

KZVAKTUELL

MITTEILUNGSBLATT DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN
VEREINIGUNG RHEINLAND-PFALZ



Fokus

Komposite im Seitenzahnbereich

Abrechnung

KFO: Online abrechnen per
Erfassungsmaske

Aktuell

KZBV-Umfrage offenbart
hohe Unzufriedenheit

Praxis

Konkurrenzschutzklausel:
Nur mit Karenzentschädigung gültig

Position

- 3 Phase-out – wie weiter ohne Amalgam?

Abrechnung

- 4 KFO: Online abrechnen per Erfassungsmaske

Aktuell

- 6 Stimmungsbarometer: KZBV-Umfrage offenbart hohe Unzufriedenheit

Fokus

- 8 Schichttechniken für Komposite im Seitenzahnbereich

Rundschreiben

Wichtige Informationen für Zahnärzte und Praxisteams

Fortbildung

- 21 Hilfe, ich werde begutachtet!
- 21 Update PAR-Abrechnung 2.0

Fokus

- 22 Lichtpolymerisation: Update und Möglichkeiten zur Optimierung

Aktuell

- 26 Neue S3-Leitlinie: Kompositrestauration im Front- und Seitenzahnbereich

Praxis

- 27 Steckbrief: Praxisnachfolger gesucht!
- 28 Assistenzhunde in der Zahnarztpraxis: Sind sie erlaubt?
- 30 Konkurrenzschutzklausel: Nur mit Karenzentschädigung gültig
- 32 Mediation: Konstruktiv vom Konflikt zum Konsens

Aktuell

- 34 Urteil zu MVZ: Keine Leitung – kein Honoraranspruch
- 35 Digitalisierung: Ab 2025 kommt die „ePA für alle“

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 / 8927-113 · 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: 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:
21.10.2024

Phase-out - wie weiter ohne Amalgam?

Die EU hat entschieden: Ab dem 1. Januar 2025 wird Amalgam als Füllungsmaterial EU-weit verboten. Ab diesem Zeitpunkt darf es in den Mitgliedstaaten weder eingesetzt oder hergestellt noch importiert werden. Das ist deutlich früher und restriktiver, als es noch im Minamata-Übereinkommen vorgesehen war. Ausnahmen soll es dann nur in medizinisch notwendigen Fällen geben. Zeitlichen Aufschub soll es zudem für Länder geben, in denen Amalgam das vorrangig erstattete Füllungsmaterial ist. Umweltschützer applaudieren. Sie sehen im Amalgamverbot einen Meilenstein im Kampf gegen Quecksilber.

Was des einen Freud, ist des anderen Leid. Zwar machen Amalgamfüllungen nur noch etwa zwei bis drei Prozent aller Füllungen in unseren Praxen aus, doch der vollständige Verzicht auf dieses bewährte Material wird Folgen für die konservierende Zahnbehandlung in Deutschland haben. Nach wissenschaftlicher Bewertung existiert zurzeit kein anderes Füllungsmaterial, das hinsichtlich Belastbarkeit, Liegedauer und Kosten vergleichbar und für alle Indikationen geeignet ist.

Nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen haben gesetzlich Versicherte Anspruch auf eine zuzahlungsfreie Füllungstherapie. Ich denke deshalb in diesem Punkt auch an einkommensschwache Personen, für die Zuzahlungen eine zusätzliche finanzielle Belastung, vielleicht sogar eine finanzielle Hürde darstellen.

Die Zahnärzteschaft hat in den vergangenen Jahren gegenüber der Politik immer wieder deutlich

angesprochen, bei der umweltschutzzentrierten Debatte um Quecksilber die Gesundheitsversorgung nicht außer Acht zu lassen. Ein natürlicher Phase-down, ein langsames Ausschleichen von Dentalamalgam, statt eines harten Phase-outs mit festem Stichtag war die Kernforderung. Doch auf dem versorgungspolitischen Ohr war die EU-Kommission taub.

Die Frage, die sich uns nun stellt, ist: Wie kann sichergestellt werden, dass in Zukunft alle Patienten, unabhängig von ihrem sozialen Status, Zugang zu einer adäquaten Füllungstherapie haben, die gleichermaßen betriebswirtschaftlich in den Praxen darstellbar ist? Um eine Antwort geben zu können, sind Studien zur Bewertung alternativer Füllungsmaterialien unumgänglich. Der Austausch mit der Wissenschaft ist daher ebenso notwendig wie mit der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Folgen für mehrkostenfähige Füllungstherapien werden derzeit auf Bundesebene beraten. Doch dies alles braucht Zeit.

Deshalb haben die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband nun gemeinsam Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach aufgefordert, die Aufschubklausel für Deutschland in Anspruch zu nehmen. Ob er sie zieht? Unklar, noch steht eine Antwort aus. Klar ist allerdings: Die Zeit eilt. Unsere Patienten und wir in den Praxen brauchen Rechtssicherheit und Klarheit, wie es im kommenden Jahr weitergeht.

Ihre



Dr. Christine Ehrhardt
Vorsitzende des Vorstandes



„Auf dem versorgungspolitischen Ohr war die EU-Kommission taub.“

KFO: Online abrechnen per Erfassungsmaske

Inzwischen ist es gang und gäbe: Die Zahnarztpraxen übertragen ihre Behandlungsdaten flexibel und bequem online an die KZV Rheinland-Pfalz. Doch was ist, wenn im Praxisverwaltungssystem keine Abrechnungsdatei erstellt werden kann?

Text: Geschäftsbereich Abrechnung der KZV Rheinland-Pfalz

Für den Fall, dass Praxen für einen Leistungsbereich kein Abrechnungsmodul besitzen, weil sie nur sehr wenige Patienten behandeln, hat die KZV Rheinland-Pfalz Online-Erfassungsmasken eingerichtet. Hierüber werden vor allem kieferorthopädische Behandlungsfälle eingereicht.

So gelangen Sie zu den Masken:

1. Bitte nutzen Sie, wie bei der üblichen Abrechnung, Ihren KZV-Abrechnungss tick.
2. Sie gelangen auf unserer Internetseite zur Unterseite „Online-Einreichung“.
3. Unter „Ihr Weg zur Einreichung“ folgen Sie dem grünen Link „Erfassungsmasken“.
4. Dann gehen Sie bitte auf den entsprechenden Leistungsbereich, in unserem Beispiel „Kieferorthopädie (KFO)“. Da die „nicht aktiven“ KFO-Behandlungen mit 100%-Kassenanteil abzurechnen sind, wird kein KFO-Plan benötigt. Bitte klicken Sie daher nicht auf den Button „Kieferorthopädie (KFO-Plan)“.
5. Bevor Sie beginnen, einen Fall zu erfassen, wählen Sie bitte oben auf der Seite das Abrechnungsjahr und das Quartal aus, für das Sie Ihre KFO-Fälle an die KZV schicken möchten. Dann klicken Sie auf „Neuer Fall“.

Vorsicht: Die Maske ist immer mit dem Quartal des aktuellen Tagesdatums vorbefüllt. Möchten Sie das Vorquartal abrechnen, muss diese Angabe von Ihnen eigenhändig geändert werden, um einen Fehler in der Abrechnungsdatei zu vermeiden.

6. Die Erfassungsmaske wird angezeigt. Da sie den Originalbelegen nachempfunden ist, können Sie die Daten eins zu eins übernehmen. Nach Eingabe der Kassenummer wird der Name der Krankenkasse automatisch ermittelt. Bitte vergessen Sie nicht, Ihre persönliche neunstellige Zahnarzt Nummer einzutragen. **An vielen Stellen der Erfassungsmaske finden Sie kleine blaue Kreise mit einem „i“.** Wenn Sie den Cursor darauf positionieren, erhalten Sie hilfreiche Informationen zum Ausfüllen des jeweiligen Feldes.

Besonders wichtige Hinweise geben wir in der Musterabrechnung auf der nächsten Seite. Hilfestellung erhalten Sie zudem in einem

Fragen-Antworten-Katalog und Erklärfilm, die Sie auf der Seite mit den Erfassungsmasken finden. Gibt es dort keine Antwort auf Ihre Frage, helfen Ihnen Sabrina Gessner (☎ 06131 / 8927-274) und Uta Fiedler (☎ 06131 / 8927-265) weiter.

Drei weitere Hinweise zur Nutzung der Masken:

1. Speichern Sie den Fall während der Dateneingabe immer mal wieder. Bei längerer Inaktivität – rund 30 Minuten ohne Eingabe in die Maske – wird die Verbindung zum Server der KZV gekappt und nicht gespeicherte Daten gehen verloren.
2. Bitte erfassen Sie zunächst alle Fälle für einen Abrechnungszeitraum und übermitteln Sie diese gesammelt in einem Vorgang an uns.
3. Der Datenversand an die KZV wird mit dem Button „Fälle jetzt an die KZV schicken“ gestartet. Das Feld erscheint jedoch erst, wenn keine Erfassungsfehler – die Stellen sind rot markiert – mehr vorliegen. ■

Abrechnung von KFO-Leistungen

Ganz gleich, ob mittels Abrechnungsdatei oder über die Erfassungsmaske – achten Sie darauf, dass Sie kieferorthopädische Leistungen über den **Leistungsbereich KFO** (nicht über KCH) und **quartalsweise** (nicht monatlich) abrechnen.

Kfo-Abrechnungsschein

Abrechnung für kieferorthopädische Behandlung

| | | |
|---------------|-------|--------|
| Rechnungs-Nr. | Datum | Lfd.Nr |
| | | 77777 |

Kasse fehlt

| Leist.-Qt | Abschlag | Leer-Qt | Beh. Plan vom | Beh. Plan Nr. | Verläng. vom | Beh. Beginn | Beh. Ende |
|-----------|----------|---------|---------------|-----------------|--------------|-------------|-----------|
| 2/24 | D | | | Bitte auswählen | | | |

| TTMM | Zahn | Leistung | Geb.-Nr | Anz/Bemerk | Punkte | Gesamt |
|------|------|--|---------|------------|--------|--------|
| 0205 | OK | [KFO]Kfo-Maßnahmen mit herausnehmbaren Geräten | 123a | | 1 | 40 |

| Leistungsart | Punkte | Punktwert | Honorar |
|------------------------------------|--------|-----------|---------|
| Kieferorthopädische Leistungen KFO | 40 | 9992 | 39.97 |

| Material- und Laborkosten des Zahnarztlabors | BEL/Mat-Nr | Anzahl | Betrag |
|--|------------|--------|--------|
| Pauschalbetrag f. Abformungen+Versand/Primärkassen | M5001 | 1 | 2.80 |
| Modell | 001-0 | 1 | 7.34 |
| Basis für Einzelkiefergerät | 701-0 | 1 | 48.84 |
| Labialbogen modifiziert | 731-0 | 1 | 24.87 |
| Einarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn | 750-0 | 4 | 40.00 |
| Mehrmarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn | 751-0 | 2 | 24.24 |

Lieferdatum: 02.05.2024

| | |
|-----------------------------|--------|
| Kosten des Zahnarztlabors € | 148.09 |
|-----------------------------|--------|

| Material- und Laborkosten des Fremdlabors | BEL/Mat-Nr | Anzahl | Betrag |
|---|------------|--------|--------|
| | | | |

Lieferdatum:

| | |
|--|--------|
| zzgl. 7% MwSt € | 0.00 |
| Kosten des Fremdlabors € | 0.00 |
| = Gesamtbetrag Kostenerstattung + Material-, Laborkosten € | 188.06 |
| = Kassenanteil % | 100 |
| = Versichertenanteil % | 0 |

Mitteilung an die KZV:

Pflegeheim:

Nach Eingabe der Kassen-Nr. ermittelt sich der Name der Krankenkasse automatisch.

Die persönliche 9-stellige Zahnarzt-Nr. muss immer eingetragen werden.

Kennzeichnung D für Einzelmaßnahmen außerhalb der Behandlung.

Es wird immer das Quartal des aktuellen Tagesdatums verwendet (dieses ggf. abändern).

Es ist keine Eingabe eines Behandlungsplans notwendig, wenn keine aktive KFO-Behandlung vorliegt.

Nach Eingabe einer Geb.-Nr. bitte ENTER drücken, erst dann kann der aktuelle Punktwert (durch Anklicken **mittig** im Feld Punktwert) eingegeben werden.

Die Beträge (Gesamtbetrag) müssen eingegeben werden.

Im Feld Kassenanteil ist die jeweilige Prozentzahl (80 %, 90 %, 100 %) einzugeben.
Die Geb.-Nrn. 121-124 sind mit 100 % abzurechnen.

Eine XML-Datei für das mögliche Fremdlabor ist auswählbar.

Abbrechen/Ausblenden

Laden einer XML-Datei aus einem Labor: Keine Datei ausgewählt. (Durchsuchen, Datei für angezeigten Fall auswählen, öffnen und dann ganz links auf Speichern klicken)

Fremdlabor Praxislabor

Stimmungsbarometer: KZBV-Umfrage offenbart hohe Unzufriedenheit

Bürokratie- und Digitalisierungsfrust, Personalmangel, Budgetierung: In vielen Praxen scheint die Stimmung auf dem Tiefpunkt zu sein. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) wollte es genau wissen und hat bundesweit Praxisinhaberinnen und -inhaber nach ihrer Gemütslage befragt.

