

KZVAKTUELL

MITTEILUNGSBLATT DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN
VEREINIGUNG RHEINLAND-PFALZ

Fokus

Mehr als eine Gedächtnisstütze: Die lückenlose Dokumentation

Praxis

Qualitätsprüfungen
in der Zahnarztpraxis

Fortbildung

Ästhetische Analyse für Komposite
im Frontzahnbereich

Aktuell

Gegen das Ausbluten des Gesundheitssystems:
Zeigen Sie Zähne!

Position

- 3 Klare Sprache, falsche Signale

Aktuell

- 4 Gegen das Ausbluten des Gesundheitssystems: Zeigen Sie Zähne!

Fokus

- 6 Mehr als eine Gedächtnisstütze: Die lückenlose Dokumentation

Fortbildung

- 10 Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz: Update PAR-Abrechnung

Praxis

- 11 Überkappung der Pulpa: Qualitätskriterien erfüllt
- 12 Qualitätsprüfungen: So laufen sie ab

KZV Rheinland-Pfalz

- 15 Was machen eigentlich ...
... das Qualitätsgremium und der Satzungsausschuss?

Rundschreiben

Wichtige Informationen für Zahnärzte und Praxisteams

Aktuell

- 16 Pfälzischer Zahnärztetag 2023: Verantwortung zeigen ohne staatliche Bevormundung

Fortbildung

- 18 Ästhetische Analyse für Komposite im Frontzahnbereich

Politik

- 28 KZBV-Vertreterversammlung: „Bekanntnis der Politik zur Selbstverwaltung“
- 30 KZBV-Vertreterversammlung: Dr. Wolfgang Eßer zum Ehrenvorsitzenden gewählt

Praxis

- 31 ZäPP: Mit validen Daten erfolgreich verhandeln

KZV aktuell

Offizielles Mitteilungsblatt und Rundschreiben der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

Herausgeber

Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Anschrift der Redaktion

KZV Rheinland-Pfalz
Isaac-Fulda-Allee 2 · 55124 Mainz
T 06131/89270 · F 06131/8927222
redaktion.kzvaktuell@kzvrlp.de

Redaktion

Dr. Christine Ehrhardt (V. i. S. d. P.)
Dr. Stefan Hannen
Katrin Becker M. A.
Kathrin Kromeier

Redaktionsassistentz

Michaela Merz

Grafik und Produktion

Köllen Druck+Verlag GmbH · 53117 Bonn
www.koellen.de

Bildnachweis

Titelfoto: picdog/AdobeStock

Alle Zahnärztinnen und Zahnärzte in Rheinland-Pfalz erhalten diese Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft bei der KZV Rheinland-Pfalz. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Die Redaktion behält sich vor, Manuskripte und Leserbriefe sinnwährend zu bearbeiten.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden wir in einigen Texten bei Personenbezeichnungen oder personenbezogenen Hauptwörtern die männliche Form. Diese Begriffe gelten für alle Geschlechter und enthalten unsererseits keine Wertung. Für den Nachdruck von Texten und Grafiken ist das schriftliche Einverständnis der KZV Rheinland-Pfalz Voraussetzung.

Erscheinungstermin der nächsten Ausgabe:
23.10.2023

Klare Sprache, falsche Signale

Zahlen sprechen manchmal eine klare Sprache: 16,2 Milliarden Euro und somit 8,3 Milliarden Euro bzw. 34 Prozent weniger als in diesem Jahr will die Bundesregierung 2024 für Gesundheit und Pflege ausgeben. Kein anderes Ressort wird so hohe Einbußen hinnehmen müssen wie das von Bundesgesundheitsminister Lauterbach.

Nach vier Krisenjahren, in denen der Bund bis dato unvorstellbar hohe Summen in die Hand genommen hat, um die wirtschaftlichen Folgen der Corona-Pandemie und des Ukraine-Krieges aufzufangen, ist es grundsätzlich richtig, Haushaltsdisziplin zu wahren. Für das Gesundheitssystem sind die massiven Kürzungen gleichwohl ein fatales Signal, denn sie fallen in eine Zeit, in der der gesetzlichen Krankenversicherung ohnehin schon Milliarden fehlen. Mit dem Finanzstabilisierungsgesetz - und der unsäglichen Wiedereinführung der Budgetierung in der zahnärztlichen Versorgung - wurde lediglich kurzfristig auf die Finanzierungsproblematik reagiert. Die Debatte um Maßnahmen zur nachhaltigen Stabilisierung ist deshalb längst entfallen: mehr Geld einnehmen, weniger ausgeben oder die Mittel doch anders verteilen?

Die Berliner Koalitionäre täten gut daran, sich nicht im ideologischen Klein-Klein zu verheddern. Stattdessen müssen sie den Kurs der Kostendämpfung postwendend ad acta legen und eine echte Gesundheitsreform angehen. Angekündigt ist Großes. Bekannt ist bislang wenig. Zugegeben, optimistisch bin ich nicht. Die Nachricht des Bundesgesundheitsministers, die Krankenkassenbeiträge erneut zu erhöhen, zeugt allenfalls von Plan- und Ideenlosigkeit. Bleibt es bei dieser Ankündigung, werden die Prob-

leme der GKV einmal mehr vertagt. Und wer gerade in wirtschaftlich schwierigen Zeiten Versicherten und Unternehmen, und somit auch Zahnarztpraxen, Mehrbelastungen auferlegen will, ist auf dem Irrweg. Es braucht mehr Mut zu einer ehrlichen Reform! Ohne Mut ist das Gesundheitswesen auf dem besten Weg, selbst ein Notfallpatient zu werden.

Ein völlig falsches Signal sendet der Vorstoß einer Krankenkasse, die zahnärztliche Versorgung komplett aus dem gesetzlichen Leistungskatalog streichen zu wollen. Jeder Patient in Deutschland hat das Recht, Zugang zu einer guten zahnmedizinischen, solidarisch finanzierten Grundversorgung zu haben - unabhängig von seinen wirtschaftlichen Möglichkeiten. Wer pauschal ganze Bereiche aus der Versorgung ausgliedern will, benachteiligt vor allem die sozial Schwächeren. Das ist nicht nur höchst unsozial, sondern schadet auch dem Zusammenhalt unserer Gesellschaft.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, weder eine Kostendämpfungs- noch eine Leistungskürzungspolitik können wir akzeptieren! Mit unserer Kampagne „Zähne zeigen“ beziehen wir als Berufsstand klar Stellung und positionieren uns deutlich, auch im Vorgriff auf die weitere Gesetzgebung, gegen den Sparkurs der Politik. Es ist richtig und weitsichtig, mit der Kampagne das Wohl unserer Patienten in den Fokus zu rücken. Denn es sind eben nicht primär die zahnärztlichen Honorare, die der Gesetzgeber durch seine Kostendämpfungspolitik begrenzt. Es ist vor allem die Gesundheit der Patienten, der Grenzen gesteckt werden. In diesem Sinne appelliere ich an Sie, Zähne zu zeigen und die Kampagne weiter aktiv zu begleiten.

Ihre



Dr. Christine Ehrhardt
Vorsitzende des Vorstandes



„Ohne Mut ist das Gesundheitswesen auf dem besten Weg, selbst ein Notfallpatient zu werden.“

Gegen das Ausbluten des Gesundheitssystems: Zeigen Sie Zähne!

Seit Juni macht sich die Zahnärzteschaft öffentlich für ihre Patientinnen und Patienten und deren Gesundheit stark: Mit der bundesweiten Kampagne „Zähne zeigen“ weist sie auf die Folgen der aktuellen Gesundheitspolitik hin. Ihr Ziel: den Gesetzgeber dazu zu bewegen, seinen Sparkurs zulasten der Versorgung zu beenden. Machen auch Sie mit!

Text: Katrin Becker

Im Mittelpunkt der Kampagne stehen vor allem die Auswirkungen der Budgetierung auf die neue Parodontitistherapie – für die zahnärztlichen Organisationen ein Meilenstein in der zahnmedizinischen Versorgung und Prävention. Die Kampagne soll den Patientinnen und Patienten klarmachen, dass dieser Meilenstein durch die gegenwärtige Gesundheitspolitik gefährdet wird. Aber auch die Konsequenzen für die Sicherstellung einer flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung werden thematisiert (vgl. *KZV aktuell* 3/2023).

Das können Sie tun

Ende Juni haben alle Praxen in Rheinland-Pfalz **Informationspakete** mit Materialien erhalten, welche die Patientinnen und Patienten leicht verständlich über die drohenden Versorgungsprobleme aufklären. Nutzen Sie diese Materialien:

- » Poster aufhängen und Thekenaufsteller an der Anmeldung platzieren
- » Postkarten und Infoflyer zur Mitnahme auslegen
- » Terminblöcke, Recallbriefe, Rechnungen etc. mit Stempel versehen
- » Button an Praxiskleidung stecken

Alle Materialien verweisen auf die zentrale Kampagnenplattform www.zaehnezeigen.info. Dort werden die Nutzerinnen und Nutzer animiert, vorbereitete oder selbst geschriebene E-Mails mit dem Appell, die Sparpolitik zulasten der Gesundheit zu beenden, an ihre Bundestagsabgeordneten zu senden.

Sie haben kein Paket erhalten? Senden Sie eine Mail an kontakt@kzvrlp.de (Betreff: Kampagne „Zähne zeigen“). Wir senden Ihnen ein Paket zu – solange der kleine Restbestand reicht. Auch einzelne Materialien – Stempel, Buttons, Flyer etc. – sind in geringen Mengen verfügbar.



„Wir unterstützen die Kampagne, weil Bürokratie und Budgetierung den wichtigen Beruf des freien und niedergelassenen Zahnarztes für nachfolgende Generationen unattraktiv machen werden!“

Dr. Jennifer Kötz und Dr. Florian Kötz
Idar-Oberstein



„Wir machen mit, weil die ambulante Versorgung die tragende Säule im Gesundheitswesen ist und wir nicht widerspruchslos die Reglementierung von Standardtherapien hinnehmen können.“

Dr. Patricia Lowin und Praxisteam
Kirchheimbolanden

Die Kampagne läuft offline in den Praxen ebenso wie online im Internet. Auf www.kzvrlp.de/mitglieder/zaehne-zeigen sind zahlreiche digitale Inhalte für Praxiswebseiten oder Social-Media-Auftritte abrufbar:

- » das Kampagnenlogo zur Ergänzung der E-Mail-Signatur
- » ein Banner/Pop-up für Webseiten
- » Vorlagen für Beiträge bei Instagram, Facebook, Twitter oder LinkedIn
- » Anleitung zur Produktion von Videos für Social Media inklusive Vorschlägen für Kurzstatements
- » zum ausschließlichen internen Gebrauch: Erklärungsvideos und ein Fragen-Antworten-Katalog zur Kampagne

Im Gespräch mit Patienten

Ein Patient spricht Sie auf die Kampagne an? Erklären Sie die Problematik und motivieren Sie zum Versand einer E-Mail an die Politik:

Die Kampagne richtet sich gegen die Sparmaßnahmen, die mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz verabschiedet wurden. Das Gesetz begrenzt ab diesem Jahr die Finanzmittel der gesetzlichen Krankenkassen für zahnärztliche Behandlungen („Budgetierung“). Nahezu zeitgleich wurde der Leistungskatalog der Krankenkassen um zahnärztliche Leistungen erweitert. Die Folge: Immer mehr Leistungen müssen mit immer weniger Mitteln finanziert werden. Insbesondere die Mehrausgaben, die für die neue, mehrjährige Parodontitistherapie benötigt werden, werden in den Ausgaben der Krankenkassen nicht voll berücksichtigt. Die unzureichende Finanzierung schränkt die Behandlungskapazitäten in den Praxen ein; die notwendigen Versor-

gungen können nur über einen längeren Zeitraum fachgerecht erbracht werden. Zudem können sich die Wartezeiten für Termine für die Behandlung der Parodontitis deutlich erhöhen.

Einschnitte sind darüber hinaus für die flächendeckende, wohnortnahe Versorgung zu erwarten. Durch die finanziellen Einbußen bei zuletzt sehr hohen Kostensteigerungen in den Praxen (durch Energiepreise, Inflation etc.) drohen Praxisschließungen vor allem auf dem Land, da sich dort ohnehin seltener Nachfolger finden. Für die Patientinnen und Patienten heißt dies in der Zukunft längere Wege in die Zahnarztpraxis und längere Wartezeiten auf Termine in den verbleibenden Praxen. ■



„Ich unterstütze die Kampagne ‚Zähne zeigen‘, weil der Politik gezeigt werden muss, dass wir Zahnärzte gemeinsam gegen den verantwortungslosen Sparplan stehen. Wir haben Verantwortung für unsere Patienten, Mitarbeiter und Familien und auch die flächendeckende Versorgung muss in Zukunft gewährleistet sein!“

Matthias Gloede und Praxisteam
Worms

Mehr als eine Gedächtnisstütze: Die lückenlose Dokumentation

Da war doch was ... Die Dokumentation einer Behandlung diente dem Behandler früher meist als Gedächtnisstütze und Abrechnungshilfe. Doch diese Zeiten sind längst vorbei. Heute besteht eine gesetzliche Pflicht zur vollständigen Dokumentation. Was heißt das?

Text: Dr. Stefan Hannen, Katrin Becker

Spätestens seit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes und der Aufnahme des Behandlungsvertrages in das Bürgerliche Gesetzbuch (§ 630a-h BGB) im Jahr 2013 führt an einer lückenlosen Behandlungsdokumentation kein Weg vorbei.

Wo steht's?

Verankert ist die zahnärztliche Dokumentationspflicht inzwischen in unterschiedlichen Rechtsvorschriften. Zivilrechtlich gilt § 630f BGB (siehe Textkasten). Berufsrechtlich verpflichten die Berufsordnungen der Landes Zahnärztekammern zur Dokumentation (zum Beispiel § 12 der Berufsordnung der LZK Rheinland-Pfalz). Im Vertragsarztrecht ergibt sie sich aus § 294 Sozialgesetzbuch V (SGB V) und aus § 295 Abs. 1, Nr. 2 und 3 SGB V. Hinzu kommen § 8 Abs. 3 Bundesmantelvertrag Zahnärzte (BMV-Z) sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, zum Beispiel für die Behandlung von Parodontopathien oder für die Versorgung mit Zahnersatz.

