



DGÄZ

EINE STARKE GEMEINSCHAFT

Eine Mitgliedschaft, die sich lohnt.

THEMEN

Editorial

Prof. Dr. mult. Robert Sader, Präsident der DGÄZ
.....Seite 315

Gebührenvereinbarung
.....Seite 316

Spezialisten für Ästhetische Zahnmedizin
Dr. Dana Weigel
.....Seite 320

ADEE: Standards der
Zahnmedizinischen Lehre
.....Seite 323



Vorwort



**Liebe DGÄZ-
lerinnen und
DGÄZ'ler,**

ich möchte mich nochmals für Ihr uneingeschränktes Vertrauen in den vergangenen sechs Jahren herzlich bedanken. Unsere DGÄZ hat sich in dieser Zeit gut weiterentwickelt. Neue Leistungen für unsere Mitglieder wurden geschaffen und die DGÄZ hat ihre Position als wissenschaftliche Gesellschaft innerhalb der DGZMK weiter ausgebaut. Unser neuer Promotionspreis, den wir nach einem der Protagonisten der Ästhetischen Zahnmedizin, Dr. Claude Rufenacht, benennen konnten, unterstreicht den wissenschaftlichen Anspruch der DGÄZ. Auf den neuen Vorstand warten in den nächsten Jahren viele große Aufgaben: Die Feminisierung des Berufsstandes wird bestehende Praxiskonzepte verändern, und eine Spezialisierung, besonders im Bereich Ästhetik und Funktion, wird an Bedeutung zunehmen. Weiterbildungskonzepte müssen familienfreundlicher werden. Der jetzt mit DENTISTA abgeschlossene Kooperationsvertrag zeigt, dass die DGÄZ diese Entwicklungen aktiv mitgestalten möchte. Spannend ist auch die Zukunft der Zahntechnik: Welche Stellung wird dieser von Hause aus handwerkliche Beruf künftig einnehmen? Bereits heute weist das Tätigkeitsspektrum einer modernen Zahntechnik weit über die Grenzen des Handwerks hinaus und reicht von der Farbauswahl am Patienten bis zur Programmierung einer CAD/CAM-Maschine. Unser APW-Curriculum für Ästhetisch-funktionelle Zahntechnik hat hier bereits Türen in die Zukunft geöffnet. Der neu gewählte DGÄZ-Vorstand wird diese Zukunftsthemen tatkräftig angehen und baut auf Ihre Unterstützung! Mit herzlichen Grüßen

Ihr Prof. Dr. mult. Robert Sader

315



Vorgehen beim Treffen einer Gebührenvereinbarung gemäß § 2 Abs. 1 und 2 GOZ

In Heft 4/2014 des *International Journal of Esthetic Dentistry*, Seite 524 f., hat die PZVD über die Möglichkeit der abweichenden Vereinbarung gemäß § 2 Abs. 1 und 2 GOZ zwecks Erzielung einer angemessenen Vergütung des Zahnarztes informiert. Daraufhin wurde an mich die Bitte herangetragen, mein Vorgehen beim Treffen einer derartigen Gebührenvereinbarung darzustellen. Zum richtigen Verständnis ist es nötig, dass ich etwas weiter aushole.

Ich habe mich im Jahr 1978 in einer neugegründeten Praxis als ausschließlich privat praktizierender Zahnarzt niedergelassen, habe also niemals in meinem Leben Verträge mit den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen. Meine Praxis beinhaltete in den ersten Jahren nur ein einziges Sprechzimmer – und das zu einer Zeit, in der es üblich war, dass neugegründete Praxen in der Regel mit sechs Behandlungsräumen ausgestattet waren. So konnte ich mich jedem einzelnen Patienten intensiv widmen. Der Hintergrund war Folgender: Da ich schon im Alter von 23 Jahren Doktor der Zahnmedizin und familiär unabhängig war, blieb ich fast sechs Jahre lang angestellt tätig. Üblich war damals, dass man sich gleich nach den beiden Jahren der Ausbildungsassistenz niederließ. In sogenannten unterversorgten Gebieten war dies schon nach nur einem Jahr möglich. Bereits in den Jahren meiner

angestellten Tätigkeit bildete ich mich intensiv fort. In dieser Zeit gab ich ziemlich genau 100.000 Mark für Teilnahmegebühren, dafür benötigte Instrumente und Materialien sowie Fachliteratur aus; nicht eingerechnet sind Fahrt- und Hotelkosten sowie die Mehraufwendungen für Verpflegung.