Text: Katrin Becker

Nach der Online-Umfrage, dem „Stimmungsbarometer“, hat die Niederlassung in der eigenen Zahnarztpraxis offenbar stark an Attraktivität verloren. Mehr als die Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (58 Prozent) würden sich heute nicht mehr niederlassen. Ein noch höherer Anteil (72 Prozent) überlegt, vorzeitig aus der Versorgung auszusteigen. Dabei erachten nahezu 100 Prozent ihre Arbeit als sinnvoll und nützlich.

Als Gründe für ihre hohe Unzufriedenheit benennen sie vor allem die aktuellen Rahmenbedingungen: Knapp 97 Prozent der befragten Zahnärztinnen und Zahnärzte fühlen sich durch die Vielzahl an bürokratischen Aufgaben überlastet. Rund 81 Prozent sehen ihren Praxisablauf durch unausgereifte Digitalisierungsmaßnahmen beeinträchtigt. Gemeinsam mit dem sich verschärfenden Fachkräftemangel führen beide Faktoren dazu, dass fast alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer (94 Prozent) keine ausreichende Zeit mehr für die

Behandlung ihrer Patienten haben. 95 Prozent der Befragten haben zunehmend Probleme, geeignetes Praxispersonal zu finden.

Die Folgen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes (GKV-FinStG) und der damit verbundenen Budgetierung verschärfen die Situation in den Praxen weiter. Drei Viertel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben an, von den Honorarkürzungen bereits betroffen zu sein. Zwangsläufig müssen sie Abläufe in ihrer Praxis anpassen, was bei 87 Prozent zu Einschränkungen in der Versorgung führt. Längere Wartezeiten für Patienten auf einen Behandlungstermin sind die Folge. Mit einer Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Lage noch in diesem Jahr rechnen fast 90 Prozent der Befragten.

„Diese Befragung zeigt eindrucksvoll, dass unsere Forderungen nach weniger Bürokratie, nach einer tragfähigen Finanzierung, nach einer praxistauglichen Digitalisierung und nach Abschaffung

Ergebnisse des KZBV-Stimmungsbarometers



76 % Zunehmend mehr Patienten von Praxen, die aufgeben

72 % Überlege, vorzeitig aus Patientenversorgung auszusteigen

90 % Sorge, keine geeignete Nachfolge zu finden

58 % Würde mich heute nicht mehr niederlassen

Quelle: KZBV

der Mittelbegrenzung keine haltlosen Lobbyisten-Klagen sind, wie es Bundesgesundheitsminister Lauterbach wiederholt behauptet“, erklärt Martin Hendges, Vorsitzender des Vorstandes der KZBV, anlässlich der Vorstellung des Stimmungsbarometers. „Diese Ergebnisse spiegeln die ganz realen Probleme und Sorgen der Praxen wider. Wir haben Minister Lauterbach bereits frühzeitig Lösungsvorschläge unterbreitet. Seine Vorstellung der Problemlösung, nämlich ein Wechsel hin zu einem staatlich gelenkten Gesundheitssystem, wird keine Abhilfe schaffen. Im Gegenteil!“

Am Limit

Fast drei Viertel der befragten Zahnärztinnen und Zahnärzte fühlen sich bereits jetzt ausgebrannt, zumal sie immer mehr Patientinnen und Patienten von Praxen übernehmen müssen, die aufgeben oder Öffnungszeiten reduzieren. Zudem sehen 97 Prozent keine angemessene Wertschätzung ihrer Arbeit durch die Politik. „Mein Blick geht sorgenvoll in die Zukunft“, so Hendges weiter. „Wenn sich so viele Kolleginnen und Kollegen am Limit sehen und mit dem Gedanken spielen, vorzeitig aus der Patientenversorgung auszusteigen, ist das ein eindeutiger Beweis für schlechte Rahmenbedingungen und damit auch nicht der dringend notwendige Anreiz für den zahnärztlichen Nachwuchs, sich niederzulassen.“ 90 Prozent befürchten daher, auch laut Stimmungsbarometer, keine geeignete Nachfolge für die Praxis zu finden.

Es seien aber gerade die selbstständig und freiberuflich tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte, die das Fundament einer flächendeckenden, wohnortnahen und qualitativ hochwertigen zahnärztlichen Versorgung bildeten, erklärt der KZBV-Chef. „Mit

Die Stimmung in Rheinland-Pfalz

Unter den befragten rheinland-pfälzischen Zahnärztinnen und Zahnärzten ist die Stimmung ähnlich gedrückt wie bei ihren Kolleginnen und Kollegen im Bundesgebiet. Mehr als ein Drittel (38 Prozent) würde sich aufgrund der aktuellen Rahmenbedingungen heute nicht mehr niederlassen. Rund drei Viertel (76 Prozent) überlegen sogar, sich vorzeitig aus dem Praxisbetrieb zu verabschieden. Nahezu alle befragten Zahnärztinnen und Zahnärzte (94 Prozent) empfinden die Bürokratie als überbelastend. 84 Prozent nehmen die Digitalisierungsmaßnahmen und 83 Prozent den Personalmangel als Beeinträchtigung des Praxisbetriebs wahr. 93 Prozent fehlt es dadurch an Zeit für die Patienten und deren Versorgung.

Die rheinland-pfälzischen Zahnärztinnen und Zahnärzte beurteilen ihre wirtschaftlichen Perspektiven skeptisch. Knapp 94 Prozent der Befragten rechnen im Laufe dieses Jahres mit einer Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Lage infolge des GKV-FinStG. 92 Prozent sehen Einschnitte durch das Gesetz für die Patientenversorgung. Dies alles führt dazu, dass sich drei Viertel der Befragten (76 Prozent) ausgebrannt fühlen.

In Rheinland-Pfalz haben sich rund acht Prozent der zugelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren an der Umfrage beteiligt.

einer durch staatszentrierte Großstrukturen organisierten Versorgung wird es nicht funktionieren, das bewährte Versorgungsniveau aufrechtzuerhalten. Die Unabhängigkeit von Weisungen und Interessen Dritter sowie die fachliche Entscheidungsfreiheit im Rahmen der Berufsausübung machen den Kern der Freiberuflichkeit aus“, betont Hendges und fordert daher von der Politik gute und verlässliche Rahmenbedingungen für die inhabergeführten Praxen. In einigen Regionen zeige sich bereits heute exemplarisch, wie schlecht es um die wohnortnahe zahnärztliche Versorgung bestellt ist. Aber selbst dort, wo es auf dem Papier aktuell noch eine gute Versorgungslage gebe, dürfte es künftig eng werden – wenn die Politik nicht umgehend gegensteuere.

Hintergrund zum Stimmungsbarometer

Zur Online-Befragung wurden bundesweit alle zugelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren eingeladen, von denen sich 12,2 Prozent beteiligt haben. Das Durchschnittsalter der Teilnehmerinnen und Teilnehmer lag bei 53,8 Jahren. 82 Prozent von ihnen sind in einer Einzelpraxis tätig, 16 Prozent in einer Berufsausübungsgemeinschaft und die übrigen in einem Medizinischen Versorgungszentrum. Die Befragung wurde im Auftrag der KZBV vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung durchgeführt und lief vom 18. April 2024 bis zum 20. Mai 2024. ■

Keine angemessene Wertschätzung durch die Politik

97 %



Gefühl von Ausgebranntheit durch die Arbeit

74 %



Schichttechniken für Komposite im Seitenzahnbereich

Direkte Kompositrestaurationen werden im Seitenzahnbereich in einer inkrementellen Schichttechnik in den Kavitäten platziert. In der Literatur werden hierzu zahlreiche verschiedene Schichtkonzepte beschrieben. Es haben sich allerdings in der täglichen Praxis nur die Verfahren durchsetzen können, die in der klinischen Routinebehandlung einfach und zuverlässig anzuwenden sind. Der vorliegende Beitrag soll einen klinisch orientierten Überblick über die gebräuchlichsten Schichtverfahren für die direkte Versorgung von Seitenzahndefekten mit plastischen Kompositmaterialien geben.

Text: Prof. Dr. Jürgen Manhart, München

Einleitung

Für lichthärtende Kompositmaterialien wird die Verarbeitung in der inkrementellen Schichttechnik als Goldstandard angesehen^{1,2}. Üblicherweise erfolgt die Applikation der Komposite in Einzelinkrementen mit maximal 2 mm Schichtstärke. Dies ist bedingt durch die Polymerisationseigenschaften und die limitierte Durchhärtungstiefe dieser Werkstoffe. Die jeweilige Schichtdicke des in die Kavität eingebrachten Komposits muss immer eine vollständige Aushärtung der Einzelschichten gewährleisten. Die einzelnen Inkremente werden in Abhängigkeit von der Lichtintensität der Lampe, der Farbe bzw. der Transluzenz/Opazität der entsprechenden Kompositpaste und der Art und Konzentration des im Komposit enthaltenen Photoinitiators jeweils separat mit Belichtungszeiten von 10 bis 40 s polymerisiert³. Dickere Inkrementschichten führen im Regelfall zu einer ungenügenden Polymerisation des Kompositwerkstoffs und somit zu schlechteren mechanischen und biologischen Eigenschaften. Mit der Einführung der Bulk-Fill-Komposite hat sich das jedoch geändert; es können mit diesen in ihren Durchhärtungseigenschaften optimierten Kompositmaterialien mittlerweile Schichtdicken von 4 bis 5 mm suffizient polymerisiert werden⁴. Mit der Schichttechnik lässt sich zudem durch eine günstige dreidimensionale Ausformung der Einzelinkremente in der Kavität ein niedrigerer C-Faktor („Configuration Factor“ = Verhältnis der gebondeten zu freien

Kompositoberflächen) realisieren⁵. Somit können durch möglichst viele frei schrumpfende Kompositoberflächen der materialimmanente polymerisationsbedingte Schrumpfstress und dessen negative Auswirkungen auf die Restauration – wie eine Ablösung des Komposits von den Kavitätenwänden, Randspaltbildung, Randverfärbungen, Sekundärkaries, Höckerdeflexionen, Rissbildung in den Zahnhöckern, Schmelzfrakturen und Hypersensibilitäten – reduziert werden^{4,5}.

Falls die klinische Situation es im Einzelfall auch im Seitenzahnbereich sinnvoll erscheinen lässt, können durch die Verarbeitung in Schichten auch Kompositmassen unterschiedlicher Einfärbung bzw. in verschiedenen Opazitäts-/Transluzenzstufen (Dentin- und Schmelzkompositmassen) im Rahmen einer ästhetischen hochwertigen Mehrfarbtechnik (polychromatische Schichttechnik) zur Optimierung des optischen Ergebnisses der direkten Kompositrestauration eingesetzt werden. Dies steigert allerdings deutlich die Komplexität des restaurativen Vorgehens – unter anderem dadurch, dass die unterschiedlich transluzenten Kompositmassen im korrekten Schichtdickenverhältnis zueinander in die Kavität eingebracht werden müssen, damit die Restauration am Ende nicht zu transluzent bzw. zu opak erscheint – und erfordert ein differenzierteres Vorgehen bei der Behandlung vorausgehenden Farbanalyse des Zahnes. Der dadurch verursachte höhere Zeitaufwand für das Behandlungsteam wird sich für

den Patienten üblicherweise in zum Teil deutlich steigenden Kosten auswirken. Bei den allermeisten Patienten wird im Seitenzahnbereich allerdings eine deutlich weniger aufwendige monochromatische Schichttechnik ausreichend sein, um ein zufriedenstellendes ästhetisches Resultat zu erzielen. Nach der präoperativen Bestimmung der Grundfarbe des zu restaurierenden Zahnes kann durch Verwendung einer optisch dazu passenden Kompositmasse mit mittlerem Transluzenzgrad (Universalkomposit) die Restauration fertiggestellt werden. Die polychromatische Schichtung von Kompositen wird hauptsächlich im ästhetisch deutlich relevanteren Frontzahnbereich eingesetzt. Im Seitenzahnbereich ist die Sicherstellung der funktionellen Aspekte einer kaulasttragenden Restauration für die meisten Behandler, aber auch für die überwiegende Anzahl der Patienten deutlich wichtiger.

In der wissenschaftlichen Literatur werden zahlreiche Schichtkonzepte für die Verarbeitung plastischer Komposite in Seitenzahnkavitäten beschrieben. Einige dieser Schichttechniken, wie zum Beispiel die dreiseitige Umhärtungstechnik⁶⁻⁸, sind nicht besonders praxisorientiert; sie erfordern eine komplizierte Anordnung der Einzelinkremente im Zahn bzw. bedingen eine sehr umständliche Lichthärtungstechnik. Daher konnten sie sich im klinischen Alltag des in der Patientenversorgung tätigen Zahnarztes zu keiner Zeit durchsetzen. Eine Kompositenschichttechnik für den klinischen Routineeinsatz in der täglichen Praxis muss einfach und zuverlässig durchzuführen sein, um Akzeptanz bei den Behandlern zu gewinnen. Die am häufigsten in der Patientenversorgung angewendeten Techniken zur Platzierung der Kompositinkremente in der Zahnkavität sind die horizontale Schichttechnik und die schräge Schichttechnik bzw. die daraus weiterentwickelte sequenzielle Höckertechnik.