Warum dokumentieren?

Die Dokumentation hat vorrangig den Zweck, das Behandlungsgeschehen aufzuzeichnen und den Therapieverlauf mit allen Untersuchungen und Behandlungsmaßnahmen nachvollziehbar zu protokollieren. Ohne eine saubere Dokumentation besteht die Gefahr, dass für die weitere Therapie wichtige Informationen und Untersuchungsergebnisse abhandenkommen oder in

§ 630f BGB - Dokumentation der Behandlung

- (1)** Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn der ursprüngliche Inhalt erkennbar bleibt.
- (2)** Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.
- (3)** Der Behandelnde hat die Patientenakte für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen.

Vergessenheit geraten. Das dient auch dem Schutz des Patienten: Doppeluntersuchungen lassen sich vermeiden und körperliche Belastungen, etwa durch Röntgendiagnostik, gering halten. Darüber hinaus stellt eine vollständige Dokumentation sicher, dass hinzugezogene Behandler oder Gutachter die Therapie nachvollziehen können.

Darüber hinaus kommt den zahnärztlichen Aufzeichnungen seit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes eine wichtige Funktion im Streitfall zu. Eine ordentliche, plausible und nachweislich während oder kurz nach der Behandlung erstellte Dokumentation hat den Beweiswert einer Urkunde und wird vor Gericht in der Regel nicht angezweifelt. Hat allerdings der Zahnarzt eine Maßnahme einschließlich der Aufklärung und Einwilligung des Patienten nicht oder nicht vollständig dokumentiert, greift zu seinen Lasten die gesetzliche Vermutung, dass er die Maßnahme nicht durchgeführt hat (§ 630h Abs. 3 BGB). In einem Haftungsprozess verbleibt dem Zahnarzt dann zwar noch die Möglichkeit, das Gegenteil zu beweisen, dies dürfte in der Regel jedoch schwierig sein. Es gilt also der Grundsatz: „Was nicht dokumentiert ist, wurde nicht erbracht.“ Allerdings wurde dieser Grundsatz durch ein Urteil des Bundesgerichtshofes vom 22. Oktober 2019 (Az.: VI ZR 71/17) relativiert: Die Vermutung, dass eine (zahn-)medizinisch gebotene Befunderhebung, die nicht dokumentiert ist, auch tatsächlich nicht durchgeführt wurde, lässt sich nur dann aufrechterhalten, wenn dadurch der Eintritt des vom Patienten behaupteten Schadens „hinreichend wahrscheinlich“ geworden ist.

Eine weitere wesentliche Rolle spielt eine ordnungsgemäße Dokumentation bei der Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen über die Kassenzahnärztliche Vereinigung. Die Dokumentation ist zum einen Grundlage und Nachweis für die Abrechnung der Honorare. Eine saubere Aufzeichnung aller Schritte einer Behandlung hilft zum anderen auch in Verfahren der Qualitätsprüfung und der Wirtschaftlichkeitsprüfung, in denen die abgerechneten Leistungen insbesondere im Hinblick auf Dokumentation und Plausibilität überprüft werden.

Was gilt für die elektronische Dokumentation?

Die Behandlungsdokumentation in einer elektronischen Patientenakte ist heute in vielen Zahnarztpraxen Standard. Mit dem Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes im Jahr 2013 hat der Gesetzgeber eine wichtige Regelung geschaffen, welche Bedingungen an eine elektronische Dokumentation einschließlich des Scannens geknüpft sind.

So muss auch die elektronische Dokumentation fälschungssicher sein (§ 630f BGB). Berichtigungen und Änderungen von Einträgen sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen wurden. Hier greift gleichfalls die Beweislastumkehr gemäß § 630h BGB. Bei allen Sachverhalten, die nicht oder nicht fälschungssicher in der elektronisch geführten Patientenakte enthalten sind, kann in einem zivilrechtlichen Verfahren der Richter unterstellen, dass eine Behandlungsmaßnahme, zum Beispiel eine ordnungsgemäße Aufklärung, nicht durchgeführt wurde.

Der Bundesgerichtshof hat mit seinem Urteil vom 27. April 2021 (VI ZR 84/19) das Haftungsrisiko verstärkt auf den Behandler übertragen, wenn es sich um eine nicht fälschungssichere elektronische Dokumentation handelt. Die Gerichte werden einen solchen Mangel im Einzelfall kritisch würdigen.

Daher ist bei der elektronischen Dokumentation auf Folgendes zu achten:

- » Bei dem elektronischen Führen der Patientenakte muss gewährleistet sein, dass in allen Fällen, auch bei einem Wechsel zu einem anderen Praxisverwaltungssystem (PVS), die Daten nicht verloren gehen.
- » Das PVS muss die Nachvollziehbarkeit der Veränderungen bzw. die Fälschungssicherheit gewährleisten. Gegebenenfalls sollte dies der PVS-Hersteller schriftlich bestätigen.
- » Das Scannen und Speichern von Dokumenten muss gleichfalls „fälschungssicher“ bzw. „dokumentenecht“ sein. Es ist ratsam, sich auch das vom PVS-Hersteller bestätigen zu lassen.
- » Beim Einscannen von Dokumenten ist die Richtlinie vom Bundesamt für Informationstechnik zum ersetzenden Scannen von Dokumenten (BSI TR 03138) zu beachten. In der Richtlinie sind die technischen und organisatorischen Anforderungen für das Scannen beschrieben, die erfüllt sein müssen, damit Papierdokumente rechtsicher und gerichtsverwertbar digitalisiert werden können.

Checkliste für eine Basisdokumentation

Die Aufzeichnungen sind zeitnah zu erstellen. Eine sorgfältige Dokumentation hilft – auch fachkundigen Dritten –, Therapieentscheidungen und die Umstände einer Behandlung jederzeit nachzuvollziehen.

- » Behandlungsdatum, eventuell mit Uhrzeit
- » Behandler, eventuell Assistenz
- » Anamnese (allgemeine Anamnese meist als Fragebogen, spezielle Anamnese als Notiz)
- » klinischer Befund
- » Röntgenaufnahmen, Aufzeichnungspflichten gemäß Strahlenschutzgesetz
- » sonstige Befunde
- » Diagnose(n)
- » Patientenaufklärung (Befunde, Diagnose, Therapieoptionen, Risiken, Kosten, Dauer etc.)
- » Therapieentscheidung und Einwilligung des Patienten („Patient wünscht ...“)
- » konkrete Behandlungsmaßnahme („Was wurde wann wie womit gemacht?“)
- » verwendete Medikamente und Materialien
- » Abweichungen vom regulären Behandlungsverlauf, Besonderheiten, Komplikationen inklusive Aufklärung des Patienten
- » Rezepte, Verordnungen, Überweisungen, besondere Hinweise und Empfehlungen
- » wichtige Äußerungen des Patienten (Wünsche, Ängste, sonstige Kommentare)

Darüber hinaus als Teil der Patientenakte

- » Anamnesebogen
- » Datenschutzerklärung
- » Einverständnis zur Abrechnung über Praxisverwaltungssystem
- » alle Röntgenaufnahmen
- » Kostenpläne
- » Mehrkostenvereinbarungen
- » Korrespondenz und Telefonate mit dem Patienten und den Kostenträgern
- » Arztbriefe
- » Fremdkostenbelege
- » Rechnungen

Wie dokumentieren?

Handschriftlich oder elektronisch – der Zahnarzt ist in seiner Entscheidung frei, ob er Behandlungsinformationen per Hand in eine Karteikarte einträgt oder im Computer erfasst. Eine doppelte Erfassung – analog und digital – ist jedoch nicht notwendig. Ganz gleich, für welche Form sich der Zahnarzt entscheidet, die Dokumentation muss leserlich und verständlich sein. Zulässig sind Abkürzungen, Stichworte und Zeichen, die zumindest für Nach- oder Mitbehandler nachvollziehbar sind. Eine stenografische Dokumentation reicht hingegen ebenso wenig aus wie die bloße Nennung von Gebührenpositionen, da von einer Leistungsnummer nicht zwingend auf eine Indikation und eine durchgeführte Maßnahme geschlossen werden kann. Medizinische Selbstverständlichkeiten, Routinemaßnahmen oder Kontrollen, wie zum Beispiel Einzelheiten einer Kontrolluntersuchung ohne Befund, müssen nicht protokolliert werden. Grundsätzlich gilt: Je komplexer oder untypischer eine Behandlung verläuft, desto detaillierter sollte ein Zahnarzt dokumentieren. Der Zahnarzt kann Einträge in der Dokumentation ändern, korrigieren und ergänzen – vorausgesetzt, dass der ursprüngliche Text deutlich lesbar bleibt und die nachträgliche Änderung mit Datum und Namenskürzel versehen wird. Das gilt für handschriftlich ebenso wie für elektronisch geführte Patientenakten. Wer mit Tipp-Ex oder Klebeetiketten hantiert, Textpassagen schwärzt oder löscht, gefährdet den Urkundencharakter der Patientendokumentation. Im Streitfall muss der Zahnarzt mit dem Vorwurf der versuchten Manipulation rechnen; zumindest droht ihm und seinen Aufzeichnungen ein gravierender Glaubwürdigkeitsverlust.

Wann dokumentieren?

Konkrete Fristen, bis wann eine Behandlung dokumentiert werden muss, gibt es nicht. In § 630f BGB heißt es dazu lediglich, eine Dokumentation muss in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang zu einer Behandlung erfolgen. Demnach sollte eine Dokumentation nach Möglichkeit während der Behandlung oder unmittelbar im Anschluss daran erfolgen, um Informationsverluste oder Fehlinformationen, deren Wahr-

Beispiel-Checkliste für die Cp-Behandlung

Befund

- » bei „01“ Karies an Zahn 16 distal festgestellt
- » im Befundschema mit „c“ eingetragen
- » ggf. Notiz: Zahn 16 klinisch beschwerdefrei
- » Sensibilität +

Röntgen

- » Bissflügelaufnahme oder Zahnfilm
- » Befund: Aufhellung an Zahn 16 distal, pulpanah

Diagnose

- » 16 Caries profunda distal

Therapie

- » bevorzugte Therapie: Kariesentfernung und definitive Füllung mit Komposit
- » alternative Therapie: Kariesentfernung und Amalgamfüllung oder Kariesentfernung mit provisorischem Verschluss und Versorgung mit einer Einlagefüllung

Aufklärung

- » Aufklärung über unterschiedliche Therapien: Patient wünscht Kompositfüllung
- » Aufklärung über Kosten
- » Aufklärung über Risiken: eventuell Schmerzen nach Cp-Behandlung; bei bleibenden Beschwerden: ggf. Wurzelbehandlung

Erstellung eines Heil- und Kostenplanes/Behandlungsplanes

- » Mehrkostenvereinbarung mit Unterschrift des Patienten

Vorbehandlung

- » entfällt

Behandlung

- » Lokalanästhesie mit 1,2 ml UDS
- » Zahn- und Flächenangabe
- » pulpanahe Karies entfernt mit Excavator
- » Abdeckung des pulpanahen Bereichs mit Calciumhydroxidpräparat (Handelsname)
- » besondere Maßnahmen bei der Füllungstherapie (Blutungsstillung, Kofferdam, andere)
- » Kompositfüllung (Handelsname)
- » dentinadhäsive Befestigung (Handelsname)
- » Farbangabe

scheinlichkeit mit wachsendem zeitlichem Abstand zur Behandlung steigt, zu vermeiden. Kann eine Dokumentation aus gutem Grund nicht sofort vorgenommen werden, zum Beispiel weil ein Notfall in die Praxis kommt, sollte sie zum nächstmöglichen Zeitpunkt nachgeholt werden.

Was dokumentieren?

Gesetzlich vorgegeben ist, dass der Zahnarzt alle für die Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse protokollieren muss. Darunter fallen insbesondere Anamnese, Befunde, Untersuchungen und deren Ergebnisse, Diagnosen, Therapien und ihre Wirkungen sowie Patienteneinwilligungen und -aufklärungen. Die Aufzählung im Gesetz ist allerdings nicht abschließend. Neben Arztbriefen sollten zum Beispiel die Korrespondenz mit Patienten und Kostenträgern, Verordnungen, Überweisungen, Kostenvoranschläge und Rechnungen dokumen-

tiert bzw. in die Patientenakte aufgenommen werden. Zusammenfassend gilt: Eine lückenlose und nachvollziehbare Dokumentation ist mit Aufwand verbunden. Doch es ist ein Aufwand, der sich lohnt. Die Aufzeichnungen sind nicht nur gesetzliche Pflicht, sondern fördern die Behandlungsqualität und dienen dem Schutz des Patienten. Außerdem sind sie Grundlage von Honorarforderungen und belegen deren Berechtigung. Relevant ist die Dokumentation auch in zivilrechtlichen Auseinandersetzungen zwischen Zahnarzt und Patient. In diesen Fällen dient sie der Beweisführung. Aus all diesen Gründen sollten eine Behandlung, die Patientenaufklärung und -einwilligung sowie mögliche Besonderheiten zeitnah und sorgfältig protokolliert werden. Es ist besser, einen Satz zu viel als zu wenig zu notieren. Wichtig sind auch regelmäßige Schulungen der Mitarbeiter, damit sie sattelfest und routiniert in der Behandlungsdokumentation werden. ■

Einsicht in die Dokumentation

Eine Dokumentation ist im Besitz des behandelnden Zahnarztes. Auf die Herausgabe der Originalunterlagen darf der Patient deshalb nicht bestehen. Allerdings steht es ihm zu, seine eigenen Behandlungsunterlagen einzusehen oder Kopien davon zu bekommen (§ 630g BGB).