Diese umfangreiche Fortbildung in allen Teilgebieten unseres Faches führte bei mir zu der Erkenntnis, dass ich das Gelernte in seiner reinen Form in einer Kassenpraxis nicht routinemäßig anwenden können würde. Auch in den ersten sieben Jahren meiner Selbstständigkeit war ich jährlich insgesamt etwa acht bis zehn Wochen zwecks Fortbildung unterwegs. Da ich Alleinbehandler war, lag die Praxis währenddessen still; die Kosten zum Beispiel für Miete und Personal liefen natürlich weiter. In dieser Zeit konnte ich meine Behandlungsweise ohne die Beschränkungen der GKV sowie ausschließlich orientiert am Wohle meiner Patienten und am medizinischen Optimum weiterentwickeln, bis die Bundesgebührenordnung (BUGO) 1965 von der GOZ 1988 abgelöst wurde. Bis dahin erhielt ich die zeit- und kostenaufwendige Behandlungsweise und die präzise Anwendung neuerer Methoden mithilfe der damals üblichen sowie von Beihilfe und PKV anerkannten Analogberechnungen angemessen vergütet. Die sogenannte Abdingung der BUGO benötigte ich nicht, obwohl diese schon

damals von einigen fachlich besonders engagierten Kollegen, wie zum Beispiel Joachim Schulz-Bongert, empfohlen wurde.

Nach Inkrafttreten der GOZ 1988 merkte ich sehr schnell, dass ich mit dem in § 5 Abs. 1 GOZ definierten Gebührenrahmen nicht zurechtkam. Ich rechnete für bestimmte Behandlungen aus, welche Steigerungssätze ich nach der neuen Gebührenordnung in Rechnung stellen musste, um zum gleichen Gesamtbetrag zu kommen wie vorher. Diese Sätze erhöhte ich dann zunächst jährlich um den gleichen Prozentsatz, um den die Krankenversicherungspflichtgrenze der GKV erhöht wurde, die bekanntlich an die Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer (damals: die Gesamtbruttolohnsumme) gekoppelt ist und deren Erhöhung jährlich von der Bundesregierung festgesetzt wird. Mir schien damals, dass es sich dabei um eine neutrale, fundierte gesundheitspolitische Größe handelt, auf die auch ich mich ohne Anfeindung berufen durfte. Mir wurde schnell klar, wie sehr ich mich geirrt hatte. Daher habe ich die von mir vereinbarten Steigerungssätze seit dem Jahr 1995 nicht mehr erhöht. Wäre ich meiner ursprünglichen Auffassung treu geblieben, wären die von mir vereinbarten Steigerungssätze heute wahrscheinlich mehr als doppelt so hoch, wie sie tatsächlich sind.

Ich habe mich schon immer nicht als Prothetiker und schon gar nicht als Implantologe gefühlt, sondern als „Prophylaktiker“. Mein Ziel war und ist die Zahnerhaltung bei möglichst wenig invasiven Maßnahmen. Im Dienste der Zahnerhaltung stehen für mich auch

kieferorthopädische Maßnahmen bei Erwachsenen (bei Kindern sowieso). Mein Ideal ist es, dass ein Patient als Kind so früh in meine Betreuung kommt, dass er sein Leben lang noch nicht einmal eine Füllung benötigt.

Bedauerlicherweise sind aus meiner Sicht in der GOZ immer noch prothetische Leistungen im Verhältnis zu zahn-erhaltenden Leistungen (im weitesten Sinne) gebührenmäßig überbewertet. Ich möchte aber nicht meine Arbeit an den Vorgaben der Gebührenordnung orientieren müssen. Vielmehr fühle ich mich nach wie vor allein dem Wohle meiner Patienten und deren optimalen zahnmedizinischen Betreuung und Behandlung verpflichtet. Ich möchte pro Behandlungsstunde immer in etwa die gleiche Vergütung erwirtschaften, unabhängig von der fachlichen Art der Behandlung. Ich möchte frei sein von der bewussten oder unbewussten Verführung, meine Therapieentscheidungen von der Höhe der (von § 5 der GOZ vorgegebenen) Vergütung abhängig zu machen.

