miraject-Sortiment 24 verschiedene Nadeln. Für jede Anwendung, von der Injektion über die Endospülung bis hin zur Applikation ist die passende Miraject-Kanüle erhältlich. ■

Weitere Informationen:
www.miraject.de

Fotos: Hager & Werken

Dentegris

Präzisions Implantate made in Germany

Bovines Knochenaufbaumaterial, Kollagenmembranen, Kollagenvlies, Alveolarkegel, Weichgewebsmatrix

Tausendfach bewährtes Implantatsystem

Jetzt auch in Ø 4,1mm!

Soft-Bone-Implantat -
der Spezialist im schwierigen Knochen

SL-Tapered-Implantat -
der Spezialist für den Sinus-Lift

SLS-Straight-Implantat -
der klassische Allrounder

CompactBone B.
Natürliches, bovines Knochenersatzmaterial

CompactBone S.*
Biphasisches, synthetisches Knochenersatzmaterial

BoneProtect® Membrane
Native Pericardium Kollagenmembran

BoneProtect® Guide
Natürlich quervernetzte Kollagenmembran

BoneProtect® Fleece
Natürliches Kollagenvlies

BoneProtect® Cone
Alveolarkegel aus natürlichem Kollagen

MucoMatrixX®
Soft Tissue Graft

Dentegris
DENTAL IMPLANT SYSTEM

Dentegris GmbH | Tel.: 02841-88271-0 | Fax: 02841-88271-20 | www.dentegris.de | shop.dentegris.de

*Made in UK

tioLogic digital von Dentaurum Implants

Vollständiger CAD/CAM-Workflow

tioLogic digital eröffnet Implantologen und Zahntechnikern den gesamten CAD/CAM-Workflow mit findigen Detaillösungen für tioLogic Implantate. Das umfassende Produktprogramm enthält sämtliche Datensätze und Originalmaterialien, die zur Erstellung von individuellen einteiligen Aufbauten, Hybridabutments und Versorgungen von Brücken und Stegarbeiten mittels CAD/CAM-Technik wünschenswert sind.

Gerade einmal zwei Arten von Scankörpern decken sämtliche Indikationen ab und ermöglichen einen vereinfachten, reproduzierbaren und präzisen Produktionsablauf. Ob direkt ab dem Implantatinterface für individuelle einteilige Aufbauten und Hybridabutments oder ab der Mesostruktur für Brücken- und Stegversorgungen: jede Position wird in der CAM-Software genauestens wiedergegeben. Selbst abgewinkelte Aufbauten (AngleFix) werden wie die anderen Aufbaulinien für die volldigitale Reproduktion exakt abgebildet.

Die Herstellung individualisierter einteiliger Aufbauten mit CAD/CAM ist durch die tioLogic PreForm-Titanblöcke, die unter anderem in Medentika-Spannringe aufgenommen werden, sehr bequem. Außerdem ist die Passung zu der hochpräzisen Innenverbindung der tioLogic Implantate gewährleistet. Für individuelle Hybridaufbauten werden konfektionierte tioLogic Titanbasen angeboten. Die speziell für Zirkon entwickelte Geometrie verspricht eine sichere und ästhetische Verbindung mit der darauf verklebten keramischen Mesostruktur.

Die umfassende digitale Systemlösung von Dentaurum Implants ermöglicht Zahntechnikern und Praxen die Herstellung hochpräziser maßgeschneiderter prothetischer Versorgungen. Darüber hinaus sind diese sehr wirtschaftlich, reproduzierbar und schnell gefertigt.

Unter www.dentaurum-implants.com/tiologic-digital ist der Service tioLogic CAD/CAM von Dentaurum Implants erreichbar. Datensätze für 3Shape, Dental Wings und exocad können direkt heruntergeladen und in die jeweilige Software integriert werden. ■

Weitere Informationen:
www.dentaurum-implants.com

Eine mithilfe von tioLogic digital gefertigte Frässcheibe

CAD/CAM-Titanblöcke und -basen decken sämtliche Indikationen ab

Fotos: © Dentaurum Implants

ORAL RECONSTRUCTION FOUNDATION

ORAL RECONSTRUCTION GLOBAL SYMPOSIUM 2018

26. – 28. APRIL 2018 | **ROTTERDAM,** NIEDERLANDE

THE FUTURE OF THE ART OF IMPLANT DENTISTRY

JETZT ANMELDEN – WIR FREUEN UNS AUF SIE!

HIGHLIGHTS

Fokus auf klinischer Erfahrung im Gewebemanagement, Behandlungskonzepte, Keramische Implantate und digitaler Workflow | Interaktive Falldiskussionen
Namhafte Referenten, hochaktuelle Vorträge | Workshops mit bekannten Experten
Rotterdam: aufregend inspirierend | King's Day Party

WISSENSCHAFTLICHES KOMITEE

Dr. Edward P. Allen | Dr. Ben Derksen | Prof. Dr. Irena Sailer
Prof. Dr. Mariano Sanz | Dr. Alex Schär | Prof. Dr. Frank Schwarz

camlog

Founding Partner

Information und Registrierung:
www.orfoundation.org/globalsymposium

Dental Balance

Paradigmenwechsel in der Implantologie

Keramikimplantate werden von verschiedenen Herstellern in unterschiedlichem Design und in diversen Konfigurationen angeboten. Das ZV3-Implantat (Zircon Vision) wird seit dem Jahr 2004 angewandt und ist seither unter klinischer Beobachtung. Die Ergebnisse sind vielversprechend.

Die Nachfrage nach metallfreien keramischen Implantaten steigt zunehmend – sowohl seitens der Patienten als auch vonseiten der Kliniker und Wissenschaftler. Betrachtet man den Hintergrund der Forderung „metallfreie Implantologie", wird die Notwendigkeit deutlich. So können zum Beispiel legierungsbedingte Nickelverunreinigungen im Werkstoff Titan zu allergischen Reaktionen führen. Zudem sei nachgewiesen, dass abgegebene Titanpartikel im periimplantären Bereich zu Unverträglichkeiten führen.

Viele Firmen nehmen den Grundgedanken metallfreier Implantate auf und entwickeln neue Systeme, bei denen das Metall-System-Design in Keramik kopiert wird. Oft werden dabei trotzdem Metallschrauben verwendet, um das Keramik-Abutment im keramischen Implantat zu verschrauben. Es bleiben die Risiken eines kontaminierten Spaltes sowie eines Metallabriebs zwischen dem harten Keramik-Abutment und der Metallschraube.

Einen Paradigmenwechsel stellt das Vollkeramikimplantat ZV3 dar. Die Zahnärzte und Werkstoffwissenschaftler *Drs. Johan Feith* und *Dr. Wolfgang Winges* haben in Zusammenarbeit mit den Universitäten Düsseldorf und Groningen das einfache und übersichtliche, wirklich metallfreie Implantatsystem ZV3 entwickelt, ohne Spalt zwischen Abutment und Implantat. Das Zirkonoxid-Implantat befindet sich bereits seit dem Jahr 2004 in Anwendung. Die guten klinischen Erfolgsquoten werden unter anderem von einer retrospektiven Studie der Universität Groningen bestätigt. Das ZV3 gibt es als ein- oder zweiteiliges Implantat, wobei der Fokus auf dem zweiteiligen System liegt. Eine der Besonderheiten ist die hohe Rautiefe die gleiche Einheilzeiten wie Titan zulässt. Zusätzlich zu klinischen Vorzügen haben die Entwickler eine einfache, effiziente Handhabung etablieren können. In der Regel kann das Implantat ohne Freilegung (flappless) inseriert werden. Für die prothetische Versorgung wird der zugehörige Glasfaser-Kompositaufbau mit dem Implantat verklebt. Ästhetisch sowie funktionell kann kompromisslos gearbeitet werden.