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) überprüft derzeit auf Vorlage des Bundesgerichtshofs die gängige Praxis, dass sich (Zahn-)Ärzte die Kopierkosten von Patienten erstatten lassen können. Nach deutschem Recht müssen dies Patienten sogar; bis zu 0,50 Euro je Kopie sind angemessen. Nach der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (Art. 15 Abs. 3 DSGVO) könnte es sich allerdings anders verhalten. Einige Gerichte hatten zuvor die von Datenschützern vertretene Auffassung bestätigt, dass (Zahn-)Ärzte ihren Patienten zu

mindest die erste Kopie der Behandlungsdokumentation unentgeltlich bereitstellen müssen. Ein Urteil des EuGH wird im Herbst 2023 erwartet.

Der Wunsch des Patienten, ihm Einsicht in seine Akte zu gewähren, kann nur dann abgelehnt werden, wenn erhebliche Persönlichkeitsrechte Dritter dagegensprechen oder wenn aus therapeutischen Gründen eine Einsichtnahme für den Patienten zu einer erheblichen Gesundheitsgefahr führen würde. Der Patient kann sein Einsichtsrecht auf Dritte übertragen. Hierzu bedarf es einer schriftlichen Vollmacht. Nach dem Tod des Patienten geht dieses Recht auf die Erben bzw. nächsten Angehörigen über, sofern dies nicht dem Willen des Patienten widerspricht. Vom Einsichtsrecht des Patienten zu unterscheiden ist die nur vorübergehende Weitergabe der Dokumentation an (zahn-)ärztliche Kollegen. So hat ein Zahnarzt einem vor-, mit- oder nachbehandelnden (Zahn-)Arzt sowie einem begutachtenden (Zahn-)Arzt auf Verlangen seine zahnärztlichen Dokumentationen vorübergehend zu überlassen und ihn über die bisherige Behandlung zu informieren – vorausgesetzt, der Patient ist damit einverstanden (§ 12 Abs. 4 der rheinland-pfälzischen Berufsordnung für Zahnärzte).

Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz: Update PAR-Abrechnung

Seit rund zwei Jahren behandeln Sie nach der neuen Parodontitis-Richtlinie und rechnen die entsprechenden Leistungen nach dem BEMA ab. Im Seminar „Update PAR-Abrechnung“

- » frischen Sie Ihr Abrechnungswissen auf,
- » erfahren Sie, wie Sie BEV, ATG, CPT, UPT, Verlängerung und Co. korrekt abrechnen,
- » erhalten Sie Antworten auf Ihre Fragen.

Blieben Sie up to date bei Ihrer PAR-Abrechnung! Wir freuen uns auf Sie.

Kursnummer: 6-2023

Termin: Mittwoch, 22.11.2023

Uhrzeit: 15:00 – ca. 17:00 Uhr

Zielgruppen: Zahnärztinnen, Zahnärzte und Praxispersonal

Ort: online

Gebühr: kostenfrei

Fortbildungspunkte: 2 Punkte

Referentin: Michaela Meißner, stellvertretende Geschäftsbereichsleiterin Abrechnung der KZV Rheinland-Pfalz

Anmeldung: Bitte melden Sie sich für das Online-Seminar über unser Fortbildungsportal unter www.kzvrlp.de – Webcode 0111 an. Die Zugangsdaten senden wir Ihnen etwa zwei Tage vor der Fortbildung an die von Ihnen angegebene E-Mail-Adresse. ■

Überkappung der Pulpa: Qualitätskriterien erfüllt

Wird die Zahnpulpa zur Vitalerhaltung indikationsgerecht überkappet? Seit vier Jahren müssen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dies nach dem Willen des Gesetzgebers prüfen. Wie die Ergebnisse ausfallen.

Text: Katrin Becker

Seit 2019 wird die Indikationsstellung bei indirekten und direkten Überkappungsmaßnahmen (BEMA-Nummern Cp und P), bei der mindestens eine Folgeleistung (VitE, Trep1, WK, Med, WF, X1, X2, X3) am selben Zahn notwendig wurde, stichprobenartig anhand der Behandlungsdokumentationen von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen überprüft. Für das Abrechnungsjahr 2021 wurden in Rheinland-Pfalz 192 Behandlungsfälle aus 21 Praxen berücksichtigt. Auf einer Bewertungsskala von A bis C schnitt die Mehrheit der Praxen (48 Prozent) mit A ab. Deren Behandlungsdokumentationen waren insgesamt einwandfrei und nicht zu beanstanden. Die Dokumentationen von 38 Prozent der Praxen wiesen nur geringe Defizite auf. Bei 14 Prozent stellte das Prüfungsgremium hingegen erhebliche Auffälligkeiten fest. Gegenüber den Vorjahren wurden damit weitere Verbesserungen festgestellt. Die Zahl der mit A bewerteten Praxen ist deutlich gestiegen (2020: 19 Prozent), während der Praxen mit Gesamtbewertung C gesunken ist (2020: 19 Prozent).

Alle Praxen hatten ihre Behandlungsdokumentationen fristgerecht eingereicht. Schwächen, die dem Prüfungsgremium bei der Durchsicht wiederholt auffielen, waren eine nicht nachvollziehbare Leistungskette oder eine nicht dokumentierte Vitali-

tätsprüfung bzw. deren nicht vermerktes Ergebnis. Darüber hinaus ergaben sich Kontraindikationen aus der schriftlichen oder bildlichen Dokumentation. Wenn zum Beispiel apikale Veränderungen sichtbar sind, ist die Indikation für eine Vitalerhaltung des Zahnes nicht gegeben. Kontraindiziert ist eine Cp/P auch, wenn zeitgleich dokumentiert wurde, dass ein Zahn nur noch durch eine endodontische Maßnahme erhalten werden kann.

Tadellose Einzeldokumentationen

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung ist verpflichtet, qualitätsfördernde Maßnahmen bei denjenigen Praxen zu ergreifen, deren Dokumentationen die Qualitätskriterien nicht vollständig bzw. nicht erfüllen. Im Prüfzyklus für das Abrechnungsjahr 2021 ergingen überwiegend schriftliche Hinweise an die Praxen. Darüber hinaus ist in drei Praxen mit erheblichen Auffälligkeiten eine Wiederholungsprüfung vorgesehen.

Wie bewertet der Vorstand der KZV die Prüfergebnisse? „Die Ergebnisse sind insgesamt sehr positiv. Das zeigt sich insbesondere, wenn wir auf die Bewertungen der einzelnen Behandlungsfälle schauen. 86 Prozent der beurteilten Einzeldokumentationen waren tadellos“, so die stellvertretende Vorstandsvorsitzende Sanitätsrätin Dr. Kerstin Bienroth. Daher auch ihr Tipp: „Zahnärztinnen und Zahnärzte, die sich bei ihren Behandlungen an die Vorgaben der Behandlungsrichtlinien halten und diese entsprechend genau dokumentieren, können einer Qualitätsprüfung gelassen entgegensehen.“ Informationen zu den Qualitätsprüfungen lesen Sie ab Seite 12, Hinweise zur Dokumentation ab Seite 6. ■

Qualitätsprüfung in Rheinland-Pfalz für das Abrechnungsjahr 2021

Anzahl der Praxen			Gesamtbewertung der Praxen		
mit relevanten Aufgreifkriterien	in Wiederholungsprüfung	insgesamt in der Stichprobe	A (keine Auffälligkeiten)	B (geringe Auffälligkeiten)	C (erhebliche Auffälligkeiten)
495	6	21 (mit 192 Behandlungsfällen)	10	8	3
			Qualitätskriterien erfüllt	Qualitätskriterien nicht vollständig erfüllt	Qualitätskriterien nicht erfüllt

Qualitätsprüfungen: So laufen sie ab

Die Qualität zahnärztlicher Leistungen wird bundesweit geprüft – stichprobenartig und im Einzelfall. Was heißt das für die Zahnarztpraxen?

Text: Katrin Becker

Welche Grundlage haben die Qualitätsprüfungen?

Seit 2019 gibt es in der vertragszahnärztlichen Versorgung gesetzlich vorgeschriebene Qualitätsprüfungen. Grundlage hierfür bilden das Sozialgesetzbuch V (§ 135b Abs. 2 SGB V) und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Die vertragszahnärztliche Qualitätsprüfungsrichtlinie (QP-RL-Z) gibt Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfung, also die Grundzüge des Prüfverfahrens, vor. Die Qualitätsbeurteilungsrichtlinie (QB-RL-Z) wiederum legt das konkrete Prüfungsthema fest, sprich die vertragszahnärztliche Leistung, die beurteilt werden soll, sowie die Bewertungskriterien. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) hat zudem eine eigene Qualitätsförderungsrichtlinie erstellt. Sie regelt Detailfragen der Prüfungen und fördert ein bundesweit einheitliches Vorgehen. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind nach dem Gesetz verpflichtet, die Qualität der vertragszahnärztlich erbrachten Leistungen im Einzelfall durch Stichproben zu prüfen.

Welches Ziel verfolgen Qualitätsprüfungen?

Qualitätsprüfungen sind, ebenso wie Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung, keine Erfindung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, sondern Vorgaben des Gesetzgebers an den zahnärztlichen Berufsstand. Die Prüfungen sollen einen Gesamtüberblick über die Qualität der zahnärztlichen Behandlung in Deutschland schaffen und diese langfristig erhalten und verbessern. Qualitätsprüfungen gibt es auch in der Vertragsärzteschaft.

Welche vertragszahnärztlichen Leistungen werden geprüft?

Im G-BA ist die Wahl zunächst auf die „indikationsgerechte Erbringung von Überkappingsmaßnahmen zur Vitalerhaltung der Pulpa zur Förderung einer langfristigen Erhaltung eines therapiebedürftigen Zahnes“ gefallen. Das heißt, es werden derzeit ausschließlich Behandlungsfälle in Augenschein genommen, bei denen die BEMA-Nummer 25 (Cp; indirekte Überkappung der Pulpa) oder die BEMA-Nummer 26 (P; direkte Überkappung der Pulpa) in Verbindung mit mindestens einer dieser Folgeleistungen am selben Zahn abgerechnet wurde: BEMA-Nummer 28 (VitE), 31 (Trep1), 32 (WK), 34 (Med), 35 (WF), 43 (X1), 44 (X2) oder 45 (X3). Weitere zu prüfende Leistungen werden folgen.

Welche Praxen werden geprüft?

Qualitätsprüfungen sind repräsentative Stichprobenprüfungen im Einzelfall. Das heißt: Per Zufallslos werden pro Kalenderjahr drei Prozent der Praxen ermittelt, die bei mindestens zehn Patienten die BEMA-Nummer 25 oder 26 in Verbindung mit einer der oben genannten Folgeleistungen erbracht haben. Anschließend werden bei den ausgewählten Praxen jeweils zehn Behandlungsfälle – ebenfalls per Los – ausgewählt und geprüft. Diese Praxen werden aufgefordert, eine schriftliche und bildliche Dokumentation (Karteikartenauszug, Befund, Röntgenbilder etc.) der zufällig gezogenen Behandlungsfälle an ihre Kassenzahnärztliche Vereinigung zu senden. Ein elektronischer Versand ist möglich, die Unterlagen müssen dann jedoch verschlüsselt übertragen werden.



Foto: eggeegg/shutterstock.com

Wer prüft die Behandlungsfälle?

Das Gesetz verpflichtet die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die Qualitätsprüfungen durchzuführen. Hierfür richten sie Qualitätsgremien ein, denen mindestens drei qualifizierte Zahnärzte angehören. Sie werden von der zuständigen KZV benannt und nehmen ihre Aufgabe unabhängig und weisungsungebunden wahr. Die Krankenkassen dürfen auf eigene Kosten zwei weitere Mitglieder benennen, die aber nicht stimmberechtigt sind.

Was und wie prüft das Qualitätsgremium?

Das Qualitätsgremium sichtet ausschließlich die von den Praxen eingereichten und pseudonymisierten Behandlungsdokumentationen. Die korrekte Indikation einer Überkappung wird anhand sachgerechter Prüfkriterien bewertet, die bundesweit einheitlich in der Qualitätsbeurteilungsrichtlinie festgelegt sind. Dabei wird jeder Behandlungsfall für sich betrachtet; es wird also eine Einzelfallprüfung durchgeführt.

Die Bewertung jedes einzelnen Behandlungsfalls erfolgt in drei Stufen:

- » Keine Auffälligkeiten/Mängel: Die Qualitätskriterien sind erfüllt.
- » Geringe Auffälligkeiten oder Mängel: Die Qualitätskriterien sind nicht vollständig erfüllt.
- » Erhebliche Auffälligkeiten/Mängel: Die Qualitätskriterien sind nicht erfüllt.

Anhand der Einzelfallergebnisse wird eine Gesamtbewertung einer Praxis erstellt. Das Gesamtergebnis wird ebenfalls in den genannten drei Stufen ausgedrückt.

Welches sind die Prüfkriterien?

Die Prüfkriterien umfassen die Anamnese, Aussagen zur Sensibilität, die Bewertung bildlicher Dokumentationen, die Indikation der Cp/P, Aussagen zur Erhaltungswürdigkeit und Erhaltungsfähigkeit des Zahnes sowie zu möglichen Kontraindikationen und Nachkontrollen. Ziel ist es, festzustellen, ob eine korrekte Indikationsstel-

lung zur direkten und indirekten Überkappung vorliegt. Die Qualitätskriterien sind erfüllt, wenn eine weitergehende schriftliche Dokumentation vorhanden ist, die Leistungskette anhand der Dokumentation nachvollziehbar und plausibel ist, eine Aussage der Sensibilitätsprüfung in der gesamten Leistungskette vorliegt, das Ergebnis der Sensibilitätsprüfung vor der Indikatorleistung Cp/P nachvollziehbar und eine Kontraindikation für die Überkappungsmaßnahme weder aus der schriftlichen noch aus eventuell bildlicher Dokumentation für die Indikatorleistung erkennbar ist.

Welche Konsequenzen haben die Prüfungen?