Daher treffe ich Gebührenvereinbarungen nicht nur in Verbindung mit Heil- und Kostenplänen für prothetische oder kieferorthopädische Behandlungen. Vielmehr vereinbare ich mit meinen Patienten, die erstmals in meine Praxis kommen oder die lange nicht mehr da waren, in der Regel gleich vor Beginn der Behandlung, also auch vor der ersten Untersuchung, Steigerungssätze für sämtliche Leistungen, die im Laufe der weiteren Behandlung nach meiner Erfahrung grundsätzlich in Betracht kommen. Dabei handelt es sich beispielsweise um bestimmte



allgemeine zahnärztliche Leistungen, prophylaktische Leistungen, konservierende, insbesondere endodontologische Leistungen, parodontologische Leistungen, funktionsanalytische Leistungen und so weiter. Ein Beispiel für eine derartige Gebührenvereinbarung findet sich auf der Website der DGÄZ im Mitgliederbereich (www.dgaez.de). So wird auch der zeitintensive Aufwand für die Erstuntersuchung und die zugehörige eingehende Beratung, für die ich grundsätzlich eine ganze Stunde einplane, einigermaßen abgedeckt und muss nicht fast vollständig durch andere Leistungen subventioniert werden. Selbstverständlich kann eine derartige Gebührenvereinbarung nicht auf den konkreten individuellen Behandlungsfall abgestimmt sein. Dies ist indes – entgegen der Behauptung einiger privater Krankenversicherer – auch gar nicht nötig. Entscheidend ist vielmehr, dass die Vereinbarung nach **persönlicher Absprache** im Einzelfall zwischen dem Zahnarzt und dem Zahlungspflichtigen vor der Erbringung der Leistung des Zahnarztes (hier also auch vor der ersten Untersuchung) schriftlich getroffen wird. Durch die persönliche Absprache wird aus rechtlicher Sicht aus der vorformulierten Vereinbarung eine Individualvereinbarung. Dies wurde durch zahlreiche Gerichtsurteile bis hin zum Bundesgerichtshof und zum Bundesverfassungsgericht bestätigt. Der Ablauf des Treffens einer derartigen Vereinbarung ist wie folgt: Nachdem der neue Patient den Anamnesebogen ausgefüllt hat und sein Name mit seiner Anschrift in die vorbereitete Gebührenvereinbarung eintragen

wurde, wird ihm im Wartezimmer von der Empfangssekretärin der Praxis ein Exemplar der zweifach ausgedruckten Gebührenvereinbarung zusammen mit einem „Erläuterungsblatt“ ausgehändigt. (Dieses Erläuterungsblatt finden Sie ebenfalls auf der Website der DGÄZ im Mitgliederbereich.) Der Patient wird von der Empfangssekretärin gebeten, sich alles sorgfältig und in Ruhe durchzulesen, die Vereinbarung aber noch nicht zu unterschreiben, weil Herr Dr. Mayerhöfer mit ihm vorher darüber noch sprechen wolle. Falls er noch Fragen habe, solle er diese nachher an Herrn Dr. Mayerhöfer richten.

Nachdem der Patient mit der Lektüre fertig ist, wird er ins Behandlungszimmer geführt. Nachdem ich den Patienten begrüßt habe und er mir erklärt hat, warum er da ist, weise ich ihn darauf hin, dass wir vor der Behandlung erst einmal über die Kosten reden müssen. Dann frage ich den Patienten, ob er das ihm ausgehändigte Exemplar der Gebührenvereinbarung und das zugehörige Erläuterungsblatt sorgfältig gelesen und ob er verstanden habe, worum es gehe. Die Reaktionen der Patienten sind unterschiedlich, woraus sich dann die weitere Entwicklung des Gesprächs ergibt. Wenn der Patient die Frage einfach nur bejaht, fahre ich grundsätzlich mit den Worten fort, dem Patienten sei ja wohl schon bekannt, dass ich keine Verträge mit gesetzlichen Krankenkassen habe. Darüber hinaus habe ich auch früher nie derartige Verträge gehabt, sodass sich daher meine Behandlungsweise völlig unbeeinflusst von deren Reglementierungen und Einschränkungen entwickelt habe.