Schichttechniken im Seitenzahnbereich

Horizontale Schichttechnik

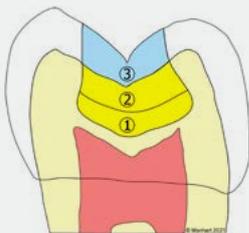
Bei der horizontalen Schichttechnik werden einzelne, waagrecht angeordnete Kompositichten, deren Dicke maximal der Durchhär்த்தiefe des verwendeten Kompositmaterials entspricht, in die Kavität eingebracht (Abb. 1). Jede Schicht wird einzeln lichtpolymerisiert, bevor das nächste Kompositinkrement daraufgeschichtet wird. Die chemische Verbindung der einzelnen Inkremente miteinander wird durch eine dünne Schicht Komposit mit geringer Monomerkonversion an der Inkrementoberfläche ermöglicht. Durch den Sauerstoffanteil der Raumluft wird die Polymerisation des Komposits oberflächlich inhibiert (Sauerstoffinhibitionschicht). Dadurch finden die Moleküle der organischen Matrix der nachfolgenden Kompositenschicht genügend Reaktionspartner an der Oberfläche des zuvor eingebrachten Inkrements. Dieser Schichtvorgang wird wiederholt, bis die Restauration das Niveau der Kaufläche erreicht hat.

Ein Problem bei dieser Schichttechnik ist, dass die gesamten anatomischen Strukturen der Kaufläche gleichzeitig mit dem abschließenden okklusalen Inkrement ausmodelliert werden müssen. Dadurch wird eine detailgetreue, am Vorbild der Natur orientierte Ausformung der Kaufläche deutlich erschwert. Diese Technik ist daher eher bei der Versorgung kleinerer Kavitäten mit schmalen Isthmus bis zu Defekten mit mittlerer Isthmusbreite empfehlenswert (Abb. 2a bis l).

Schräge Schichttechnik

Bei dieser Schichttechnik, die auch als diagonale Schichttechnik bezeichnet wird, werden einzelne, schräg angeordnete Kompositichten, deren Dicke maximal der Durchhär்த்தiefe des verwendeten Kompositmaterials entspricht, in die Kavität

Horizontale Schichttechnik



- Auffüllen der Kavität mit **mehreren horizontalen Kompositinkrementen**
- Maximale Schichtstärke = 2 mm
- Jede Schicht wird separat polymerisiert
- Verwendung verschiedener Kompositfarben für Schmelz und Dentin möglich

→ **Anwendung v. a. bei schmalen bis mittlerem Kavitätenisthmus**

1

Abb. 1: Horizontale Schichttechnik zur Platzierung von Kompositrestaurationen im Seitenzahnbereich.



Abb. 2a: Erster Molar im Oberkiefer mit einer alten Amalgamfüllung.
 Abb. 2b: Situation nach dem Entfernen der alten Restauration.
 Abb. 2c: Nach dem Exkavieren der kariösen Zahnanteile wurde die Kavität präpariert und finiert.
 Abb. 2d: Anschließend wurde Kofferdam angelegt und ein Matrizensystem eingebracht.
 Abb. 2e: Nach Abschluss der adhäsiven Vorbehandlung zeigt die gesamte Kavität eine glänzende Oberfläche vom Haftvermittlersystem.
 Abb. 2f: Applikation des ersten Kompositinkrements in die Kavität.

eingetragen (Abb. 3). Jede Schicht wird einzeln lichtpolymerisiert, bevor das nächste Kompositinkrement daraufgeschichtet wird.

Der Vorteil bei dieser Schichttechnik liegt darin, dass nicht die gesamten Strukturen der okklusalen Anatomie in einem Inkrement gleichzeitig ausmodelliert werden müssen, sondern sich der Behandler auf die Ausformung der Höcker nur einer Kavitätenseite (bukkal oder oral) konzentrieren kann.

Nach der Lichthärtung werden dann die Höcker der anderen Kavitätenseite modelliert, ohne dass die Gefahr besteht, dass die zuvor erstellten Höcker dadurch wieder in ihrer Form und Ausrichtung verändert werden. Mit diesem Vorgehen wird die Ausgestaltung einer naturgetreu ausgeformten Kaufläche deutlich erleichtert. Diese Technik ist bei der Versorgung von Defekten ab einer mittleren Isthmusbreite zu empfehlen (Abb. 4a bis l).



Abb. 2g: Das erste Kompositinkrement wird in einer horizontalen Schicht im Zahndefekt verarbeitet und mit einem Handinstrument sorgfältig an den Kavitätenboden und die Kavitätenwände adaptiert.

Abb. 2h: Lichtpolymerisation der ersten Kompositenschicht.

Abb. 2i: Mit dem zweiten horizontalen Inkrement wird der Defekt komplett gefüllt und die Kaufläche aufgebaut. Die gesamten anatomischen Strukturen der Kaufläche müssen gleichzeitig mit dem abschließenden okklusalen Inkrement ausmodelliert werden.

Abb. 2j: Lichtpolymerisation der abschließenden Kompositenschicht.

Abb. 2k: Nach dem Entfernen der Matrize und vor dem Abnehmen des Kofferdams wird die Restauration auf etwaige Imperfektionen kontrolliert.

Abb. 2l: Endsituation nach dem Ausarbeiten und der Politur der Kompositrestauration.

Schräge Schichttechnik



3

- Auffüllen der Kavität mit **mehreren schrägen Kompositinkrementen**
- Maximale Schichtstärke = 2 mm
- Jede Schicht wird separat polymerisiert
- Verwendung verschiedener Kompositfarben für Schmelz und Dentin möglich

→ **Anwendung v. a. bei mittlerem bis breitem Kavitätenisthmus**

Abb. 3: Schräge Schichttechnik zur Platzierung von Kompositrestaurationen im Seitenzahnbereich.



Abb. 4a: Erster Molar im Oberkiefer mit einer alten Amalgamfüllung.
 Abb. 4b: Situation nach dem Entfernen der alten Restauration.
 Abb. 4c: Nach dem Exkavieren der kariösen Zahnanteile wurde die Kavität präpariert und finiert. Anschließend wurde Kofferdam appliziert.
 Abb. 4d: Abgrenzung des Defekts mit einem Teilmatrizen-System.
 Abb. 4e: Adhäsive Vorbehandlung der Zahnhartsubstanzen.
 Abb. 4f: Nach dem Aufbau der approximalen Wände mit Komposit wurde das Matrizen-System entfernt.

Schräge Schichttechnik

Sequenzielle Höckertechnik:

→ Automatische Einstellung der okklusalen Anatomie

5



Abb. 5: Sequenzielle Höckertechnik zur Platzierung von Kompositrestaurationen im Seitenzahnbereich.



Abb. 4g: Die beiden approximalen Kästen wurden bis auf das Niveau des Isthmusbodens mit Komposit gefüllt.
 Abb. 4h: Das nächste Kompositinkrement wurde in einer schrägen Schicht in die Kavität eingebracht. Beide bukkalen Höcker wurden mit diesem schrägen Inkrement gleichzeitig ausgeformt.
 Abb. 4i: Lichtpolymerisation der Kompositschicht.
 Abb. 4j: Das letzte Kompositinkrement wurde in einer gegenläufigen schrägen Schicht in die Kavität eingebracht. Beide palatinalen Höcker wurden mit diesem schrägen Inkrement gleichzeitig ausgeformt.
 Abb. 4k: Lichtpolymerisation der Kompositschicht.
 Abb. 4l: Endsituation nach dem Ausarbeiten und der Politur der Kompositrestauration.

Sequenzielle Höckertechnik

Bei der sequenziellen Höckertechnik, die eine Weiterentwicklung der schrägen Schichttechnik darstellt, wird - nach dem initialen inkrementellen Auffüllen tiefer Kavitätenanteile - jeder Höcker der Kaufläche einzeln nacheinander mit Komposit aufgebaut, final ausmodelliert und anschließend jeweils einzeln polymerisiert⁹⁻¹¹. Dadurch entstehen die einzelnen Strukturen der okklusalen Anatomie des Zahnes nacheinander und

fügen sich schlussendlich einfach und vorhersagbar zu einer natürlich wirkenden Kaufläche zusammen (Abb. 5). Wird diese Technik sorgfältig angewendet, kann, aufgrund der bereits primär sehr gut ausmodellierten okklusalen Kompositoberfläche im plastischen Zustand des Füllungswerkstoffs, im Regelfall viel Zeit beim nachfolgenden subtraktiven Ausarbeiten der Kaufläche mit rotierenden Instrumenten gespart werden (Abb. 6 a bis l).



Abb. 6a: Erster Molar im Oberkiefer mit provisorischen Füllungen nach Wurzelkanalbehandlung.
 Abb. 6b: Situation nach dem Entfernen der alten Restaurationen.
 Abb. 6c: Nach Exkavation und Kavitätenpräparation wurden Kofferdam und ein Matrixsystem angelegt. Danach erfolgt die adhäsive Vorbehandlung der Zahnhartsubstanz.
 Abb. 6d: Die komplette mesiale approximale Wand wird bis auf Randleistenhöhe mit Komposit aufgebaut.
 Abb. 6e: Der approximale Kasten wurde bis auf das Niveau des Isthmusbodens mit Komposit gefüllt. Die verbleibende Schichtstärke für die okklusal noch einzubringenden Kompositinkremente liegt jetzt unter der maximalen Durchhärttiefe des verwendeten Kompositmaterials.
 Abb. 6f: Schichtweise Vervollständigung der Kauflächenanatomie mit der sequenziellen Höckertechnik: Modellation und nachfolgende Polymerisation des mesiopalatalen Höckers.

Zentripetale Schichttechnik

Bei der zentripetalen Schichttechnik werden bei mehrflächigen Kavitäten (mo, od, mod) zuerst die kompletten approximalen Wandanteile von der Tiefe des Kastenbodens bis hoch zum Niveau der Randleiste in jeweils einer einzigen Schicht pro Approximalfläche aufgebaut und lichtpolymerisiert¹². Ein ursprünglicher Klasse-II-Defekt wird somit im ersten Schritt des Restaurationsprozesses mit Komposit im direkten Verfahren in eine „effektive Klasse-I-Kavität“ umgewandelt

(Abb. 7 a bis o). Nach Fertigstellung der Approximalflächen kann anschließend das nunmehr nicht mehr benötigte Matrixsystem inklusive der Spannringe und Keile vollständig entfernt werden. Dies verbessert im nachfolgenden Behandlungsverlauf einerseits den manuellen Zugang zur Kavität mit den zahnärztlichen Applikations- und Modellierinstrumenten für den weiteren Aufbau der Kompositrestauration und zur detailgetreuen Ausformung der okklusalen Strukturen. Andererseits erleichtert es durch die

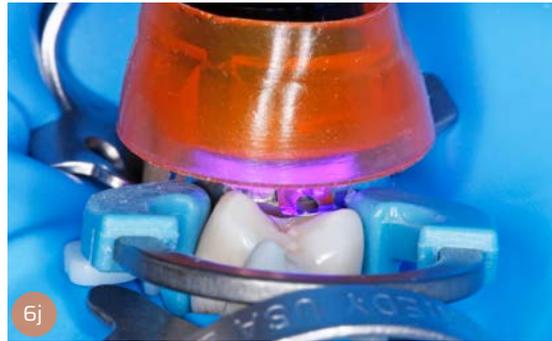


Abb. 6g: Modellation und nachfolgende Polymerisation des mesio-buccalen Höckers.
 Abb. 6h: Modellation und nachfolgende Polymerisation des disto-buccalen Höckers.
 Abb. 6i: Modellation des disto-palatalen Höckers.
 Abb. 6j: Lichtpolymerisation der abschließenden Kompositenschicht.
 Abb. 6k: Nach dem Entfernen der Matrize und vor dem Abnehmen des Kofferdams wird die Restauration auf etwaige Imperfektionen kontrolliert.
 Abb. 6l: Die Bearbeitung der Kaufläche mit rotierenden Instrumenten nach Aufbau mit der sequenziellen Höckertechnik beschränkt sich auf kleinere Anpassungen der statischen und dynamischen Okklusion und die abschließende Politur. Mit dieser Technik lässt sich zeitsparend und vorhersehbar ein exzellentes Schichtergebnis realisieren.

nunmehr verbesserte Einsehbarkeit der verbleibenden ungefüllten Kavitätenanteile zusätzlich auch die visuelle Kontrolle bei der Platzierung der noch einzubringenden Materialsichten, da störende Anteile des Matrixsystems, wie zum Beispiel Spannringe von Teilmatrixsystemen oder die Matrizenbänder selbst, nicht mehr in situ sind. Die weitere Restauration der verbliebenen „effektiven Klasse-I-Kavität“ erfolgt nachfolgend mit der horizontalen oder schrägen Schichttechnik bzw. der sequenziellen Höckertechnik.