Die überprüften Zahnärzte erhalten einen schriftlichen Bescheid über die Bewertungsergebnisse, selbst wenn keine Auffälligkeiten festgestellt wurden. Identifiziert das Qualitätsgremium bei der Bewertung Auffälligkeiten oder Mängel, leitet die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung gegenüber dem geprüften Zahnarzt qualitätsfördernde Maßnahmen in die Wege. Abhängig vom Grad der Auffälligkeiten reichen diese von schriftlichen Hinweisen, mündlichen Beratungen oder Aufforderungen zur Fortbildung über strukturierte Beratungen oder problembezogene Wiederholungsprüfungen bis hin zur Einleitung von Disziplinarverfahren in sehr schwerwiegenden Fällen. Ferner gibt es eine Bonus-Malus-Regelung. Zahnärzte, bei denen keine Auffälligkeiten festgestellt wurden, werden für die geprüfte Thematik für die vier folgenden Jahre aus der Stichprobe genommen. Das heißt, sie werden in diesem Zeitraum nicht erneut geprüft. Bei kleineren Auffälligkeiten gilt ein Zeitraum von zwei Jahren. Liegen erhebliche Mängel vor, folgt innerhalb von 24 Monaten eine problembezogene Wiederholungsprüfung.

Wie steht es um den Datenschutz?

Datenschutz hat bei der Qualitätsbeurteilung oberste Priorität. Das Qualitätsgremium, das die Dokumentationen sichtet und bewertet, darf keine Rückschlüsse auf den Patienten und den zu überprüfenden Zahnarzt ziehen können. Um dies zu gewährleisten, richtet die Kassenzahnärztliche Vereinigung eine Vertrauensstelle ein. Die sogenannte Gesonderte Stelle nimmt ihre Aufgaben eigenverantwortlich wahr. Um den Datenschutz zu gewährleisten, besteht sie aus zwei unterschiedlichen Stellen. Die erste Stelle ist zuständig für die Stichprobenziehung anhand der Abrechnungsdaten, die Annahme der Dokumentationen und die Pseudonymisierung der praxis- und patientenbezogenen Daten. Die zweite Stelle arbeitet ausschließlich mit den pseudonymisierten Dokumentationen und überprüft diese auf Vollständigkeit und Plausibilität („Datenvalidierung“). Stößt sie auf fehlerhafte oder unvollständige Unterlagen, teilt sie das der ersten Stelle mit, die wiederum die Unterlagen in der Praxis nachfordert.

Grundsätzlich ist die Praxis dafür verantwortlich, ihre einzureichenden Dokumentationen patientenbezogen zu pseudonymisieren. Da dies jedoch ein standardisiertes und technisch wie personell sehr aufwendiges Verfahren ist, kann die Praxis die Gesonderte Stelle damit beauftragen. Ausführliche Hinweise zur Pseudonymisierung ebenso wie ein Antrag für die Gesonderte Stelle erhalten die Praxen mit der Aufforderung zur Einreichung der Dokumentationen. Die praxisbezogene Pseudonymisierung der Unterlagen übernimmt die Gesonderte Stelle, ohne dass die Praxis aktiv werden muss.

Und sonst?

Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, ihre Prüfungsergebnisse an die KZBV zu melden. Die KZBV hat die Daten aus den Ländern wiederum gebündelt an den G-BA weiterzuleiten. Das geschieht in anonymisierter Form.

Weitere Informationen

Abrufbar sind die Richtlinien zur Qualitätsprüfung samt Verfahrensablauf, Prüfkatalog und Bewertungsschema auf der Internetseite der KZV Rheinland-Pfalz unter www.kzvrlp.de – Webcode 0802. ■

Grundzüge der Qualitätsprüfung

Kassenzahnärztliche Vereinigung

Ermittlung aller Praxen, die die Kriterien der Qualitätsbeurteilungsrichtlinie erfüllen



Gesonderte Stelle bei der KZV

Stelle 1: Stichprobenziehung, Korrespondenz mit ausgelosten Praxen, Pseudonymisierung der Zahnarzt- und Patientendaten

Stelle 2: Datenvalidierung



Qualitätsgremium

Prüfung und Beurteilung der eingereichten und pseudonymisierten Patientenfälle/ Dokumentationen (Einzel- und Gesamtbewertung)



Gesonderte Stelle bei der KZV

Stelle 1: Depseudonymisierung der Daten, Bescheidentwurf an KZV, Rücksendung der Dokumentationen



Kassenzahnärztliche Vereinigung

Feststellung des Prüfergebnisses, Entscheidung über eventuelle Maßnahmen, Erteilung des Bescheids, Kontrolle der Umsetzung eventueller Maßnahmen

Was machen eigentlich das Qualitätsgremium und der Satzungsausschuss?

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz lebt von der Mitarbeit ihrer Mitglieder, der Zahnärztinnen und Zahnärzte im Land. Sie bringen ihr individuelles Wissen und ihre Erfahrungen in diversen Gremien und Ausschüssen ein, zum Beispiel im Qualitätsgremium oder im Satzungsausschuss.

Text: Katrin Becker

Wie der Name vermuten lässt, ist das Qualitätsgremium mit dem Thema Qualität in der vertragszahnärztlichen Versorgung betraut, konkret mit der Qualitätsprüfung. Das Gremium sichtet und beurteilt hierzu die von den Zahnarztpraxen eingereichten Behandlungsdokumentationen (vgl. auch Seite 11 in dieser Ausgabe). Ein Qualitätsgremium besteht aus mindestens drei qualifizierten Vertragszahnärztinnen oder -zahnärzten. Sie nehmen ihre Aufgabe unabhängig und weisungsungebunden wahr. In Rheinland-Pfalz besteht das Qualitätsgremium aus drei Teams: Qualitätsgruppe 1 bilden Dr. Boris Brehmer, Florian Dehne und Dr. Jens Vaterrodt. Mitglieder der Qualitätsgruppe 2 sind Dr. Peter Ehmer, Dr. Markus Esch und Dr. Maritta Urschel. Qualitätsgruppe 3 besteht aus Dr. Jonathan Reichert, Dr. Steffen Rode und Dr. Christian Weichert. Sie wurden von der Vertreterversammlung der KZV Rheinland-Pfalz auf Grundlage von § 2 Abs. 3 der Qualitätsprüfungsrichtlinie gewählt.

Satzungsausschuss neu installiert

Die Satzung ist die Grundlage für die Arbeit der KZV Rheinland-Pfalz. Sie ist jedoch nicht in Stein gemeißelt, sondern muss im Laufe der Zeit fortentwickelt und beispielsweise an neue gesetzliche Vorgaben angepasst werden. In der laufenden Amtsperiode hat die KZV Rheinland-Pfalz hierfür erstmals einen Satzungsausschuss eingerichtet. Der Ausschuss bereitet Änderungen und Ergänzungen der Satzung sowie von Bestandteilen der Satzung für die Vertreterver-

sammlung zum Beschluss vor. Er wurde auf Antrag des Vorstandes von der Vertreterversammlung besetzt. Aktuelle Mitglieder sind Dr. Uwe Müller, Dr. Axel Rott, Dr. Ulrike Stern und Dr. Jens Vaterrodt. ■

Facharbeit in Ausschüssen

Die KZV Rheinland-Pfalz erfüllt eine Vielzahl von Aufgaben für die Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte. Das Zusammenwirken mit den gesetzlichen Krankenkassen bei Vertrags- und Honorarverhandlungen, die Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen oder die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung stehen im Vordergrund. Darüber hinaus obliegen ihr Aufgaben, die geräuschlos im Hintergrund laufen, zum Beispiel die Bearbeitung von Beschwerden und Widersprüchen. Für viele dieser Arbeiten hat sie Fachausschüsse gebildet. Darin bearbeiten die ehrenamtlichen Mitglieder gezielt Fragestellungen oder bereiten Entscheidungen der Vertreterversammlung und des Vorstandes vor. Einige Ausschüsse sind gesetzlich oder vertraglich vorgegeben, andere beruhen auf der Satzung der KZV. In loser Reihenfolge stellt KZV aktuell die Ausschüsse vor.

Pfälzischer Zahnärztetag 2023: Verantwortung zeigen ohne staatliche Bevormundung

„Brücken bauen“ war der Appell beim Pfälzischen Zahnärztetag am 17. Juni 2023. Zahlreiche Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen und aus der Politik waren der Einladung aufs Hambacher Schloss gefolgt.

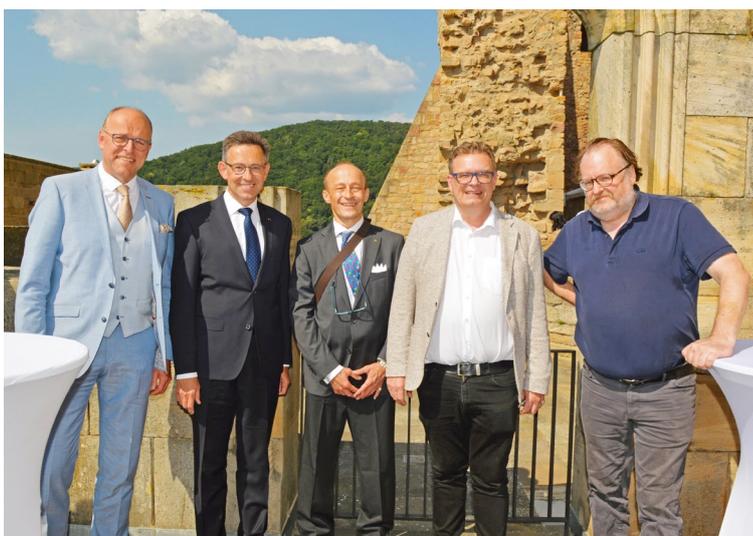
Text: Dr. Stefan Hannen

Hochkarätige Referenten und herrliches Wetter erwiesen sich einmal mehr als verlässliche Konstanten der Veranstaltung, zu der Dr. Michael Orth, Vorsitzender der Bezirkszahnärztekammer (BZK) Pfalz, die rund 300 Gäste begrüßte. „Wir treffen uns hier an einem historischen Datum und an geschichtsträchtiger Stätte“, erinnerte Orth an den blutig niedergeschlagenen Volksaufstand in der DDR vor 70 Jahren und an das Hambacher Fest im Mai 1832. Bürger aus vielen Regionen und unterschiedlichsten Schichten hatten sich damals versammelt und forderten selbstbewusst Volkssouveränität, Freiheit und Gleichheit, forderten ein Ende von staatlicher Gängelung und Unterdrückung. Orth zitierte vor diesem Hintergrund August Be-

bel: „Wer die Vergangenheit nicht kennt, versteht die Gegenwart nicht und kann die Zukunft nicht gestalten.“ Weiter stellte er fest, dass Zahnärztinnen und Zahnärzte heute als selbstbewusste Bürger ihrer Gemeinwohlverpflichtung nachkommen und Gesellschaft mitgestalten. Dazu bedürfe es aber einer redlichen, sachgerechten Politik statt Budgetierung. Zudem müsse der GOZ-Punktwert endlich angepasst werden. „Wir wünschen uns Respekt vor den bewährten Strukturen der Selbstverwaltung, wo wir unsere Expertise ohne staatliche Denkvorschriften einbringen können“, so Orth.

Mehr Vertrauen und Respekt

„Wir stecken fest in einem Teufelskreis aus immer größerem Misstrauen seitens der Politik, immer mehr Kontrollbürokratie und immer geringerer Arbeitszufriedenheit“, konstatierte Dr. Christine Ehrhardt, Vorstandsvorsitzende der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz, in ihrem Statement. Dabei verkörperten gerade die Zahnärztinnen und Zahnärzte als Angehörige eines Freien Berufs Werte, die für das Vertrauen innerhalb der Sozialgemeinschaft von grundlegender Bedeutung seien, so Ehrhardt. Kein noch so feinmaschiges Kontrollsystem könne Vertrauen ersetzen. Um die Kluft zwischen Staat und Bürgern wieder zu verringern, wünschte sie sich von der Politik mehr Respekt vor den existierenden Instrumenten der sozialen und gemeinsamen Selbstverwaltung sowie die Bereitschaft zum ehrlichen, wertschätzenden Dialog. An die Kollegenschaft gerichtet appellierte Ehrhardt, den eigenen Fähigkeiten zu vertrauen, auf die



Organisatoren und Referenten des Pfälzischen Zahnärztetages (v. l.):
Prof. Dr. Dr. Henning Schliephake, Dr. Michael Orth, Dr. Jürgen Simonis,
Prof. Dr. Christoph Benz und Jürgen Kaube
Fotos: BZK Pfalz

verbindenden Werte der Gemeinschaft zu setzen und die Daseinsvorsorge in Deutschland mitzugestalten und mitzuverantworten. Ehrhardt: „Dieses Land braucht Ihr Können, aber es lebt von Ihrer Bereitschaft, sich in den Dienst unserer Gesellschaft zu stellen.“

Prof. Dr. Christoph Benz, Präsident der Bundeszahnärztekammer, fragte in seinem standespolitischen Vortrag pointiert und unterhaltsam: „Steht die zahnmedizinische Versorgung vor dem Umbruch?“ In der Parodontologie und der Zahnmedizin in der Pflege sah er wichtige Tätigkeitsfelder der Zahnmedizin der Zukunft. Sinnvolle Ergänzungen des Behandlungsspektrums könnten beispielsweise die Ernährungs-, Schlaf- oder bariatrische Zahnmedizin sein. Unverändert rät er dem beruflichen Nachwuchs zur Niederlassung in eigener Praxis, gerade auf dem Land. „Wir brauchen weniger Gier und mehr Menschlichkeit im Gesundheitssystem“, forderte Benz mit Blick auf die zunehmenden Aktivitäten von Finanzinvestoren.

Gespaltene Gesellschaft?