Ich würde einen sehr hohen Behandlungsaufwand, insbesondere Zeitaufwand, betreiben, der sich von dem in einer normalen Kassenpraxis Üblichen und Möglichen ganz erheblich unterscheidet. Dies verursacht naturgemäß ganz erheblich höhere Kosten. Deshalb müsste ich auch höhere Gebühren berechnen. Meine Gebührenordnung gehe – wie jede typisierende Regelung – von einem mittleren Standard bei der Leistungsqualität aus. Dafür sei der Gebührenrahmen gedacht, der zum 3,5-Fachen geht. Wenn dieser Gebührenrahmen dem Aufwand nicht angemessen und nicht ausreichend sei, müsse nach den Vorschriften meiner Gebührenordnung eine höhere Vergütung **vor** der Behandlung abgesprochen und vereinbart werden, damit niemand durch höhere Gebühren erst mit der Rechnung überrascht werde. Der Patient solle sich nicht über die große Zahl der in der Vereinbarung aufgeführten Leistungen wundern. Die vorgeschlagene Vereinbarung enthalte vorsorglich alle Leistungen, die bei einem Patienten, der noch nicht in meiner Praxis gewesen sei, erfahrungsgemäß in Betracht kämen. Berechnet würden selbstverständlich nur die tatsächlich angefallenen Leistungen. Es seien bei jeder Leistung ein Multiplikator und der daraus resultierende Betrag für jede Leistung angegeben. Dabei wisse ich vor der Behandlung naturgemäß nicht, welche Leistungen im Laufe der Behandlung des Patienten letztlich tatsächlich notwendig seien. Falls sich im Rahmen der Diagnostik herausstellen sollte, dass eine prothetische oder eine kieferorthopädische Behandlung

notwendig sei, erhalte er darüber selbstverständlich zunächst einen detaillierten Heil- und Kostenplan, wie es auch sonst allgemein üblich ist. Ein Heil- und Kostenplan sei seriöserweise indes nur dann möglich, wenn eine Behandlung auch tatsächlich konkret planbar sei. Was die Krankenversicherung erstatte, wisse ich nicht; dies hänge von den Versicherungsbedingungen des Patienten ab, die ich nicht kenne. Es gebe sehr viele unterschiedliche Versicherungsbedingungen mit unterschiedlichen Einschränkungen. So sei die Erstattung bei manchen Krankenversicherungen beispielsweise auf den 3,5-fachen Satz begrenzt. Bei Beihilfeberechtigten ergänze ich an dieser Stelle, dass die Beihilfe in der Regel nur bis zum 2,3-fachen Satz erstattet.

Schließlich frage ich den Patienten, ob er noch Fragen zur Gebührenvereinbarung habe. Gegebenenfalls nach der Beantwortung dieser Fragen bringt der Patient sein Einverständnis mit der Gebührenvereinbarung durch die Unterzeichnung beider Exemplare der Vereinbarung zum Ausdruck. Daraufhin unterzeichne ich beide Exemplare der Vereinbarung. Der Patient erhält eine Ausfertigung davon. Danach beginnt die Behandlung mit der Untersuchung des Patienten.

Dr. Gerd Mayerhöfer



Dr. Dana Weigel

Berlin

"Ich habe keine besondere Begabung, sondern bin nur leidenschaftlich neugierig." *Einstein*

Weil ich aus einem künstlerischen Elternhaus stamme, war die Gründung einer Praxis für Ästhetische Zahnmedizin in Berlin-Kreuzberg anfangs eigentlich eine Art Rebellion. Aber eine Rebellion mit Vision! Nach Kind und Studium und einer Famulatur in Madagaskar folgte 1995 das Staatsexamen an der FU Berlin. Nach nur zwei Jahren Assistenzzeit ließ ich mich 1998 in eigener Praxis nieder.

Was mich antrieb, war Neugier und Leidenschaft. Und es waren die Schriften von Rufenacht. Sie versorgten mich mit Energie für zahlreiche Fortbildungen im In- und Ausland. Meine erste Fortbildung führte mich 1998 zu Prof. Bumann und legte den Grundstein für eine funktionsorientierte Behandlungsweise. Im Jahr 2000 fand ich den Weg nach Westerbürg und wurde begeistertes Mitglied der DGÄZ. Hier begegnete ich zunächst Dr. Mörig, einem meiner Mentoren, bei meinem ersten Hands-on Kurs für Keramikpräparationen.

Und ich habe bis heute, an meinen Händen feilend, Spaß am Präparieren von Zähnen – I love my job!