„Lining“-Technik

Bei der Anfertigung direkter Kompositrestaurationen im Seitenzahnbereich wird von einem Teil der Behandler die sogenannte „Lining“-Technik eingesetzt. Hierbei wird der Boden der Kavität nach Abschluss der adhäsiven Vorbehandlung mit einer ersten, ca. 0,5 bis 1 mm dünnen Schicht eines fließfähigen Komposits ausgekleidet. Diese Flowable-Schicht wird separat lichtgehärtet. Durch dieses „Lining“ soll der Kavitätenboden dicht versiegelt werden, bevor nachfolgend der Zahnde-

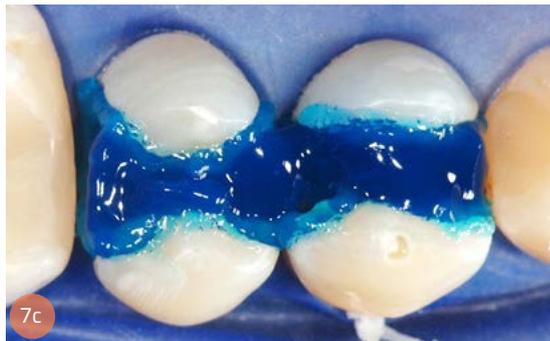
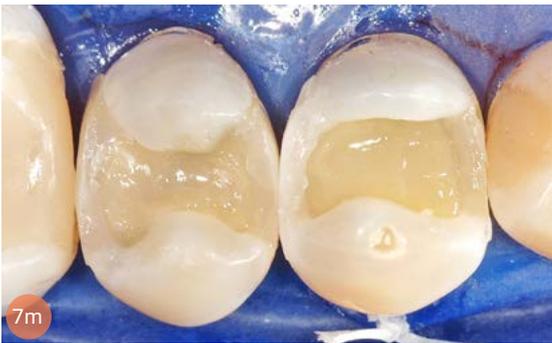


Abb. 7a: Prämolaren im Oberkiefer mit insuffizienten alten Amalgamfüllungen.
 Abb. 7b: Situation nach dem Entfernen der alten Restaurationen, Exkavation und dem Finieren der beiden dreiflächigen Klasse-II-Kavitäten (mod). Kofferdam wurde angelegt.
 Abb. 7c: Konditionierung der Zahnhartsubstanzen mit Phosphorsäure.
 Abb. 7d: Applikation eines Haftvermittlers auf Schmelz und Dentin.
 Abb. 7e: Abgrenzung der beiden distalen Approximalbereiche mit einem Teilmatrizensystem.
 Abb. 7f: An beiden Zähnen wurden jeweils die distalen Approximalwände komplett in einem Komposit-
 inkrement - von der Tiefe des Kastenbodens bis hoch zum Niveau der Randleiste - aufgebaut.
 Abb. 7g: Lichtpolymerisation der distalen approximalen Wandanteile.
 Abb. 7h: Nach Abnahme der Matrizen erkennt man die beiden fertiggestellten distalen approximalen Wandanteile.



- Abb. 7i: Abgrenzung der beiden mesialen Approximalbereiche mit dem Teilmatrizensystem.
- Abb. 7j: An beiden Zähnen wurden jeweils die mesialen Approximalwände komplett in einem Kompositinkrement - von der Tiefe des Kastenbodens bis hoch zum Niveau der Randleiste - aufgebaut.
- Abb. 7k: Lichtpolymerisation der mesialen approximalen Wandanteile.
- Abb. 7l: Nach Fertigstellung aller Approximalflächen wurde das nunmehr nicht mehr benötigte Matrizensystem inklusive der Keile vollständig entfernt. Die ursprünglichen Klasse-II-Defekte wurden in „effektive Klasse-I-Kavitäten“ umgewandelt.
- Abb. 7m: Horizontale Kompositenschichtung bis auf das Niveau des Fissurenreliefs.
- Abb. 7n: Fertigstellung der okklusalen Anatomie durch schräge Kompositenschichten.
- Abb. 7o: Endsituation nach dem Ausarbeiten und der Politur der Kompositrestaurationen.

„Lining“-Technik



8

- Dünne basale Schicht (0,5-1 mm) aus Flowable-Komposit (Liner) unter normalviskosem Komposit
- Soll als „**Stress Breaker**“ bzw. „**elastischer Puffer**“ dienen
- Flexibleres Material mit niedrigerem E-Modul soll lokale Spannungskonzentrationen (bei der Polymerisation oder durch thermische/mechanische Belastungen der auspolymerisierten Füllung) durch reversible Verformung (partiell) kompensieren
- Soll Randschluss verbessern, Microleakage vermindern und Kompositadaption an Innenwinkel/-kanten der Kavität verbessern
- Bei manchen stopfbaren Kompositen empfohlen (wegen schlechter Benetzungseigenschaften)

Abb. 8: „Lining“-Technik mit fließfähigem Komposit für die Platzierung direkter Kompositrestaurationen im Seitenzahnbereich.



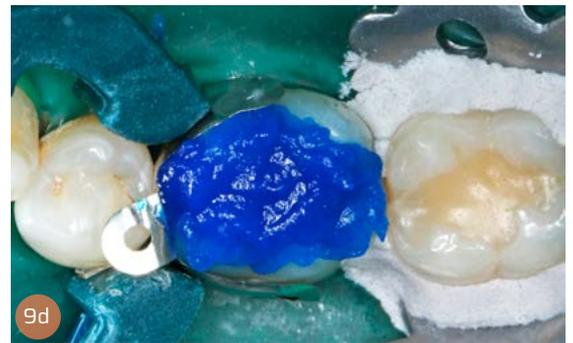
9a



9b



9c



9d



9e



9f

Abb. 9a: Erster Molar im Unterkiefer mit erneuerungsbedürftiger Amalgamfüllung.

Abb. 9b: Situation nach dem Entfernen der alten Restauration.

Abb. 9c: Nach dem Exkavieren und dem Finieren der Kavität wurde Kofferdam angelegt.

Abb. 9d: Konditionierung der Zahnhartsubstanzen mit Phosphorsäure.

Abb. 9e: Applikation eines Haftvermittlers auf Schmelz und Dentin.

Abb. 9f: Nach der Polymerisation des Adhäsivs zeigt die überall glänzende Kavitätenoberfläche eine perfekte Versiegelung.



Abb. 9g: „Lining“-Technik: Applikation einer ersten ca. 0,5-1 mm dünnen Schicht mit fließfähigem Komposit.
 Abb. 9h: Lichtpolymerisation der dünnen Schicht aus Flowable-Komposit.
 Abb. 9i: Die guten Benetzungseigenschaften des fließfähigen Materials gewährleisten, dass schlecht einsehbare oder schwierig zugängliche Kavitätenbereiche, wie zum Beispiel spitze Innenkanten bzw. -winkel der Kavität, blasenfrei abgedeckt bzw. ausgefüllt werden.
 Abb. 9j: Fertigstellung der direkten Kompositrestauration in inkrementeller Schichttechnik mit einem hochviskosen, modellierbaren Füllungskomposit.
 Abb. 9k: Lichtpolymerisation der letzten Kompositenschicht.
 Abb. 9l: Endsituation nach dem Ausarbeiten und der Politur der Kompositrestauration.

fekt mit einem normalviskosen modellierbaren Restorationskomposit in der Schichttechnik versorgt wird¹³ (Abb. 8). Die guten Benetzungseigenschaften des fließfähigen Kompositmaterials gewährleisten, dass schlecht einsehbare oder schwierig zugängliche Kavitätenbereiche, wie zum Beispiel spitze Innenkanten bzw. -winkel der Kavität oder dünn auslaufende proximale Schmelzanschrägungen, blasenfrei mit dem niedrigviskosen Füllungsmaterial abgedeckt bzw. ausgefüllt werden (Abb. 9a bis l)¹⁴. Es wird auch diskutiert, dass eine erste dünne Schicht aus einem

fließfähigen Kompositmaterial unter nachfolgend darübergeschichteten Inkrementen aus hochviskosem Komposit aufgrund des geringeren E-Moduls des Flowable-Komposits (durch den niedrigeren Füllkörpergehalt) als elastischer Puffer bzw. „Stress Breaker“ wirken kann¹⁵. Dadurch sollen die negativen Auswirkungen der Polymerisations-schrumpfung beim Legen der Füllung und der einwirkenden Kräfte während der klinischen Gebrauchsperiode (zum Beispiel okklusale Kaubelastung) abgemildert werden¹⁶⁻²⁸. In Patientenstudien konnte allerdings bisher kein signifi-

kant positiver Einfluss der „Lining“-Technik auf die klinische Leistungsfähigkeit von Kompositfüllungen im Seitenzahnbereich nachgewiesen werden²⁹⁻³⁵. Auch in einem systematischen Review und einer Metaanalyse aus dem Jahr 2016 kommen die Autoren zu der Schlussfolgerung, dass der Einsatz eines Flowable-Komposits als „Lining“-Material die klinische Performance von Kompositfüllungen nicht verbessert³⁶.

Kombination verschiedener Schichttechniken

Im klinischen Einsatz ist es hilfreich, verschiedene Schichttechniken zur Versorgung einer Kavität sinnvoll miteinander zu kombinieren. Beispielsweise kann im ersten Schritt eine Klasse-II-Kavität durch Anwendung der Zentripetal-Technik in eine „effektive Klasse-I-Kavität“ umgewandelt werden. Danach kann ggf. ein „Lining“ des Kavitätenbodens mit einem fließfähigen Komposit vorgenommen werden. Nach dem folgenden Einbringen eines horizontalen Kompositinkrements zum Anheben und Angleichen des Kavitätenbodens in den Isthmus- und Kastenbereichen kann im abschließenden Schritt mit der sequenziellen Höckertechnik die Kaufläche effektiv und naturgetreu ausgeformt werden.

Schlussbemerkungen

Trotz der vielen verschiedenen Platzierungsmethoden und Kompositarten, die für die Herstel-

lung direkter Kompositrestaurationen in Seitenzahnkavitäten eingesetzt werden, weisen die in der wissenschaftlichen Literatur veröffentlichten Ergebnisse sowohl von klinischen Studien als auch von Laboruntersuchungen darauf hin, dass die wichtigsten Faktoren für den Behandlungserfolg eine sorgfältige und genaue Anwendungs- und Lichthärtetechnik, unabhängig von der im Einzelfall eingesetzten Platzierungsart, sind³⁷.

Auf die Bulk-Fill-Komposite wurde in dieser Übersicht aus Platzgründen nicht eingegangen. Dieses Thema wird Gegenstand eines weiteren Artikels im nächsten Jahr sein. ■

Das Literaturverzeichnis ist bei der Redaktion erhältlich.

Autor

Prof. Dr. Jürgen Manhart

Manhart Dental Academy

E-Mail: info@manhartdental.de

www.manhartdental.de

Instagram: [prof.manhart](#)

Facebook: [prof.manhart](#)

Aktuelle Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz: Hilfe, ich werde begutachtet!

In Rheinland-Pfalz werden rund 8.000 vertragszahnärztliche Gutachten erstellt, vor allem Planungsgutachten für Versorgungen mit Zahnersatz. Wie läuft ein Gutachterverfahren ab? Was müssen Zahnärztinnen und Zahnärzte, deren Versorgung begutachtet werden soll, wissen? Im Onlineseminar „Hilfe, ich werde begutachtet!“ berichtet Dr. Jochen Klemke aus seiner langjährigen Erfahrung als Gutachter sowie Obergutachter und gibt anhand von Beispielfällen Tipps zur richtigen Vorgehensweise vor und nach einer Begutachtung.

Geplante Inhalte

- » Das Gutachterwesen der KZV Rheinland-Pfalz: Strukturen, Instanzen und Abläufe
- » Entscheidungsgrundlagen der Gutachterinnen und Gutachter
- » Benötigte Unterlagen zur Gutachtenerstellung

- » Begutachtungen von ZE-Maßnahmen: Prüfung der Okklusion und der Passform einer Prothese oder des Kronenrandes sowie einer fachgerechten Planung
- » Zwei Gutachter, zwei Meinungen? Warum Gutachter und Obergutachter zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen können

Kursnummer: 7-2024

Termin: Mittwoch, 04.09.2024

Uhrzeit: 16:00-17:30 Uhr

Zielgruppen: Zahnärztinnen und Zahnärzte

Ort: online

Gebühr: 39 Euro

Fortbildungspunkte: 2 Punkte

Referent: Dr. Jochen Klemke M. A., Qualitätszirkelleiter und Koordinationsleiter der Qualitätszirkel

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

Aktuelle Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz: Update PAR-Abrechnung 2.0

Die Parodontitis-Behandlungsstrecke ist inzwischen fest im Praxisalltag etabliert. Im Seminar „Update PAR-Abrechnung 2.0“

- » frischen Sie Ihr Wissen zu den einzelnen Behandlungsschritten auf,
- » erfahren Sie, wie Sie die UPT, Verlängerungen 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: 8-2024

Termin: Mittwoch, 09.10.2024

Uhrzeit: 15:00-17:00 Uhr

Zielgruppen: Zahnärztinnen, Zahnärzte und Praxispersonal

Ort: online

Gebühr: 30 Euro

Fortbildungspunkte: 2 Punkte

Referentin: Michaela Meißner, stellvertretende Geschäftsleiterin Abrechnung, KZV Rheinland-Pfalz

Anmeldung: Bitte melden Sie sich für das Onlineseminar 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. ■

Lichtpolymerisation: Update und Möglichkeiten zur Optimierung

Bei der Lichthärtung zahnärztlicher Kompositmaterialien können sich leicht Fehler einschleichen, die die Langlebigkeit der Restaurationen beeinflussen. In diesem Beitrag werden die wichtigsten Aspekte für eine sichere Polymerisation lichthärtender Kompositmaterialien dargestellt.

Text: OA Dr. Uwe Blunck, Berlin

Die Lichthärtung zahnärztlicher Materialien ist ein entscheidender Bestandteil der Füllungstherapie am Patienten. Es wird aber diesem Arbeitsschritt leider nicht immer die volle Aufmerksamkeit geschenkt, die für eine sichere Aushärtung nötig wäre¹⁹, und er wird in vielen Praxen an die ZFA delegiert, die damit eine große Verantwortung übernimmt. Denn die Oberfläche lichthärtender Komposite erscheint schon nach kurzer oder unzureichender Belichtung hart, aber die physikalischen Werte wie die erzielte Härte – vor allem am Kavitätenboden –, die Biegefestigkeit sowie die Abrasionswerte, die letztendlich über die Langzeitperspektive der Restauration entscheiden¹⁷, sind damit noch nicht gesichert.