Alle zwei Jahre ist das Hambacher Schloss Schauplatz des Pfälzischen Zahnärztetages von BZK Pfalz und KZV Rheinland-Pfalz. Die Zahnärzteschaft diskutiert neben zahnärztlichen Positionen auch gesellschaftskritische Themen. Festredner in diesem Jahr war Jürgen Kaube, Journalist und Mitherausgeber der Frankfurter Allgemeinen Zeitung. Ost gegen West, die Jungen gegen die Boomer, Arm gegen Reich, die Klimakleber gegen den Rest. Bilder von Rissen und Gräben innerhalb der Gesellschaft prägen seit geraumer Zeit die politische und mediale Debatte. Doch entspricht dieses Bild der Wirklichkeit? Auf den ersten Blick erschien dies so, sagte Kaube, und eine demokratische Gesellschaftsform begünstige den Streit. Der Vergleich mit Ländern wie den Vereinigten Staaten, Nordirland oder Israel lasse allerdings zögern. So gebe es in Deutschland keine zwei in sich geschlossenen Lager mit eigener politischer Vertretung oder eigener Rechtsprechung. „Die Konflikte, die wir haben, sind normaler als wir denken. Sie nehmen nicht die Form von Bürgerkriegen an, sondern die von Talkshows“, so Kaube. Gleichwohl hätten



Massenmedien ein Interesse daran, offene Fragen herausfordernd zu diskutieren, da sich das Publikum dafür interessiere und jeder eine eigene Meinung finden müsse. So würden in Talkshows oft Themen von „Unbetroffenen und Ahnungslosen“ diskutiert, „als ginge es um die letzten Dinge“. Aber eine gespaltene Gesellschaft haben wir nicht, resümierte Kaube.

In seinem wissenschaftlichen Vortrag betrachtete Prof. Dr. Dr. Henning Schliephake, Direktor der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie an der Universität Göttingen, neue Technologien in der Chirurgie. Es war ein wahrer Parforceritt, mit dem er die spannenden Entwicklungen der letzten Jahre bei Biologica, bei CAD/CAM und auf dem Gebiet der Künstlichen Intelligenz darstellte. „Aber ist jeder signifikante Präzisionsgewinn auch klinisch relevant?“, fragte er in diesem Zusammenhang kritisch. Hier sei zu manchen Fragestellungen weitere Forschung nötig.

Zum Abschluss dieser gelungenen Veranstaltung luden BZK Pfalz und KZV Rheinland-Pfalz zum „Pfalztreff“ ein, wo in zwangloser Atmosphäre Gehörtes diskutiert und Kontakte gepflegt werden konnten. ■

Ästhetische Analyse für Komposite im Frontzahnbereich

In der Kompositschichttechnik geübte Behandler sind in der Lage, Frontzahndefekte auch bei Patienten mit höchsten Ansprüchen ohne ästhetische Kompromisse zu versorgen. Um mit direkten Kompositrestaurationen vorhersagbar erfolgreiche Ergebnisse zu erzielen, die sich durch eine perfekte optische Integration in die umgebende Zahnhartsubstanz auszeichnen, ist zu Beginn eine profunde ästhetische Analyse der zu restaurierenden Zähne erforderlich, um anschließend mit Kompositmassen in verschiedenen Farben und Transluzenzabstufungen die direkte Restauration korrekt umzusetzen.

Text: Prof. Dr. Jürgen Manhart, München

Bei Zahnbehandlungen im Frontzahnbereich spielt das ästhetische Resultat neben funktionellen Belangen eine dominante Rolle. Während für die Behandler beide Aspekte von großer Bedeutung sind, konzentrieren sich die meisten betroffenen Patienten vor allem auf das perfekte Aussehen der Restaurationen. Eine große Anzahl der Patienten hat heutzutage erfreulicherweise ein ausgeprägtes Zahnbewusstsein entwickelt und ist mittlerweile immer öfter auch bereit, für ein attraktives Lächeln entsprechende finanzielle Aufwendungen zu tragen.

Mit direkten Kompositrestaurationen kann man heute - von minimalinvasiven Defektversorgungen über kavitätenlose Zahnumformungen bis hin zu umfangreichen Frontzahnaufbauten, welche oft einen Großteil des Kronenvolumens eines Zahnes ersetzen - ein breites Indikationsspektrum abdecken^[1-4]. Bei korrekter Anwendung des Adhäsivprotokolls und mit entsprechender Übung in der polychromatischen Schichttechnik können direkte Kompositrestaurationen heutzutage in vielen Fällen mit den ästhetischen Ergebnissen laborgefertigter Vollkeramikrestaurationen konkurrieren und gewährleisten gleichzeitig einen minimalinvasiven Umgang mit gesunder natürlicher Zahnhartsubstanz^[2, 5, 6].

Bis auf wenige Ausnahmen, wie zum Beispiel eine Notversorgung nach Trauma (Abb. 1a und b) oder bei einer akuten Schmerztherapie, können

Kompositrestaurationen im Frontzahnbereich geplant terminiert werden. Dabei sollte ein ausreichendes Zeitvolumen für die Behandlung berücksichtigt werden, um die Restaurationen in Ruhe optimal ausführen zu können, denn ästhetisch mangelhafte Frontzähne bzw. Frontzahnrestaurationen sind für die meisten Patienten eine deutliche Belastung^[7, 8].

Eine Woche vor dem Behandlungstermin für die Anfertigung der Kompositrestauration sollte eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt werden, einerseits zur Entfernung extrinsischer Zahnverfärbungen, welche die exakte Bestimmung der Zahnfarbe stören würden, und andererseits zur Sicherstellung einer entzündungsfreien Gingivasituation.

Ästhetische Analyse und Informationen zur Farbauswahl

Zu Beginn der Behandlungssitzung wird als erste Maßnahme eine sorgfältige, umfassende ästhetische Analyse des Zahnes, mit genauer Charakterisierung der lichteptischen Eigenschaften und seiner internen und externen (Zahnoberfläche) morphologischen und strukturellen Merkmale, durchgeführt^[9]. Die gesamte ästhetische Analyse wird unter standardisierten Lichtbedingungen am feuchten, nicht ausgetrockneten Zahn, vor dem Anlegen des Kofferdams und möglichst unter Ausschaltung starker Farbkontraste (zum Beispiel Lippenstift entfernen oder bunte, intensiv



Abb. 1a: Zustand nach komplizierter Kronenfraktur mit Eröffnung der Pulpa. | Abb. 1b: Die Erstversorgung vor der notwendigen endodontischen Therapie wurde mit einem einfarbigen Kompositaufbau durchgeführt. Nach deren Abschluss erfolgte die definitive Restauration des Zahnes.



Abb. 2: Ästhetische Komplexität, die sich in den Oberkieferschneidezähnen einer jungen Patientin dokumentiert. Im Falle der Notwendigkeit einer Restauration müssen die ganzen Details analysiert und in diese Versorgung integriert werden. Nur dann erhält man eine natürlich wirkende Restauration. | Abb. 3: In den Schneidezähnen sind Mamelons durch die transluzenten Inzisalkanten des Zahnschmelzes als räumliche Struktureinheiten des Dentins zu erkennen.

gefärbte Kleidung mit einem neutralen Patienten umhang abdecken) ausgeführt^[9-17]. Neben der Zahnfarbbestimmung, inklusive der Verteilung unterschiedlicher Farbareale über die zu restaurierende Oberfläche, werden dabei weitere für den ästhetischen Erfolg der Restauration wichtige Parameter erhoben^[18, 19]. Dazu zählen die korrekte Analyse der transluzenten Bereiche (Schneidekante, eventuell proximale Schmelzanteile) und der opaken Areale des zu restaurierenden Zahnes (Abb. 2) sowie deren Dimensionen ebenso wie die Feststellung, ob Dentinmamelons durch die Schmelzschicht hindurch sichtbar sind (Abb. 3) oder ob ein Halo-Effekt (Abb. 2) entlang der Inzisalkante vorliegt^[20, 21]. Bei der Analyse werden auch sichtbare Abnutzungsspuren des Zahnes berücksichtigt, wie zum Beispiel freiliegendes verfärbtes Dentin an der Inzisalkante (Abb. 4a und b). Auch individuelle Charakteristika, wie Schmelzrisse und die Intensität von deren Verfärbung (Abb. 5a bis c) oder weiße Entkalkungs- bzw. Fluoroseflecken (White Spots) (Abb. 6a bis f) und deren Verteilungsmuster auf der Labialfläche, werden notiert^[11]. Abschließend werden die Ausprägung bzw. die In-

tensität der Oberflächentextur, wie vertikale Längsrillen und horizontal verlaufende Perikymatien^[22-25] (Abb. 7a bis d), und der Glanzgrad der Zahnoberfläche ermittelt. Im Prinzip erfolgt bei der ästhetischen Analyse durch den Behandler bereits eine „virtuelle Schichtung“ mit Bestimmung der für die spätere Restauration notwendigen Dentin- und Schmelzmassen und gegebenenfalls zusätzlich nötigen Malfarben (Abb. 8a bis c; Abb. 9a bis l)^[26].

Vorzugsweise fertigt man von der ästhetischen Analyse des Zahnes eine Skizze an, analog dem Vorgehen der meisten Zahntechniker, in der die einzelnen während der Begutachtung erhobenen Details – wie zum Beispiel die Form der Dentinmamelons, die Breite der inzisalen Transluzenz, die Anwesenheit eines Halo-Effekts und von White Spots oder Schmelzrisse, die proximale Ausdehnung des Schmelzmantels etc. – in Position, Dimension und Ausprägung genau vermerkt werden (Abb. 10)^[10, 11, 15, 27-32]. Beim anschließenden Aufbau des Zahnes mit Komposit stehen dann die notwendigen Informationen, an welchen Stellen etwa opakere bzw. translu-



Abb. 4a: An den Unterkieferschneidezähnen eines älteren Patienten sind deutliche Verschleißspuren erkennbar. Der Schmelz der Inzisalkanten ist nahezu komplett abradier und das Dentin ist bereits deutlich exponiert und braun verfärbt. Oral zeigen die dünnen Schmelzlamellen bereits erste Ausbrüche. | Abb. 4b: Aus der inzisalen Ansicht kann man deutlich erkennen, dass sich aufgrund der geringeren Verschleißbeständigkeit des Dentins im Vergleich zum Schmelz leichte Vertiefungen im Zentrum der Inzisalkanten gebildet haben.



Abb. 5a: Oberkieferschneidezähne eines älteren Patienten. Bei genauer Betrachtung erkennt man feine, leicht hellbraun pigmentierte, vertikal verlaufende Schmelzrisse. | Abb. 5b: Oberkieferschneidezähne einer älteren Patientin. An Zahn 11 erkennt man einen dunkelbraun pigmentierten Schmelzriss, an Zahn 21 verläuft ein noch nicht infiltrierter, unverfärbter Riss im Zahnschmelz. | Abb. 5c: Oberkieferschneidezähne eines älteren Patienten. An Zahn 21 erkennt man einen kräftigen Schmelzriss, der nicht über den kompletten labialen Verlauf intensiv dunkelbraun infiltriert ist.



Abb. 6a: Singulärer White Spot auf der Labialfläche von Zahn 13. | Abb. 6b: Generalisiert wolkig-diffus angeordnete weißliche Schmelzverfärbungen in den labial-inzisalen Kronenhälften der Oberkieferschneidezähne. | Abb. 6c: Die mittleren Schneidezähne weisen wolkig-diffus angeordnete weißliche Schmelzverfärbungen in den labial-inzisalen Kronenhälften auf. Trotz der geringen Defektgröße an Zahn 11 muss zusätzlich zum Komposit eine weiße Malfarbe eingesetzt werden, um eine natürlich wirkende Restauration zu erhalten.

zentere Kompositmassen in entsprechenden Schichtstärken^[33] eingesetzt werden müssen oder eventuell individuelle Charakterisierungen angebracht werden sollen, sofort verlässlich zur Verfügung.

Um ein verlässliches Ergebnis zu erzielen, ist es wichtig, dass die ästhetische Analyse der Frontzähne bei leicht geöffneten Zahnreihen durchgeführt wird, sodass der zu betrachtende Zahn komplett frei vor dem Hintergrund der dunklen Mundhöhle steht (Abb. 11a und b). Bei geschlossenen Zahnreihen würden viele optische Effekte der Oberkieferschneidezähne durch die dahinter

befindlichen Unterkieferinzisivi maskiert werden und wären somit, wenn überhaupt, nur schwer zu identifizieren.

Bestimmung und Verifizierung der Zahnfarbe

Die Bestimmung der exakten Zahnfarbe gehört zu den anspruchsvollsten Aufgaben in der ästhetischen Zahnheilkunde^[16, 34-37]. Für eine korrekte Farbanalyse ist es hilfreich, über die theoretischen und physikalischen Grundlagen der Farblehre Bescheid zu wissen, um sich die Umgebungsbedingungen, unter denen die Farbe aus-



Abb. 6d: An Zahn 22 erkennt man zervikal von einem punktförmigen White Spot mehrere dünne horizontalbandenförmig verlaufende weißliche Schmelzverfärbungen. | Abb. 6e: Die beiden mittleren oberen Inzisivi zeigen im zervikalen Drittel breite bandenförmige, weißliche Verfärbungen im Schmelz. | Abb. 6f: An Zahn 11 erkennt man einen mittelgroßen White Spot mit diffuser, ungleichmäßig verlaufender hellbrauner Umrandung.



Abb. 7a: Die Labialflächen der Oberkieferschneidezähne sind spiegelglatt, es sind keine Anzeichen von Oberflächentextur mehr erkennbar. | Abb. 7b: Die Labialflächen dieser mittleren Oberkieferschneidezähne weisen eine Oberflächentextur mit deutlichen Längsrillen auf, horizontale Perikymatien sind nicht zu erkennen.



Abb. 7c: Der jugendliche mittlere Schneidezahn zeigt in seiner Oberflächentextur ein deutliches Muster an gleichmäßigen, horizontal verlaufenden Perikymatien. Die flachen Rillen sind noch nicht durch Verschleißmechanismen abgeschwächt. | Abb. 7d: Die beiden mittleren Schneidezähne weisen eine sehr kräftige Oberflächentextur auf. Es dominieren vertikale Längsfurchen, die deutlich erkennbaren Perikymatien sind durch Verschleißprozesse teilweise schon abgeflacht.

gesucht wird, optimal einzurichten und Fehler in der Durchführung möglichst zu vermeiden. Dieser Schritt entscheidet am Ende oft über Akzeptanz oder Ablehnung der Restauration durch den Patienten. Bei Letzterem droht eine Neuankündigung oder zumindest eine Überarbeitung der Restauration und neben dem möglichen Vertrauensverlust des Patienten wäre über den zusätzlichen Zeit- und Materialaufwand auch die wirtschaftliche Kalkulation des Zahnarztes ruiniert.