Dr. med. dent. Dana Weigel

Es gibt eine Reihe von Namen, von Arbeits- und Denkweisen, die mich dabei immer weiter geprägt haben. Ich nenne sie ganz ehrfurchtsvoll meine Lehrmeister, weil sie genau das für mich waren und immer noch sind: Spreafico, Dietschi, Fradeani, Gracis, Goldstein, Gürel, Magne, Belser, H. Zuccelli ...



Abb. 1 Ausgangssituation und minimalinvasive Präparation einer Amelogenesis imperfecta mit supragingivalen Restorationsrändern zur adhäsiven Rekonstruktion

In Venedig begegnete ich 2004 beim vierten Weltkongress der EAED Dr. Striegel und Dr. Schwenk, mit denen ich bis heute in fachlichem Austausch und freundschaftlicher Verbundenheit stehe. Mit der anspruchsvollen Fortbildung und der sportlichen und doch entspannten und persönlichen Atmosphäre genieße ich noch immer die jährlichen Treffen des Kemptener Arbeitskreises am Gardasee. Hier lernte ich 2004 unter anderem Prof. Edelhoff und Dr. Hajto kennen und erfuhr ganz praktisch, dass das Bündeln von Wissen Einzelner zu wunderbaren Synergieeffekten führen kann.

„Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile“ *Aristoteles*

Auf der Suche nach einem Implantologen begegnete ich im Jahr 2003 PD Stiller. Und schnell wurde klar: Gemeinsam geht es besser. Seitdem ist **Teamwork** für uns der Schlüssel zum Erfolg. Zahlreiche Hospitationen bei PD Stiller formten mein Verständnis für die Einheit aus Knochen-Weichgewebe-Zahn. Inzwischen wird das Team durch den Endodontologen Dr. Schröder sowie kieferorthopädisch von Dr. Wiemer und Prof. Bumann ergänzt.



Abb. 2 Polyetherabformung

Ästhetische Rehabilitationen verlangen aber auch besondere Technik. ZTM

Jürgen Mehrhof (Dentalmanufaktur Berlin) ist für mich weitaus mehr als nur Techniker. Unsere Leidenschaft und Detailverliebtheit ergänzen sich auf großartige Weise. In einem für mich ganz perfekten Zusammenspiel entstehen hier hochästhetische High-end-Rekonstruktionen. Ich lerne nicht nur bei jeder Fallplanung von ihm. Ich bin weit darüber hinaus auch dankbar für die Freundschaft, die uns verbindet.

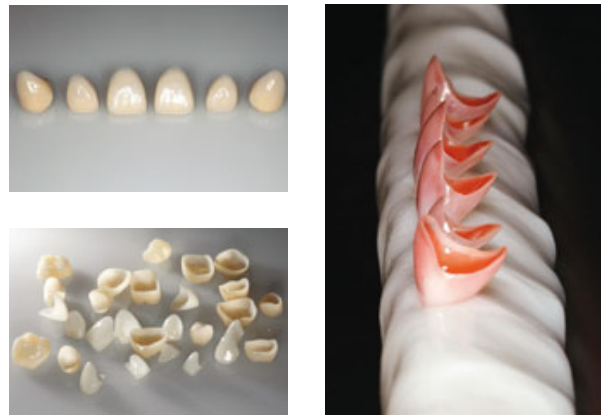


Abb. 3 Zahntechnik Jürgen Mehrhof – für den Seitenzahnbereich wurde Lithium-Disilikat (LS2)-Glaskeramik (e.max) in 0,3 mm Schichtstärke und für die Front Feldspatkeramik (auf feuerfesten Stümpfen gebrannt) benutzt und für die adhäsive Eingliederung mit IPS® Ceramic Ätzelgel vorbereitet

Mein Behandlungsspektrum reicht von Einzelzahnrekonstruktionen bis hin zu komplexen interdisziplinären Gesamt-rekonstruktionen.

Ein neues Lachen zu schenken, ist meine Leidenschaft. Meine Stärke ist, so denke ich, die Fähigkeit, ganz konkrete, realisierbare Visionen für ästhetische Rekonstruktionen in der Schnittmenge aus **F**arbe, **F**orm und **F**unktion zu entwickeln und in Behandlungspläne zu übersetzen.