Spezifische Merkmale des ZV3-Implantats im Überblick

1. Das Implantat hat eine patentierte raue Oberfläche (Verfahrenspatent). Die hohe Rautiefe – erreicht durch ein spezielles Herstellungsverfahren – ist Basis für die schnelle und sichere Osseointegration.
2. Mikrospalträume als potenzielle Gefahr für das Eindringen von Bakterien gibt es nicht, denn auf Schraubverbindungen, welche zu Mikrorissen führen können, wurde völlig verzichtet.
3. Die Verbindung zwischen Implantat und Abutment liegt oberhalb des Zahnfleisches. Ein Spalt, durch den Bakterien zwischen Implantat und Abutment eindringen könnten, ist ausgeschlossen.
4. Der Implantataufbau besteht aus einem Glasfasergeflecht und wird im Implantat verklebt.
5. Transgingivale Insertion – ein zusätzlicher chirurgischer Eingriff für die Freilegung entfällt.

Fotos: Dental Balance

Das vollkeramische ZV3-Implantat

Individualisieren des Implantats in der Software

6. Bei Bedarf kann das Implantat an die anatomischen Verhältnisse angepasst werden (Individualisierung).

Das übersichtliche Implantatsystem ZV3 aus Zirkonoxid verfügt über zahlreiche innovative Produktmerkmale. Nähere Informationen zum Implantatsystem und zur Studienlage sind auf der Website www.zv-3.com verfügbar oder können bei Dental Balance (Vertrieb) angefordert werden. ■

Weitere Informationen:
www.zv-3.com

Zimmer Biomet-Fortbildungsinstitut

Learn. Do. Excel

Die konstante Schulung ist für zahnärztliche Fachkräfte von enormer Bedeutung. Das Zimmer Biomet Institute bietet deshalb Schulungsmöglichkeiten auf hohem Niveau in Lerneinrichtungen in Winterthur, Schweiz und weiteren weltweiten Standorten. Bei den Fachkursen liegen die Schwerpunkte auf aktuellen und neuen Dentalverfahren, Technologien und Produkte, die das Wissen vermitteln, mit dem der Zahnarzt dem Bedarf seiner Patienten und seiner Praxis gerecht werden kann.

Das Zimmer Biomet Institute (ZBI), das zum Medizintechnik-Unternehmen Zimmer Biomet Holdings Inc. gehört, verwandelt traditionelle Klassenzimmer in eine bahnbrechende Bildungseinrichtung. Jedes Zimmer Biomet Institute ist mit den neuesten Tools und Entwicklungen der zahnärztlichen Implantation und Rekonstruktion sowie mit aktuellen Audio- und Videoausstattungen ausgerüstet. Was das Zimmer Biomet Institute jedoch besonders macht im Bereich der dentalen Schulung, ist das Simulated Patient Training Laboratory (SimLab). In ZBI SimLabs können Zahnärzte komplette wirklichkeitsnahe Fallszenarien bearbeiten, mit proprietären, individuellen Patientensimulationen. Während jedes Kurses üben die Teilnehmer zahlreiche Verfahren an simulierten Patienten. So wird das Lernen auf eine Art beschleunigt, die sonst keine andere Schulungseinrichtung bieten kann. Alle Kurse und Lehrpläne des Zimmer Biomet Institute werden entweder von Universitätsfakultäten oder renommierten Dozenten entwickelt und unterrichtet; und obwohl sämtliche Kurse den Standardvorgaben entsprechen, trägt jeder am ZBI gehaltene Kurs die ganz spezielle Handschrift der gastgebenden Fakultät. Telefonisch ist das ZBI für den deutschsprachigen Raum in Winterthur unter +41 (0) 58 854 84 75 zu erreichen. Der Zimmer Biomet-Dental Schulungskalender ist über die unten stehende Internetadresse abrufbar. ■

Weitere Informationen:
www.zimmerbiometdental.com/education

Foto: Zimmer Biomet Institute

Dentsply Sirona

Der digitale Implantologie-Workflow

Digitale Technologien haben heute enormen Einfluss auf die Implantologie in der Zahnheilkunde und können den gesamten Behandlungsprozess deutlich beschleunigen. Außerdem können sie bei der Koordinierung einer Fallplanung zwischen mehreren Kollegen behilflich sein und die Patientenzufriedenheit und den Patientenkomfort durch schnellere und sicherere, minimalinvasive Behandlungsformen verbessern. Hier wird ein vollständig integrierter digitaler Workflow am Beispiel von Dentsply Sirona vorgestellt.

Digitale Technologien können für eine Praxis im Hinblick auf den Umfang, die Modernität und die Qualität der angebotenen Behandlungen als Unterscheidungsmerkmal gegenüber dem Wettbewerb dienen. Durch die Aufnahme der digitalen Zahnheilkunde in den Behandlungsablauf lassen sich mehr Implantatfälle in weniger Zeit behandeln. Selbst bei komplexen Fällen können hervorragende Behandlungsergebnisse erzielt werden.

Zwei Optionen zur Erfüllung der Kundenwünsche

Die Kunden haben die Wahl zwischen einem Workflow, der voll und ganz auf die Chairside-Behandlung konzentriert ist, und einem Workflow, der eher auf die Zusammenarbeit mit einem Partner ausgerichtet ist und bei dem der Zahntechniker eine aktive Rolle spielt. Behandelnde Zahnärzte, die auf einen Chairside-Workflow setzen, führen den Behandlungsprozess weitestgehend selbst durch und haben hierzu in entsprechende Spezialausrüstung investiert. Bei Zahnärzten, die sich für die Auslagerung entschieden haben, kommt das Angebot von Dentsply Sirona, oftmals in dem jeweils bevorzugten Labor, für bestimmte Behandlungsschritte zum Einsatz.
Das Dentallabor sowie der Zahnarzt können hier von dem Chairside- und dem Clinic-to-Laboratory-Workflow entscheidend profitieren. Jeder Workflow hat seine ganz eigenen Vorteile.

Foto: Dentsply Sirona

Letztendlich hängt es davon ab, welche Nutzungsmerkmale dem Anwender – ob Labor oder Zahnarzt – besonders vielversprechend erscheinen.

Die Arbeitsschritte im digitalen Implantologie-Workflow

1. Digitale Bildgebung

Die Möglichkeit zur visuellen Darstellung der anatomischen Gegebenheiten eines Patienten ist von entscheidender Bedeutung, um stets das beste Behandlungsergebnis zu erzielen – sei es durch die Auswahl der perfekten Implantatgröße oder durch die exakte Insertion eines Implantats in den verfügbaren Knochen. Mit den Röntgengeräten Orthophos 3D und Galileos erhalten die Zahnmediziner qualitativ hochwertige Aufnahmen bei minimal notwendiger Strahlenbelastung, die sich anschließend nahtlos in den Workflow integrieren lassen. Anstelle einer physischen Abformung liefert ein Scan mit der Cerec Omnicam alle Informationen über die Zähne und das Weichgewebe des Patienten.

2. Implantatplanung

Bei der Chairside-Behandlung versetzt die intuitive Planungs-Software Galileos Implant den Zahnarzt in die Lage, die jeweilige Implantatbehandlung virtuell vor dem Eingriff zu planen. Hierzu wird die DVT-Aufnahme mit einem intraoralen Scan mit Prothetik-Designvorschlag überlagert, sodass für eine optimale Implantat-Positionierung alle wichtigen Informationen, wie anatomische Strukturen, Knochenqualität und die prothetischen Anforderungen, auf einen Blick erfasst werden können. In weniger als zehn Minuten kann der Zahnarzt den Behandlungsplan direkt vor den Augen des Patienten erstellen, sodass einerseits Zeit gespart wird und andererseits die Zustimmung des Patienten zur Behandlung steigt.
Wenn mit Partnern zusammengearbeitet wird, schickt der behandelnde Zahnarzt die 3D-Bilddaten zum Beispiel an den mySimplant-Planungsservice. Dort erstellt ein erfahrener Techniker anhand der individuellen Patientensituation einen Planungsvorschlag. Dieser wird dann zur

Komplexität managen

Performance mit Factoring

Mit den **Deutschen Zahnärztlichen Rechenzentren (DZR)** haben Sie immer einen starken Factoring-Partner an Ihrer Seite. Und mit unseren PerformancePro-Modulen können Sie durch BenchmarkPro, ErstattungsPortal, ArgumentationsProfi, danPro Abrechnungsnetzwerk, DokumentenPool und PerformanceCoaching nachhaltig den Erfolg Ihrer Praxis steigern. Überzeugen Sie sich am besten noch heute von unseren Leistungen und Services.

www.dzr.de

DZR Deutsche Zahnärztliche Rechenzentren

DZR HZA DZR RH DZR ABZR

Fotos: Dentsply Sirona

Prüfung und Freigabe an den behandelnden Zahnarzt zurückgeschickt. So können Zahnärzte auch ohne die dafür notwendigen Software-Investitionen von dem digitalen Implantologie-Workflow profitieren.

3. Geführter Eingriff

Die computergeführte Chirurgie wird durch eine Bohrschablone unterstützt, die entweder mit dem Cerec-System (Cerec Guide 2) chairside erstellt oder bei Sicat direkt aus der Galileos Implant-Software bestellt werden kann. Bei Sicat wird die Implantatplanung überprüft und anschließend eine qualitativ hochwertige Bohrschablone mit Genauigkeitszertifikat gefertigt.
Eine weitere Möglichkeit des Arbeitsablaufs ist die Planung eines sterilisierbaren Simplant-Guide mit der Planungssoftware Simplant-Pro oder die Bestellung einer Schablone für den jeweiligen Patienten über den mySimplant-Planungsservice. Die behandelnden Zahnärzte können sich jederzeit für eine geeignete Bohrschablone entscheiden.

4. Digitale Abformung

Im digitalen Workflow kann mit der Cerec Omnicam direkt nach dem chirurgischen Eingriff eine digitale Abformung erstellt werden. Die Daten aus dem intraoralen Scanner können dann zur Herstellung der finalen Restauration verwendet werden.

5. Planung und Herstellung der finalen Versorgung

Beim Chairside-Workflow wird die Restauration vom behandelnden Zahnarzt in der eigenen Praxis geplant. Die finale Versorgung wird in der Schleifeinheit Cerec MC X oder MC XL geschliffen und anschließend im Cerec SpeedFire gesintert und glasiert. Mit der Cerec MC X oder MC XL ist das Einsetzen von maßgefertigten Abutments oder direkt verschraubten Kronen in nur einer einzigen Sitzung möglich.
Beim Clinic-to-Laboratory-Workflow wird die Datei mit der intraoralen Aufnahme über Sirona Connect an das Dentallabor versendet. Alternativ kann über Sirona Connect auch eine Bestellung im Atlantis Web-Order System ausgelöst werden. Das Team von Dentsply Sirona erstellt anschließend einen patientenindividuellen Entwurf für das Abutmentdesign. Dieser Entwurf kann vom Zahntechniker vor der Freigabe und Herstellung des Abutments angesehen und editiert werden. Die digitale Datei wird anschließend zur Produktion des Zahnersatzes – zum Beispiel in der Dentsply Sirona Fertigungs-Einheit inLab MC X5 – und abschließender Bearbeitung der Krone an ein Dentallabor gesendet.

Fazit: Ein nahtloser Workflow aus einer Hand

Das Unternehmen Dentsply Sirona bietet Workflows zur Integration digitaler Technologien in der Chairside-Behandlung oder als Clinic-to-Laboratory-Option an, in der Kombination mit der Netzwerkfertigung von Atlantis für Abutments und Suprastrukturen. Die digitalen Workflows verbessern die Berechenbarkeit der Behandlung, indem sie dabei helfen, alle möglichen Variablen offenzulegen. Außerdem sorgen sie für mehr Präzision beim Einsetzen des Implantats und steigern die Effizienz der Behandlung insgesamt. Darüber hinaus trägt der digitale Workflow dazu bei, dass Patienten aktiver an ihrer eigenen Behandlung teilhaben können.

Mit seinem umfassenden Produktportfolio ist Dentsply Sirona ein Unternehmen, das seinen Kunden alles, was für einen nahtlosen Workflow erforderlich ist, aus einer Hand anbieten kann. Es stellt ein umfangreiches Angebot an Implantatsystemen und Restaurationslösungen für alle Indikationen zur Verfügung und unterstützt behandelnde Zahnärzte bei jedem Behandlungsschritt mit qualitativ hochwertigen Produkten und Dienstleistungen, die alle auf wissenschaftlicher Forschung basieren. ■

Weitere Informationen:
www.dentsplysirona.com

UNTER DER SCHIRMHERRSCHAFT DER

Osteology Foundation

Anmeldung unter WWW.OSTEOLOGY-FRANKFURT.ORG

OSTEOLOGY-THEMA 2018: REGENERATION 360°

6. NATIONALES SYMPOSIUM

OSTEOLOGY FRANKFURT

20.–21. April 2018

WWW.OSTEOLOGY-FRANKFURT.ORG

Organisation, Registrierung und Information:
Geistlich Biomaterials Vertriebsgesellschaft mbH
Schneidweg 5 | 76534 Baden-Baden
Tel. 07223 9624-0 | Fax 07223 9624-10
info@geistlich.de | www.geistlich.de

Kongressort:
Kap Europa | Osloer Straße 5
60327 Frankfurt am Main

Kongresssprache: deutsch

Organisiert unter der Schirmherrschaft der
Osteology Foundation | Landenbergstraße 35
6002 Luzern | Schweiz | www.osteology.org

Anmeldung unter:
www.osteology-frankfurt.org

Wissenschaftlicher Vorsitz:
Prof. Dr. Dr. Dr. Robert Sader | Prof. Dr. Frank Schwarz

Referenten Wissenschaftliches Programm:
Univ. Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas | PD Dr. Stefan Fickl | PD Dr. Dr. Dr. Shahram Ghanaati PD Dr. Gerhard Iglhaut | Prof. Dr. Katja Nelson | Prof. Dr. Dr. Dr. Robert Sader Dr. Dr. Keyvan Sagheb | PD Dr. Dr. Markus Schlee | Prof. Dr. Dr. Henning Schliephake Prof. Dr. Frank Schwarz | Prof. Dr. Dr. Hendrik Terheyden | PD Dr. Daniel S. Thoma Dr. Paul Weigl | PD Dr. Dietmar Weng

Referenten – Workshops, Wissenschaftsforum und Praktikerforum:
Dr. Karl-Ludwig Ackermann | Prof. Dr. Michael Amling | PD Dr. Dr. Ronald Bucher Dr. Torsten S. Conrad | PD Dr. Dr. Dr. Shahram Ghanaati | Prof. Dr. Dr. Knut Grötz Dr. Jonas Lorenz | Dr. Ilja Mihatovic | Dr. Puria Parvini | Prof. Dr. Thomas Ratajczak, RA Prof. Dr. Ralf Roessler | Prof. Dr. Dr. Dr. Robert Sader | PD Dr. Birgit Schäfer PD Dr. Dr. Markus Schlee | Prof. Dr. Dr. Rainer Schmelzeisen | Prof. Dr. Frank Schwarz Prof. Dr. Anton Sculean | PD Dr. Dr. Andres Stricker | Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner PD Dr. Dietmar Weng

FairImplant

Hilfe beim Einstieg in den digitalen Workflow

Vor Kurzem noch Zukunftsmusik ist der „Digitale Workflow“ inzwischen ein funktionierender, wirtschaftlicher Weg zu mehr Qualität und Effizienz in den Praxen. Das schnelle, sich teilweise überschlagende Tempo bei der Entwicklung, wirft in den Praxen viele Fragen auf. Diese lassen sich durch den Besuch von Kongressen und dem Studium der einschlägigen Literatur meist nur sehr eingeschränkt und allgemein beantworten. Darum hat FairImplant ein Service-Konzept entwickelt, das es jeder Praxis erlaubt, die eigene Situation besser einzuschätzen und konkret vor Ort zu testen und zu erleben, was geht und was sinnvoll ist.

Nach einer ganzen Reihe von Gesprächen und Vorabtests in ausgewählten Praxen fanden im November in vier Orten in Schleswig-Holstein Fortbildungen statt, in denen es um die theoretische Aufarbeitung der Fragen ging, die die Praxen bewegen. Nicht die allgemeinen Fragen nach der Sinnhaftigkeit und technischen Grundlagen standen dabei im Vordergrund, sondern ganz konkrete Fragen wie

- Wann ist für mich oder uns der richtige Einstiegszeitpunkt
- Welche Investitionen sind wann nötig?
- Kann der Einstieg in Etappen erfolgen und wenn, ja welche sind das?
- Wie reagieren die Patienten und was muss mit ihnen kommuniziert werden?
- Wie groß sind die realen wirtschaftlichen Vorteile?
- Wie kann ich ohne große Investitionen testen ob und wann lohnt sich der Einstieg?

Um letztere Frage zu beantworten, bietet FairImplant allen Teilnehmern an, auf Anfrage auch anderen Interessierten, unter Telefon +49 40 25 33 055-0, eine Implantation im Digitalen Workflow vor Ort zu begleiten. Beginnend bei der Implantationsplanung und in der OP, über das intraorale Scannen, die digitale Abformung, die digitale Fertigung der Krone bis zur erfolgreichen Eingliederung, wird der gesamte Ablauf fachlich begleitet und anschließend auch auf Wirtschaftlichkeit analysiert. Die Begeisterung bei den ersten kompletten Versorgungen war so groß, dass jetzt eine Ausweitung auf andere Regionen der Bundesrepublik vorbereitet wird. Zur Frage, ob der Aufwand für FairImplant nicht unverhältnismäßig hoch sei, sagt der Geschäftsführer *Jörn Thurow*: „Für FairImplant ist schon immer die intensive und exzellente Kundenbetreuung ein wichtiger Erfolgsbaustein gewesen. Wir wollen sicher sein, dass unser Kunde von Anfang an Erfolg und einen hochzufriedenen Patienten hat. Langfristig profitieren so alle.“ ■

Weitere Informationen:
www.fairimplant.de

Foto: FairImplant

Permadental

Dental Planning Center

Ästhetischer Zahnersatz ist ein Schlüssel zum Praxiserfolg, Patientenwünsche zu erfüllen ein zweiter. Beide finden zusammen auf der Plattform Dental Planning Center.

Und dabei ist es denkbar einfach: Permadental erhält von der Zahnarztpraxis nur drei Patientenbilder sowie STL-Dateien, Modelle oder Abformungen und übermittelt diese nach einer Eingangsprüfung an das Digital Smile Design Center. Wenige Tage später erhält die Praxis via DSD-Account den Planungsvorschlag mit dem Smile Design. Details zum Digital Smile Design sowie ein unkompliziertes DSD-Fotoprotokoll stehen unter www.dentalplanningcenter.de zur Verfügung.

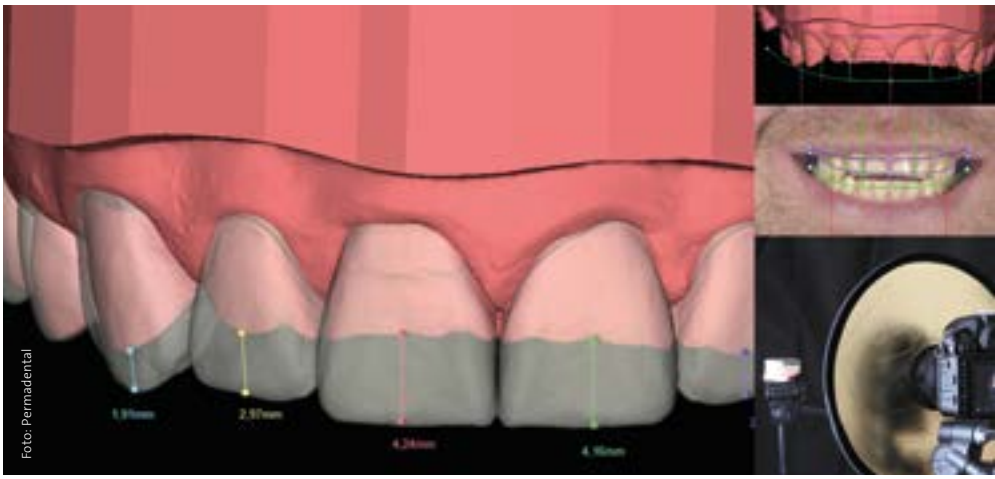


Foto: Permadental

Das von Permadental im Dental Planning Center angebotene Digital Smile Design enthält neben der digitalen Präsentation im gewünschten Format auch ein geprintetes Modell sowie einen Putty-Schlüssel. ■

Weitere Informationen:
www.dentalplanningcenter.de

Thommen Medical

Neue Thommen Medical App

Ein ansprechendes Design, eine intuitive Bedienung und nützliche Funktionen – das ist die neue App von Thommen Medical.

Den Nutzern der App wird der mobile Zugang zu Unternehmens- und Produktinformationen jederzeit gewährt. Das ist jedoch noch nicht alles: Die App wurde mit einer Animation ausgestattet, mit der man spielerisch die Implantatverbindung heranzoomen und rotieren kann. Die Animation erlaubt direkten Zugriff auf weiterführende Informationen zu den wichtigsten Produkteigenschaften. Aktuelle Gebrauchsanweisungen und Behandlungskonzepte sind jederzeit griffbereit. Zusätzliche Gestaltungsmöglichkeiten erlauben, eigene Notizen direkt in der App festzuhalten und diese per E-Mail zu versenden oder Dokumente direkt auf das Tablet oder Smartphone herunterzuladen.

Dieses praktische Tool steht in den Sprachen Deutsch, Englisch, Französisch und Chinesisch zur Verfügung. Die Thommen-App ist für die Betriebssysteme Apple iOS und Android ausgelegt und kann kostenlos über den Apple Store beziehungsweise Google Play Store heruntergeladen werden. ■

Foto: Thommen Medical

Weitere Informationen:
www.thommenmedical.com

Champions-Implants

„Welcome to the Future“

„Die Zukunft der zahnärztlichen Implantologie liegt in minimalinvasiven Verfahren! Und ich werde Ihnen aufzeigen, dass Mimi-Flapless nicht viel mit allein ‚Flapless‘ zu tun hat“, so die Begrüßung von Dr. Armin Nedjat (mit Gastprofessur am renommierten PMS College of Dental Science and Research, Indien) im Future Center vor 43 Zahnärzten und Zahnärztinnen aus vier Ländern. Der deutsche Zahnarzt entwickelte deshalb innerhalb der letzten Jahrzehnte ein standardisiertes Protokoll und die CNIP-Navigation (Cortical Navigated Implantation Procedure) für ein minimalinvasives Implantologie-Konzept. Im Future Center wird in Fortbildungen bei Live-OPs das patientenschonende „Mimi-Verfahren“ mit Champions Implantaten nähergebracht.

In Flonheim nahe Mainz hat das Unternehmen Champions-Implants seit elf Jahren seinen Sitz. Neben Logistik, Vertrieb und Verwaltung sind in dem neuen Unternehmensgebäude moderne Schulungsräume, eine zahnärztliche Praxis, Meisterlabor und die Forschungsabteilung untergebracht. Regelmäßig finden sich im Future Center Zahnärzte ein, um unter anderem bei Sofort-Implantationen und direktem, minimalinvasiv ausgeführtem Sinuslift die CNIP-Navigation und das Mimi-Verfahren kennenzulernen.

Prof. Dr. Armin Nedjat beschrieb das Verfahren in verschiedenen Publikationen schon in den 1990er Jahren. Bereits heute wenden weit über 5000 Kliniken und Praxen das Mimi-Verfahren in der Implantologie an. Damit gehört Champions-Implants zu den Top Five-Systemen in Deutschland. „Es entstand aus den Erfahrungen der medizinischen Minimalinvasivität heraus. Nur hat es in der Zahnmedizin über 20 Jahre gedauert, bis sich das Mimi-Verfahren durchsetzte und auch wissenschaftlich bestätigt wurde“, sagte *Nedjat*. Mit der Entwicklung des Mimi-Verfahrens I bis V und der Champions-Implantate habe er inzwischen sein Ziel erreicht und ein sanftes patientenschonendes und verhältnismäßig kostengünstiges Implantationsverfahren entwickelt.

Doch wie funktioniert diese Methode? „Das klassische konventionelle Implantationsverfahren (KIV) geht einher mit der Bildung von Mukoperiostlappen, vielen Behandlungssitzungen und iatrogener Wiedereröffnung der Gingiva“, so *Nedjat* über den konventionellen Standard. Die Mimi-Methode dagegen basiert auf der modernen, physiologischen Erkenntnis, dass die Spongiosa durchaus Kompression akzeptiert und der Knochen fast gänzlich über die Knochenhaut ernährt wird. Deshalb sollten Zahnimplantate möglichst ohne systematische Bildung eines Mukoperiostlappens eingesetzt und keine Wiedereröffnung in der prothetischen Phase betrieben werden. Der Shuttle beim (R)Evolution Implantat, der sowohl chirurgische Verschluss-Schraube, Gingiva-Former und Abformungstool-Funktion kombiniert, sollte dabei immer äquigingival abschließen (um laterale Scherkräfte während der ersten sechs Wochen postoperativ zu verhindern). Ein weiterer wichtiger Aspekt sei die „krestale Entlastung“ im harten D1-/D2-Knochen, um Resorptionen zu vermeiden. So bereitet man auf den ersten zwei Millimetern den kompakten Knochen für ein 3,5 mm-Implantat bis auf 4,0 mm Durchmesser auf, um eine periimplantäre Mangelernährung grundsätzlich zu vermeiden. Die gesamte Primärstabilität solle nur von der Spongiosa erfolgen.

Das Besondere an dieser Fortbildung: „Learning by doing!“ Das Implantieren bei den zahlreichen Live-OPs erfolgt durch die Kursteilnehmer selbst. „Die teilnehmenden Zahnärzte zeigten sich am Ende der Fortbildungsveranstaltung nicht nur von der patientenschonenden und gut erlernbaren Methode beeindruckt, sondern verstehen nun auch, warum dieses mittelständische Unternehmen mit dem etablierten Mimi-Verfahren den „Senses Innovation Award“ 2013 in Dubai gewann und Ende November 2017 auch für den „German Medical Award“ in Berlin nominiert ist“, sagte *Nedjat*.

Weitere Information:
www.championsimplants.com

Daumen hoch! Begeisterte Teilnehmer nach Abschluss des Mimi-Fortbildungskurses in Flonheim

Bego Implant Systems

Vereinheitlichte und optimierte Schrauben

Bego Implant Systems stellt ab dem ersten Quartal 2018 seine Technikerschrauben von einem Schraubenkopf mit Schlitz und Sechskant auf einen alleinigen Sechskantschraubenkopf um.

Seit Anbeginn des Semados Implantatsystems verfolgt Bego Implant Systems den Gedanken, aus Sicherheitsgründen jeweils zwei Schrauben mit den Prothetikkomponenten auszuliefern. Hierbei handelt es sich um eine Technikerschraube für das Labor beziehungsweise die Erstellung des Zahnersatzes und eine definitive, in einer roten Kapsel verpackten Prothetikschraube für die finale Eingliederung im Mund des Patienten.

Durch die Verwendung von zwei separaten Schrauben wird gewährleistet, dass die Prothetikschraube unbeschädigt

Foto: Bego

angewandt wird. Die Schrauben sind im Set der Prothetikaufbauten enthalten und müssen nicht separat geordert werden. Dies vereinfacht die Bestellung für den Kunden und gewährleistet, dass die Schrauben zur richtigen Zeit im Labor oder der Praxis vorhanden sind.

Die Umstellung der Schrauben erfolgt fließend ab dem 1. Januar 2018 und optimiert deren Verarbeitung und Handling. ■

Weitere Informationen:
www.bego.com

Dentegris

Neuer Implantatdurchmesser 3,8

Präzision weiterentwickelt – made in Germany

Dentegris hat sein Implantatportfolio um den Durchmesser 3,8 optimiert. Im Dentegris-Implantatsystem teilt sich das neue 3,8-Implantat die identische Geometrie der Innenverbindung mit dem auf der IDS 2017 neu eingeführten 4,1-Implantat mit via Platform-Switch untereinander kombinierbaren Prothetikkomponenten. Das Makrodesign und die Features des jeweiligen Implantattyps wurden übernommen. Das 3,8-Implantat wird wie gewohnt aus Reintitan (Titangrad 4)

Foto: Dentegris

gefertigt und ist in allen drei Implantatlinien SLS Straight, SL Tapered und Soft-Bone erhältlich. Die vorhandenen Bohrer können weiter genutzt werden, lediglich der Implantateinbringer muss erneuert oder vom bestehenden 4,1-Implantat verwendet werden. Telefonische Auskünfte zum Produkt über +49 2841 88271-0 oder über die nachfolgende Website. Dentegris. Für jede Indikation! ■

Weitere Informationen:
www.dentegris.de

Thommen Medical

Breaking News zu Inicell

Eine aktuelle In-vitro-Studie mit humanen mesenchymalen Stammzellen (hMSC) auf der Implantatoberfläche Inicell von Thommen Medical, bestätigt die Bedeutung einer verstärkten Blutgerinnung für die Schaffung einer proangiogenen Umgebung.

In der aktuellen, am Institute of Translational Medicine an der ETH Zürich durchgeführten Studie, wurden mehrere Faktoren gefunden, die auf der Implantatoberfläche Inicell von Thommen Medical in höherer Konzentration vorliegen, als auf nativen sandgestrahlten und säuregeätzten Titanoberflächen: knochenbildendes Protein BMP-2 (Bone Morphogenic Protein-2), Osteopontin, D-Dimer, Pro-Matrix-Metallo-Proteinase-9 (pro-MMP9) sowie der vasoendotheliale Wachstumsfaktor (VEGF). Auffallend ist, dass pro-MMP9 und VEGF proangiogene Faktoren sind und durch synergistische Interaktionen zwischen hMSCs und Blutkoagula mit eingeschlossenen Blutzellen, die im In-vitro-Modell der Studie verwendet wurden, eine proangiogene Umgebung schaffen. Insgesamt werden vielschichtige Mechanismen deutlich, durch welche die prothrombotische alkalische Oberflächenbehandlung möglicherweise die frühzeitige Wundheilung direkt verbessert, was im Einklang mit klinischen Beobachtungen steht: Die Bildung eines dickeren Blutkoagulums auf der Implantatoberfläche bei der Implantation führt zum verbesserten Einschluss von Neutrophilen und aus Monozyten gereiften Makrophagen oder mit anderen Worten, die natürliche Wundheilungskaskade schreitet in einem frühen Stadium auf der Inicell-Oberfläche schneller voran. Die Daten können somit möglicherweise nicht nur erklären, warum die Alkalibehandlung der Osseointegration von Zahnimplantaten förderlich ist, sondern deuten auch darauf hin, dass die physiologische Bedeutung von Blutkoagula für die Schaffung einer proangiogenen Umgebung auf Implantaten bisher stark unterschätzt wurde. ■

Weitere Informationen:
www.thommenmedical.com

Anthogyr

Neues digitales Angebot

Anthogyr entwickelt, fertigt und vertreibt seit 70 Jahren ein umfassendes Sortiment an Implantaten und Instrumenten, das Zahnärzte weltweit bei der Behandlung von Millionen von Patienten unterstützt. Mit seinem neuen digitalen Angebot „Simeda und Connect+" baut das Unternehmen seine Position als Anbieter komplexer Systemlösungen für Labor und Praxis weiter aus.

Mit neuer Firmierung der Simeda unter Anthogyr seit September 2017, festigt das französische Dental-Unternehmen seine bedeutende Marktposition für individuelle Implantatprothetik. Künftig wird es zwei CAD/CAM-Angebote geben: Simeda wird die Marke ausschließlich für die Implantat-Plattformen von Anthogyr sein. Die Multiplattform-Lösung Connect+ dagegen deckt über 250 Implantat-Plattformen ab, die das Anthogyr-Bearbeitungszentrum zurzeit registriert hat. Die Anthogyr-CAD/CAM-Kompatibilitätsliste mit den Implantat-Schnittstellen kann über die Webseite des Unternehmens unter dem Bereich Digital abgerufen werden. Im Kundenbereich finden die Nutzer die Simeda und Connect+ Produkte in der neuen Web-Order-Version. Benutzername und Passwort bleiben unverändert. Dabei zeichnet sich das Angebot durch eine verbesserte Ergonomie, neue Grafiken sowie eine einfachere Navigation mit Produktbildern aus. Die Seiten laden schneller und damit beschleunigt sich auch der Bestellvorgang, während die STL-Datei heruntergeladen werden kann. Auch nach der Umfirmierung wird das Bearbeitungszentrum weiterhin in Mersch, Luxemburg, sein. Kunden können sich an den Anthogyr-CAD/CAM-Kundendienst wenden. ■

Weitere Informationen:
www.anthogyr.de

Foto: Anthogyr

Bego Guide

Navigierte Implantation

Mit der Eigenfertigung von Bohr- und Navigationsschablonen bietet Bego Implant Systems seit mehreren Jahren ein vielseitiges und preiswertes System für die navigierte Implantation an.

Bei Auftragsanlage des Patientenfalls zur Schablonenerstellung wählt der Behandler aus, ob er neben der Schablone auch ein prächirurgisch gefertigtes Provisorium erhalten möchte. Für Einzelzahnversorgungen werden diverse Möglichkeiten angeboten: individuelle Abutments aus Titan Grad 5 oder BeCe CAD Zirkon XH sowie darauf passende Einzelkronen aus Bego PMMA Multicolor. Bei mehrspannigen Versorgungen wird immer auf Klebebasen gearbeitet. Auch hier kommt Bego-PMMA Multicolor zum Einsatz. Während des Einheilungsprozesses der Implantate formt das prächirurgisch designte Provisorium das Emergenzprofil optimal aus. Alle provisorischen Kronen und Brücken werden mit einem erweiterten Klebespalt geliefert, damit sie spannungsfrei im Mund verklebt werden können. Die provisorische Versorgung erfolgt am Tag der Implantation und bietet dem Patienten eine unmittelbare ästhetische Verbesserung. Für Informationen zu den Produkten steht die Bego Guide-Hotline unter +49 421 2028488 zur Verfügung.

Weitere Informationen:
www.bego.de

Foto: Bego

KSI Bauer-Schraube

Das Original

Über 25 Jahre Langzeiterfolg

- sofortige Belastung durch selbstschneidendes Kompressionsgewinde
- minimalinvasives Vorgehen bei transgingivaler Implantation
- kein Microspalt dank Einteiligkeit
- preiswert durch überschaubares Instrumentarium

Das KSI-Implantologen Team freut sich auf Ihre Anfrage!

K.S.I. Bauer-Schraube GmbH
Eleonorenring 14 · D-61231 Bad Nauheim

Tel. 06032/31912 · Fax 06032/4507
E-Mail: info@ksi-bauer-schraube.de
www.ksi-bauer-schraube.de

Geistlich

Alternative zum BGT

Mit der Einführung der neuen Geistlich Fibro-Gide schlägt Geistlich Biomaterials ein neues Kapitel in der Weichgewebsaugmentation auf: Mit seiner Kollagenexpertise hat Geistlich in einer kollagenbasierten Weichgewebsmatrix Volumenstabilität, hohe Porosität und eine hervorragende Biokompatibilität so vereint, dass die Geistlich Fibro-Gide als schonende Alternative zum Bindegewebstransplantat (BGT) betrachtet werden kann.

Bei der Behandlung von Rezessionsdefekten oder der Verdickung von Weichgewebe um Implantate und Zähne ergeben sich somit neue Möglichkeiten. Die Vorteile liegen in der Reduktion der Patientenmorbidität und OP-Zeit.

Mehr als 1000 Prototypen und zehn Jahre Forschung waren nötig, bis experimentelle Kollagenmatrices eine Weichgewebsregeneration auf einem Niveau ermöglichten, das dem Bindegewebe vergleichbar war. Schon nach wenigen Tagen zeigte das augmentierte Volumen eine Gefäßneubildung und gute Integration in das umgebende Weichgewebe. Das Ergebnis ist Geistlich Fibro-Gide, die als Alternative für autogenes BGT verwendet werden kann.

Weitere Informationen:
www.geistlich.de

Foto: Geistlich

Anthogyr

Axiom Multi Level

Mit Axiom Multi Level bietet Anthogyr eine besondere Lösung in der Implantologie mit außergewöhnlicher Flexibilität.

Als konsequente Erweiterung des Axiom-Konzepts öffnet Anthogyr einen neuen Weg mit vollständiger Kompatibilität der Philosophien Bone Level und Tissue Level. Die für die Implantate Axiom BL, Bone Level und AxiomTL, Tissue Level neu entwickelte Verbindung inLink ist der Beweis für die Innovationskraft von Anthogyr. Dieses neue System gleicht Divergenzen von Implantatachsen ohne angulierte Spezialaufbauten aus und ermöglicht verschraubte Implantatsuprastrukturen mit integrierter Halteschraube.

Die klinische Zulassung der Implantate AxiomTL, Tissue Level und der Verbindung inLink erfolgte in Zusammenarbeit mit 26 Zahnärzten in Frankreich und Belgien sowie 19 Dentallaboren. Die Studie beruhte auf der Auswertung von drei Kriterien: der Ergonomie der Verbindung inLink, der Knochenstabilität um die Implantate Axiom TL, Tissue Level sowie der Anwenderfreundlichkeit der Elemente und Instrumente.

Weitere Informationen:
www.anthogyr.de

Foto: Anthogyr

OT medical

Europäischer Direktvertrieb von Keystone-Produkten

Vor einem Jahr übernahm OT medical den europäischen Direktvertrieb für Keystone-Produkte und erweitert damit das bewährte Produktportfolio um das gesamte Dental-Sortiment von Keystone.

Das, was auf den ersten Blick eine Erweiterung des Produktportfolios mit substitutiven oder ähnlichen Produkten darstellt, bietet Vorteile sowohl für den OT medical- als auch den Keystone-Anwender. Durch die dezentrale Vertriebsstruktur profitieren Anwender europaweit von der Fachkompetenz und dem Engagement eines erfahrenen Vertriebsteams, das personell im Zuge der Vertriebsübernahme international noch einmal deutlich aufgestockt wurde. „Sowohl für Keystone als auch für

Foto: OT medical

OT medical steht der intensive und vertrauensvolle Kontakt zum Anwender im Fokus aller unternehmerischen Entscheidungen, was letztlich in die Entscheidung mündete, auch die geografische Nähe zum Wohle und Vorteil aller zu nutzen“ sagt *Thomas Fiekens*, Geschäftsführer der OT medical GmbH. „Die Erfahrungen aus den einzelnen Märkten mit den verschiedenen Produktlinien werden untereinander kontinuierlich diskutiert und evaluiert und fließen damit ganz automatisch in die Forschung und Entwicklung bezogen auf die Bedürfnisse der Anwender ein.“ ■

Weitere Informationen:
www.ot-medical.de

Medentika

QuattroFix-Behandlungskonzept mit Quattrocone30-Implantaten

QuattroFix ist ein spezielles Behandlungskonzept für eine festsitzende Totalprothesen-Versorgung für zahnlose Patienten mit atrophiertem Kieferkamm auf zwei geraden und zwei 30° angulierten Implantaten.

Das einzigartig geformte und patentierte Design der Quattrocone30-Implantate wurde speziell entwickelt, um es optimal auf die schräge Implantat-Insertion abzustimmen und den Knochen damit komplett zu erhalten. Speziell die QuattroFix-Indikation sticht hier mit besonderen Anforderungen hervor, die jetzt erstmals wissenschaftlich und technisch kompetent adressiert wurde.

Dem Praktiker wird mit Quattrocone30 ein System geboten, das mit sehr einfacher und effizienter Handhabung sichere Ergebnisse im Bereich der angulierten Implantatinsertion erzielt.
Eine patentierte Innovation in der dentalen Implantologie! ■

Weitere Informationen:
www.medentika.de

Foto: Medentika

medentis

ICX-Active Master – das neue faire ICX-Implantat

Ein Konzept für die speziellen Bedürfnisse von Zahnmedizinern.

Die Anzahl der Fälle wächst, in denen der Zahnarzt gezwungen ist, im ästhetisch anspruchsvollen Bereich eine Sofortimplantation durchzuführen. Das bedeutet, dass das Implantat unmittelbar nach der Zahnextraktion in das im Kiefer vorhandene Knochenfach eingesetzt und darauf die provisorische Krone aufgesetzt wird. So kann der extrahierte Zahn gleich ersetzt werden. Sofortimplantation und Sofortbelastung sind nur unter bestimmten chirurgischen Voraussetzungen möglich.

ICX-Active Master bietet Zahnmedizinern eine sehr hohe Flexibilität hinsichtlich Insertion und prothetischer Möglichkeiten.

Foto: medentis

Eigenschaften wie die hohe Primärstabilität selbst in ungünstigen Knochenverhältnissen, eine maximale Weichgewebs- wie Knochenerhaltung und die anpassbare Implantatausrichtung werden die Anwender überzeugen. Das ICX-Active Master Implantat zeichnet sich durch ein doppelläufiges Kompressionsgewinde, einen konischen Implantatkern, schneidende Gewindeflächen im Apexbereich, weit ausladende Gewindeflanken sowie eine Kammer für die eventuelle Rückwärtsschraubung aus. Damit unterscheidet sich das ICX-Active Master von herkömmlichen selbstschneidenden Implantaten, die bei der Insertion durch den Knochen schneiden. ■

Weitere Informationen:
www.medentis.de

W&H Osstell ISQ-Modul

Messung der Implantatstabilität

Mit der weltweit ersten und exklusiven Integration der Osstell ISQ-Funktionalität bietet W&H zusätzlich zu den verbesserten Implantmed-Funktionalitäten, ein einzigartiges System zur Messung der Implantatstabilität.

W&H Osstell ISQ-Modul sorgt in Kombination mit dem neuen Implantmed für mehr Sicherheit und Zuverlässigkeit bei der Bewertung des Behandlungserfolges. Es ermöglicht dem Chirurgen, den Status der Osseointegration auch nach der Implantatinsertion kontinuierlich zu prüfen und diese gemeinsam mit dem Drehmoment zu dokumentieren.

Die Entscheidung über den richtigen Belastungszeitpunkt eines Implantats wird unter Berücksichtigung aller Schlüsselparameter und Risikofaktoren der Patienten immer komplexer. Mit dem W&H Osstell ISQ-Modul profitieren Chirurgen von einem neuartigen System zur Messung der Implantatstabilität. ■

Foto: W&H

Das neue Implantmed zeichnet sich durch mehr Sicherheit, einfache Bedienbarkeit, hohe Präzision sowie Flexibilität in der Anwendung aus

Weitere Informationen:
www.wh.com

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!)

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

Per Fax an +49 2203 9168 822

Ich interessiere mich für folgende Mitgliedschaft:

Ordentliche Mitgliedschaft (Jahresbeitrag)

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

Außerordentliche Mitgliedschaft (Jahresbeitrag)

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

Termine / Ausschreibungen

Datum	Thema	Ort	Anmeldung/Info	Veranstalter	Referent
Februar 2018					
11.02.2018	13. Experten Symposium	Köln	www.bdizedi.org	BDIZ EDI	Diverse Referenten
09.– 10.02.2018	Bego Implant Systems Global Conference	Dubai	www.art-of-implantology.com	Bego Implant Systems	Diverse Referenten
April 2018					
20. – 21.04.2018	Osteology Symposium	Frankfurt/ Main	www.osteology-frankfurt.org	Osteology Stiftung	Diverse Referenten
26. – 28.04.2018	Oral Reconstruction Global Symposium	Rotterdam	www.orfoundation.org/ globalsymposium	Oral Reconstruction Foundation	Diverse Referenten

Impressum

BDIZ EDI konkret Journal für die implantologische Praxis

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

Chefredaktion: Anita Wuttke V.i.S.d.P. *(AWU)* · BDIZ EDI
Fon +49 89 72069-888 · wuttke@bdizedi.org

Redaktion teamwork media GmbH: Robert Hoffmann *(RH)*
Fon +49 8243 9692-33 · r.hoffmann@teamwork-media.de

Redaktion BDIZ EDI: Christian Berger *(BER)*, Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller *(ZOE)*, Dr. Detlef Hildebrand *(HIL)*, PD Dr. Jörg Neugebauer *(NEU)*, Prof. Dr. Thomas Ratajczak *(RAT)*, Dr. Renate Tischer *(RTI)*, My To *(MT)*, Dr. Stefan Liepe *(LIE)*, Dr. Hans-Hermann Liepe *(HHL)*

Verlag: teamwork media GmbH
Hauptstraße 1 · 86925 Fuchstal · Fon +49 8243 9692-0 · Fax +49 8243 9692-22
service@teamwork-media.de · www.teamwork-media.de
Inhaber: Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln (100 %)

Geschäftsführung: Dieter E. Adolph

Leserservice: Kathrin Schlosser · teamwork media GmbH
Fon +49 8243 9692-16 · Fax +49 8243 9692-22
k.schlosser@teamwork-media.de

Anzeigen & PR: My To · Siegristo GmbH
Postfach 751 · CH-4132 Muttenz · Fon +41 79 932 8620
my@siegristo.com
Es gilt die Preisliste der aktuellen Mediadaten

Anzeigendisposition: Sarah Krischik · teamwork media GmbH
Fon +49 8243 9692-13 · Fax +49 8243 9692-22 · s.krischik@teamwork-media.de

Layout: Christina Angele

Bildquellen Cover: fotolia.com/fiedels, pixabay.com/hans, -/hypnoart

Druck: Gotteswinter und Aumaier GmbH
Joseph-Dollinger-Bogen 22 · 80807 München · Fon +49 89 323707-0

Erscheinungsweise: 4 x im Jahr

Bezugspreis: Einzelheft 7,– Euro, Jahresabo 24,– Euro jeweils inkl. Versand.
BDIZ EDI konkret kann direkt beim Verlag abonniert werden. ISSN: 1862-3727

Bankverbindung Verlag:
Raiffeisenbank Fuchstal-Denklingen eG
IBAN DE03 7336 9854 0000 · 4236 96, BIC GENO DE F1 FCH

Urheber/Verlagsrecht:
Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bilder wird keine Haftung übernommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme des Manuskriptes gehen das Recht der Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an den Verlag über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Alle in dieser Veröffentlichung enthaltenen Angaben, Ergebnisse usw. wurden von den Autoren nach bestem Wissen erstellt und von ihnen und dem Verlag mit größtmöglicher Sorgfalt überprüft. Gleichwohl sind inhaltliche Fehler nicht vollständig auszuschließen. Daher erfolgen alle Angaben ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie des Verlags oder der Autoren. Sie garantieren oder haften nicht für etwaige inhaltliche Unrichtigkeiten (Produkthaftungsausschluss).
Die in Texten genannten Präparate und Bezeichnungen sind zum Teil patent- und urheberrechtlich geschützt. Aus dem Fehlen eines besonderen Hinweises bzw. des Zeichens ® oder ™ darf nicht geschlossen werden, dass kein Schutz besteht.
Alle namentlich gezeichneten Beiträge geben die persönliche Meinung des Verfassers wieder. Sie muss nicht in jedem Fall mit der Meinung der Redaktion übereinstimmen.

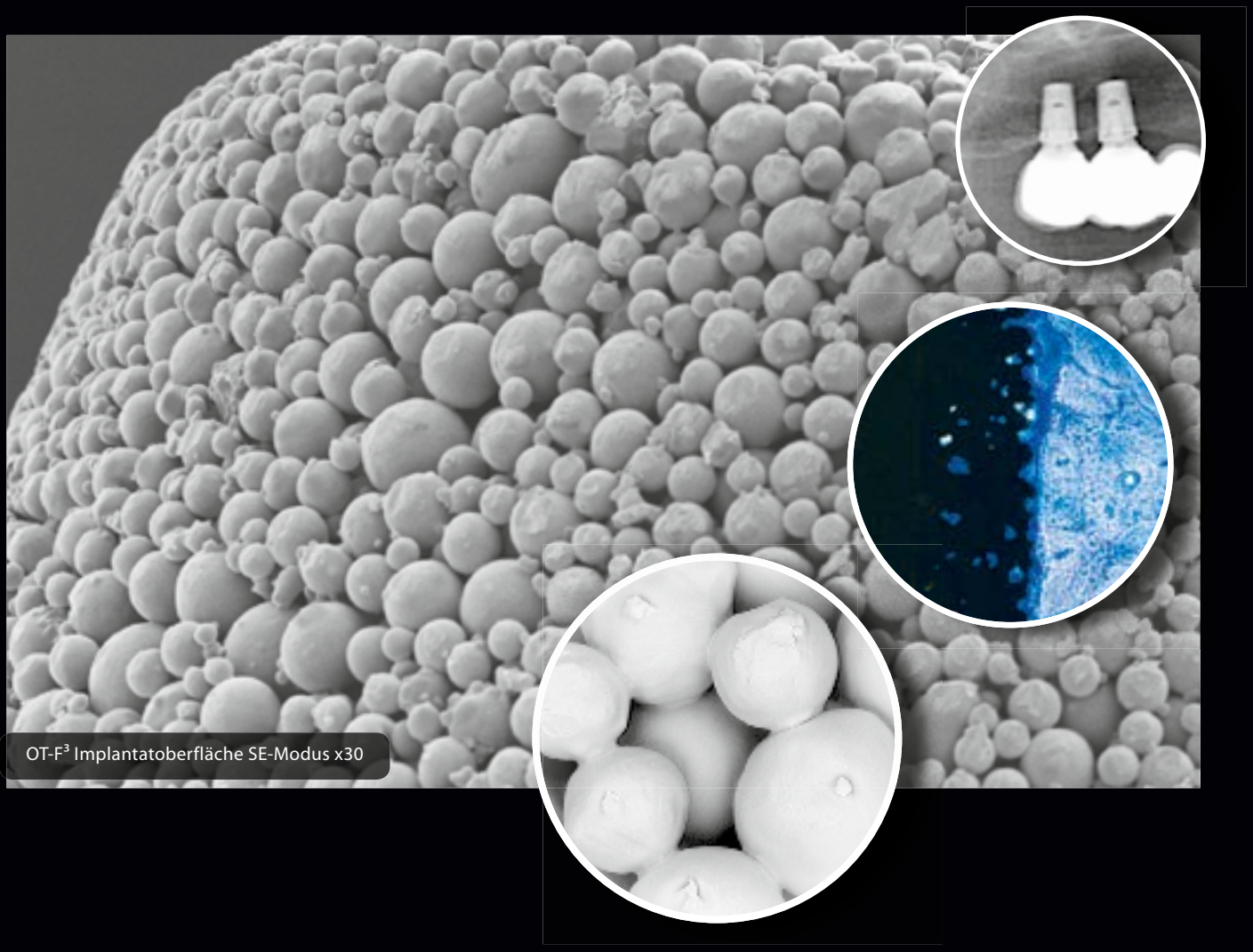
Copyright by teamwork media GmbH · Gerichtsstand München

ot medical®

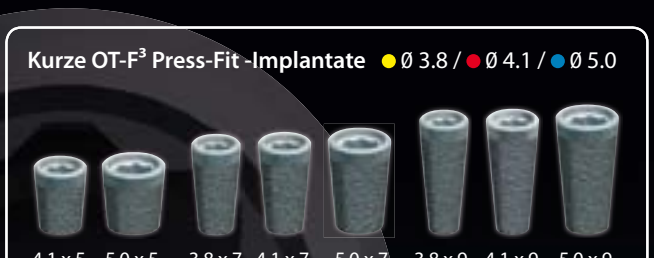
Innovative Präzision
Made in Germany

OT-F³ KURZES PORENIMPLANTAT

bei reduziertem vertikalen Knochenangebot



OT-F³ Implantatoberfläche SE-Modus x30

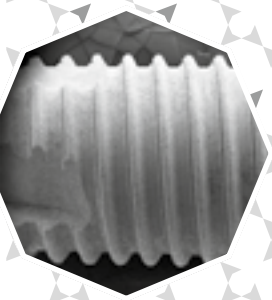


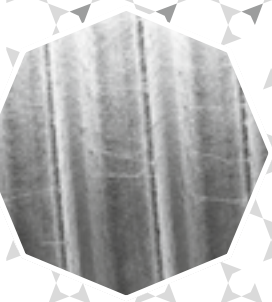
- **EINFACHES CHIRURGISCHES PROTOKOLL**
  schneidende, formkongruente Bohrer – kombinierbar mit komprimierenden Osteotomen und schneidenden Osteotomen für internen Sinuslift
- **EINZIGARTIGE OBERFLÄCHENTOPOGRAPHIE**
  erlaubt Kronen-Wurzel-Verhältnis von 2:1 und Einzelzahnversorgung
- **GESINTERTE, PORÖSE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

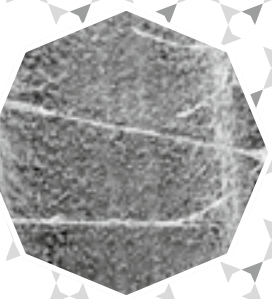
OT medical GmbH · Konsul-Smidt-Straße 8b · 28217 Bremen · Tel. 0421 557161-0 · info@ot-medical.de · www.ot-medical.de

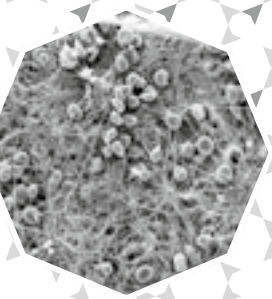
TiUnite®

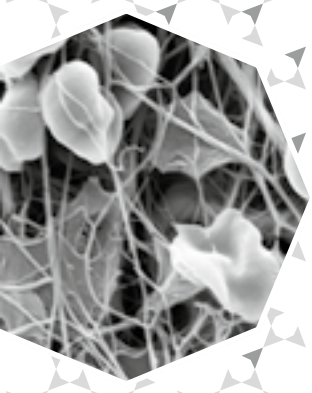
Setzt wieder neue wissenschaftliche Standards.











Alles spricht für TiUnite®

Die größte Metaanalyse einer einzelnen Implantatmarke zeigt eindeutig, dass die TiUnite-Implantatoberfläche die periimplantäre Gesundheit, den Knochenerhalt und den allgemeinen Behandlungserfolg langfristig fördert.[1]

TiUnite funktioniert nachgewiesenermaßen – Ihre Implantatoberfläche auch?

Größte Metaanalyse einer einzelnen Implantatmarke

106
prospektive Studien

+

4.694
Patienten

+

12.803
TiUnite Implantate

=

Nachweis mit höchstem Evidenzgrad bestätigt klinischen Erfolg

95,1 %
10 Jahres-Überlebensrate auf Implantatniveau[1]

1,36 %
Prävalenz von Periimplantitis[1,2]

-0,9 mm
Veränderung der Knochenhöhe auf Implantatniveau nach 5 Jahren[1]

1 Karl, M. and Albrektsson, T. Clinical performance of dental implants with a moderately rough (TiUnite) surface: a meta-analysis of prospective clinical studies. Int J Oral Maxillofac Implants. 2017;32(4):717-734.

2 47 von 106 Studien berichteten von biologischen Komplikationen. 19 dieser 47 Untersuchungen berichteten von Fällen von Periimplantitis bei 5,2%
der Patienten (64/1229). Die Autoren gehen davon aus, dass, wo in den Studien Periimplantitis nicht auftrat, d.h. davon nicht ausdrücklich berichtet wurde, deren Prävalenz bei 1,36% liegen würde.

Einzelheiten zur Regressionsanalyse sind in der vollständigen Publikation zu finden.

Siehe nobelbiocare.com/tiunite

Nobel Biocare®

GMT 52723 © Nobel Biocare Services AG, 2017. Alle Rechte vorbehalten. Vertrieben von: Nobel Biocare. Nobel Biocare, das Nobel Biocare Logo und alle anderen Warenzeichen sind, wenn keine anderen Angaben gemacht werden oder in bestimmten Fällen aus dem Kontext hervorgehen, Warenzeichen von Nobel Biocare. Weitere Informationen erhalten Sie unter nobelbiocare.com/trademarks. Produktabbildungen sind nicht notwendig maßstabsgerecht. Haftungsausschluss: Manche Produkte sind evtl. noch nicht für den Vertrieb in allen Märkten regulatorisch freigegeben. Bitte wenden Sie sich an die lokale Nobel Biocare Vertriebsniederlassung für Informationen zum aktuellen Produktsortiment und zur Verfügbarkeit. Nur für verschreibungspflichtige Verwendung. Vorsicht: Dieses Produkt darf nach dem Bundesgesetz der Vereinigten Staaten nur an lizenzierte Zahnärzte verkauft bzw. von diesen bestellt werden. Siehe Gebrauchsanweisung für vollständige Verschreibungsinformationen, einschließlich Indikationen, Kontraindikationen, Warnungen und Vorsichtsmaßregeln.