Bei der Zahnfarbbestimmung werden mithilfe von Mustern eines Farbschlüssels die notwendigen Dentin- und Schmelzfarben durch Vergleich

mit der Zahnhartsubstanz bestimmt (Abb. 12). Die Dentinfarbe wird im Zervikalbereich des betroffenen Zahnes ausgesucht, da der Zahnschmelz hier dünn ausläuft und die Farbe des natürlichen Dentins so am besten - mit nur minimaler Beeinflussung durch den darüber befindlichen, mehr transluzenten Schmelz - beurteilt werden kann^[9, 11, 20, 31, 38-40]. Der Farbton und das Chroma des Zahnes werden überwiegend durch die Eigenschaften des Dentins bestimmt^[41, 42]. Der Zahnschmelz wirkt wie ein darüber liegender Filter und moduliert das vom Dentin reflektierte Licht in Abhängigkeit von seiner jeweiligen Schichtstärke und seiner Transluzenz („Milchglas-Effekt“)^[40, 42]. Die Schmelzfarbe wird bei ju-



Abb. 8a: Die mittleren Schneidezähne zeigen im inzisalen Drittel eine hohe Transluzenz und unter dem Schmelz ocker- bzw. goldfarbene Charakterisierungen an den Mamelons. Im Fall der Notwendigkeit einer Restauration mit Komposit müssten derartige Areale durch vorsichtigen Einsatz von Malfarben simuliert werden. | Abb. 8b: Die mittleren und seitlichen Schneidezähne zeigen direkt an der Inzisalkante eine bandenförmige Zone weißer Verfärbung. Bei beiden zentralen Inzisivi erkennt man unter dem transluzenten bläulich opaleszierenden Schmelz ocker-goldfarbene Charakterisierungen der Dentinmamelons. | Abb. 8c: Die Oberkieferschneidezähne haben einen eher opaken Schmelzmantel, der von wolkig-diffusen weißen Verfärbungen durchsetzt ist. Speziell an Zahn 21 erkennt man auch braun pigmentierte, flächige Charakterisierungen des Schmelzes.



Abb. 9a: Ausgangssituation: Insignifizierte Zahnhalsfüllungen an beiden linken Schneidezähnen. | Abb. 9b: Überprüfung der ausgewählten Zahnfarbe mit polymerisierten Kompositpröbchen auf der Zahnoberfläche. Man erkennt einen vertikalen Schmelzriss an Zahn 21. | Abb. 9c: Nach Entfernung der alten Füllungen und der Exkavation erfolgt die Anstrahlung der inzisalen Kavitätenränder mit einem Finierdiamanten.



Abb. 9d: Konditionierung beider Kavitäten mit Phosphorsäure. | Abb. 9e: Sorgfältiges Auftragen des Adhäsivsystems. | Abb. 9f: Die tiefere Kavität im zentralen Schneidezahn ist mit einem ersten Kompositinkrement gefüllt.



Abb. 9g: Beide Kavitäten sind komplett bis zur Zahnoberfläche mit Komposit gefüllt. In das noch nicht polymerisierte Komposit an Zahn 21 wird mit einem dünnen Endinstrument vorsichtig braune Malfarbe appliziert, um den Schmelzriss in der natürlichen Zahnhartsubstanz in der Füllung fortzusetzen. | Abb. 9h: Die Furche, in welche die Malfarbe eingebracht wurde, wird geschlossen. | Abb. 9i: Lichtpolymerisation der Füllungen.



Abb. 9j: Das Komposit wurde annähernd überschussfrei appliziert. | Abb. 9k: Ausarbeitung und Politur. | Abb. 9l: Fertige Restaurationen nach dem Ausarbeiten und Polieren. In Zahn 21 steigert die Fortführung des natürlichen Schmelzrisses mit Malfarbe im Komposit die Natürlichkeit der Füllung.



Abb. 10: Skizze des Ergebnisses der ästhetischen Analyse („Road Map“). Darin befinden sich alle Details der Verteilung der Zahnfarbe und zusätzlicher individueller Charakteristika, die der Behandler für die Anfertigung einer täuschend natürlich wirkenden direkten Kompositrestauration benötigt. | Abb. 11a + b: Die ästhetische Analyse der Frontzähne soll bei leicht geöffneten Zahnreihen durchgeführt werden, anderenfalls sind viele optische Effekte der Oberkieferschneidezähne durch die dahinter befindlichen Unterkieferinzisivi maskiert und somit nur schwer zu identifizieren.

gendlichen Zähnen bzw. bei Zähnen ohne deutliche inzisale Abrasionseffekte im Bereich der Schneidekante evaluiert. In diesen Bereichen kann der natürliche Zahnschmelz ohne Beeinflussung durch darunter liegendes lichtopakes Dentin bewertet werden. Anderenfalls versucht man, die Schmelzfarbe an approximalen Schmelzarealen des betroffenen Zahnes zu ermitteln. Durch eine unterschiedlich intensiv ausgeprägte Oberflächentextur wird ein weiterer Parameter in die dentale ästhetische Analyse eingeführt. Eine stark texturierte, raue Oberfläche generiert einen höheren Anteil an diffuser Reflexion (Streuung) des einfallenden Lichts, während eine glatte Oberfläche eine geringere Streuung und mehr gerichtete (spiegelnde) Reflexion verursacht; dadurch ändert sich jeweils der Helligkeitswert des Zahnes^[20, 41].

Zur Absicherung empfiehlt es sich, die Farbauswahl durch das Auftragen kleiner Materialproben der zu verwendenden verschiedenen Kompositmassen auf der nicht ausgetrockneten und nicht adhäsiv vorbehandelten Zahnhartsubstanz zu verifizieren^[43]. Dabei wird die Dentinkompositmasse im Zahnhalsbereich aufgetragen und die verschiedenen infrage kommenden Schmelzmassen werden im Bereich der Inzisalkante appliziert. Die Kompositproben müssen für einen aussagekräftigen optischen Vergleich für die vom jeweiligen Hersteller vorgegebene Zeit lichtpolymerisiert werden. Erst durch die ausreichende Belichtung wird der in den meisten Kompositen enthaltene Photoinitiator Kampferchinon, der eine intensive gelbe Eigenfarbe aufweist, größtenteils verbraucht und in ein farbloses Reaktionsprodukt umgewandelt („Photobleach“)^[44-49]. Obwohl der Lichtinitiator nur zu einem sehr geringen Prozentanteil (0,03-0,1 Gew.-%) im Kompositwerkstoff

vorhanden ist^[46, 49], wirkt sich dies besonders bei transluzenten hellen Kompositmassen, vor allem bei Schmelz- und Transluzenzfarben, die im unpolymerisierten Zustand eine leichte Gelbtönung aufweisen, durch einen wahrnehmbaren Farbumschlag der Kompositmasse nach der Photopolymerisation aus^[50, 51]. Bei opaken und dunklen Dentinkompositmassen fällt dieser Effekt vernachlässigbar aus. Gleichzeitig nähert sich mit fortschreitender Polymerisation der Brechungsindex der organischen Matrix dem Brechungsindex der Füllkörper an, was sich in einer Zunahme der Transluzenz im ausgehärteten Kompositwerkstoff zeigt^[20, 47]. Nach der Polymerisation der auf die Zahnoberfläche aufgetragenen Kompositproben werden deren optische Eigenschaften mit der umgebenden Zahnhartsubstanz auf Übereinstimmung hinsichtlich Farbton und Transluzenzgrad abgeglichen (Abb. 13). Zu diesem Zeitpunkt kann problemlos noch eine Korrektur durch Austausch einer optisch nicht optimal passenden Probe gegen eine besser passende Kompositmasse vorgenommen werden. Durch diesen individuellen Verifizierungsvorgang, der nur eine sehr kurze Zeit beansprucht, wird sichergestellt, dass für die nachfolgende polychromatische Schichtung der Restauration am Zahn die optimal passenden Farben der Dentin- und Schmelzkompositmassen verwendet werden. Dadurch lassen sich zeitintensive Nacharbeiten oder gar Neuanfertigungen aufgrund ästhetischer Reklamationen durch enttäuschte Patienten so gut wie in allen Fällen vermeiden.

Mitunter wird in der Literatur auch die Anfertigung eines darüber hinausgehenden Probeaufbaus der kompletten Restauration („Color Mock-up“) empfohlen, um die Farbschichtung zu üben und das Ergebnis zu visualisieren^[5, 27, 30, 52]. Neben der Farb-



Abb. 12: Zahnfarbestimmung mit Mustern eines Farbschlüssels. Die Dentinfarbe wird im Zervikalbereich ausgesucht, die Farbe des Schmelzes an der transluzenten Inzisalkante oder im Bereich der approximalen Schmelzareale. | Abb. 13: Verifikation der ausgewählten Kompositfarben durch Proben von Schmelz- und Dentinmasse, die auf den entsprechenden Bereichen der nicht ausgetrockneten und nicht adhäsiv vorbehandelten Zahnoberfläche positioniert und polymerisiert wurden.

verifikation kann mit diesem Vorgehen auch gleich die Genauigkeit der Schichtung überprüft werden und notwendige Korrekturen der Schichtstärken der einzelnen Massen können vor Durchführung der definitiven Versorgung identifiziert werden. Die für die Herstellung des Color Mock-ups benötigte Zeit wird mit etwa 15 Minuten angegeben. Diese sollen sich in der endgültigen Schichtung der definitiven Restauration wieder auszahlen, insbesondere dann, wenn dadurch aufwendige Nacharbeiten oder Neuanfertigungen ästhetisch mangelhafter Restaurationen vermieden werden können^[27,30].

Ergänzend soll noch erwähnt werden, dass im Einzelfall für die Planung komplexerer Kompositrestaurationen auch die digitale Fotografie hilfreich eingesetzt werden kann^[16,53-58]. Am Computerbildschirm können dann einzelne Punkte der ästhetischen Analyse, wie zum Beispiel Details der Farbverteilung oder Aspekte der Oberflächenmorphologie, detaillierter analysiert und kartografiert werden. Durch den Einsatz von Kreuzpolarisationsfiltern erhält man blendfreie Abbildungen des Zahnes, indem Spiegelreflexionen der Zahnoberfläche effektiv herausgefiltert werden^[56, 59-61]. Das Verfahren ermöglicht es, oberflächliche und oberflächennahe Strukturen durch einen nicht-invasiven Kontrastmechanismus sichtbar zu machen und den Zahn durch Elimination der Oberflächenhelligkeit farbkontrastreich darzustellen (Abb. 14a und b). Bei gleichzeitiger Präsenz eines Farbauswahlstäbchens auf dem Bild können objektive Farbmessungen bzw. Vergleiche durchgeführt werden^[60, 61]. Dieses Vorgehen wird mittlerweile von vielen Zahntechnikern für die Unterstützung der keramischen Schichtung laborgefertigter Restaurationen eingesetzt, es erweist sich aber auch als

hilfreich für die Planung der direkten Schichtung mit modernen ästhetischen Kompositen. Um deren optische Integration in der restaurativen Nachbildung des Zahnes zu optimieren, ist es unabdingbar, dass der Behandler über gründliche Kenntnisse der koronalen Strukturelemente Schmelz und Dentin, die Schmelz-Dentin-Grenze und deren dreidimensionale Struktur verfügt^[62].

Gewöhnungsprozess bei einem neuen Kompositsystem

Entscheidet sich ein Zahnarzt, ein neues Kompositsystem zu verwenden, welches verschiedenfarbige Massen unterschiedlicher Opazität bzw. Transluzenz beinhaltet, so kann speziell im ästhetisch relevanten Frontzahnbereich die Gewöhnungsphase daran – abhängig vom individuellen Talent – mitunter langwierig und von Frustration begleitet sein. Die mit dem alten Kompositsystem über Jahre antrainierten Mechanismen greifen plötzlich nicht mehr und die ersten Füllungen sind oft, euphemistisch formuliert, „ausbaufähig“, was die optischen Eigenschaften betrifft. Auch in diesen Fällen zeigt die zuvor beschriebene Methode der Farbverifikation der Schmelz- und Dentinkompositmassen mit den individuell angefertigten Proben auf der zu restaurierenden Zahnoberfläche ihre Vorteile, indem der Behandler danach sicher sein kann, dass die Auswahl der Farben innerhalb der einzelnen Transluzenzstufen Schmelz und Dentin korrekt ist. Neben der korrekten Auswahl der Grundfarbe des Zahnes und den zu deren Reproduktion ausgewählten Kompositmassen hängt der optische Eindruck der fertig geschichteten Restauration vor allem vom richtigen Verhältnis der Schichtdicken und der Interaktion der unterschiedlich opaken (Dentinmassen) bzw. transluzenten

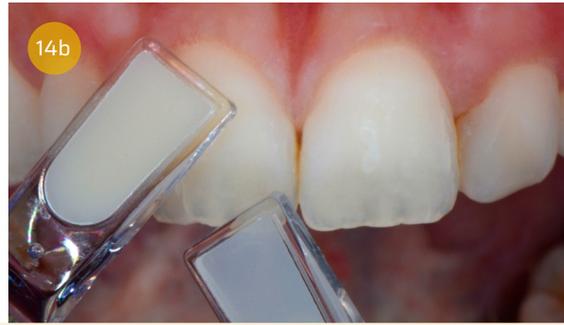


Abb. 14a: Farbauswahl mit Referenzproben aus dem Farbschlüssel eines Ästhetikkompositsystems. Zervikal ist das Muster für die Dentinfarbe und inzisal ist das Muster für den Schmelz positioniert. | Abb. 14b: Ein digitales Foto, das mit einem Polfilter angefertigt wurde, ist frei von störenden Spiegelreflexionen und erlaubt einen detaillierten Vergleich der Referenzmuster mit den Zahnfarben.