Bei dem hier präsentierten Fall handelt es sich um die adhäsive Gesamtrehabilitation eines Patienten mit genetisch nachgewiesener Amelogenese imperfecta (AI)

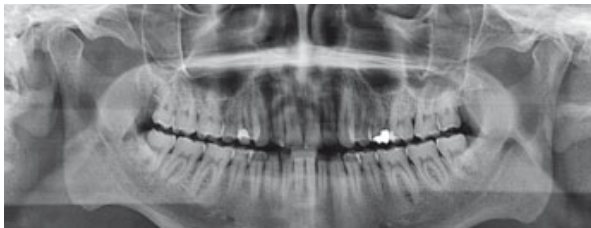


Abb. 4 Obwohl der Schmelz von normaler Dicke ist, erscheint er im Röntgenbild in einer dentinähnlichen oder gar geringeren Dichte



Abb. 5 AI: hypoplastisch/hypomaturiert Hypomaturation, 1. und 2. Dentition betroffen, Zähne erscheinen glatt, weißlich, schwer von Fluoridose zu unterscheiden, Schmelz normal dick, relativ weich, Abradierung nicht so stark wie bei Hypokalzifizierung, Männer stärker betroffen als Frauen



Abb. 6 Kontrolle drei Jahre nach Eingliederung

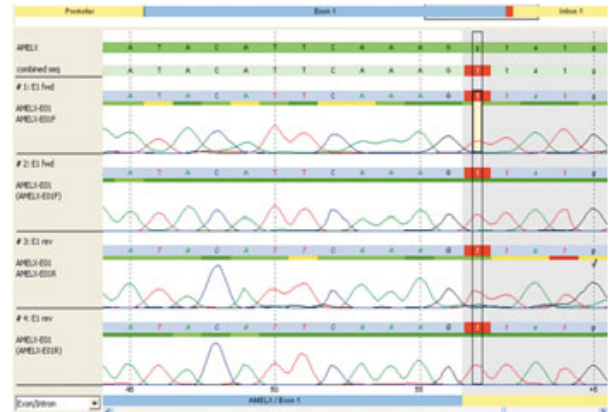


Abb. 7 Ergebnis des Gentestes zum Nachweis der AI im Rahmen einer genetischen Forschungsarbeit am Institute of Human and Medical Genetics (Charité - Universitätsmedizin Berlin) – Typbezeichnung: X-linked, betroffenes Gen: Amlex



Abb. 8 Der junge Rechtsanwalt – frech und fröhlich in Berlin

Kontakt: info@dana-weigel.de

www.aesthetische-zahnmedizin.de · www.dgaez-spezialisten.de



Die ADEE setzt europaweite Standards der zahnmedizinischen Lehre – das betrifft jeden

Die Frage hat sich jeder schon mal gestellt, als Student oder im Berufsleben: „Wer kann mir garantieren, dass mein universitärer Abschluss gleichwertig mit dem aus einem anderen Europäischen Land ist?“ Von Norden nach Süden, von Westen nach Osten weichen das Wetter, die Kulturen und die Finanzen teilweise enorm ab – warum also auch nicht die Standards in der zahnmedizinischen Lehre? Und wer ist für die Kontrolle und Qualitätssicherung dieser Standards in der EU zuständig? Wie werden diese definiert, etabliert und immer wieder aktualisiert? Wie werden die Weichen für eine zeitgemäße und zukunftsorientierte Ausbildung gestellt?

Fühlen Sie sich immer noch nicht angesprochen, weil Sie über einen guten Abschluss einer europäischen Universität verfügen? Spätestens beim nächsten Curriculum sollten Sie recherchieren, ob die Mindestanforderungen an Inhalte, Stundeneinheiten und Hands-on erfüllt werden oder ob ein Master-Studiengang im Nachbarland überlegen ist.

Die *Association for Dental Education in Europe (ADEE)* wurde 1975 als unabhängige europäische Organisation gegründet und repräsentiert die akademische Suprastruktur. Als verpflichtendes Ziel wurde die Förderung der Lehre, der Lehrenden und der Lehrinhalte definiert, um ein einheitlich hohes Level

der Ausbildung und in Folge der oralen Gesundheitsversorgung in Europa zu erreichen.

Bereits im Vertrag von Rom zur Gründung der Europäischen Gemeinde (25.03.1957) wurde die Notwendigkeit einer solchen Organisation erkannt. Der Vertrag musste Bezug nehmen auf die "Freizügigkeit der Personen, Dienstleistungen und Kapital" und deren großen Einfluss auf die akademischen Berufsabschlüsse in Bereichen wie Medizin, Pharmazie und so weiter.

Den ersten Schritt für eine europaweite Strukturierung der Dental Education unternahm die Weltgesundheitsorganisation (*WHO*) in Kopenhagen allerdings erst im Jahr 1968 in Form eines Kongresses und setzte es in London im Jahr 1970 fort. Anschließend übernahm die „*Fédération Dentaire Internationale*“ (*FDI*) diese Aufgabe, da die *WHO* eine sehr spärliche Beziehung zu den zahnmedizinischen Fakultäten und Professoren pflegte sowie wenig Kenntnis über die Herausforderungen in der Lehre hatte. Der Exekutivdirektor der *FDI* lud die Dekane aller europäischen Uni-Zahnkliniken zu einem im Juni 1971 in München stattfindenden Kongress ein mit dem Ziel der Gründung einer „Organisation für die Zahnmedizinische Lehre“, welche im Jahr 1975 in Form der *ADEE* ins Leben gerufen wurde.



ADEE: STANDARDS DER ZAHNMEDIZINISCHEN LEHRE



40 Jahre später ist die *ADEE* das wichtigste Gremium zur Förderung, Entwicklung und Harmonisierung der zahnmedizinischen Ausbildung in Europa. Seit der Gründung hat sich die Organisation aufgrund der Integration aller Länder Europas enorm erweitert. Das prognostizierte starke Wachstum ist eingetreten.

Die *ADEE* ist heute eine politisch sehr einflussreiche und effektive Struktur innerhalb der EU. Eine wichtige Aufgabe ist es für sie, als unabhängige Kraft die Entwicklung der Zahnmedizin zu beeinflussen, indem sie die Förderung der zahnmedizinischen Lehre in Europa initiiert, gestaltet und damit steuert. Weiterhin vertritt die *ADEE* auch die Belange der zahnmedizinischen Berufe bezüglich der Entwicklung und der normativen Rahmenbedingungen in der postgradualen Lehre sowie für den beruflichen Alltag.

Als europäische Organisation liegt der Fokus der *ADEE* vor allem in der Identifikation, Wahrung und Vertretung der Interessen des Kontinents. Letzteres realisiert die *ADEE* zum Beispiel als europäischer Vertreter in der *International Federation of Dental Education Associations (IFDEA)*. Seit 1992 kooperiert die *ADEE* mit der „*American Association of Dental Schools*“, und seit 1998 wurde die Zusammenarbeit mit der „*International Association for Dental Research*“ (*IADR*) etabliert. Daher hat die *ADEE* eine starke Stimme auf Weltebene.

Weiterhin kooperiert die *ADEE* stark mit dem beratenden Ausschuss für die

zahnärztliche Ausbildung (*ACTDP*). Letzterer sorgt für die "Gewährleistung eines vergleichbar anspruchsvollen Niveaus in der EU bezüglich der zahnärztlichen Ausbildung und der von Praktikern ausgeübten Zahnheilkunde."

Die Jahrestagung der *ADEE* umfasst die wissenschaftliche Tätigkeit in der Form von Präsentationen und Postern sowie Rechts- oder Verwaltungsarbeit im Rahmen der Generalversammlung – dieses normative Organ der *ADEE* besteht aus Delegierten der europäischen Uni-Zahnkliniken und der eigenen Strukturen. Diese Jahrestagungen sind ein wichtiges europäisches Forum, um neue Ideen zu präsentieren und zu verbreiten sowie Trends zu diskutieren und Erfahrungen über Innovationen in der zahnmedizinischen Ausbildung auszutauschen.

Die *ADEE* hat in den vergangenen Jahren aufgrund ihrer flexiblen und weltweiten Struktur sehr an Dynamik gewonnen. Obwohl die jährlichen Tagungen stark an den Lehrbeauftragten in europäischen Universitäten ausgerichtet sind, sollten sich auch Zahnärzte/-innen sowie Zahnmedizinstudenten/-innen aktiv und regelmäßig über die Aktivitäten der *ADEE* informieren.

Nur so kann nachhaltig gewährleistet werden, dass die spezifisch deutschen Interessen an der inhaltlichen und normativen Weiterentwicklung der zahnmedizinischen Lehre ausreichend Berücksichtigung finden können.

Dr. Georgia Trimpou