Lichtleistung, Lichtintensität und Bestrahlungsstärke

Zum besseren Verständnis der Problematik bei der Lichthärtung müssen drei Begriffe unterschieden werden:

» Lichtleistung einer Lichtquelle

Sie ist die Energiemenge, die pro Zeitspanne von einer Lichtquelle erzeugt wird, angegeben in W (Watt).

» Lichtintensität

Sie ist die Energiemenge pro Fläche am Lichtaustrittsfenster, die pro Zeiteinheit ausgestrahlt wird, angegeben in mW/cm^2 .



Abb. 1: Vergleich: Unterschiedliche Durchmesser zweier Lichtaustrittsfenster.

» Bestrahlungsstärke

Sie gibt an, wie viel Lichtenergie am Wirkort, also bei den Photoinitiatoren, bezogen auf die Fläche ankommt und wird daher ebenfalls in mW/cm^2 angegeben.

Die empfohlene Intensität in mW/cm^2 am Lichtaustrittsfenster eines Lichtgerätes sollte zwischen 800 und 1.500 liegen¹³. Dieser Wert allein sagt aber noch nichts aus, denn er berechnet sich aus der Lichtleistung der Lichtquelle bezogen auf die Fläche des Lichtaustrittsfensters: Kleinere Durchmesser haben somit bei gleicher Lichtleistung der Lichtquelle eine höhere Intensität, allerdings auch nur eine eingeschränkte Beleuchtungsfläche (Abb. 1).

Lichthärtende Komposit-Füllungsmaterialien

Um die physikalischen Eigenschaften lichthärtender Komposit-Füllungsmaterialien voll nutzen zu können, müssen sie zu Polymeren vernetzen, indem Radikale die Doppelbindungen an den Monomeren aktivieren. Die Radikale werden durch Einwirkung spezifischer Wellenlängen auf die Photoinitiatoren aktiviert. Diese Wellenlängen werden Absorptionsspektren genannt und müssen zu den Emissionsspektren der Lichtgeräte passen. Sie sind also entscheidend für die sichere Aushärtung des Kompositmaterials, bereiten aber für das menschliche Auge enorme Probleme²³, denn gerade der blaue Wellenlängenbereich ist für die Netzhaut besonders gefährlich. Darauf weisen bereits Augenärzte bezüglich der



verstärkten Nutzung weißer LEDs in unserer alltäglichen Umgebung hin, die ebenfalls hohe Anteile an Wellenlängen des blauen Lichtes enthalten. Das Licht der Polymerisationsgeräte kann somit langfristig zur Beeinträchtigung der Sehfähigkeit führen. Daher sind Orange-Filter unbedingt erforderlich, um die korrekte Positionierung des Lichtaustrittsfensters visuell überprüfen zu können.¹⁵

Belichtungs-dosis oder „Total Energy Concept“

Zur sicheren Aushärtung eines lighthärtenden Kompositmaterials wird neben dem entsprechenden Absorptionsspektrum auch die genügende Menge an Radikalen in der gesamten Schichtstärke des Komposits nötig, also eine bestimmte Belichtungs-dosis. Dies wird als sogenanntes Total Energy Concept beschrieben.

Die Belichtungs-dosis ist dabei das Produkt aus Bestrahlungsstärke (also der Lichtenergie, die auf das auszuhärtende Komposit trifft) multipliziert mit der Belichtungszeit.⁶ Dabei gilt diese lineare Beziehung annäherungsweise allerdings nur im Bereich von Bestrahlungsstärken zwischen 500 und 1.500 mW/cm².

Für eine sichere Polymerisation der aktuellen Komposite ist für die adäquate Polymerisation eines 2 mm dicken Inkrementes eine erforderliche Energiedosis von 12.000 bis 24.000 mWs/cm² = 12 bis 24 J/cm² berechnet worden^{2, 3, 6, 16, 24}. Dadurch können sich, in Abhängigkeit von der Bestrahlungsstärke des verwendeten Polymerisationsgerätes, unterschiedlich lange Belichtungszeiten ergeben. Hochviskose Bulkfill-Kompositmaterialien liegen wegen der dickeren Schichtstärke eher im oberen Bereich, also über 20 J/cm^{2,9}.

Lichtgeräte mit hoher Intensität, die ein schnelles Aushärten in besonders kurzer Zeit ermöglichen sollen, werden kritisch gesehen, da ein Initiatorsystem nur eine bestimmte Menge an Energie pro Zeiteinheit aufnehmen kann und ab einer bestimmten Bestrahlungsstärke keine weitere Erhöhung der Radikalbildung mehr erfolgt^{4, 8}. Außerdem ist damit auch eine hohe Wärmeentwicklung verbunden, was die Gefahr der Pulpaüberhitzung oder Verletzungen des Weichgewebes erhöht.

Polymerisationslichtgeräte

Seit ca. zehn Jahren sind der Standard in der Lichtpolymerisation die LEDs (lichtemittierende Dioden)¹⁸, die mit einem relativ schmalen Wellenlängenbereich keine hohen Temperaturen an der Lichtquelle wie bei den Halogenlichtgeräten erzeugen. Daher können sie ohne Kühlung auskommen und als handliche Akkugeräte angeboten werden.⁵

Die meisten LED-Polymerisationsgeräte weisen das typische enge Emissionsspektrum im blauen Wellenlängenbereich von 430 bis 490 nm auf und daher ist ihr universeller Einsatz nicht automatisch gegeben. Einige Hersteller (zum Beispiel Ultradent, Vivadent, GC) bieten sogenannte Multi-Peak-LED-Lichtgeräte an, die verschiedene LEDs für blaues und violettes Licht im Bereich von 385 bis 515 nm einsetzen und somit für alle lighthärtenden Materialien verwendet werden können^{11,7}.

Lichtstreuung

Ein weiteres Problem bei der Lighthärtung ist die Lichtstreuung, weil dadurch die Bestrahlungsstärke exponentiell mit der Entfernung abnimmt. Untersuchungen von Richard Price haben zeigen können, dass die Bestrahlungsstärke bei einer Entfernung von 6 mm bis um ca. 50 Prozent, bei einer Entfernung von 10 mm bis um ca. 80 Prozent abnehmen kann¹⁰ – Entfernungen, die bei tiefen Kavitäten oder bei schwer zugänglichen Approximalflächen häufig vorliegen. Dann müssen die Belichtungszeiten entsprechend verlängert werden.

Um die Streueffekte zu minimieren, sind bei Lichtgeräten, deren LEDs direkt vorn am Lichtaustrittsfenster liegen, Linsen angebracht worden oder das Licht wird durch Faserstäbe geleitet. Dabei sind parallelwandige sinnvoller als sich zum Lichtaustrittsfenster verjüngende Lichtleiter. Diese sogenannten Turbolichtleiter streuen nämlich besonders stark und zeichnen sich bei zunehmendem Abstand zum Lichtaustrittsfenster durch einen höheren Abfall der Bestrahlungsstärke aus¹⁰ (Abb. 2).

Um die Hygienestandards einzuhalten, sollte der Lichtleiter idealerweise aus dem Handstück entfernen- und autoklavierbar sein¹. Anderenfalls sind Einmalschutzfolien einzusetzen, wobei darauf zu achten ist, dass die Schutzfolie straff über das Lichtaustrittsfenster



Abb. 3: Einfluss auf Strahlungsstärke: Ungünstig angelegte Schutzfolien, die die Bestrahlungsstärke negativ beeinträchtigen.

gespannt wird, sonst kann auch dies bereits zu einer Verminderung der Bestrahlungsstärke führen (Abb. 3).

Temperaturentwicklung während der Lichthärtung

Beim Auftreffen der Lichtwellen auf das Kompositmaterial, auf die Zahnhartsubstanz und gegebenenfalls auf das benachbarte Weichgewebe kommt es zu einer Hitzeentwicklung, die vor allem in tiefen Kavitäten eine Reizung der Pulpa darstellen kann⁷. Dem kann mithilfe eines Luftstroms durch die Mehrfunktionsspritze oder den Suktur zur Kühlung entgegengewirkt werden¹³. Bei der Lichthärtung in Gingivanähe ist zu bedenken, dass das rote Gewebe die Wellenlängen des blauen Lichtes besonders gut absorbieren und es daher sogar zu Verbrennungen der Gingiva kommen kann.

Energiestrahprofil (Beam Profile)

Ebenso wichtig wie das Emissionsspektrum ist auch das sogenannte Energiestrahprofil (engl. Beam Profile), die Verteilung der Bestrahlungsstärke und - bei Geräten mit unterschiedlichen LEDs - der Wellenlängen auf der Fläche des Lichtaustrittsfensters. In den Abb. 4 und 5 sind verschiedene Beam Profiles dargestellt, die deutlich zeigen, wie sehr der Durchmesser des Lichtaustrittsfensters und die gleichmäßige Verteilung der Bestrahlungsstärke auf die Lichthärtung in Standardkavitäten Einfluss nehmen können.

Wartung

Die benötigte Lichtmenge kann auch durch Verunreinigungen am Ausgangsfenster des Lichtleiters und durch defekte Fasern im Lichtleiter beeinflusst werden. Daher sollte auf Beschädigungen sowie Verschmutzungen des Lichtaustrittsfensters geachtet und die Intensität (Lichtleistung am Lichtaustrittsfenster) regelmäßig überprüft werden.²⁰ Die dazu angebotenen Lichtmessgeräte, sogenannte Radiometer, ergeben keine verlässlichen Werte²⁰, sie können aber den Verlauf der Lichtleistung eines Gerätes über einen längeren Zeitlauf erfassen. Innerhalb der angebotenen Lichtmessgeräte zeichnet sich zurzeit das BluePhase Meter II (Fa. Ivoclar Vivadent) durch die genauesten Werte aus²⁰ und es kann durch Eingabe des Durchmessers des Lichtaustrittsfensters die Intensität exakter bestimmen.

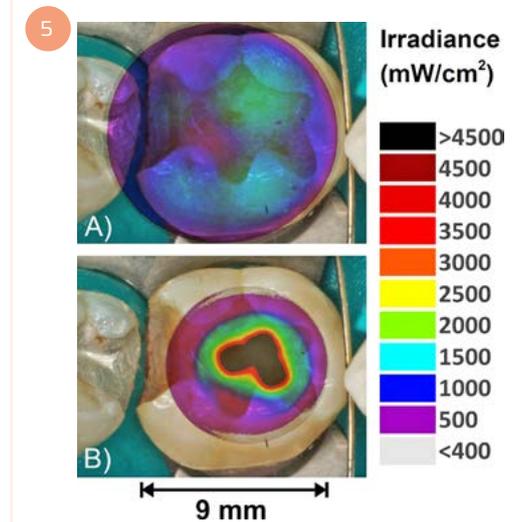
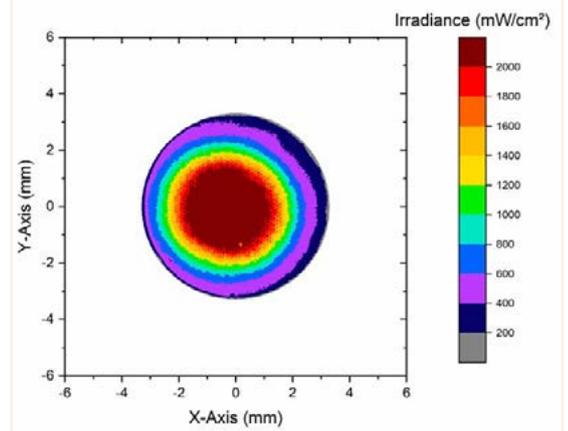
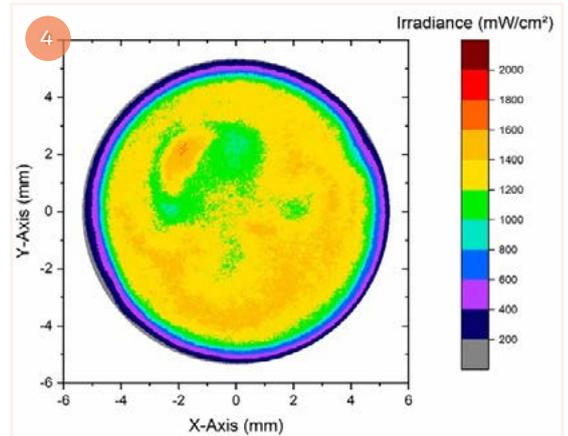


Abb. 4: Farbverteilung: Beam Profiles verschiedener Lichtgeräte. Je mehr unterschiedliche Farben dargestellt werden, desto weniger gleichmäßig ist die Verteilung der Intensität.

Abb. 5: Strahlungsleistung: Verteilung der Bestrahlungsstärke in der Kavität in Abhängigkeit vom Durchmesser und den Beam Profiles zweier verschiedener Lichtgeräte.

Auswahl eines Lichtgerätes

Bei der Auswahl des Lichtgerätes sollte bedacht werden, dass nicht zertifizierte Billigangebote nur auf Kosten der Qualität der LEDs und der verwendeten Elektronik möglich sind. Es empfiehlt sich daher, Markenprodukte zu wählen, die durch eine hohe Qualitätskontrolle eine sichere Anwendung ermöglichen.¹³

Bei der Auswahl sollte auf folgende Aspekte geachtet werden¹⁴:

- » Die Leistung des Gerätes (mW) gibt mehr Auskunft über die Wertigkeit als die Intensität!
- » Entscheidend ist der Durchmesser des Lichtaustrittsfensters. Empfohlen werden Durchmesser ab ca. 10 mm.
- » Die Intensität sollte zwischen 800 und 1.500 mW/cm² liegen.
- » Wichtig ist eine geringe Streuung des Lichtes mit zunehmender Distanz!
- » Das Emissionsspektrum und die benötigten Wellenlängen zur Aushärtung des angewendeten Kompositmaterials sollten übereinstimmen!
- » Die Verteilung der Lichtenergie auf der Fläche des Lichtaustrittsfensters, das Beam Profile, sollte gleichmäßig sein!

Ein weiteres Kriterium ist die Form des Lichtleiters. In der Kinderbehandlung und bei Patienten mit geringer Mundöffnung sowie beim Einsatz im posterioren Zahnreihenbereich empfehlen sich an der Spitze verkürzte Lichtleiter oder die Geräte mit LEDs direkt am Lichtaustrittsfenster (Abb. 6).

Probleme der Anwendung

Studien von Richard Price konnten an Phantomköpfen mit eingebauten Photosensoren eindrucksvoll nachweisen, dass es nicht einfach ist, eine optimale Belichtung am Boden einer Klasse-I-Kavität sicherzustellen, und dass die Ergebnisse zwischen den verschiedenen Anwendern große Streuung aufzeigen¹² (Abb. 7). Dabei konnte auch gemessen werden, dass bereits ein Winkel von 30 Grad zu einer Abnahme der Bestrahlungsstärke um 26 Prozent führt¹². Außerdem kommt es bei schrägen Lichteinfallswinkeln zu Schattenbildungen in der Kavität, wodurch eventuell Teile des Komposits gar nicht vom Licht erreicht werden.



Abb. 6: Optimale Bestrahlung: Darstellung der unterschiedlichen Winkelung von Lichtleitern, die zur Lichthärtung im posterioren Seitenzahnbereich verschieden starke Mundöffnungen benötigen.

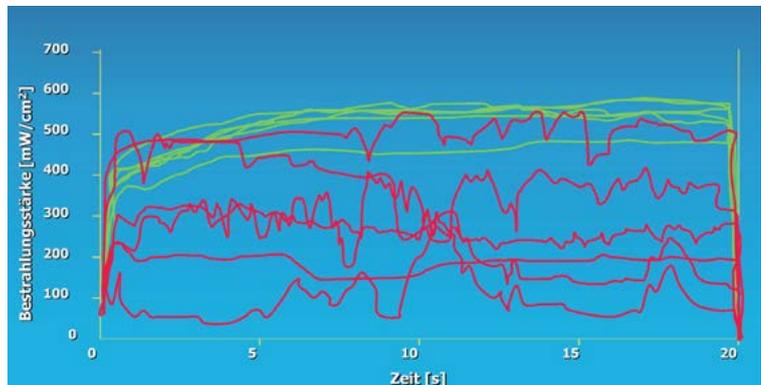


Abb. 7: Messung: Aufzeichnung der Bestrahlungsstärke am Boden einer 4 mm tiefen Kavität bei Anwendung eines Lichtgerätes durch verschiedene Studienteilnehmer (rot vor und grün nach Instruktion zur korrekten Abstützung).

Zur Sicherstellung einer effektiven Lichthärtung des Komposits kann es daher nötig sein, diese in mehreren überlappenden Zyklen durchzuführen. Die effektive Lichthärtung kann auch unterstützt werden, wenn nach Abnahme des Metallmatrizenbandes nochmals der approximale Kasten von bukkal und oral belichtet wird.^{21, 22}

Leitlinien

Zur sicheren Lichthärtung sollten folgende Hinweise beachtet werden:¹³

- » regelmäßig die Intensität des Lichtgerätes prüfen,
- » das Lichtaustrittsfenster auf Verunreinigungen kontrollieren,
- » die korrekte Belichtungszeit für das spezifische Kompositmaterial wählen,
- » das Komposit in der korrekten Schichtstärke applizieren,
- » die Entfernung zwischen Lichtaustrittsfenster und Komposit berücksichtigen und entsprechend die Belichtungszeit verlängern,
- » darauf achten, dass das applizierte Kompositmaterial vollständig vom Licht erfasst wird,

- » mögliche Hitzeschäden bedenken, ggfs. vermeiden mit Mehrfunktionsspritze oder Suktur und
- » die Augen schützen.

Fazit

Damit ein Kompositmaterial seine vollen Eigenschaften entwickeln kann, muss die Polymerisation zu einer optimalen Vernetzung der Monomere führen. Bei lighthärtenden Produkten muss dazu eine ausreichende Belichtungsdosis das Kompositmaterial erreichen, die sich aus dem Produkt der Bestrahlungsstärke (mW/cm²) und der Belichtungszeit berechnet. Die wirksame Bestrahlungsstärke wiederum ist abhängig von

- » der Intensität des Gerätes,
- » der Entfernung vom Lichtaustrittsfenster,
- » dem Winkel der Einstrahlung und
- » der Schichtstärke des applizierten Kompositmaterials.

Das kann nur mit visueller Kontrolle des Belichtungsvorgangs mit Augenschutz erfolgen.

Die Lichtpolymerisation ist also ein komplexer Vorgang, dem genügend Aufmerksamkeit gewidmet werden muss! Es kommt somit nicht auf eine möglichst schnelle, sondern auf eine vollständige Aushärtung an, um dauerhafte Restaurationen erfolgreich legen zu können. ■

Das Literaturverzeichnis ist bei der Redaktion erhältlich.

Dieser Beitrag ist im Zahnärzteblatt Baden-Württemberg 7/2023 erschienen. Wir danken für die Nachdruckerlaubnis.

Autor

OA Dr. Uwe Blunck

Abteilung für Zahnerhaltung,
Präventiv- und Kinderzahnmedizin
Charité-Universitätsmedizin
Berlin

Neue S3-Leitlinie: Kompositrestauration im Front- und Seitenzahnbereich

Unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde wurde eine S3-Leitlinie zu Kompositrestaurationen an bleibenden Zähnen im Front- und Seitenzahnbereich erstellt.

Text: Katrin Becker

Nach Angaben der beiden Fachgesellschaften existiert mit der S3-Leitlinie für die Anwendung von Komposit nun erstmalig eine fundierte Aufbereitung der vorliegenden Evidenz auf Grundlage einer systematischen Literaturrecherche und -auswertung. Sie folgt auf die im Jahr 2016 veröffentlichte S1-Handlungsempfehlung „Komposit im Seitenzahnbereich“.

Die neue Leitlinie stelle die deutlich erweiterte Frage, „wie das Überleben und das qualitative Outcome von direkten Kompositrestaurationen

im Front- und Seitenzahnbereich im Vergleich zu direkten und indirekten alternativen Versorgungsarten auf Basis der derzeit verfügbaren Evidenz zu bewerten ist“. Weiterhin umfasse die Leitlinie Restaurationen der Klassen I bis V sowie ausgedehnte Restaurationen mit Höckerersatz und Zahnformkorrekturen.

Die S3-Leitlinie „Direkte Kompositrestaurationen an bleibenden Zähnen im Front- und Seitenzahnbereich“ ist gültig bis Januar 2029. Sie ist abrufbar von <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/083-028>. ■

Steckbrief: Praxisnachfolger gesucht!

Im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages bietet die Kassenzahnärztliche Vereinigung rheinland-pfälzischen Zahnärztinnen und Zahnärzten die Option, ihre Praxis potenziellen Nachfolgern vorzustellen. Heute im Porträt: die Praxis Rheinheimer-Hess und Daume in Waldmohr.

Gesucht wird

**Nachfolge für eine Praxis
(geeignet als Einzel- oder Doppelpraxis)
in 66914 Waldmohr ab 2025**

Ausstattung der Praxis

- » Größe: ca. 175 m²
- » Helle Räume im zweiten Stock eines Ärztehauses mit Aufzug
- » Drei voll eingerichtete Behandlungszimmer
- » Digitales Röntgen (OPG und Kleinröntgengerät)
- » Kleines Labor für Modelle, Tiefziehschienen
- » Anmeldung, Wartezimmer, Sterilisationsraum
- » Sozialraum, Büro im dritten Stock
- » TI-Anbindung vorhanden, Qualitätsmanagement etabliert
- » Parkplätze vor dem Haus

Personal

- » eine ZMF, fünf ZFA (vorwiegend Teilzeit), eine Reinigungskraft, Übernahme möglich

Lage der Praxis

- » Waldmohr ist eine Kleinstadt mit ca. 6.000 Einwohnern nahe der Universitätsstadt Homburg, zwischen Kaiserslautern und Saarbrücken an der A 6 gelegen
- » Sehr gute Verkehrsanbindung und Infrastruktur mit Grundschulen und Kitas vor Ort, weiterführende Schulen in Homburg
- » Vielfältiges Freizeitangebot (Schwimmbad, Wandern, Radfahren, Tennis, Golf)
- » Praxis liegt zentral am Marktplatz und ist gut mit Pkw und ÖPNV erreichbar

Praxisbesonderheiten

- » Etablierte Praxisgemeinschaft (Allgemeinzahnärztin und Oralchirurgin) mit großem Patientenstamm
- » Sehr gute Kostenstruktur
- » Prophylaxeorientierte Familienpraxis, gesamte Zahnheilkunde ohne KFO (MKG-Chirurgie und KFO-Praxen im Umkreis)
- » Option zu Verlängerung des Praxismietvertrages



Fotos: Dr. Pia Rheinheimer-Hess



- » Job-Sharing-Modell zwecks Vereinbarkeit von Beruf und Familie/Freizeit realisierbar
- » Flexibler Praxisübergang machbar
- » Tätigkeit als Paten- oder Schulzahnarzt/-zahnärztin möglich

Kontakt zu den Praxisinhaberinnen

Dr. Pia Rheinheimer-Hess

☎ 0170 / 9326845, ✉ piarhe@web.de

Christine Daume

☎ 0176 / 72694816, ✉ chris.daume@t-online.de

Sie möchten Ihre Praxis kostenfrei in *KZV aktuell* vorstellen? Schreiben Sie uns gern eine E-Mail an redaktion.kzvaktuell@kzvrlp.de.

Assistenzhunde in der Zahnarztpraxis: Sind sie erlaubt?

Als Helfer auf vier Pfoten sind Assistenzhunde für Menschen mit Beeinträchtigungen wichtige Begleiter im Alltag. Sie dürfen ihre Halter auch dorthin begleiten, wo andere Haustiere draußen bleiben müssen, beispielsweise in Geschäfte, in den Supermarkt oder zum Friseur. Gilt das auch für Zahnarztpraxen?

Text: Kathrin Kromeier

Was genau ist ein Assistenzhund?

Es werden drei Arten von Assistenzhunden unterschieden: Blindenführhunde, Servicehunde für Personen, die auf einen Rollstuhl angewiesen sind, sowie Signalthunde für Menschen mit Hörbehinderung oder für Personen mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes oder Epilepsie. Diese werden im „Notfall“ von ihrem Assistenzhund gewarnt. Im Gegensatz zu Therapiehunden, die nur zeitlich begrenzt zum Einsatz kommen und ein bestimmtes Therapieziel verfolgen, sind Assistenzhunde rund um die Uhr an der Seite ihres Herrchens oder Frauchens. Dies unterscheidet die Assistenz eines Hundes von der Assistenz bzw. Betreuung durch Angehörige oder einen Pflegedienst und bietet den Betroffenen maximale Unabhängigkeit im Alltag.

Wie unterscheidet sich ein Assistenzhund von einem Familienhund?

Assistenzhunde werden jahrelang ausgebildet. Sie müssen bestimmte Charaktereigenschaften vorweisen und sich einer Gesundheitsprüfung unterziehen. Erkennbar sind sie am sichtbar am Hund befestigten Assistenzhundabzeichen. Geregelt wird dies in der im März 2023 in Kraft getretenen Assis-



**Assistenzhund
Assistance dog**

im Sinne des § 12e
Absatz 3 BGG

tenzhundeverordnung (AHundV). Aufgrund aktueller Prüfungen verschiedener Landesregierungen gilt zur einheitlichen Kennzeichnungspflicht eine Übergangsfrist bis 31. Dezember 2024. Bis dahin ist eine individuelle Kennzeichnung weiter erlaubt. Alternativ kann der Assistenzhundehalter einen offiziellen Assistenzhundausweis mit dem Logo vorzeigen.

Dürfen Patienten ihren Assistenzhund in die Zahnarztpraxis mitbringen?

Die Antwort lautet „Ja“. Das Behindertengleichstellungsgesetz sieht vor, dass Krankenhäuser, (Zahn-)Arztpraxen und weitere medizinische sowie öffentliche Einrichtungen einem Menschen in notwendiger Begleitung eines Assistenzhundes den Zutritt nicht verweigern dürfen (§ 12e Abs. 1 BGG). Der Praxisinhaber kann in einem solchen Fall einen Patienten grundsätzlich auch nicht unter Berufung auf sein Hausrecht zurückweisen. Darüber hinaus hat das Bundesverfassungsgericht im Jahr 2020 entschieden (Az. 2 BvR 1005/18), dass das Verwehren des Zutritts zu einer Arztpraxis für eine sehbehinderte Person mit Assistenzhund das Grundrecht aus Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 Grundgesetz verletzt. Danach darf niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden. Das scheinbar neutrale Verbot

Seit dem 1. März 2023 gibt es für die Kennzeichnung von Assistenzhunden ein verpflichtendes bundeseinheitliches Logo. Bis zum Ende der Übergangsfrist am 31. Dezember 2024 können individuelle Abzeichen verwendet werden. Foto: AHundV

von Hunden in einer Arztpraxis benachteilige die Person mit Sehbehinderung in besonderem Maße.

Meist ist es jedoch gar nicht nötig, dem Assistenzhund Zutritt zum Behandlungszimmer zu gewähren, da etwa bei einem sehbehinderten Menschen das Praxispersonal unterstützend wirken kann. In diesem Fall kann der Hund an einem ruhigen Platz in der Praxis warten. Übrigens: Regulären Haushunden kann durch Gebrauch des Hausrechts der Zutritt verwehrt werden.

Wie sieht es mit der Hygiene aus?

Würde man einem Assistenzhund den Zutritt zur Zahnarztpraxis verweigern, dürfte sie streng genommen auch keine Person in Straßenkleidung betreten. Die Verunreinigungen, die Menschen auf ihrer Kleidung und insbesondere auf ihren Schuhen transportieren, sind nämlich vergleichbar mit der Verunreinigungsmenge eines gepflegten Assistenzhundes. Ausnahmen sollten jedoch bei chirurgischen/oralchirurgischen Eingriffen gemacht werden. In diesen Fällen sollte der tierische Begleiter, wenn möglich, außerhalb des Behandlungszimmers warten. Gegebenenfalls besteht die Möglichkeit, dass der Patient für diese Behandlung eine Begleitperson mitbringt. Dies kann im Vorfeld abgefragt werden. Falls das nicht geht, kann sich der Zahnarzt zur Beratung an das zuständige Gesundheitsamt wenden. Um

Hundehaare möglichst schnell zu beseitigen, sollte die Praxis nach der Behandlung feucht durchgewischt werden.

Auch das Bundesverfassungsgericht hat sich zu Hygienebedenken geäußert: In zuvor genanntem Urteil verwies es auf Einschätzungen des Robert-Koch-Institutes und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, wonach aus hygienischer Sicht in der Regel keine Einwände gegen die Mitnahme von Assistenzhunden in medizinischen Einrichtungen bestünden.

Und wenn ein Zahnarzt, ein Mitarbeiter oder ein anderer Patient eine Hundephobie oder -allergie hat?

Grundsätzlich sind die Interessen aller Beteiligten zu berücksichtigen. Durch eine räumliche Trennung oder eine entsprechende Terminplanung sollten jedoch gar keine Probleme entstehen. Falls der behandelnde Zahnarzt selbst eine Phobie oder Allergie gegen Hunde hat, kann der Patient an einen Kollegen verwiesen werden.

Wie verhält man sich gegenüber einem Assistenzhund?

Am besten ist es, den Hund einfach zu ignorieren. Deshalb gilt: nicht ansprechen, streicheln oder füttern, um ihn nicht von seiner Arbeit abzulenken. ■

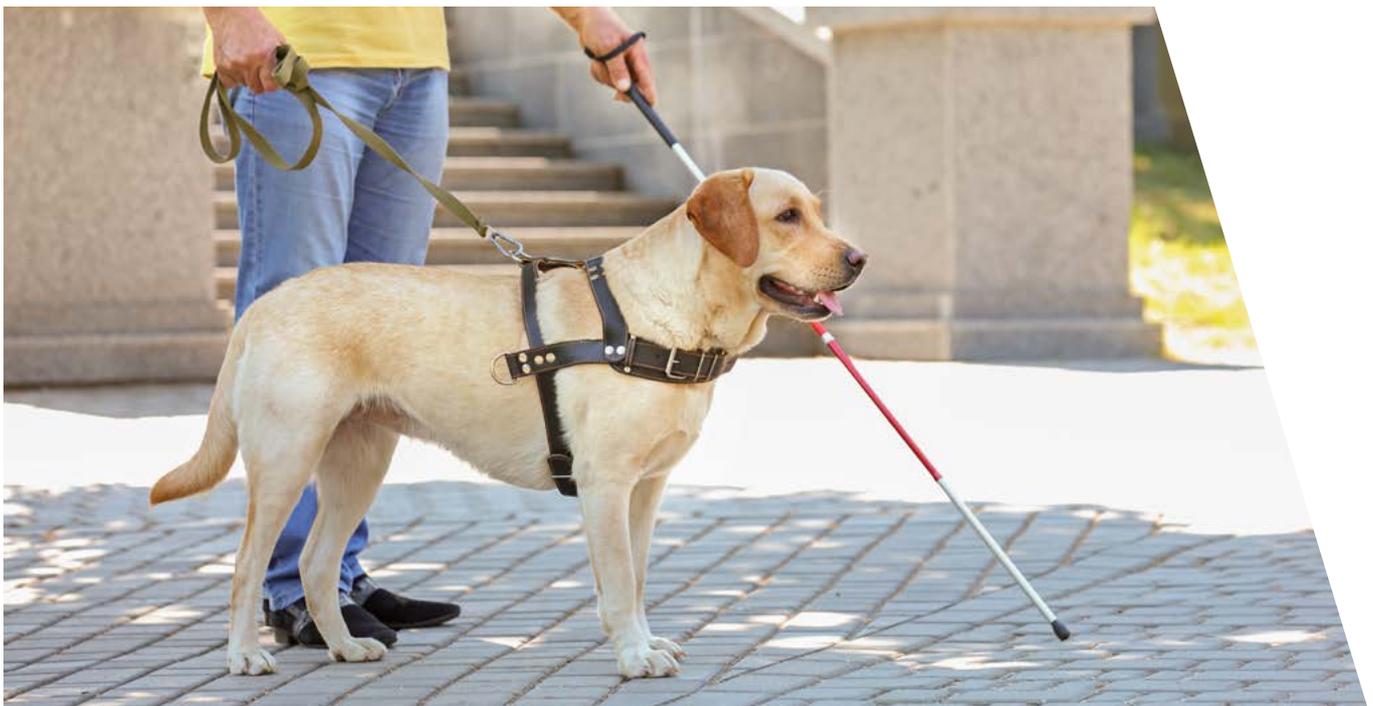


Foto: AdobeStock

Konkurrenzschutzklausel: Nur mit Karenzenschädigung gültig

Konkurrenzschutzklauseln in Arbeits- oder Gesellschaftsverträgen sind grundsätzlich erlaubt. Gesetzgeber und Rechtsprechung setzen jedoch enge Grenzen. Was müssen Praxisinhaber beachten?

Text: RA Dr. Lars Lindenau

Mit einer Konkurrenzschutzklausel – auch nachvertragliches Wettbewerbsverbot genannt – kann ein Arbeitgeber seinem Mitarbeiter oder können die Gesellschafter ihrem Mitgesellschafter vertraglich untersagen, nach dem Ausscheiden in eine konkurrierende Zahnarztpraxis einzutreten. Im zahnärztlichen Sektor sind Regelungen zum Schutz vor Wettbewerb in folgenden Fällen von Bedeutung:

- » Arbeitsvertrag eines angestellten Zahnarztes
- » Praxisübernahmevertrag zwischen Abgeber und Erwerber
- » Ausscheiden eines Zahnarztes aus einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder aus einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)

Arbeitsvertrag eines angestellten Zahnarztes

Während eines bestehenden Arbeitsverhältnisses ist dem angestellten Zahnarzt eine konkurrierende Tätigkeit zu seinem Arbeitgeber auch ohne eine ausdrückliche Vereinbarung untersagt. Rechtfertigung für dieses „ungeschriebene“ Verbot ist die arbeitsvertragliche Rücksichtnahmepflicht. Trotzdem sollten Arbeitsverträge eine Regelung über ein Wettbewerbsverbot während des laufenden Arbeitsverhältnisses enthalten; eine Entschädigung muss der Arbeitgeber dafür selbstverständlich nicht zahlen.

Soll ein nachvertragliches Wettbewerbsverbot auch für die Zeit nach der Beendigung des Arbeitsverhältnisses gelten, muss dies im Arbeitsvertrag ausdrücklich vereinbart werden. Erforderlich ist dafür insbesondere, dass sich der Arbeitgeber dazu verpflichtet, für die Dauer des Wettbewerbsverbots eine sogenannte Karenzenschädigung an seinen früheren Angestellten

zu zahlen. Dies ist absolut zwingend, das heißt, wenn keine Karenzenschädigung vereinbart worden ist, ist das Wettbewerbsverbot schon allein deshalb nichtig.

Die Karenzenschädigung ist sozialversicherungsfrei und in der Regel lohnsteuerpflichtig. Die Höhe der Karenzenschädigung entspricht den zuletzt bezogenen vertragsmäßigen Leistungen. Gemeint ist damit das bisherige Arbeitsentgelt zuzüglich Sonderzahlungen wie Weihnachtsgeld, vermögenswirksame Leistungen, Boni, Essenszuschüsse usw. Der frühere Arbeitgeber kann aber von der Entschädigung das abziehen, was der angestellte Zahnarzt während des laufenden Wettbewerbsverbots aus einer neuen selbstständigen und/oder unselbstständigen Tätigkeit an Einkommen erzielt. Die Karenzenschädigung muss mindestens so hoch sein, dass sie für jedes vereinbarte Jahr die Hälfte der vom ehemaligen Angestellten zuletzt bezogenen vertragsmäßigen Leistungen erreicht. Wird diese Mindesthöhe nicht eingehalten, ist das Wettbewerbsverbot für den früheren Angestellten nur unverbindlich: Er kann sich dann aussuchen, ob er Konkurrent seines früheren Arbeitgebers werden will oder ob er die Entschädigung kassieren möchte.

Die maximal zulässige Dauer des Wettbewerbsverbotes beträgt zwei Jahre. Der Zweijahreszeitraum beginnt an dem Tag, an dem das Arbeitsverhältnis endet.

Außerdem muss das Wettbewerbsverbot sachlich und räumlich angemessen sein. Sachlich muss es sich auf das Tätigkeitsspektrum des angestellten Zahnarztes beschränken. Räumlich gesehen darf es sich nur auf den Einzugsbereich der Praxis erstrecken.

Verzicht auf Konkurrenzschutzklausel ist möglich

Nachvertragliche Wettbewerbsverbote sind kein Muss und sollten gut überlegt sein, meint auch die KZV Rheinland-Pfalz. „Praxisinhaber sollten sich im Klaren sein, dass sie das Verbot nicht umsonst bekommen. Entscheiden sie sich für ein Wettbewerbsverbot, müssen sie immer eine Entschädigung für die Dauer des Tätigkeitsverbotes an den ehemaligen Mitarbeiter oder Mitgesellschafter zahlen“, sagt der Geschäftsbereichsleiter Recht, Erdmann Schott.

Bei einem arbeitsvertraglich vereinbarten Wettbewerbsverbot hat der Arbeitgeber aber die Möglichkeit, vor Beendigung des Arbeitsverhältnisses auf das Wettbewerbsverbot zu verzichten. Wird ein solcher Verzicht rechtzeitig erklärt, entfällt auch die Verpflichtung zur Zahlung der Karenzentschädigung. „Die Möglichkeit einer entsprechenden Verzichtsregelung sollte bereits im Anstellungsvertrag aufgenommen werden“, rät Schott.

Das Wettbewerbsverbot muss außerdem schriftlich vereinbart und von beiden Seiten unterzeichnet werden, gegebenenfalls in einem eigenen Schriftstück gesondert vom Arbeitsvertrag.

Wettbewerbsklauseln bei Praxisübernahme und -ausstieg

Wettbewerbsklauseln können auch relevant werden bei einer Praxisübergabe, bei der der Erwerber vor dem möglichen Wettbewerb des Praxisabgebers geschützt werden soll, oder dann, wenn ein Praxispartner aus einer BAG oder einem MVZ ausscheidet und verpflichtet werden soll, Wettbewerb zu unterlassen.

Der Zweck solcher Verbote ist es nicht, den bisherigen Kollegen als Wettbewerber gänzlich auszuschalten. Deshalb sind Wettbewerbsverbote auch in diesen Fällen in dreifacher Hinsicht zu beschränken: unter sachlichen, zeitlichen und örtlichen Gesichtspunkten.

Sachlich darf zum Beispiel eine Tätigkeit im stationären Sektor nicht verboten werden, wenn die bisherige Tätigkeit ambulant ausgeführt wurde. Ein generelles Tätigkeitsverbot ginge zu weit und wäre nichtig. In einem solchen Fall wäre auch eine „geltungserhaltende Reduktion“ der Regelung, das heißt das - gedankliche - Zurückschneiden der unwirksamen Klausel auf ihren gerade noch zulässigen Inhalt, nicht möglich.

Zeitlich besteht auch hier eine Obergrenze von zwei Jahren ab dem Stichtag der Praxisübergabe bzw. des Ausscheidens des Gesellschafters. Eine geltungserhaltende Reduktion der Regelung ist möglich, wenn zum Beispiel drei Jahre vereinbart wurden.

Örtlich sind die räumlichen Gegebenheiten, das heißt der Einzugsbereich der Praxis, als Kilometergrenze heranzuziehen. Hier bestehen zum Teil erhebliche Unterschiede zwischen haus- und fachärztlichen Praxen oder bei Zahnarztpraxen mit unterschiedlichen Tätigkeitsschwerpunkten. Im Falle einer zu weitreichenden räumlichen Ausgestaltung des Wettbewerbsverbotes wäre keine geltungserhaltende Reduktion möglich. Die Rechtsprechung steckt hier sehr enge Grenzen und geht in ihren Entscheidungen kaum über einen Radius von maximal acht bis zehn Kilometern (Luftlinie) hinaus.

Vorsicht walten lassen

Bei Konkurrenzschutzklauseln steckt der Teufel im Detail. Erfahrungsgemäß sind nur etwa 15 bis 20 Prozent der Wettbewerbsverbote überhaupt wirksam vereinbart worden. Häufig sind die Klauseln unwirksam, weil die Karenzentschädigung zu niedrig, die Laufzeit zu lange gesetzt oder das Tätigkeitsverbot räumlich zu weit gefasst ist. Die Unterstützung durch einen Fachanwalt ist daher unabdingbar. Auch lohnt sich ein genauer Blick in den eigenen Vertrag, falls dieser bereits ein Wettbewerbsverbot enthalten sollte. Je älter ein Vertrag ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass er das Wettbewerbsverbot nicht mehr rechtsprechungskonform regelt. ■

Foto: ETL



Autor

RA Dr. Lars Lindenau
ETL Rechtsanwälte GmbH
E-Mail: lars.lindenau@etl.de

Mediation: Konstruktiv vom Konflikt zum Konsens

Stress im Team? Dass es am Arbeitsplatz, auch in der Zahnarztpraxis, knirscht, ist keine Seltenheit. Damit der Praxisbetrieb nicht darunter leidet, sollten Konflikte zeitnah gelöst werden. Eine Möglichkeit hierfür ist die Mediation.

Text: Bernd Hübinger, Direktor des Amtsgerichts a. D. und Mediator

Mediation ist ein vertrauliches und strukturiertes Verfahren, bei dem Parteien mithilfe eines oder mehrerer Mediatoren freiwillig und eigenverantwortlich eine einvernehmliche Beilegung ihres Konflikts anstreben. Mit dieser gesetzlichen Definition hat man die Mediation vielleicht formal zutreffend umschrieben, aber ihren Wesenskern noch keineswegs erfasst.

Entgegen einer verbreiteten Auffassung geht es bei ihr nicht um eine Art Vergleichsverhandlung, in der ein Kompromiss zwischen den unterschiedlichen Positionen angestrebt wird und bei der dann üblicherweise beide Seiten „ein bisschen nachgeben“ – also auch „ein bisschen verlieren“. Hierzu braucht man keine Mediation, sondern allenfalls eine Moderation. Derartige Gespräche finden häufig im Rahmen eines gerichtlichen Verfahrens statt, um Prozessrisiken zu vermeiden und Zeit und Kosten zu sparen. Sie führen nicht selten auf beiden Seiten zu Unzufriedenheit.

Alle sollen gewinnen

Demgegenüber hat die Mediation den hohen Anspruch, in einem Konflikt Lösungen zu finden, mit denen beide Seiten zufrieden sind – also letztlich

beide Seiten gewinnen. Wie aber kann eine solche Win-win-Lösung gelingen?

Die Mediation strebt ein Umdenken und eine andere Herangehensweise beim Umgang mit Problemen an. Vielleicht hat ja Albert Einstein mit der Behauptung recht, dass man Probleme niemals mit derselben Denkweise lösen kann, durch die sie entstanden sind. Verdeutlicht werden kann das anhand der in der Praxis oft auftretenden Verteilungskonflikte: Hier ist wichtig, dass die Parteien sich von der Vorstellung entfernen, dass das Objekt des Streites stets nur eine Aufteilung erlaubt, bei der die eine Seite das, was sie bekommt, der anderen Seite wegnimmt (Nullsummenspiel). Die Mediation geht vielmehr davon aus, dass die Verteilungs- oder Lösungsmenge sich fast immer über den ursprünglichen Streitgegenstand hinaus durch weitere Themen oder neue Perspektiven erweitern lässt – oder, wie gerne bildlich formuliert wird, dass der zwischen den Streitparteien zu verteilende Kuchen so vergrößert werden kann, dass jeder „genug“ bekommt. Dies wird insbesondere dann möglich, wenn sich die Beteiligten von ihrer Fixierung auf bisherige Positionen lösen und den Blick auf denkbare weitere/neue Optionen richten, die die bestehenden Bedürfnisse beider Seiten widerspiegeln.

Geradezu legendär ist in diesem Zusammenhang der vielleicht bekannte „Orangenfall“, in dem zwei Kinder um eine Orange streiten und die Mutter vor dem sich zunächst aufdrängenden Zerteilen der Frucht in zwei Hälften die Motive klärt und so herausfindet, dass das eine Kind gern Orangensaft möchte und das andere Kind die Schalen (zum Basteln oder Backen) benötigt.

Mediation hinterfragt Bedürfnisse

Es ist also ein grundlegendes Ziel der Mediation, auch bei allen anderen Konflikten die hinter den unterschiedlichen Strategien, Positionen und Ansprüchen stehenden Interessen und Bedürfnisse sichtbar und vor allem auch für die Gegenseite verständlich zu machen. Der Mediator, der die Gespräche zwischen den Parteien begleitet, fungiert dabei als Verstehensvermittler; er setzt im Rahmen seiner Tätigkeit verschiedene Kommunikations- und Verhandlungstechniken (zum Beispiel aktives Zuhören, Paraphrasieren, gewaltfreie Kommunikation, Verhandeln nach dem Harvard-Konzept usw.) ein.

Der Mediator muss neutral und allparteilich sein. Er hat keine Entscheidungs- oder Beratungsbefugnis in der Sache, sondern führt lediglich in einem vertraulichen, respektvollen und geschützten Rahmen durch das Verfahren, ohne Einfluss auf das Ergebnis zu nehmen.

Wege aus dem Konflikt

Wenn die wirklichen Bedürfnisse der Parteien herausgearbeitet und verstanden sind, kann eine konstruktive Suche nach Erfüllungsmöglichkeiten für eben diese Bedürfnisse beginnen. Die Gedanken kreisen dabei im besten Fall nicht (mehr) um Kategorien wie „richtig“ oder „falsch“, „gewinnen“ oder „verlieren“, sondern sie orientieren sich am Nutzen für die Beteiligten. Hierbei können in dieser Phase mithilfe von Kreativ- und Assoziationstechniken (zum Beispiel Brainstorming) überraschende Wege aus dem Konflikt gefunden werden – auch weil sich die Haltung und die Sicht auf die Dinge verändert haben. Diese Lösungsvorschläge können dann, auf Wunsch nach weiterer externer Beratung zum Beispiel durch Rechtsanwälte oder Steuerberater, in eine Abschlussvereinbarung einmünden.

Der Weg dorthin kann mühsam sein, weil die Streitenden je nach Eskalationsstufe des Konflikts oft emotional sehr betroffen sind. Sie haben verlernt, sachlich miteinander zu reden, machen

Mediationsgesetz

Eine Mediation ist kein willkürliches Verfahren, sondern es beruht auf einem Mediationsgesetz. Das Gesetz ist am 26. Juli 2012 in Kraft getreten und setzt die EU-Richtlinie 2008/52/EG (Mediationsrichtlinie) vom 20. Mai 2008. Es legt unter anderem fest, was unter einer Mediation und unter einem Mediator zu verstehen ist, welche Kompetenzen und Qualifikationen ein Mediator mitbringen muss und wie bei einer Mediation zu verfahren ist. Es sagt zudem klar aus, dass die Mediation ein freiwilliges Verfahren ist und jederzeit und ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden kann.

sich Vorwürfe oder wollen einfach „Dampf ablassen“. Hier ist die Kunst des Mediators gefordert, mit Geduld und Ruhe unter Hinweis auf vereinbarte Gesprächsregeln und durch geschickten Einsatz der Kommunikationstechniken ein Klima herzustellen, in dem ein konstruktiver Diskurs, ein gegenseitiges Verstehen und ein „Out-of-the-box“-Denken möglich werden.

Nach der Konzeption der Mediation sind es also die Parteien selbst, die so zu einer Beilegung ihres Konflikts gelangen. In einer solchen partei-autonomen Lösung liegt die große Chance, die Zukunft entsprechend den jeweiligen Bedürfnissen einvernehmlich und nachhaltig zu gestalten.

Mediation in Zahnarztpraxen

Eine Mediation ist dann besonders angezeigt und erfolgversprechend, wenn alle am Konflikt Beteiligten eine solche nachhaltige Lösung anstreben – oder zumindest sinnvollerweise anstreben sollten. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn die Beteiligten nicht nur vergangenheitsbezogene, sondern auch zukunftsorientierte Ziele verfolgen, weil sich ihre Lebenswege nach dem Konflikt nicht ohne Weiteres voneinander trennen lassen. Das gilt typischerweise bei Trennungs- und Scheidungskonflikten, insbesondere mit Kindern, sowie bei Erb- und Familienstreitigkeiten, aber auch bei lang andauernden Geschäftsbeziehungen, bei Gesellschafterauseinandersetzungen oder bei Konflikten am Arbeitsplatz, im Heimbereich oder in der Schule. Auch für Zahnärzte kann die Mediation ein Instrument sein, Streit untereinander, unter Praxispersonal oder mit Patienten

zu schlichten. Konkrete Streitpunkte, die sich für eine Mediation anbieten, sind zum Beispiel:

- » Praxisnachfolgestreit
- » Streit bei Ein-/Austritt eines Partners aus einer Berufsausübungsgemeinschaft
- » Konflikte bei der Ermittlung der Abfindung bei Ausscheiden eines Partners aus einer Berufsausübungsgemeinschaft
- » Kompetenzstreit zwischen Zahnärzten
- » Konflikte bei Umstrukturierung der Praxis
- » Differenzen bezüglich der Praxisausrichtung
- » Konflikte im Praxisteam

Wer sich auf Mediation einlässt, hat die Chance zu erfahren, wie wohltuend es sein kann, losgelöst von einer oft zermürbenden und destruktiven Aufarbeitung der Vergangenheit im Vertrauen auf die Wirkkraft dieses Verfahrens nach vorn zu schauen und sich auf den etwas anderen Weg einer konstruktiven und interessen geleiteten Konfliktbeilegung zu begeben. ■

Weitere Informationen und Links

Umfassende Informationen zu allem, was mit Mediation zu tun hat, gibt es zum Beispiel auf der frei zugänglichen Datenbank „wiki to yes“ (<https://wiki.to-yes.org>).

Für das Gesundheitswesen spezialisierte Mediatoren führt der Verein med.iatori – Deutsche Schiedsstelle im Medizinrecht auf seiner Internetseite www.med-iatori.com auf.

Urteil zu MVZ: Keine Leitung – kein Honoraranspruch

Ein zahnmedizinisches Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) kann nur mit einer zahnärztlichen Leitung ordnungsgemäß Leistungen erbringen und somit voll abrechnen. Das hat das Sozialgericht München entschieden.

Text: Katrin Becker

In dem Streitfall unterlag die zahnärztliche Leiterin wegen einer Schwangerschaft einem Beschäftigungsverbot. Die Stelle der zahnärztlichen Leitung war aus diesem Grund länger als drei Monate vakant. Ein Krankenkassenverband forderte deshalb, dass alle vom MVZ während der Vakanz erbrachten Leistungen sachlich-rechnerisch berichtigt werden. Gegen die Ablehnung dieses Antrags durch die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung klagte der Verband und bekam vom Sozialgericht München recht.

Das Gericht begründete sein Urteil damit, dass die während der Abwesenheit der zahnärztlichen Leiterin durchgeführten und abgerechneten Leistungen nicht rechtmäßig erbracht worden seien, da das MVZ nicht, wie in § 95 Abs. 1 Satz 2 und 3

SGB V vorgesehen, zahnärztlich geleitet worden sei. Eine zahnärztliche Leitung und deren Präsenz vor Ort seien allerdings notwendige Voraussetzung für eine ordnungsgemäße Leistungserbringung. Sie stelle sicher, dass zahnärztliche Entscheidungen unabhängig von sachfremden Erwägungen getroffen werden. Das MVZ hätte eine Vertretung benennen müssen. Dies diene auch der Qualität der Leistungserbringung und damit dem Schutz der Patientinnen und Patienten. Dass das MVZ auch während der Abwesenheit der Leitung über eine Zulassung verfügte, stehe der sachlich-rechnerischen Berichtigung der Abrechnung nicht entgegen.

Das Urteil (Az.: S 49 KA 5037/23) ist noch nicht rechtskräftig. Es ist Revision beim bayerischen Landessozialgericht eingelegt worden. ■

Schlecht für unsere Zähne: Diese kranke Gesundheitspolitik.

Die aktuelle Gesundheitspolitik gefährdet die Zahn- und Allgemeingesundheit in Deutschland. Zeigen Sie Zähne für Ihre bessere Gesundheitsversorgung!

–Ihre Zahnärztinnen und Zahnärzte

Unterstützen Sie uns



zaehnezeigen.info

ZÄHNE ZEIGEN.

KZBV » Kassenzahnärztliche
Bundesvereinigung