(Schmelzkomposit) Kompositmassen ab^[20, 21, 63-66]. Der korrekten dreidimensionalen Schichttechnik mit den unterschiedlichen Kompositmassen kommt somit eine mindestens ebenso hohe Bedeutung zu wie der korrekten Farbanalyse. In der Gewissheit der richtig ausgewählten Farben von Schmelz- und Dentinmassen kann man nun relativ schnell und strukturiert den Eingewöhnungsprozess an ein neues Kompositsystem mit steiler Lernkurve durchlaufen, da bei einer optisch nicht passenden Kompositrestauration lediglich eine Variable, in diesem Fall das Schichtdickenverhältnis von Schmelz- und Dentinmassen, variiert werden muss (Abb. 15). Der Behandler muss somit bei einer ästhetisch misslungenen Kompositschichtung nicht rätseln, ob die mangelhafte Optik der Restauration aus einer falschen Auswahl der Grundfarben, aus einer fehlerhaften Schichtung oder aus gleichzeitigen Fehlern in Farbwahl und Schichtung - und der Unsicherheit, welcher Fehler sich wie stark auswirkt - resultiert. Eine Fehleranalyse ist dann relativ einfach: Ist die Kompositrestauration bei korrekter Auswahl der Grundmassen am Ende zu graustichig vor der dunklen Mundhöhle, d. h., ist der Helligkeitswert zu niedrig, so wurde mit zu viel transluzenter Schmelzmasse gearbeitet und der dunkle Hintergrund der Mundhöhle kann nicht ausreichend ausgeblendet werden (Abb. 16a bis c). Hat die Kompositrestauration zu viel Chroma, dann ist die finale labiale Schmelzschicht im Regelfall zu dünn appliziert worden. Da man somit nur an der einzelnen Variable „Schichtstärkenverhältnis“ eine Veränderung vornehmen muss (iteratives Vorgehen), um das Ergebnis zu optimieren, sollte die Voraussagefähigkeit an die ästhetisch-optischen Effekte eines neuen Kompositmaterials deutlich verbessert und somit auch die Gewöhnung vonseiten des Behandlers an den Werkstoff einfacher sein.

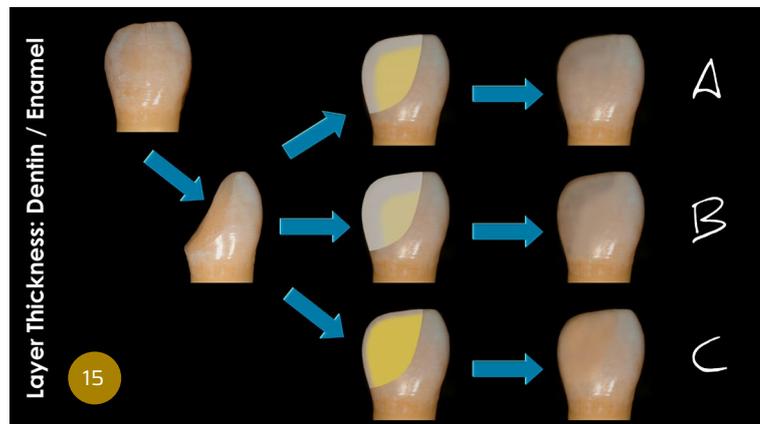


Abb. 15: Simulation des Einflusses unterschiedlicher Dicken der Schmelzkompositmasse bei einem Zweittransluzenzkomposit, das in anatoformer Schichtung verarbeitet werden sollte.

- A: korrekte anatoforme Schichtung > das ästhetische Resultat ist korrekt
- B: Schmelzmasse viel zu dick geschichtet > die Füllung wird zu transluzent und erscheint vor dem schwarzen Hintergrund (Mundhöhle) graustichig
- C: Schmelzmasse viel zu dünn geschichtet > die Füllung ist zu chromatisch und wirkt wegen des zu weit extendierten Dentinkerns zu opak

Manche Autoren empfehlen die Herstellung eines eigenen Farbschlüssels für das verwendete Kompositsystem, da die Farbmuster vieler Hersteller nicht aus dem eigentlichen Füllungsmaterial bestehen^[5, 15, 27, 34, 40, 52, 63, 67]. Daher können bei betroffenen Kompositsystemen die wahre Farbe, Transluzenz oder Opazität des Füllungskomposits nicht wirklich zweifelsfrei mit den Herstellerfarbschlüsseln reproduziert werden. Da es aber zu geringen Schwankungen der Farben zwischen verschiedenen Chargen desselben Komposits kommen kann, müsste somit auch der eigene Farbschlüssel mit jeder Charge neu angefertigt werden^[27]. Dieser Aufwand ist für die normale Praxis nicht nachvollziehbar und auch hoch spezialisierte Kompositartisten unter den Zahnärzten können durch das zuvor beschriebene Vorgehen der individuellen



Abb. 16a: Ästhetisch unbefriedigende Kompositrestaurationen. Neben der Form stört vor allem der graustichige Eindruck. Es wurde anscheinend nur mit Schmelzmasse gearbeitet, somit ist die Transluzenz viel zu hoch und der Helligkeitswert sinkt ab. | Abb. 16b: Ästhetisch unbefriedigende Kompositrestauration an Zahn 21. Die Restauration wirkt sehr graustichig durch Fehler in der Schichtung. | Abb. 16c: Ästhetisch unbefriedigende Kompositrestaurationen an beiden zentralen Schneidezähnen. An Zahn 21 stört der graustichige Eindruck. Es wurde anscheinend nur mit Schmelzmasse gearbeitet. An Zahn 11 wirkt die Kompositrestauration im inzisalen Drittel zu chromatisch.

Verifizierung mit am Zahn gehärteten Kompositpröbchen, nach Vorauswahl mit dem Systemfarb-schlüssel, die Farbbestimmung effizient und hoch-verlässlich durchführen. Da die Kompositpröbchen immer aus der aktuell verwendeten Spritze oder Kompule entnommen werden, entfällt auch das Problem der Chargenschwankungen.

Zeitpunkt für die Farbbestimmung und ästhetische Analyse

Die Durchführung der Farbanalyse natürlicher Zähne zum richtigen Zeitpunkt ist einer der entscheidendsten Aspekte für deren erfolgreichen Abschluss. Bei einer Dehydratation des Zahnes, zum Beispiel durch Druckluft aus der Multifunktions-spritze, Kofferdamapplikation, eine Präparationsabformung oder Mundatmung, wird das Wasser in den Mikroporen um die Prismen des Schmelzes reversibel durch Luft ersetzt, wodurch sich der Brechungsindex verändert und die Schmelzoberfläche in Abhängigkeit vom Austrocknungsgrad zunehmend opaker und durch erhöhte Lichtreflexion weißlich-heller erscheint (Abb. 17a)^[9, 12, 14, 42, 68-73]. Dadurch wäre eine korrekte Farbauswahl und Analyse der opaken bzw. transluzenten Zahnbereiche in derselben Behandlungssitzung nicht mehr möglich^[12]. Durch die verminderte Transluzenz des ausgetrockneten Zahnschmelzes und die stärkere Reflexion wird die Farbe des darunter liegenden Dentins maskiert, wodurch der Zahn heller erscheint^[9, 14]. Brodbelt stellte schon nach einer nur zehnssekündigen Exposition menschlichen Zahnschmelzes gegenüber ölfreier Druckluft einen Abfall der relativen Transluzenz auf 82 Prozent des Wertes feuchten Schmelzes fest. Die Isolierung des Zahnes mit Kofferdam oder länger andauernde Behandlungen würden sogar noch eine stärkere Dehydratation verursachen und somit die Transluzenz weiter reduzieren^[72]. Diese Abnahme der Transluzenz er-

klärt sich aus einem erhöhten Unterschied der Brechungsindizes zwischen den Schmelzprismen und dem umgebenden Medium, wenn Wasser in den Mikroporen durch Luft ersetzt wird^[72].

Nach der Anfertigung der Kompositrestauration unter Kofferdam benötigt die Rehydrierung des ausgetrockneten Zahnes durch Wasseraufnahme aus dem Speichel und die damit einhergehende optische Wiederherstellung der Ausgangsfarbe und -transluzenz der natürlichen Zahnhartsubstanzanteile beträchtliche Zeit (Abb. 17b). Russell berichtet nach einer Rehydrierungszeit von 30 Minuten nach der Abnahme des Kofferdams eine akzeptable Remission der optischen Eigenschaften ausgetrockneter Zähne^[73]. Burki hingegen stellte auch nach einer 30-minütigen Rehydrierungszeit immer noch eine unakzeptabel große Farbdifferenz zum Ausgangszustand fest^[9].

Diese optischen Auswirkungen der Dehydratation und Rehydrierung am Zahn müssen dem Behandler bewusst sein und sollten bereits bei der Aufklärung des Patienten berücksichtigt werden, um etwaigen Missverständnissen oder gar Enttäuschungen nach Fertigstellung der Kompositrestauration vorzubeugen: Bei Verwendung eines Kofferdams während der Herstellung der Restauration wird die Kompositfüllung direkt nach dem Ausarbeiten und Polieren im Vergleich zum natürlichen Zahn etwas zu dunkel und zu transluzent erscheinen^[66, 74]. Erst nach Abschluss der Rehydrierung der Zahnhartsubstanz und den damit ursächlich verbundenen lichteoptischen Effekten wird sich eine farblich perfekte Adaptation einstellen (Abb. 18a und b). Die optisch unauffällige Integration der Kompositrestauration in die benachbarte Zahnhartsubstanz kann somit in der gleichen Sitzung nicht mehr zweifelsfrei überprüft werden^[75]. Der Zahnarzt muss durch eine korrekte und standardisierte Vorgehensweise in der ästhe-



Abb. 17a: Situation nach Kofferdam wegen des Legens einer Seitenzahnfüllung. Durch den in der Front nicht komplett nach zervikal adaptierten Spannungsgummi entstand eine schräg verlaufende Linie der Austrocknung im Bereich der Frontzähne. Deutlich ist der Unterschied in Farbe und Opazität erkennbar. | Abb. 17b: Nach ca. 24 Stunden Rehydrierung durch den Speichel haben sich Farbe und lichteoptische Eigenschaften der ausgetrockneten Zahnanteile wieder in die Ausgangssituation zurückgestellt.



Abb. 18a: Situation unmittelbar nach Abnahme des Kofferdams nach Schichtung einer Kompositrestauration an Zahn 12. Dadurch, dass der Zahn ausgetrocknet ist, erscheint die Füllung im Vergleich zur Zahnhartsubstanz zu dunkel und zu transluzent. | Abb. 18b: Nach ca. 24 Stunden ist die Zahnhartsubstanz wieder komplett rehydriert und hat optisch wieder den Ausgangszustand eingenommen. Die geschichtete Kompositrestauration adaptiert sich hervorragend in die umgebende Dentition. Es schließen sich die finale Ausarbeitung und Politur an.

tischen Analyse und der daraus resultierenden Schichttechnik der direkten Kompositrestauration die funktionelle und ästhetische Qualität seiner Arbeit sicherstellen^[76]. Nur durch ein profundes Training und die tägliche Anwendung der direkten Komposittechnik stellt sich beim Behandler die notwendige Routine ein, um auch bei schwierigen ästhetischen Ausgangsbedingungen verlässlich und mit guter Vorhersagbarkeit („Trefferquote“) eine farblich und bezüglich der Transluenzeigenschaften perfekt zur umgebenden Zahnhartsubstanz passende Restauration herzustellen. Bei sehr schwierigen Ausgangsbedingungen kann eine Überprüfung des ästhetischen Restorationsergebnisses in einem Kontrolltermin sinnvoll sein.

Zusammenfassung

Der erfolgreiche Einsatz direkter Kompositrestaurationen im Frontzahnbereich garantiert auch in einer Zeit wachsender ästhetischer Ansprüche bei gleichzeitigem Wunsch nach maximalem Erhalt natürlicher Zahnhartsubstanz eine hohe Patientenzufriedenheit. Grundlage für einen erfolgrei-

chen Behandlungsabschluss sind die Auswahl eines geeigneten Kompositsystems mit genügend Farb- bzw. Transluzenzabstufungen und eine sorgfältige dentale ästhetische Analyse. ■

Das Literaturverzeichnis ist bei der Redaktion erhältlich.

Dieser Beitrag ist im Niedersächsischen Zahnärzteblatt 01/2022 erschienen. Wir danken für die Nachdruckerlaubnis.

Kontakt zum Autoren

Prof. Dr. Jürgen Manhart
 Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie
 Klinikum der Universität München
 Goethestraße 70, 80336 München
 E-Mail: manhart@manhart.com
 www.manhartdental.de
 Facebook: prof.manhart; Instagram: prof.manhart

KZBV-Vertreterversammlung: „Bekenntnis der Politik zur Selbstverwaltung“

In einer einstimmig beschlossenen Resolution fordert die Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) die Politik auf, die Selbstverwaltung wieder als tragende Säule des Gesundheitswesens anzuerkennen.

Text: Katrin Becker

„Die Selbstverwaltung steht für eine besondere Sachnähe: nah am Versorgungsgeschehen, nah an den Problemen vor Ort“, heißt es in der Resolution. Neben ihrer hohen Fachkompetenz lebe sie von der Identifikation und dem besonderen Verantwortungsbewusstsein ihrer Mitglieder. Dies habe sich auch unter den schwierigen Rahmenbedingungen der Pandemie gezeigt, als sich „die Selbstverwaltung mit schnellen, unkomplizierten und wirkungsvollen Entscheidungen als unerlässlicher Partner bei der Krisenbewältigung“ erwiesen habe.

In der Resolution kritisieren die Delegierten, dass die Aufgabenteilung von der Politik seit Jahren Schritt für Schritt von der Selbstverwaltung in Richtung des Staates verschoben werde. Dass dabei die Handlungsmöglichkeiten der zahnärztlichen Selbstverwaltung immer weiter beschnitten und im Gegenzug die Aufsichtsrechte und Entscheidungsbefugnisse des Bundes ausge-

weitert würden, schwäche die Selbstverwaltung und mache ein Engagement auch für die nachfolgende Generation wenig attraktiv. Mit der Schwächung der Selbstverwaltung werde zugleich die Freiberuflichkeit als wesentliche Säule des Mittelstandes, unserer Gesellschaft und unserer Demokratie infrage gestellt.

Die Vertreterversammlung forderte die Bundesregierung auf, sich wieder eindeutig und klar zum besonderen Stellenwert der Selbstverwaltung und der Freiberuflichkeit für das Gesundheitswesen zu bekennen und zu einem von gegenseitigem Vertrauen und Respekt geprägten Miteinander zurückzukehren. Auch müssten die Ausgrenzung aus Entscheidungsprozessen und die Diffamierung der Selbstverwaltung und ihrer Vertreter als Lobbyisten ein Ende finden. Bei der Besetzung von Gremien und Regierungskommissionen sowie in Gesetzgebungsverfahren sei die Expertise der Selbstverwaltung wieder frühzeitig und ernsthaft einzubinden. Diese Resolution wurde von einem einstimmig verabschiedeten Antrag begleitet, der die Regierung dazu auffordert, die Handlungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung auszubauen statt sie zu beschneiden. Im Antrag heißt es: „Selbstverwaltung benötigt, um kraftvoll und wirkungsvoll ihren Auftrag in unserer Gesellschaft zu erfüllen, einen weiten Ermessens- und Gestaltungsspielraum.“

Hoch: „Froh, dass es Sie gibt“

Die KZBV-Vertreterversammlung tagte Ende Juni in Mainz. Mit ihren Forderungen, so schien es, traf sie beim rheinland-pfälzischen Gesundheitsminister Clemens Hoch (SPD) auf Gehör: „Der



Die KZBV-Vertreterversammlung fordert die Politik auf, die Kompetenz der Selbstverwaltung wieder stärker in die Gesetzgebung einzubinden.

Fotos: KZBV/Knoff

Staat muss nicht alles regeln. In Rheinland-Pfalz sind wir davon überzeugt, dass Selbstverwaltung und Subsidiarität notwendig sind“, sagte er in seinem Grußwort zur Eröffnung der Tagung. Er betonte die gute Zusammenarbeit mit den Selbstverwaltungsorganen in Rheinland-Pfalz und verwies darauf, dass das Land „Ehrenamtsspitzenreiter“ sei. Jeder zweite rheinland-pfälzische Bürger engagiere sich für die Gesellschaft. Dazu gehört für ihn auch die Selbstverwaltung. „Ich bin froh, dass es Sie gibt“, dankte er den Delegierten für ihr Engagement.



Clemens Hoch, Minister für Wissenschaft und Gesundheit in Rheinland-Pfalz, betonte die Bedeutung der Selbstverwaltung.

Hoch sprach sich zudem für eine stärkere Regulierung investorengeführter Medizinischer Versorgungszentren (iMVZ) aus. Der Bundesrat hatte Mitte Juni einen entsprechenden Entschließungsantrag der Länder Rheinland-Pfalz, Bayern und Schleswig-Holstein angenommen. „Wir wollen im Gesundheitswesen nicht die Renditeorientierung in den Vordergrund stellen“,

„Sparen an der falschen Stelle“

Dr. Christine Ehrhardt, Vorsitzende des Vorstandes der KZV Rheinland-Pfalz, begrüßte die KZBV-Vertreterversammlung in Mainz. „Bei aller Freude, Sie alle hier zu sehen: Die Berliner Gesundheitspolitik verdirbt die Stimmung. Unter den sogenannten Leistungserbringern ist sie, freundlich formuliert, angespannt.“ Kostensteigerungen und Inflation, Personalnot, Bürokratie und die wieder aufgeflammete Kostendämpfungs politik zerrten an der Kollegenschaft. „Eine solche Politik dürfen wir nicht hinnehmen“, rief sie den Delegierten zu. Mit der Kampagne „Zähne zeigen“ positioniere sich der Berufsstand deutlich gegen den Sparkurs des Gesetzgebers zulasten der Versorgung. Ehrhardt: „Das ist Sparen an der falschen Stelle.“ Es sei richtig, die Patienten in die Kampagne einzubeziehen. Damit unterstreiche der Berufsstand seine Forderung an die Politik, zu einer patientenorientierten Versorgung zurückzukehren.

sagte er. Hierfür bezeichnete Hoch größtmögliche Transparenz bezüglich der Eigentumsverhältnisse von iMVZ als eine Grundvoraussetzung. Eine wichtige Rolle spiele zudem die räumliche Beschränkung für die Gründung von iMVZ. Hoch schloss mit den Worten: „Ich freue mich, dass wir an einem Strang ziehen, um die qualitative hochwertige Versorgung zu sichern.“ Der Vorstandsvorsitzende der KZBV, Martin Hendges, dankte Hoch für die Gesetzgebungsinitiative. Zudem wertete er den Besuch und die Aussagen des Ministers als Zeichen der Wertschätzung gegenüber der Zahnärzteschaft und der Selbstverwaltung. ■

Länder fordern Regulierung von iMVZ

Am 16. Juni hat der Bundesrat die Entschließung für ein iMVZ-Regulierungsgesetz gefasst. Einen entsprechenden Antrag hatten die Länder Rheinland-Pfalz, Bayern und Schleswig-Holstein eingebracht. Mit der Entschließung fordert der Bundesrat die Bundesregierung zu einem Gesetz auf, das Monopolstellungen einzelner Träger verhindert und eine am Patientenwohl orientierte ambulante Versorgung stärkt. Das Länderparlament legt hierfür einen Katalog mit Maßnahmen vor, darunter eine räumliche Begrenzung der Gründungsmöglichkeiten der Trägerkrankenhäuser auf einen Umkreis von 50 km, eine Kennzeichnungspflicht für Träger und Betreiber auf dem Praxisschild, ein MVZ-Register zur Herstellung von Transparenz bezüglich der Eigentumsverhältnisse eines MVZ sowie Regeln zum Schutz der Unabhängigkeit der ärztlichen Tätigkeit im MVZ vor dem Einfluss von Kapitalinteressen. Die Entschließung wird der Bundesregierung zugeleitet, ist allerdings nicht verbindlich. Die zahnärztlichen Organisationen begrüßen die Initiative des Bundesrates. „Vor allem die räumliche Begrenzung ist geeignet, um die Vergewerblichung der Zahnmedizin einzudämmen. Darüber hinaus halten wir die Einführung einer fachlichen Beschränkung für notwendig. Zahnärztliche MVZ sollten nur von Kliniken mit einer zahnmedizinischen Fachabteilung bzw. einem zahnmedizinischen Versorgungsauftrag gegründet werden dürfen“, kommentiert Sanitätsrätin Dr. Kerstin Bienroth, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KZV Rheinland-Pfalz, die Länderinitiative.

KZBV-Vertreterversammlung: Dr. Wolfgang Eßer zum Ehrenvorsitzenden gewählt

Der langjährige Vorstandsvorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Dr. Wolfgang Eßer, ist von der Vertreterversammlung einstimmig zum ersten Ehrenvorsitzenden des Vorstandes der KZBV gewählt worden.

Text: Katrin Becker

Der Ehrentitel wurde Eßer bei der KZBV-Vertreterversammlung Ende Juni in Mainz verliehen. Unter langem und stehendem Applaus dankten ihm die Delegierten für seine großen Verdienste für die Zahnärzteschaft und für die Versorgung der Patientinnen und Patienten. Dr. Wolfgang Eßer wirkte mehr als 30 Jahre aktiv in verschiedenen Ämtern in der Selbstverwaltung für den zahnärztlichen Berufsstand, davon 21 Jahre im Vorstand der KZBV. Von 2005 bis 2013 war er zunächst stellvertretender Vorsitzender, von 2013 bis 2023 der Vorsitzende des Vorstandes.

Klare Wert- und Zielorientierung

In seiner Laudatio würdigte der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. Holger Seib, die zahlreichen Leistungen des Geehrten. Er betonte, dass Eßer sich in seinem Tun an klaren Werten und Zielen orientiert habe: Die Gewährleistung des Sicherstellungsauftrags, eine konsequente Präventionsorientierung, die Stärkung der Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung, die Eindämmung der zunehmenden Vergewerblichung der zahnärztlichen Versorgung sowie die Förderung der Niederlassung und der Erhalt des dualen Krankenversicherungssystems hätten ihn geleitet. Er habe professionell und verlässlich und stets mit dem Blick nach vorn gehandelt. Getreu dem Motto „Gestalten statt verwalten“ habe Eßer nicht nur frühzeitig Handlungsbedarfe erkannt, sondern auch Lösungsvorschläge entwickelt und in die Politik getragen. „Dr. Wolfgang Eßer hat die KZBV als Taktgeber verstanden“, so Seib. Unter Eßers Führung wurden beispielsweise die neue Parodontitisbehandlungsstrecke, die frühkindli-



Dr. Wolfgang Eßer ist der erste Ehrenvorsitzende des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung. Foto: KZBV/Knoff

chen Vorsorgeuntersuchungen oder die Kooperationsverträge mit Pflegeeinrichtungen in die vertragszahnärztliche Versorgung aufgenommen.

Dr. Wolfgang Eßer dankte den Delegierten im Anschluss in einer sehr persönlichen Rede für die Auszeichnung. Gleichzeitig wünschte er dem neuen KZBV-Vorstand mit Martin Hendges, Dr. Karl-Georg Pochhammer und Dr. Ute Maier viel Glück und Erfolg für die weitere Arbeit. Eßer: „Ich weiß die Anliegen der Zahnärzteschaft in den besten Händen. Der Vorstand wird die Fahne unserer Werte der Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung aufrechterhalten.“

Vor der Verleihung des Ehrentitels schafften die Delegierten zunächst die hierfür notwendige rechtliche Grundlage. Einstimmig verabschiedeten sie eine Ehrungsordnung. ■

ZäPP: Mit validen Daten erfolgreich verhandeln

Im September erhalten rund 34.000 Zahnarztpraxen Post vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi). Darin werden sie aufgerufen, sich an der Umfrage des Zahnärztl. Praxis-Panels (ZäPP) zu beteiligen. Warum eine Teilnahme wichtig ist.

Text: Katrin Becker

Die angeschriebenen Zahnarztpraxen erhalten Zugang zu einem Onlinefragebogen, mit dem Auskünfte über ihre Kosten- und Leistungsstruktur abgefragt werden. Ziel der ZäPP-Erhebung ist es, eine aussagekräftige und belastbare Datengrundlage für die wirtschaftliche Entwicklung in der vertragszahnärztlichen Versorgung zu erhalten.

Für die Kassenzahnärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung sind wissenschaftlich valide Daten unverzichtbar: Um die Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen erfolgreich zu führen, müssen sie ihre Positionen fundiert untermauern und Versorgungsnotwendigkeiten gut und nachvollziehbar begründen. Und das ist wichtiger denn je: Vor dem Hintergrund der begrenzten Honorarsteigerungen infolge des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes sind belastbare Daten unverzichtbar. Das ZäPP trägt also unmittelbar dazu bei, adäquate Arbeitsbedingungen für alle Zahnärztinnen und Zahnärzte und deren Praxisteams durchzusetzen und eine flächendeckende, wohnortnahe und qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu gewährleisten. Zusätzlich wird in dieser Erhebungsrunde der Fachkräftemangel in Zahnarztpraxen mit einem Sonderfragebogen angegangen. Die Problematik zeigt sich deutlich in der Engpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit, in welcher der Beruf der zahnmedizinischen Fachangestellten als Beruf mit erkennbarem Personalmangel ausgewiesen wird. Analog der aktuellen Kampagne der Zahnärzteschaft gegen die Sparpolitik des Gesetzgebers lautet das Motto der diesjährigen ZäPP-Befragung „Zähne zeigen mit ZäPP“.



Jede Teilnahme erhöht die Qualität der Daten

Das ZäPP ist seit seinem Start im Jahr 2018 ein Erfolg. Die bundesweite Rücklaufquote von rund zehn Prozent belegt im Vergleich zu ähnlichen Untersuchungen eine sehr gute Resonanz und erlaubt aussagekräftige Aussagen zur Kosten- und Leistungsstruktur in den vertragszahnärztlichen Praxen. Wirklich entscheidend für den Erfolg des ZäPP ist aber eine dauerhaft hohe Beteiligung: Daher sollten möglichst viele Teilnehmer in diesem, aber auch in den kommenden Jahren Auskunft über die wirtschaftlichen Kennzahlen ihrer Praxis geben. Kurzum: Je höher die Rücklaufquote über mehrere Jahre ist, desto höher sind die Validität und die Akzeptanz der Daten, die über das ZäPP gewonnen werden. Das gilt im Übrigen auch für Praxen, die nun zum ersten Mal angesprochen werden. Ausschlaggebend für eine Teilnahme ist, dass eine Praxis in den Jahren 2021 und 2022 eine gleichbleibende Abrechnungsnummer hatte. Das Ausfüllen des Fragebogens wird auch in diesem Jahr mit einer finanziellen Anerkennung honoriert. Zudem erhalten die Praxen individuelle Feedbackberichte, in denen die eigenen Daten strukturiert und aussagekräftig aufbereitet werden.

Mit der Erhebung ist erneut das Zi beauftragt. Das Institut für angewandte Versorgungsforschung garantiert eine wissenschaftlich neutrale Datenerfassung und -verarbeitung nach methodisch anerkannten Standards unter Wahrung der Anonymität der teilnehmenden Praxen und strengster Vorgaben für Datenschutz und -sicherheit.

Weitere Informationen zum ZäPP sind abrufbar unter www.kzvrlp.de - Webcode 0121, www.kzbv.de/zaepp oder www.zaep.de. ■



KZVRLP

KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

Offizielles Mitteilungsblatt und Rundschreiben der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz