

KZVAKTUELL

MITTEILUNGSBLATT DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN
VEREINIGUNG RHEINLAND-PFALZ



Fokus

Qualitätsprüfung im Einzelfall kommt

Abrechnung

Aufbissbehelfe und Schienen
abrechnen - aber wie?

Fortbildung

Kurz und gut? Minimalinvasive
Chirurgie und kurze Implantate

Praxis

Änderungen im Praxisbetrieb:
Patientendaten sicher verwahren

Position

- 3 Qualitätsprüfung kommt

Abrechnung

- 4 Aufbissbehelfe und Schienen abrechnen - aber wie?

Aktuell

- 8 Genug geknirscht: Erste Leitlinie für Bruxismus veröffentlicht

Fokus

- 10 Qualitätsprüfung: Verfahren steht
- 14 Interview: „Qualität lässt sich nicht verordnen“

Praxis

- 15 Einmal ist keinmal! ZäPP geht in die zweite Runde

Politik

- 16 Pfälzischer Zahnärztetag: Zahnärzte fordern Handlungsfreiheit

Rundschreiben

Wichtige Informationen für Zahnärzte und Praxisteams

Fortbildung

- 20 Kurz und gut? Minimalinvasive Chirurgie und kurze Implantate

Politik

- 25 KZBV-Vertreterversammlung: Mehr Zahnärztinnen in die Berufspolitik

Praxis

- 26 Änderungen im Praxisbetrieb: Patientendaten sicher verwahren

Aktuell

- 32 Nationaler Aktionsplan: Dentalamalgam weiter verringern
- 34 BARMER Zahnreport: Sind Rheinland-Pfälzer Vorsorge-muffel?

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
Eppichmauergasse 1 · 55116 Mainz
T 06131-8927108 · F 06131-892729053
redaktion.kzvaktuell@kzvrlp.de

Redaktion

Dr. Peter Matovinovic (V. i. S. d. P.)
Dr. Stefan Hannen
Katrin Becker M. A.

Redaktionsassistentz

Stephanie Schweikhard
Alexandra Scheler

Grafik und Produktion

adhoc media gmbh
Obertal 24 d · 56077 Koblenz

Bildnachweis

Titelfoto: © Maksym Yemelyanov -
stock.adobe.com

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 wird in den Texten auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen überwiegend verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein. Für den Nachdruck von Texten und Grafiken ist das schriftliche Einverständnis der KZV Rheinland-Pfalz Voraussetzung.

Qualitätsprüfung kommt

Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement, sektorenübergreifend, sektorenspezifisch, einrichtung-intern – das Thema Qualität ähnelt einem Buch mit sieben Siegeln. Oder einem böhmischen Dorf. Ganz gleich, welche Redewendung Ihnen vielleicht schon durch den Kopf gegangen sein mag: Ich stimme Ihnen zu. Das Feld der vertragszahnärztlichen Qualitätsförderung ist ungemein komplex. Eine Vielzahl von Richtlinien, die sich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität einer Zahnarztpraxis annehmen, sorgt für Verwirrung, möglicherweise auch für Unbehagen. Und nun kommen die Qualitätsprüfung und -beurteilung ...

Die Politik hat bereits vor Jahren beschlossen, dass Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte nicht nur Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung ergreifen, sondern sich darüber hinaus einer Qualitätsprüfung bzw. -beurteilung durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen stellen müssen. Damit werden wir im Herbst dieses Jahres starten. Erste Einzelheiten lesen Sie in dieser *KZV aktuell*.

Ganz klar: Qualität ist ein ureigenes Anliegen der Zahnärzteschaft. Es ist in unserem eigenen Interesse, die Qualität der Behandlung zu sichern und zu fördern. Und so ist in den Praxen längst angekommen, dass ein konsequentes „Managen“ von Qualität über das Abhaken von Checklisten und Ausfüllen von Formularen weit hinausgeht. Qualitätsförderung setzt Potenziale frei, fördert die Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit und schafft Qualitätsstandards für eine erfolgreiche Praxis.

Gleichwohl treibt der Gesetzgeber das Thema Qualität massiv voran mit dem Ziel, Krankenhäuser, Ärzte und Zahnärzte in einen Qualitätswettbewerb zu stellen und medizinische Leistungen vergleichen und „messen“ zu können. Bei allem Aktionismus verkennt er, dass Behandlungsergebnisse so individuell sind wie jeder Patient und sich nicht standardisieren, folglich nicht messen lassen.

Die KZBV hat das bei der Verhandlung der Qualitätsprüfungsrichtlinie im Gemeinsamen Bundesausschuss bedacht. Ebenso wie die Maßgabe, dass sich qualitätsfördernde Maßnahmen nur dann in den Praxen etablieren, wenn die Zahnärztinnen und Zahnärzte mit möglichst wenig Bürokratie und nicht zu strengen Vorgaben belastet werden. Zwang und Kontrolle sind jeder Form der Qualitätsförderung abträglich. Stattdessen brauchen wir für die anstehenden Qualitätsprüfungen Ihre Akzeptanz.

Bitte betrachten Sie die Qualitätsprüfung nicht als Kontrolle der Behandlung, sondern als Bewertung der Indikationsstellung durch zahnärztliche Kollegen anhand Ihrer schriftlichen und bildlichen Dokumentation. Wenn Sie sich bei Ihren Versorgungen an die Behandlungsrichtlinien halten und diese entsprechend dokumentieren, können Sie einer möglichen Qualitätsprüfung entspannt entgegensehen.

Ihr



Dr. Peter Matovinovic
Vorsitzender des Vorstandes



„Zwang und Kontrolle sind der Qualitätsförderung abträglich.“

Aufbissbehelfe und Schienen abrechnen – aber wie?

Bei der Abrechnung von Aufbissbehelfen und Schienen bei gesetzlich versicherten Patienten kommt es immer wieder zu Unsicherheiten. Wir fassen die Grundzüge der Abrechnung zusammen.

Text: Michaela Meißner, Geschäftsbereich Abrechnung

Vorneweg: Zur Abrechnung von Aufbissbehelfen und Schienen existieren im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA), Teil 2, die Positionen K1 bis K9, ferner die Nr. 2 für die Behandlungsplanung sowie die Nr. 7b für Planungsmodelle.

Abrechnung von Abformmaterial

Seit dem 01.07.2018 ist bei Kieferbruch eine Abformpauschale in Höhe von **3,00 EUR pro Abformung** abrechenbar. Das gilt sowohl für Primäral als auch für Ersatzkassen.

Abrechnung „Schriftliche Niederlegung eines Heil- und Kostenplanes“ nach BEMA-Nr. 2

Die BEMA-Nr. 2 ist abrechnungsfähig für die schriftliche Niederlegung eines Heil- und Kostenplanes im Zusammenhang mit der Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen (BEMA-Nrn. K1 bis K4) oder Kieferbrüchen. Diese ist auch abrechnungsfähig, wenn der Heil- und Kostenplan nicht genehmigt werden muss (bei Genehmigungsverzicht einzelner Krankenkassen). Ausschlaggebend für die Abrechnungsfähigkeit ist nicht die Genehmigung, sondern die schriftliche Niederlegung des Behandlungsplanes.

Abrechnung von Planungsmodellen nach BEMA-Nr. 7b

Leistungsbeschreibung: Abformung und Bissnahme für das Erstellen von Modellen des Ober- und Unterkiefers zur diagnostischen Auswertung und Planung sowie schriftliche Niederlegung.

Die Leistung ist nur abrechnungsfähig im Zusammenhang mit Kieferbruch und Aufbissbehelfen, wenn mit der Herstellung der Modelle eine notwendige Auswertung und Planung verbunden ist.

Die schriftliche Niederlegung der Auswertung und Planung ist obligat. Die Leistung ist nicht abrechnungsfähig für Modelle, die ausschließlich zur Dokumentation einer bestimmten Situation oder als Arbeitsmodelle angefertigt werden. Für die Herstellung von Arbeitsmodellen können nur Material- und Laborkosten abgerechnet werden.

Eine routinemäßige Auswertung von Modellen nach BEMA-Nr. 7b zur Planung von Behandlungen im Leistungsbereich Kieferbruch widerspricht dem Gebot der Wirtschaftlichkeit.

Die Höchstzahl von vier bis fünf Modellen sollte nicht überschritten werden. Werden die Planungsmodelle als Arbeitsmodelle (ein Vermerk ist bei der Einreichung der Abrechnung an die KZV erforderlich) verwendet, ist die Anzahl entsprechend zu verringern.

BEMA-Nrn. K1 und K2: Abrechnungsmodalitäten und Anzahl der dazugehörigen Modelle

Ein Aufbissbehelf **mit adjustierter Oberfläche** ist Inhalt der **BEMA-Nr. K1**.

Abrechnungsbeispiel 1

2x 001-0 (Modelle)

1x 001-0 (Duplikatsmodell), nur in Verbindung mit 002-1 oder zweimaliger Abdrucknahme (1x 002-0 Doublieren)

1x 401-0 Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche

Zwingend notwendig hierbei ist die BEL-Nr. 012-0 „EIN-STELLEN IN MITTELWERTARTIKULATOR“.

Falls dieser in Verbindung mit funktionsanalytischen/funktionstherapeutischen Leistungen (FAL/FTL) im Vorfeld erbracht wurde, entfällt diese Position im Laborbeleg und muss mit dem Vermerk „über FAL o. ä.“ an die KZV übermittelt werden.

Die Anzahl von drei Modellen sollte hierbei nicht überschritten werden.

Abrechnungsbeispiel 2

1x 001-0 (Modelle)

1x 001-0 (Duplikatsmodell), nur in Verbindung mit 002-1 oder zweimaliger Abdrucknahme (1x002-0 Doublieren)

1x 402-0 Aufbissbehelf ohne adjustierte Oberfläche

Bei der Eingliederung einer Schiene ohne Adjustierung mit dem Vermerk „**nachträglich im Mund okklusal adjustiert**“ ist die BEMA-Nr. K1 abrechenbar. Der Ansatz von MAT für Kunststoffmaterial ist möglich.

Die Anzahl von zwei Modellen sollte hierbei nicht überschritten werden.

Ein Aufbissbehelf **ohne adjustierte Oberfläche** ist Inhalt der **BEMA-Nr. K2**.

Abrechnungsbeispiel

1x 001-0 (Modell)

1x 001-0 (Duplikatsmodell), nur in Verbindung mit 002-1 oder zweimaliger Abdrucknahme

1x 402-0 Aufbissbehelf ohne adjustierte Oberfläche

Die Anzahl von zwei Modellen sollte hierbei nicht überschritten werden.

Abrechnung der BEMA-Nr. K3

Die Position beinhaltet das Umarbeiten einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche. Wird diese im **Fremd-/Praxislabor** durch die additive Methode mit Kunststoffmaterial aufgebaut, ist neben den Modellen nach BEL-Nr. 001 O, Einstellen in Mittelwertartikulator nach BEL-Nr. 012 O und die BEL-Nr. 403 O (Umarbeiten einer vorhandenen Prothese oder eines Aufbissbehelfs zum Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche) abzurechnen. Erfolgt der Aufbau **direkt** im Mund des Patienten durch den Zahnarzt, kann nur das Material für den Kunststoff abgerechnet werden.

Wird eine Prothese ausschließlich zur Verbandplatte umgearbeitet, erfolgt die Abrechnung nach der GOÄ-Nr. Ä2700 über den Leistungsbereich KCH.

Achtung: **Das Neuadjustieren eines vorhandenen Aufbissbehelfes** mit der BEL-Nr. 403 O wird mit der **BEMA-Nr. K9** angesetzt.

Abrechnung der BEMA-Nrn. K6 bis K9 ohne Abrechnung der BEMA-Nrn. K1, K2, K3 oder K4

Wird in einem Behandlungsfall lediglich eine der BEMA-Nrn. K6 bis K9 abgerechnet (oder mehrere davon in verschiedenen Sitzungen), ist als Behandlungsplandatum das Datum des ursprünglichen Behandlungsplanes anzugeben, auf dem die BEMA-Nr. K1, K2, K3 oder K4 abgerechnet wurde.

Erfolgte die Ersteingliederung des Aufbissbehelfs bzw. der Schiene in einer anderen Zahnarztpraxis, fügen Sie bitte zu der ersten Leistung, die abgerechnet wird, in das Datenfeld „KZV-interne Mitteilung - leistungsbezogen“ (das Datenfeld kann auch „Begründung“ oder anders heißen) den Vermerk „Fremdschiene“ ein. Das Behandlungsplandatum ist dann wegzulassen.

Zahn-/Gebietsangabe

Zu den BEMA-Nrn. 2, 7b, K1 bis K3 und K6 bis K9 sind keine Zähne/Gebiete (auch nicht „OK“ oder „UK“) anzugeben. Bei der BEMA-Nr. K4 ist eine Zahnangabe zwingend notwendig.

BEMA-Nr. K4 und Materialkosten

Hier sind **je** Interdentalraum Materialkosten (Komposite/Kunststoff) abrechnungsfähig. Der Höchstbetrag für Komposite/Kunststoff je Interdentalraum liegt bei maximal 5 bis 7,50 EUR. Dieses ist unter der Kategorienummer 5301 oder 5302 im Eigenlabor anzugeben.

Für die Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder für kleine Änderungen, auch Entfernung der Schiene, kann Position Ä2702 berechnet werden. Bei Erneuerung ist erneut die Position K4 abrechenbar.

Semipermanente Schiene aus Metall

Nach dem BEL 2014 handelt es sich um eine reine kieferorthopädische Leistung (gegossener Retainer). Außerhalb einer kieferorthopädischen Behandlung kann die BEL-Nr. 404 O nicht abgerechnet werden. Das bedeutet, eine semipermanente Schiene aus Metall für gelockerte Zähne erfüllt nicht den Leistungsinhalt dieser Gebührennummer.

Wird jedoch eine semipermanente Schiene aus Metall im Rahmen einer Parodontalbehandlung und bei prä- bzw. postchirurgischen Fixationsmaßnahmen hergestellt, muss die gesamte Behandlung privat vereinbart werden. Die Berechnung erfolgt als Privatleistung nach der GOZ.

Grundsätzlich gilt, dass vor der Erbringung von außervertraglichen Leistungen eine Vereinbarung einer Privatbehandlung gemäß § 8 Abs. 7 BMV-Z zwischen dem Zahnarzt und dem Zahlungspflichtigen zu treffen ist.

Schienung bei Kieferbruch

Schienen, wie zum Beispiel Verbandplatten und Drahtschlingen, die zur Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch, Zahnrepositionierung) notwendig sind, werden nach den GOÄ-Nrn. Ä2695 bis Ä2702 abgerechnet.

Sonstige Kostenträger

Hierbei sind die Angaben der patientenbezogenen Daten bezüglich seiner Krankenkasse mit dem Stempel des genehmigenden Kostenträgers zu überprüfen. Dies muss identisch sein.

Der Originalplan und das dazugehörige Abrechnungsformular sind ausgefüllt mit Unterschrift und Praxisstempel zeitnah mit der Abrechnungsübermittlung in Papierform bei der KZV einzureichen.

Ausnahme: Bundespolizei (Heilfürsorge BPol/Heilfürsorge BWL). Hier gilt die papierlose Abrechnung zwischen Zahnarztpraxis und KZV. Behandlungsfälle mit den BEMA-Nrn. K1 bis K4 können grundsätzlich ohne Genehmigung mit der KZV abgerechnet werden (Gemeinsame Erklärung des BMI und der KZBV vom 30.10.2017).

Übersicht der Krankenkassen mit Genehmigungsverzicht

Zuletzt - zum 01.05.2019 - hat die KZV Rheinland-Pfalz mit dem Landesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) eine Vereinbarung zum Genehmigungsverzicht bei Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch geschlossen. Somit können nun **bei allen Betriebskrankenkassen, Ersatzkassen und Innungskrankenkassen sowie bei der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)** die Aufbissbehelfe nach den BEMA-Nrn. K1 bis K4 ohne vorherige Genehmigung angefertigt werden (siehe auch Rundschreiben 2/19).

Bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland und der Knappschaft besteht weiterhin eine Genehmigungspflicht. Diverse andere AOK verzichten auf die Genehmigung; hierzu liegen uns jedoch keine abschließenden Informationen vor.

Für alle Krankenkassen gilt: Bei Versicherten mit dem Statuskennzeichen „9“ auf der eGK (Asylbewerber) besteht immer eine Genehmigungspflicht.

Bitte beachten Sie ferner: Die BEMA-Nr. 2 ist abrechnungsfähig, wenn der Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch schriftlich ausgestellt worden ist.

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland: Genehmigungsverfahren bei KBR-Behandlungsplänen

Die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland ist dazu übergegangen, die KBR-Behandlungspläne nicht mehr im Original, sondern als gescannte Exemplare an die Praxen zurückzusenden. Die gescannten Pläne werden nur noch mit dem Stempel der AOK versehen. Eine Unterschrift fehlt. Die AOK hat schriftlich zugesichert, dass eine Genehmigung auch Gültigkeit hat, wenn die gescannten Pläne nicht unterschrieben sind.

Die AOK arbeitet zurzeit an einer technischen Lösung, um die gescannten Pläne mit einem entsprechenden Gültigkeitsvermerk zu versehen. Gleiches gilt im Übrigen für PAR- und KFO-Behandlungspläne.

Schienen aus Weich- oder Sonderkunststoff

Schienen aus Weichkunststoff sind grundsätzlich nicht über die KZV abrechenbar. Wünscht der Patient eine solche Schiene, handelt es sich um eine Privatleistung, die mit dem Patienten zu vereinbaren ist.

Schienen aus Sonderkunststoff sind mit der Ausnahmeindikation „Allergie“ als vertragszahnärztliche Leistung abrechenbar. Ein entsprechender Vermerk ist bei der Einreichung der Abrechnungsdaten an die KZV beizufügen.

Nichteingliederung von Aufbissbehelfen bei Nichterscheinen des Patienten

Erscheint der Patient nicht in der Praxis zum Einsetzen einer Schiene, ist bei der Abrechnung Folgendes zu beachten:

- » Bei der Abrechnungsübermittlung an die KZV ist zu vermerken, dass die Schiene nicht eingesetzt wurde (Grund).
- » Als Datum der Leistungserbringung wird das Anfertigungsdatum der Schiene angegeben.
- » Abgerechnet werden können nur die angefallenen Laborkosten und Pauschbeträge, **nicht** die BEMA-Nrn. K1 bis K3.

Sollte der Patient innerhalb der Verjährungsfrist doch noch zum Einsetzen erscheinen, kann mit dem Hinweis, dass die Abrechnung über die Laborkosten und über die BEMA-Nr. 2 bereits erfolgt ist, das Honorar der BEMA-Nr. K1 abgerechnet werden.

Korrekte Angabe des Behandlungs- und Laborlieferdatums

Das Behandlungsplandatum muss immer mit dem Sitzungsdatum der BEMA-Nr. 2 identisch sein.

Bei Laborleistungen wird nicht das Rechnungsdatum, sondern das maßgebliche Lieferdatum der zahntechnischen Leistung angegeben bzw. übermittelt. Das Laborlieferdatum kann daher nicht vor dem Datum der Planerstellung und nach dem Eingliederungsdatum liegen.

Wird ein solches Datum eingetragen, wird das vom Abrechnungsmodul als Fehler angezeigt. Die Fehlertexte hierzu lauten: „Laborrechnungsdatum älter als Behandlungsplandatum“ oder „Laborlieferdatum falsch oder fehlend oder nach dem Eingliederungsdatum.“

Dies muss zwingend von der Praxis richtiggestellt und korrekt übermittelt werden.

GOÄ 2700 – Verbandplatte

Zahnärztliche Leistungen werden grundsätzlich in den Leistungsbereichen (KCH/KFO/ZE/PAR/KBR) abgerechnet, in denen sie erbracht worden sind.

Verband- und Verschlussplatten in Verbindung mit chirurgischen Leistungen werden mit der GOÄ 2700 (ohne Genehmigung für alle Krankenkassen) über den Leistungsbereich KCH abgerechnet. Die angefallenen Material- und Laborkosten werden in einer Summe mit der Nummer 603 (Eigenlabor) oder 604 (Fremdlabor) ebenfalls im Leistungsbereich KCH übermittelt.

Die Verbandplatte nach GOÄ 2700 fällt im Leistungsbereich KBR nur bei der Herstellung einer Verbandplatte infolge eines Traumas an und kann über den BEMA, Teil 2, abgerechnet werden.

Mehrmalige Berechnung der BEMA-Nrn. K1 bis K3

Im zeitlichen Zusammenhang ist nur eine der Leistungen nach den BEMA-Nrn. K1 bis K3 abrechnungsfähig. Eine Abrechnung, die über eine Leistung hinausgeht, kann nur bei einer Strahlen-

therapie angesetzt werden. Dieses ist von der Krankenkasse genehmigen zu lassen und mit einem entsprechenden Vermerk bei der Abrechnungsübermittlung an die KZV zu versehen.

Verjährung der Abrechenbarkeit von Schienen

Die Abrechnung von vertragszahnärztlichen Leistungen ist nach Ablauf eines Jahres vom Ende des Kalendervierteljahres an gerechnet, in dem sie erbracht worden sind, ausgeschlossen.

Die Verjährung von Leistungen ist datums- und nicht fallbezogen.

Beispiel:	05.02.2018	BEMA-Nr. 2
	15.02.2018	BEMA-Nr. K1
	02.04.2018	BEMA-Nr. K8

Einreichung seitens des Behandlers erfolgte am 15.04.2019. Hier wären die BEMA-Nrn. 2 und K1 verjährt; diese hätten bis 31.03.2019 zur Abrechnung vorliegen müssen. Die BEMA-Nr. K8 müsste der KZV spätestens am 30.06.2019 vorliegen.

Diese Fristenregelung ist verbindlich und kann nicht einseitig aufgehoben werden. Erklärungen der Krankenkassen, wonach auf die Verfristung (Verjährung) verzichtet wird, können nicht akzeptiert werden.

Wegen der hier erläuterten Verfristung besteht kein Anspruch mehr auf Vergütung. Dieses ist in § 23 Abs. 7 BMV-Z geregelt.

Abrechenbarkeit der BEMA-Nr. 98a – individueller Löffel

Muss für die Abformung ein individueller bzw. individualisierter Löffel verwendet werden, weil ein konfektionierter Löffel nicht ausreicht, kann die BEMA-Nr. 98a zusätzlich abgerechnet werden. Dies ist der Krankenkasse anzuzeigen und bei der Abrechnungsübermittlung bei der KZV entsprechend zu begründen.

Apnoe-Schiene/Schnarch-Therapie-Geräte

Die Abrechnung einer Apnoe-Schiene/eines Schnarch-Therapie-Gerätes ist im BEMA nicht geregelt. Es handelt sich hierbei um außervertragliche Leistungen, die privat gemäß § 8 Abs. 7 BMV-Z mit dem Patienten vereinbart und abgerechnet werden müssen.

Verwendung eines Aqualizers/Aquasplints

Der Einsatz des Aqualizers/Aquasplints allein kann eine Schienentherapie nicht ersetzen und ist demzufolge auch nicht nach den K-Positionen des BEMA abrechenbar. Auch wenn aus zahnmedizinischer Sicht der Aqualizer/Aquasplint als Diagnosemittel und Initialtherapeutikum durchaus geeignet ist, so lässt sich im Rahmen des BEMA dennoch eine entsprechende Abrechnungsposition nicht finden. Sollte eine Schienentherapie mittels Aqualizer/Aquasplint erfolgen, ist diese mit dem Patienten privat zu vereinbaren. ■

Genug geknirscht: Erste Leitlinie für Bruxismus veröffentlicht

Bruxismus ist keine Krankheit. Er kann Zähnen, Zahnhalteapparat und Kiefergelenk allerdings erheblich schaden. In Deutschland knirscht jeder Fünfte mit den Zähnen. Nun gibt es erstmals eine Behandlungsleitlinie.

Text: Katrin Becker

Die S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Bruxismus ist nach den Regularien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) entwickelt worden. Unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFD) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) ist eine wissenschaftlich konsentiert Handlungshilfe entstanden, die Zahnärzten Sicherheit bei der Behandlung des Bruxismus geben soll. Eine Vernachlässigung des Problems soll dabei ebenso vermieden werden wie die Gefahr der Übertherapie.

Zähneknirschen entsteht durch wiederholte Aktivität der Kaumuskulatur. Diese Aktivitäten können rhythmisch verlaufen (phasischer Bruxismus) oder über einen gewissen Zeitraum andauern (tonischer Bruxismus). Differenziert wird zudem zwischen dem Knirschen am Tag und nachts während des Schlafs. Wachbruxismus scheint psychologisch bedingt zu sein, Schlafbruxismus wird eher als zentralnervöse Störung angesehen. Das Mahlen mit den Zähnen kann bereits bei Kindern mit Durchbruch der Milchzähne auftreten. Am häufigsten sind jedoch Erwachsene im zweiten und dritten Lebensjahrzehnt betroffen. Mit zunehmendem Alter wird

Bruxismus seltener. Erwachsene knirschen häufiger im Wachzustand als im Schlaf. Frauen und Männer sind gleichermaßen betroffen.

Knirschen ist „Blitzableiter“

Die genauen Ursachen für Bruxismus sind unklar. Vermutete man früher als Auslöser einen „falschen Biss“, also fehlerhafte Zahnkontakte, werden heute psychische Faktoren wie emotionaler Stress, Angst- und Schlafstörungen, Depressionen oder auch Nebenwirkungen von Medikamenten wie Antidepressiva oder Antiallergika verantwortlich gemacht. Nikotin, Alkohol oder Drogen können ebenfalls Bruxismus verursachen. Der Verlust von Zahnhartsubstanz, eine Überempfindlichkeit der Zähne, Zahnfrakturen und Defekte an Restaurationen sind mögliche Folgen. Durch die starke Anspannung der Kiefermuskeln leiden Patienten auch oft unter Kiefer-, Kopf- oder Nackenschmerzen oder sie verspüren einen Druck auf den Ohren.

Links und Hinweise

Leitlinie

Die Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Bruxismus kann zum Beispiel von der Internetseite der DGZMK unter www.dgzmk.de > Zahnärzte > Wissenschaft & Forschung > Leitlinien heruntergeladen werden.

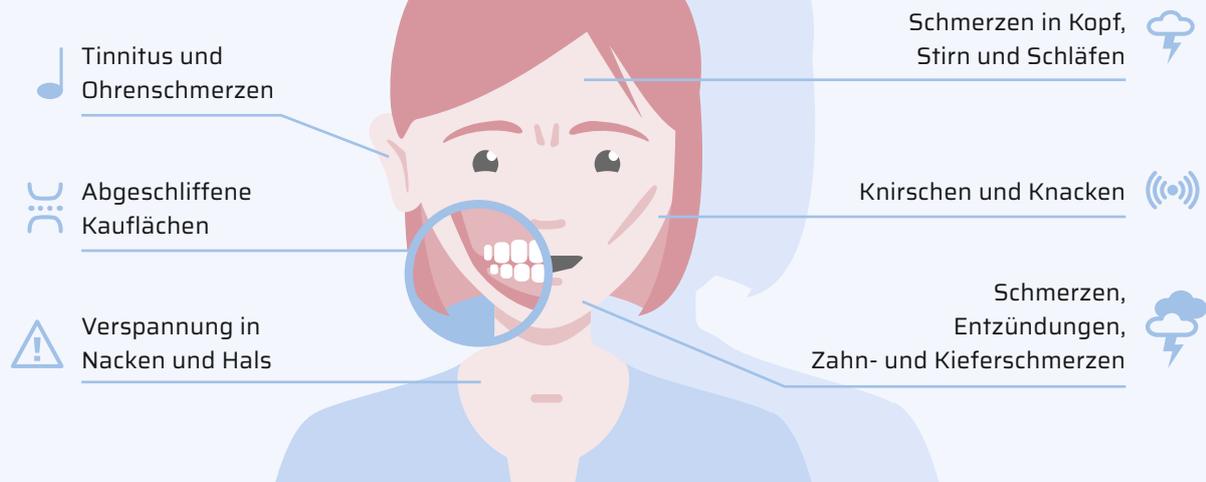
Screening-Bogen zur Diagnose

Um Zahnärzten die Diagnose eines Bruxismus im Rahmen der zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen zu erleichtern, haben die DGFD und DGZMK einen Screening-Bogen entwickelt - abrufbar auf der Internetseite der DGFD unter www.dgfdt.de > Zahnärzte/Mitglieder > Befundbögen.

Patienteninformation

Für Betroffene haben die DGFD und die DGZMK die Patienteninformation „Bruxismus: Zähneknirschen und Zähnepressen - Vorbeugung, Früherkennung, Behandlung und Selbsthilfe“ entwickelt. Sie ist abrufbar auf der Internetseite der DGZMK unter www.dgzmk.de > Patienten.

Folgen von Zähneknirschen



Für die Diagnose sind die Zahnärzte auf Informationen des Patienten angewiesen, der vom Partner oder einem Familienmitglied auf sein Knirschen aufmerksam gemacht wurde oder der mit zusammengepressten Zähnen aufwacht. Typische Anzeichen wie Schäden an den Zähnen, Schmerzen in der Kaumuskulatur, Probleme bei der Mundöffnung und schmerzempfindliche Zähne ergänzen das Bild. Die klinische Untersuchung beginnt mit der Beurteilung der Kaumuskulatur und der Kiefergelenke. Es folgt eine Bestandsaufnahme der Schäden an der Zahnhartsubstanz und die Bewertung des Zahnabnutzungsgrads. Abdrücke der Zähne in Wange und Zunge können ebenfalls ein Anzeichen sein.

Management statt Heilung

Bruxismus ist keine Krankheit und daher nicht heilbar. Die Behandlung – die Leitlinie spricht von Management – zielt deshalb darauf, Zähne und Restaurationen zu schützen, Schmerzen zu lindern und das Knirschen zu reduzieren. Hierfür empfiehlt die Leitlinie insbesondere die Aufklärung und Beratung des Patienten, Aufbisschienen und Verhaltenstrainings. Zur Kontrolle des Bruxismus gewinnen zudem Methoden des Biofeedbacks an Bedeutung. Bei Erwachsenen könnten auch Botox-Injektionen in die Kaumuskulatur erwogen werden. Offen sind hierbei laut Leitlinie jedoch Fragen zu Zielmuskeln, zur Zahl der Injektionsorte und zur Dosierung und Verdünnung des Botulinumtoxins.

Bruxismus gilt als Ursache für einen übermäßigen „Verschleiß“ der Zähne. Ob und wann der Zahnarzt durch das Knirschen geschädigte Zähne versorgt, hängt von verschiedenen Faktoren ab: vom Grad der Abnutzung, der Anzahl der betroffenen Zähne, dem Alter des Patienten, der Abnutzungsgeschwindigkeit und den Ursachen. Es empfiehlt sich jedoch, kleinere Defekte bereits früh mithilfe additiver, adhäsiver Maßnahmen zu beheben, um die Abnutzung zu verlangsamen und prothetische Maßnahmen hinauszuzögern. ■

Aktualisiert: S2k-Leitlinie „Odontogene Sinusitis maxillaris“

Unter Federführung der DGMKG wurde kürzlich die S2k-Leitlinie zu den diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweisen zur Behandlung einer odontogenen Sinusitis maxillaris aktualisiert. Die Leitlinie soll Zahnärzten und Ärzten als wissenschaftliche Orientierungshilfe für die Behandlung von Patienten dienen, die sich mit dem Verdacht auf eine entzündliche Erkrankung in der Kieferhöhle in ärztliche oder zahnärztliche Behandlung begeben.

Die Leitlinie definiert eine odontogene Sinusitis maxillaris als eine entzündliche Veränderung der Schleimhaut der Kieferhöhle, die meist infolge einer odontogenen Infektion oder einer zahnmedizinischen Behandlung entsteht. Meist ist nur die Kieferhöhle einer Seite betroffen. Die odontogene Sinusitis maxillaris ist bezüglich der Ätiologie und meist auch der Therapie klar von der Rhinosinusitis abzugrenzen.

Die Leitlinie findet sich zum Download auf der Internetseite der DGZMK unter www.dgzmk.de.

Qualitätsprüfung: Verfahren steht

Die Qualität zahnärztlicher Leistungen wird künftig bundesweit geprüft - stichprobenartig und im Einzelfall. Was erwartet Ihre Praxis?

Text: Katrin Becker

Analog zur vertragsärztlichen Versorgung wird es auch in der vertragszahnärztlichen Versorgung gesetzlich vorgeschriebene Qualitätsprüfungen geben. Grundlage hierfür bilden das Sozialgesetzbuch V (§ 135b Abs. 2 SGB V) und die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Bereits seit April 2019 ist die vertragszahnärztliche Qualitätsprüfungsrichtlinie (QP-RL-Z) in Kraft, die Grundzüge des Prüfverfahrens vorgibt. Im Juli folgte die erste Qualitätsbeurteilungsrichtlinie (QB-RL-Z); sie wiederum legt das konkrete Prüfungsthema fest, also die vertragszahnärztliche Behandlung, 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.

Kurz erklärt

Qualitätsprüfung: Die „QP“-Richtlinie legt Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfung fest.

Qualitätsbeurteilung: Die „QB“-Richtlinien, derzeit gibt es erst eine, definieren die erbrachte zahnärztliche Leistung (Prüfthema) und die Kriterien, anhand derer die Leistung bewertet wird.



Welches Ziel verfolgen Qualitätsprüfungen?

Qualitätsprüfungen sind, ebenso wie Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung, Vorgaben des Gesetzgebers an den zahnärztlichen Berufsstand. Die bevorstehenden Prüfungen sollen einen Gesamtüberblick über die Qualität der zahnärztlichen Behandlung in Deutschland schaffen und diese langfristig erhalten und verbessern.

Die Qualitätsprüfungsrichtlinie des G-BA formuliert es so: „Förderung und Sicherung der Qualität verbunden mit Qualitätstransparenz sind wesentliche Voraussetzungen für ein leistungsfähiges Gesundheitssystem, mit dem Ziel einer dauerhaft gesicherten patienten- und bedarfsgerechten sowie wirtschaftlichen Versorgung. [...] Speziell in der vertragszahnärztlichen Versorgung sind Förderung und Sicherung der Qualität auf Prävention und die Erhaltung bzw. Wiederherstellung oraler Strukturen unter Berücksichtigung der Patientenerwartungen und Patientenverantwortung ausgerichtet. Im Mittelpunkt steht dabei immer die fachlich gebotene Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten.“

Welche vertragszahnärztliche Leistung wird nun 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 Behandlungsfälle in Augenschein genommen, bei denen die BEMA-Nr. 25 (Cp; indirekte Überkappung der Pulpa) oder die BEMA-Nr. 26



(p; direkte Überkappung der Pulpa) in Verbindung mit mindestens einer dieser Folgeleistungen am selben Zahn abgerechnet wurde: BEMA-Nr. 38 (VitE), 31 (Trep1), 32 (WK), 34 (Med), 35 (WF), 43 (X1), 44 (X2) oder 45 (X3). Weitere zu prüfende Leistungen werden folgen.

Wann starten die Prüfungen?

Den Zeitplan gibt die Qualitätsprüfungsrichtlinie vor: Spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten einer Qualitätsbeurteilungsrichtlinie müssen die Prüfungen beginnen. Im Fall der QB-RL-Z „Überkappung“, die seit 1. Juli 2019 wirksam ist, ist das demnach bis Ende 2019. Da die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen verpflichtet sind, bis März 2020 die Prüfungsergebnisse an die KZBV zu melden, müssen die Prüfungen in den Praxen rechtzeitig vorher beendet sein. Die KZBV hat die Daten aus den Ländern wiederum gebündelt an den G-BA weiterzuleiten. Das geschieht selbstverständlich in anonymisierter Form.

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-Nr. 25 oder 26 in Verbindung mit einer der oben genannten Folgeleistung 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 (Befund, Röntgenbilder, ggf. Planungsmodelle etc.) der zufällig gezogenen Behandlungsfälle an ihre Kassenzahnärztliche Vereinigung zu senden. Es genügt,

die Unterlagen einzureichen, die der konkreten Prüfthematik (BEMA-Nrn. Cp oder p samt Folgeleistungen) zuzuordnen sind. Ein elektronischer Versand ist möglich, die Unterlagen müssen dann jedoch verschlüsselt übertragen werden.

Wer prüft die Behandlungsfälle?

Die Qualitätsprüfungen werden von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen durchgeführt. Dazu 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 zwei weitere Mitglieder auf eigene Kosten 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 von sachgerechten 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 Behandlungsfalles erfolgt in drei Stufen:

1. Keine Auffälligkeiten/Mängel: Die Qualitätskriterien sind erfüllt.
2. Geringe Auffälligkeiten oder Mängel: Die Qualitätskriterien sind nicht vollständig erfüllt.
3. 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.

Welche Konsequenzen haben die Prüfungen?

Die überprüften Zahnärzte erhalten einen schriftlichen Bescheid über die Bewertungsergebnisse, selbst wenn keine Auffälligkeiten festgestellt wurden.

Stellt das Qualitätsgremium bei der Bewertung Auffälligkeiten oder Mängel fest, 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 nach zwölf 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 Gesonderte Stelle ein. Die Gesonderte Stelle ist nicht nur zuständig für die Stichprobenziehung, sondern sie nimmt auch die Dokumentationen entgegen. Sie verwahrt alle eingereichten Unterlagen bis zum Abschluss einer Prüfung und schickt sie anschließend zurück.

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 dazu 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.

Der G-BA erstellt derzeit zudem eine Patienteninformation über die Datenerhebung im Rahmen der Qualitätsprüfungen. Sie wird auf der Internetseite des G-BA unter www.g-ba.de zur Verfügung stehen. ■

Hintergrund

Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind nach § 135b Abs. 2 SGB V verpflichtet, die Qualität der vertragszahnärztlich erbrachten Leistungen im Einzelfall durch Stichproben zu prüfen. Der G-BA hat hierfür Kriterien zur Qualitätsbeurteilung zu entwickeln und Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfungen festzulegen. Bereits im Juli 2011 hatte er mit den Beratungen zu einer vertragszahnärztlichen Qualitätsprüfungsrichtlinie begonnen. Aufgrund offener Fragen zum Datenschutz und zur Pseudonymi-

sierung der patientenbezogenen Daten wurden die Beratungen solange auf Eis gelegt, bis diese durch Änderungen in den § 135b Abs. 2 SGB V und § 299 SGB V geklärt wurden. Im Juli 2016 hat der G-BA seine inhaltlichen Beratungen wieder aufgenommen und im Dezember 2017 zum Abschluss gebracht. Am 1. April 2019 ist die Richtlinie schließlich in Kraft getreten.

Gesonderte Stelle

Ein Dreh- und Angelpunkt der Qualitätsprüfung ist die Gesonderte Stelle, eine Vertrauensstelle bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung. Sie nimmt ihre Aufgaben eigenverantwortlich wahr. Um den Datenschutz zu gewährleisten, besteht die Gesonderte Stelle 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 fehlende Unterlagen, teilt sie das der ersten Stelle mit, die wiederum die Unterlagen in der Praxis nachfordert.

Weitere Informationen

Die Richtlinien zur Qualitätsprüfung samt Verfahrensablauf, Prüfkatalog und Bewertungsschema finden Sie im Mitgliederbereich unserer Internetseite unter www.kzvrlp.de.



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

„Qualität lässt sich nicht verordnen“

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) hat den Prozess der Qualitätsprüfungen im G-BA aktiv mitgestaltet. Martin Hendges, stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der KZBV, über die bevorstehenden Qualitätsprüfungen.

Interview: Katrin Becker

Was hat die KZBV bei dem Thema für die Zahnärzteschaft erreicht?

Wir können qualitätsfördernde Maßnahmen nur dann erfolgreich implementieren, wenn wir die Zahnärztinnen und Zahnärzte in den Praxen nicht mit überbordender Bürokratie und allzu starren Reglementierungen belasten. Von dieser Maxime haben wir uns auch bei der Ausgestaltung der jetzt erstmals bevorstehenden Qualitätsprüfungen leiten lassen. Die Qualitätsprüfungsrichtlinie bietet dafür jetzt einen guten Verfahrensrahmen. Unser Ziel war und ist es, die hohe Motivation in den Praxen zu erhalten. Dafür ist die Akzeptanz des Berufsstandes für die jetzt erstmals bevorstehenden Qualitätsprüfungen eine wichtige Grundvoraussetzung. Qualität lässt sich nicht einfach „von oben herab“ verordnen, insbesondere nicht über die Androhung von Sanktionsmaßnahmen.

Wie steht es bei den Prüfungen um den Datenschutz?

Der Gesetzgeber hat aus Datenschutzgründen vorgesehen, dass im Prüfungsverfahren alle personenbezogenen Daten pseudonymisiert werden müssen. Datenvalidierung und Pseudonymisierung spielen bei dem Verfahren daher eine große Rolle und werden von uns als äußerst wichtig erachtet. In den KZVen wird jeweils eine Geseonderte Stelle eingerichtet, die alle eingereichten Unterlagen bis zum Abschluss der Prüfung unverändert aufbewahrt und dann an die Zahnärztin oder den Zahnarzt zurückgibt. Der G-BA erstellt zudem derzeit ein spezielles Patientenmerkblatt, das über die Datenerhebung anlässlich der Qualitätsprüfung informiert.

Wie ordnen Sie die Qualitätsprüfungen in die Qualitätsdebatte ein?

Die Förderung der Versorgungsqualität war und ist der Zahnärzteschaft seit jeher ein besonderes Anliegen. Wir haben bereits seit vielen Jahren zahlreiche Regelungen und Selbstverpflichtungen verankert, die qualitätssichernd wirken, etwa das einvernehmlich bestellte und erst kürzlich gesetzlich bestätigte Gutachterverfahren oder die besonders hohe Fortbildungsbereitschaft des Berufsstandes. Dafür bedurfte es keines Zwangs oder einer gesonderten



© KZBV/Baumann

gesetzlichen Verpflichtung. Ungeachtet dessen hat der Gesetzgeber allerdings mittlerweile vielfältige Anforderungen an die Qualitätssicherung rechtlich festgelegt, die vom G-BA weiter ausgestaltet werden mussten. Aus diesem Grund hat sich die KZBV in den entsprechenden Gremien mit Nachdruck dafür stark gemacht, diese Vorgaben insbesondere unter Berücksichtigung der Besonderheiten in der Zahnmedizin mitzugestalten. Das gilt auch für die nun bevorstehenden Qualitätsprüfungen.

Wie können sich Kolleginnen und Kollegen auf eine Qualitätsprüfung vorbereiten?

Zahnärztinnen und Zahnärzte, die sich bei ihren Behandlungen an die Vorgaben der allgemeinen Behandlungsrichtlinien halten und diese entsprechend dokumentieren, können einer möglichen Qualitätsprüfung ganz gelassen entgegensehen. ■



Einmal ist keinmal! ZäPP geht in die zweite Runde

Der Startschuss für die diesjährige Befragung im Rahmen des Zahnärzte-Praxis-Panels (ZäPP) steht kurz bevor. Anfang September geht es los.

Text: KZBV

Mehr als 37.000 Zahnarztpraxen in ganz Deutschland erhalten dann per Post einen strukturierten Fragebogen, mit dem Auskünfte über die wirtschaftliche Situation und die Leistungsstruktur der Praxis abgefragt werden. So entsteht – unter Wahrung von Anonymität und strengsten Vorgaben für Datenschutz und -sicherheit – eine aussagekräftige und belastbare Datengrundlage über die wirtschaftliche Entwicklung in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Für die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz sowie für die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) sind diese Angaben für erfolgreiche Verhandlungen mit den Krankenkassen auf Landes- und Bundesebene unverzichtbar. Das ZäPP trägt also unmittelbar dazu bei, adäquate Rahmenbedingungen für alle Zahnärztinnen und Zahnärzte durchzusetzen. Mit der Erhebung beauftragt ist erneut das renommierte Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi). Angeschrieben werden im September alle Zahnarztpraxen, die in den Jahren 2017 und 2018 dieselbe Abrechnungsnummer hatten.

Kontinuierliche Mitarbeit ist gefragt

Bereits die erste bundesweite Erhebungswelle im ZäPP im Jahr 2018 war ein großer Erfolg. Rund 4.700 eingegangene Erhebungsbögen und eine Rücklaufquote von fast 13 Prozent (16 Prozent in Rheinland-Pfalz) sind eine – verglichen mit ähn-

lichen Untersuchungen – sehr gute Resonanz. Wirklich entscheidend für den dauerhaften Erfolg des ZäPP ist jedoch der Panel-Gedanke: Dabei sollen möglichst gleichbleibende Teilnehmer in diesem, aber auch in den kommenden Jahren Auskunft über die wirtschaftlichen Kennzahlen ihrer Praxis geben. Je konstanter der Rücklauf über mehrere Jahre, desto höher sind die Validität und Akzeptanz der Daten, die beim ZäPP generiert werden. Möglichst viele Praxen sollten die Befragung daher – wieder – unterstützen und teilnehmen. Das gilt besonders auch für diejenigen Praxen, die im vergangenen Jahr noch nicht dabei waren. Sie werden jetzt noch einmal ausdrücklich um ihre Teilnahme am ZäPP 2019 gebeten. Die Rücksendung der ausgefüllten Unterlagen wird wieder mit einer Aufwandspauschale honoriert. ■

Weitere Informationen zum ZäPP können im Internet unter www.kzvrlp.de/praxis/zaepp und www.kzbv.de/zaepp sowie unter www.zaep.de abgerufen werden.





Bis auf den letzten Platz gefüllt war der Festsaal des Hambacher Schlosses
Fotos: BZK Pfalz/Rehberger

Pfälzischer Zahnärztetag: Zahnärzte fordern Handlungsfreiheit

Dass der Pfälzische Zahnärztetag auf dem Hambacher Schloss stattfindet, ist nicht nur eine Tradition, sondern auch ein klares Zeichen: gegen politische Fremdbestimmung und Überregulierung und für Handlungsfreiheit und Freiberuflichkeit.

Text: Katrin Becker

Rund 30.000 Bürger aller sozialer Schichten zogen 1832 zum Hambacher Schloss, um für Gerechtigkeit, Gleichheit und Freiheit zu demonstrieren. Kein anderer Ort bietet sich für die Bezirkszahnärztekammer (BZK) Pfalz und die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz daher mehr an, von der Politik den Erhalt der Freiberuflichkeit und freiheitliche Strukturen in der Selbstverwaltung einzufordern. „Dieses Plädoyer können wir nicht häufig genug halten in Zeiten, in denen der Selbstverwaltung das Gestalten und Handeln zusehends verwehrt wird“, mahnte Dr. Peter Matovinovic, Vorstandsvorsitzender der KZV Rheinland-Pfalz. Auch Dr. Holger Kerbeck, Vorstandsvorsitzender der BZK Pfalz, betonte die Symbolkraft des Schlosses: „Kein Ort eignet sich besser für ein Bekenntnis zu unserer Verantwortung, Versorgung zu gestalten. Diese Verantwortung empfinden wir keinesfalls als Last, sondern sie eröffnet uns Chancen, Horizonte neu zu entdecken.“

„Horizonte - neu entdecken“. Das war das Leitmotiv des diesjährigen Pfälzischen Zahnärztetages. Rund 350 Gäste aus Zahnärzteschaft, Gesundheitswesen und Politik kamen Mitte Juni nach Neustadt an der Weinstraße, um neben zahnärztlichen Themen auch gesellschaftskritische Positionen zu diskutieren.

Politik fremdelt mit Selbstverwaltung

Kerbeck und Matovinovic beschrieben in ihren Eröffnungsworten, dass die nationale ebenso wie die europäische Politik zusehends mit der Selbstverwaltung und der Freiberuflichkeit im deutschen Gesundheitswesen hadere. Insbesondere die Vorgaben für den einheitlichen Wirtschaftsraum tangierten die Heilberufe zusehends und schränkten sie in ihrer freiberuflichen Tätigkeit ein, sagte Kerbeck und führte aus: „Die EU-Kommission treibt ihre Pläne für mehr Wettbewerb und Mobilität im EU-Binnenmarkt unbeirrt voran.“

Dabei scheut sie nicht davor zurück, sinnvolle Berufsreglementierungen in den Mitgliedstaaten zurückzudrängen.“ Der BZK-Vorsitzende warnte davor, deutsche Qualitätsstandards in der zahnärztlichen Berufsausübung zugunsten vermeintlicher Wachstums- und Beschäftigungseffekte aufzuweichen. „Berufsordnung, Staatsexamen und Approbation sind keine Wettbewerbshemmnisse. Sie sind Garant für Qualitätssicherung und aktiven Patientenschutz, die auch in einem geeinten Europa Priorität haben müssen.“

Handlungsverantwortung braucht Handlungsfreiheit

Eine patientenorientierte und praxisnahe Selbstverwaltung lebt von Staatsferne und Eigenverantwortlichkeit. All dies werde durch den wachsenden Einfluss der Politik konterkariert, befand Matovinovic. „Öffentlich zur Schau gestellte Abwertung, staatliche Intervention und Überregulierung berauben uns zunehmend unserer Unabhängigkeit und Handlungsautonomie.“

Zwar wolle die Bundesregierung laut ihrem Koalitionsvertrag die Selbstverwaltung stärken, tatsächlich gebe es aber immer tiefere Einschnitte in deren Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume. Der KZV-Vorsitzende forderte sie deshalb zu einem klaren Bekenntnis zur Selbstverwaltung in Worten und in Taten und zur Rückkehr zu einer gemäßigten Politik auf. Matovinovic: „Wir wollen Gesundheitsversorgung aktiv gestalten. Doch zu Handlungsverantwortung gehört Handlungsfreiheit untrennbar dazu.“



Dr. Holger Kerbeck (links) und Dr. Peter Matovinovic eröffneten den Pfälzischen Zahnärztetag. Ihre Forderung: Die Zahnärzte und ihre Selbstverwaltung brauchen Handlungs- und Entscheidungsfreiräume, um eine hochwertige, patientennahe Gesundheitsversorgung gestalten zu können.



Dompteurin der Gedankenmoskitos: Nina Ruge

Nina Ruge: „Tiefes Glück ist Gegenwart ohne Denken“

Der Pfälzische Zahnärztetag hat viele Traditionen. Nicht nur, dass er alle zwei Jahre auf dem Hambacher Schloss stattfindet. Er verfolgt auch konsequent ein eigenes inhaltliches Konzept: Der Dreiklang aus einem berufspolitischen und einem wissenschaftlichen Vortrag sowie einem Festvortrag mit gesellschaftlichem Bezug ist das Markenzeichen des Zahnärztetages.

Festrednerin in diesem Jahr war Nina Ruge. Die Journalistin und Autorin begab sich in ihrem Vortrag auf die Suche nach einem neuen Bewusstsein, das Halt, Orientierung und Zufriedenheit in einer schnelllebigen, rastlosen Zeit gibt. Dabei nahm sie die Teilnehmer des Zahnärztetages mit auf eine Reise zwischen wissenschaftlicher Forschung und Spiritualität, gespickt mit Anekdoten aus ihrem Leben.

Als Gedankenmoskitos bezeichnete Ruge die Grübeleien, die den meisten Menschen schon am frühen Morgen durch den Kopf zischen und die vom Alltagsstress befeuert werden. „Wir produzieren ständig und unkontrolliert Gedanken, die uns im Alltag nicht helfen, die uns aber am Leben und am Zufriedensein hindern“, sagte die Moderatorin. „Unser Glück ist damit verbunden, diese Moskitos zu domptieren.“

Nina Ruge gab Impulse, wie das gelingen kann: „Lernen Sie, die innere Führung zu übernehmen.“ Achtsamkeitsübungen wie tiefe Atemzüge oder das Sprechen eines Mantras seien hilfreich, sich auf sein Innerstes und den Augenblick zu fokussieren. Eine weitere Methode sei das Verweilen in kleinen Glücksmomenten, Ruge nannte sie Goldnuggets, um die Welt kurz auszublenden und eine positive Gemütslage zu schaffen.



Martin Hendges sieht die zahnärztliche Versorgung in der Fläche gut aufgestellt. Einzelne regionale Versorgungsbereiche müssten jedoch beobachtet werden, um die wohnortnahe Versorgung aufrechtzuerhalten.

rengeführter Medizinischer Versorgungszentren mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz begrenzt habe. Die KZBV werde das Geschehen weiter kritisch begleiten, um gegebenenfalls weitere gesetzgeberische Maßnahmen einzufordern.

Zur Sicherstellung der Versorgung zählte er auch den weiteren Ausbau der Präventionsstrategie. Zurzeit verhandle die KZBV im Gemeinsamen Bundesausschuss eine neue Richtlinie zur Prävention und Therapie der Parodontitis. Zuletzt sei es der Zahnärzteschaft gelungen, die Früherkennungsuntersuchungen auf Kleinkinder ab dem sechsten Lebensmonat auszuweiten. ■

Einzelpraxis mit Zukunft

Den Gestaltungsanspruch der Selbstverwaltung betonte auch der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Martin Hendges. „Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen im Bund und in den Ländern werden auch künftig alles daransetzen, die Versorgung flächendeckend und auf hohem Niveau sicherzustellen. Dazu zählt, die Niederlassung der jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte in freiberuflicher Praxis zu fördern.“ Hendges zeigte sich zuversichtlich, dass die Einzelpraxis weiterhin eine Zukunft habe. Nach Zahlen des Instituts der Deutschen Zahnärzte entschieden sich zuletzt noch immer 73 Prozent der Zahnärzte für dieses Modell. Anders als bei den Ärzten zeichne sich in der Fläche kein Zahnarztmangel ab. Er räumte aber ein: „Es gibt Versorgungsbereiche, die in eine Unterversorgung laufen könnten und in denen wir tätig werden müssen.“ Er nannte beispielhaft die rheinland-pfälzischen Kreise Trier-Saarburg, Bitburg-Prüm und Südwestpfalz. Hendges bewertete es vor diesem Hintergrund als großen politischen Erfolg, dass der Gesetzgeber den Zustrom investo-

Prof. Dr. Ulrich Schlagenhauf: „Essen Sie grünes Blattgemüse, es verhindert Entzündungen“

Den wissenschaftlichen Vortrag hielt Prof. Dr. Ulrich Schlagenhauf, Leiter der Abteilung für Parodontologie am Universitätsklinikum Würzburg. Er brachte eine neue Erkenntnis mit aufs Hambacher Schloss: Parodontale Entzündungen sind nicht einfach nur Folge mangelhaften Zähneputzens, sondern sie werden maßgeblich durch Fehler in der Ernährung begünstigt. Der Grund: Eine ungünstige Lebensmittelauswahl erhöht den oxidativen Stress, was wiederum Plaque begünstigt. „Stresskiller“ seien hingegen Rucola, Spinat, Kohl oder Radieschen. „Der vermehrte Verzehr von grünem, nitratreichem Gemüse sowie ein reduzierter Zuckerkonsum helfen aktiv dabei, parodontale Entzündungen zu vermeiden und die orale Wundheilung zu verbessern“, erklärte Schlagenhauf. Zudem erziele seine Klinik vielversprechende Behandlungsergebnisse durch die gezielte Einnahme entzündungshemmend wirkender probiotischer Keime. Selbst bei Patienten mit völlig unzureichender Mundhygiene besserten sich die Entzündungen deutlich. Lesen Sie mehr zu Probiotika in der Therapie parodontaler Entzündungen im Artikel von Prof. Dr. Ulrich Schlagenhauf in *KZV aktuell* 2/2018.



Prof. Dr. Ulrich Schlagenhauf hat in einer Studie gezeigt, dass Gemüsesaft ähnlich wirken kann wie entzündungshemmende Mundspüllösungen.



Ihre Daten für die Weiterentwicklung der vertragszahnärztlichen Versorgung!

Das **Zahnärzte Praxis-Panel** – kurz **ZäPP** – ist eine bundesweite Datenerhebung zur wirtschaftlichen Situation und zu den Rahmenbedingungen in Zahnarztpraxen. Mehr als 38.000 Praxen haben dafür einen Fragebogen erhalten.

Sie haben auch Post bekommen? – Dann machen Sie mit!

- **Für den Berufsstand!** Das ZäPP dient Ihrer Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) als Datenbasis für Verhandlungen mit Krankenkassen.
- **Vorteil für Sie!** Finanzielle Anerkennung für Ihre Mitarbeit
- **Vorteil für Sie!** Kostenloser Praxisbericht für einen Vergleich Ihrer Praxis mit dem bundesdeutschen Durchschnitt
- **Vorteil für Sie!** Kostenlose Chefübersicht für Ihre Finanzplanung
- Wir garantieren **Vertraulichkeit und Schutz Ihrer Daten!**

Sie haben Fragen zum ZäPP?

Weitere Informationen im Internet unter **www.kzvrlp.de** · **www.kzbv.de/zaepp** · **www.zaep.de**
Oder einfach QR-Code mit dem Smartphone scannen.

Für Rückfragen bei Ihrer KZV:

Telefon: 06131 8927-133
E-Mail: kontakt@kzvrlp.de
Ansprechpartner: Jochen Kromeier

Um Rücksendung der Unterlagen wird bis zum **30. November 2019** gebeten.

Ansonsten erreichen Sie bei Bedarf die **Treuhandstelle** des mit ZäPP beauftragten **Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi)** unter der Rufnummer 030 4005-2446 von Montag bis Freitag zwischen 8 und 16 Uhr. Oder E-Mail an kontakt@zi-treuhandstelle.de

Unterstützen Sie das ZäPP – In Ihrem eigenen Interesse!



Kurz und gut? Minimalinvasive Chirurgie und kurze Implantate

In nahezu allen Bereichen der Medizin besteht ein Trend zu Behandlungen, die durch ihre geringe Invasivität und der damit verbundenen reduzierten Morbidität zu einer höheren Akzeptanz führen. In der zahnärztlichen Implantologie wird dieses durch den Einsatz von kurzen Implantaten realisiert, die immer häufiger inseriert werden.

Text: Dr. Marc Joos und Priv.-Doz. Dr. Sebastian Köhl, Basel/Schweiz

G rundsätzliche Überlegungen

Die Auswahl der Implantatlänge wurde in der Vergangenheit immer durch die Anatomie bestimmt – es galt, ein möglichst langes Implantat zu inserieren, das dennoch einen Abstand von 2 mm zu wichtigen anatomischen Nachbarstrukturen gewährte (Abb.1). Der Grund für dieses Dogma lag darin, dass in den Anfängen der Implantologie glattwandige Implantatoberflächen zum Einsatz kamen, die im Vergleich zu den mikro- und makrorauen Implantatoberflächen heutiger Implantate eine deutlich geringere Oberfläche aufweisen, was zu einer geringeren

Osseointegration führt. Diese wurde folglich durch die Länge kompensiert. Lange Implantate erhöhen das Risiko von Hitzenekrosen bei der Implantatbettauflbereitung, da die Kühlflüssigkeit nicht in den apikalen Bereich gelangt. Darüber hinaus steigt mit zunehmender Länge auch das Risiko für Verletzungen benachbarter Strukturen. Schlussendlich ist die Entfernung von langen Implantaten, zum Beispiel aufgrund technischer Komplikationen bei Fraktur eines krestalen Implantatanteils, nur mit invasiven und anspruchsvollen Osteotomien möglich. Hier können in allen genannten Aspekten kurze Implantate die Risiken reduzieren oder gar verhindern. Außerdem sind kurze Implantate in Relation zu aufwendigen vertikalen Knochenaufbauten eine geeignete Alternative, die die Behandlungszeit, die Morbidität und den finanziellen Aufwand reduzieren kann (Abb. 2 und 3).

Was sind überhaupt kurze Implantate?

Durch die Einführung von 7 mm-Bränemark-Implantaten 1979 war die Stunde der kurzen Implantate eingeläutet. Vorerst aber konnten sie sich nicht durchsetzen, da sie im Vergleich zu den heutigen Implantaten mit deutlich erhöhten Verlustraten insbesondere in der Maxilla assoziiert waren. So zeigte sich in einer prospektiven Multicenterstudie für 7 mm lange Implantate eine Misserfolgsquote von etwa 18 Prozent nach zehn Jahren für die Maxilla¹.



Abb. 1: Die Implantatlängen wurden so lang wie möglich ausgewählt.

In der Literatur werden kurze und sehr kurze Implantate unterschiedlich definiert: Van Assche et al.² haben in einer Studie Implantate ≤ 6 mm als „extra short“ beschrieben, Srinivasan et al. bezeichneten diese im Gegensatz dazu in einer Übersichtsarbeit als „kurz“³. Beide Arbeiten erwähnen, dass kurze Implantate ≤ 10 mm entsprechen. In einer Konsensuskonferenz der European Association of Osseointegration (EAO) wurden Implantate länger als 8 mm als regulär definiert, 8 mm oder weniger als kurz⁴. Sehr kurze Implantate würden demnach Längen ≤ 6 mm entsprechen.

Die oben genannte Publikation von Srinivasan et al. zeigt klare Verbesserungen der kurzen Implantate gegenüber früher. Die errechnete kumulative Überlebensrate der 6-mm-Implantate betrug 94,7 Prozent im Oberkiefer und 98,6 Prozent im Unterkiefer, wobei der Unterschied zwischen maxillären und mandibulären Implantaten statistisch signifikant war. Interessant ist wiederum der Aspekt der Oberflächenbeschaffenheit, der maßgeblich dazu beigetragen hat, dass sich die Erfolgsrate der kurzen Implantate deutlich verbessert hat.

Eine kürzlich publizierte Studie zu 4 mm langen mandibulären Implantaten konnte zeigen, dass auch sehr kurze Implantate gute Fünf-Jahres-Resultate erreichen können: Von 76 Implantaten bei 24 Patienten betrug die Überlebensrate 92,2 Prozent für die festsitzende Versorgung von Schalllücken oder Frendlücken unter Verblockung von mindestens zwei Kronen⁵.

Was spricht für kurze Implantate?

Das Aufbauen von vertikalen Knochendefekten – insbesondere im hoch atrophen Unterkiefer – ist schwierig. Die Erfolgsraten werden in der Literatur sehr unterschiedlich angegeben, wobei neben den Verlustraten bei vertikalen Aufbauten auch häufig mit Komplikationen zu rechnen ist.



Abb. 2: Derselbe Patient wie in Abbildung 1: Durch kürzere Implantate konnte auf einen aufwendigen Knochenaufbau, wie im zweiten Quadranten zu sehen ist, verzichtet werden.



Abb. 3: Ein kurzes Implantat in regio 35: Durch ein Implantat reduzierter Länge konnte eine Pfeilervermehrung bei gleichzeitigem Einhalten eines korrekten Mindestabstands zum Nervus alveolaris inferior durchgeführt werden.

Ein reduziertes Knochenangebot kann bis zu einem gewissen Grad durch ein kürzeres Implantat kompensiert werden. Somit entfallen aufwendige chirurgische Eingriffe zur vertikalen Augmentation.

Kürzere Implantate können auch bei nahe gelegenen anatomischen Strukturen Vorteile bringen: Im Unterkieferseitenzahnggebiet schränkt der Nervus alveolaris inferior die verfügbare Knochenhöhe ein. Kurze Implantate können hier in entsprechenden Fällen das Risiko betreffend Verletzungen des Mandibularkanals und somit des dritten Trigeminusastes reduzieren. Neben Nervverletzungen sind auch Verletzungen von

Blutgefäßen mit konsekutiv teils lebensbedrohlichen Blutungen möglich (Abb. 4 und 5). Ein kürzlich erschienener Review hat sämtliche in der Literatur beschriebenen lebensbedrohlichen Blutungen im Zusammenhang mit implantologischen Eingriffen ausgewertet. Hierzu wurden 590 Studien herangezogen und 27 Fälle mit lebensbedrohlichen Blutungen während oder nach Implantation identifiziert. 21 Fälle betrafen die anteriore Mandibula, fünf Fälle die posteriore Mandibula und nur ein Fall die Maxilla. In der Mehrzahl der Fälle waren Implantate mit einer Länge von ≤ 13 mm eingesetzt worden, was das Risiko für lange Implantate gut dokumentiert (Abb. 6 und 7)⁶.

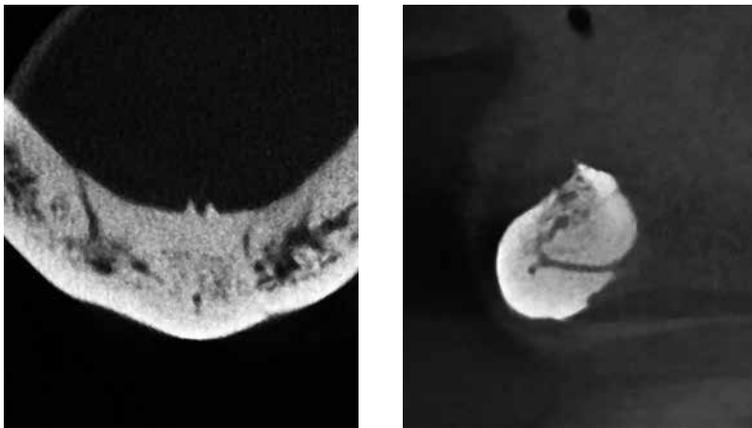


Abb. 4 und 5: Übersicht (DVT) im atrophien Unterkiefer: Anastomosierende Gefäße können bei Perforation der lingualen Kortikalis zu bedrohlichen Blutungen führen.

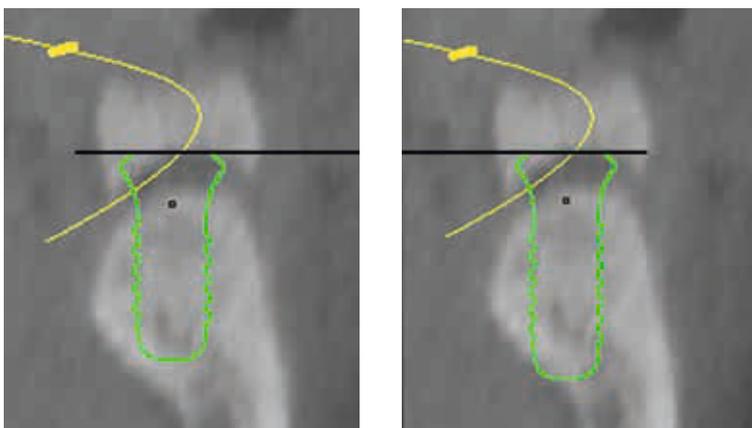


Abb. 6 und 7: Implantologische Planung im Unterkiefer: Gerade im seitlichen Unterkiefer besteht aufgrund des Querschnitts die Gefahr, eine Perforation der lingualen Kortikalis und eine Blutung zu verursachen.

Gibt es eine Mindestlänge?

Wenn über die Implantatlänge diskutiert wird, sollte man sich auch Gedanken über das Kronen-Implantat-Längenverhältnis und die daraus resultierenden Hebelgesetze machen. Hier wird zwischen zwei Verhältnissen unterschieden: dem biologischen oder klinischen Kronen-Implantat-Verhältnis und dem technischen oder anatomischen Kronen-Implantat-Verhältnis. Ersteres wird definiert als ossär gelegener Implantatanteil im Verhältnis zum extraossären Anteil unter Einbezug der Kronenhöhe, Letzteres als Implantatlänge bis zur Implantatschulter zur Kronenhöhe^{7,8}.

Da sich die Kronenlänge und somit das Kronen-Implantat-Verhältnis erhöhen kann, wenn ein kurzes Implantat zur Anwendung kommt, ist es relevant zu wissen, ob es dadurch zu belastungsbedingten erhöhten Implantatverlusten kommen kann. Dies wurde bei Implantaten im Seitenzahnbereich in einer retrospektiven Studie über fünf Jahre⁷ sowie in einer prospektiven Studie über zehn Jahre⁸ untersucht. Dabei konnte kein Zusammenhang zwischen erhöhtem Kronen-Implantat-Verhältnis und marginalem Knochenverlust festgestellt werden. Die Überlebensrate der Implantate war in allen Gruppen ähnlich und dies bei Kronen-Implantat-Verhältnissen von > 2 .

Statistisch signifikanter Risikofaktor für eine erhöhte Verlustrate war Nikotinabusus.

Entgegen den Erwartungen von Blanes et al.⁸ konnte kein Zusammenhang zwischen vergrößerter marginaler Knochenresorption und großem Kronen-Implantat-Verhältnis nachgewiesen werden. Es bestand sogar eher eine inverse Relation: weniger Knochenresorption bei größerem Kronen-Implantat-Verhältnis. Diese Feststellung wurde damit erklärt, dass der physiologische Knochenumbau, der durch Belastung stimuliert wird, auch im Rahmen der Implantate stattfindet und somit einer krestalen Resorption entgegenwirkt.

Eine andere Arbeit von Himmlová et al.⁹ untersuchte die Belastungsverteilung im Unterkieferknochen verschiedener Implantatlängen und -durchmesser im Rahmen einer Finite-Elemente-Analyse. Dabei wurde ein Unterkiefermodell mit inseriertem Implantat simuliert und ausgewertet. In diesem virtuellen Modell wurden 15.000 bis 20.000 Elemente in Abhängigkeit der Implantatlänge und des Implantatdurchmessers definiert. Zur Vereinfachung wurde angenommen, dass das Implantat zylindrisch sei und der Knochen kortikale Eigenschaften habe, da der periimplantäre, eigentlich spongiöse Knochen nach Umbauvorgängen am ehesten kortikale Eigenschaften aufweist. Ausgewertet wurden Implantatlängen von 8 bis 18 mm und Durchmesser von 2,9 bis 6,5 mm. Entsprechend der physiologischen Belastung im Unterkieferseitenzahnbereich wurden die Implantate im 3-D-Modell in axialer, disto-mesialer sowie lingualer Richtung belastet. Allgemein konnte gezeigt werden, dass die größten Belastungen im krestalen Bereich zu finden sind und dass die Implantatlänge per se einen relativ geringen Einfluss auf die Verteilung der Belastungsspitzen hat. Besonders im Hinblick auf den Durchmesser eines Implantats konnte die größte Reduktion der Belastung im krestalen Bereich bei Durchmessern von 3,6 bis 4,2 mm gefunden werden. Die Implantatlänge allein scheint also weniger wichtig als der Durchmesser zu sein, wenn

es darum geht, krestale Kraftspitzen aufzunehmen und zu reduzieren.

Vergleich mit vertikaler Augmentation

Chipasco et al.¹⁰ untersuchten in einer prospektiven Studie den Erfolg von vertikalen Knochenaufbauten. Es wurde in einer ersten Gruppe Knochen mit autologen Knochenchips und einer mit Titan verstärkten Teflonmembran aufgebaut und abgedeckt. Eine Implantation wurde entweder direkt mit dem Knochenaufbau (Subgruppe 1A, 13 Implantate) oder nach sechs bis sieben Monaten im Rahmen der Entfernung der Membran durchgeführt (Subgruppe 1B, zwölf Implantate). In der zweiten Gruppe wurde eine vertikale Augmentation durch Distractionsosteogenese realisiert und nach Entfernung des Distraktors wurden 34 Implantate inseriert. Die Ergebnisse zeigten nach zwei bis drei Jahren eine kumulative Überlebensrate von jeweils 100 Prozent und eine Erfolgsrate von 61,5 Prozent in der Gruppe mit Implantation und simultanem Knochenaufbau, 75 Prozent in der Gruppe mit Knochenaufbau und späterer Insertion der Implantate und 94,1 Prozent in der Gruppe, die mittels Distractionsosteogenese und späterer Implantation behandelt wurde.

Interessant ist hierbei die Tatsache, dass die Erfolgs- und Überlebensraten der Implantate starke Unterschiede zeigten. Nach den Kriterien von Albrektsson et al.¹¹ liegt ein Misserfolg vor, wenn die krestale Knochenresorption im ersten Jahr nach Belastung >1,5 mm beträgt und/oder in den Folgejahren Resorptionen von >0,2 mm gemessen werden. Im Bezug auf diese Werte wurden in der ersten Gruppe signifikant mehr Implantate als Misserfolg gewertet als in der zweiten Gruppe, was die hohen Komplikationsraten und Risiken der vertikalen Knochenaugmentation mittels Membranen belegt. Unabhängig von den großen Risiken und der Morbidität sowie dem finanziellen Aufwand sind vertikale Knochenaufbauten auch mit einem nicht unerheblichen Zeitaufwand mit teils stationären Aufenthalten vergesellschaftet.

Im Hinblick auf diese Ergebnisse und die teils aufwendigen Verfahren erscheinen kürzere Implantate als „schnellere“ und sicherere Alternative bei reduzierter Morbidität. Dabei sollte aber nicht vergessen werden, dass kurze Implantate bei reduzierter Kieferkammhöhe ästhetisch und eventuell prothetisch suboptimale Resultate ergeben und dass besonders im Oberkieferfrontzahnbereich ein solcher Kompromiss im Allgemeinen nicht empfohlen werden kann.

Vergleich mit Sinuslift

In einem Cochrane-Review¹² wurden 18 Studien hinsichtlich der Augmentationsverfahren in der posterioren Maxilla ausgewertet. Es wurden vier Studien analysiert, die kurze Implantate mit Längen von 5 bis 8,5 mm einer Sinusbodenelevation gegenüberstellten. Nach einem Jahr unter Belastung konnte kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Alternativen festgestellt werden, sei es im Hinblick auf die Überlebensrate der Implantate oder bezüglich der prothetischen Komplikationen. 14 der 18 Studien untersuchten, ob ein Unterschied zwischen möglichen Augmentationsverfahren besteht. Dabei konnte keine Präferenz für eine bestimmte Technik aufgezeigt werden. Vom Knochenaufbau mit autologem Knochen über Knochenersatzmaterialien oder Platelet Rich Plasma bis hin zu Verfahren ohne jeglichen Aufbau – keines der beschriebenen Verfahren konnte sich bezüglich Implantatüberlebensrate oder prothetischen Komplikationen als überlegen erweisen. Alles in allem konkludierten die Autoren, dass es ungenügend Evidenz dafür gäbe, ein Augmentationsverfahren kurzen Implantaten hinsichtlich Überlebensrate oder prothetischen Komplikationen vorzuziehen, aber dass es moderate Evidenz dafür gäbe, dass Augmentationsverfahren bei Restknochenhöhen von 4 bis 9 mm im posterioren Oberkiefer eher zu Komplikationen neigten als kurze Implantate.

Kurze Implantate – ja oder nein?

Kurze Implantate sind gut dokumentiert und zeigen heute ähnlich gute Ergebnisse wie lange Implantate. Sogar 4-mm-Implantate ergeben zufriedenstellende Resultate, wobei diese wissenschaftlich weniger gut untersucht und Langzeitergebnisse nur spärlich vorhanden sind. Kurze Implantate sind im Vergleich zu aufwendigen

Knochenaufbauten und bei enger Lagebeziehung zu anatomischen Strukturen eine mögliche Alternative. Eine generelle Empfehlung für kurze Implantate kann aber aus heutiger Sicht nicht gegeben werden, denn kurze Implantate können nur da verwendet werden, wo sie auch indiziert sind: in „Extremsituationen“, das heißt, im Verhältnis zu den Alternativen.

Eine Mindestlänge für Implantate ist bisher nicht definiert und wird in Zukunft auch kaum an Bedeutung gewinnen, denn sehr kurze und kurze Implantate stellen immer eine Kompromisslösung dar. Gerade, wenn man bedenkt, dass die Problematik der periimplantären Mukositisen sowie der Periimplantitiden langfristig einen doch relativ hohen Prozentsatz der Implantate betrifft, ergeben sich unterschiedliche Sichtweisen. Bei jüngeren Patienten und Einzelzahnversorgungen kann es sich als einfach darstellen, ein sehr kurzes Implantat, das durch eine Periimplantitis zusätzlich an Knochenhalt verloren hat, zu explantieren und eine Neuversorgung anzustreben. Im Gegenzug können lange Implantate gerade bei Prothesenträgern vorteilhaft sein. Gerade bei älteren Patienten, mit zum Beispiel zwei interforaminalen Implantaten und darauf eingegliedert Totalprothese, kann im Falle einer Periimplantitis mit assoziiertem Knochenverlust aufgrund der noch ausreichenden Verankerung des Implantats im Knochen durch eine resektive Periimplantitistherapie die Versorgung erhalten werden. Das kann sich hinsichtlich des Komforts und der Wirtschaftlichkeit für diese Patienten vorteilhaft auswirken. Die Entscheidung sollte unter Berücksichtigung der individuellen Situation und in Anbetracht der Alternativen nach eingehender Aufklärung und im Einklang mit dem Patienten getroffen werden. ■

Mit freundlicher Nachdruckgenehmigung des Bayerischen Zahnärzteblattes (BZB), März 2018

Korrespondenzadresse:

Dr. Marc Joos
Klinik für Zahnärztliche Chirurgie,
Radiologie, Mund- und Kieferheilkunde
Hebelstraße 3
4056 Basel/Schweiz
marc.joos@unibas.ch

Literatur bei den Verfassern

KZBV-Vertreterversammlung: Mehr Zahnärztinnen in die Berufspolitik

Frauen in der Selbstverwaltung sind eine Rarität. Die KZBV will nun mehr Zahnärztinnen den Weg in die Gremien ebnen.

Text: Katrin Becker

Ein, zwei, drei, vier – die Reihen der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) sind schnell durchgezählt. Lediglich vier der 60 Delegierten sind weiblich. Kaum anders sieht es auf Landesebene aus. In den Vertreterversammlungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen liegt der Frauenanteil zwischen sieben und immerhin 26 Prozent (KZV Rheinland-Pfalz: 20 Prozent). Und auch in den hauptamtlichen Vorständen gleicht sich das Bild. Hier finden sich bundesweit nur drei Frauen. Kurzum: Die vertragszahnärztliche Berufspolitik wird von Männern dominiert.

Auch vor dem Hintergrund, dass mehr als zwei Drittel der Studienanfänger weiblich sind, will die KZBV die Repräsentanz von Frauen in den Selbstverwaltungsgremien und in Führungspositionen der vertragszahnärztlichen Organisationen erhöhen – und zwar aus eigener Kraft. „Eine gesetzliche Frauenquote kann nur Ultima Ratio sein, wenn eigene Maßnahmen nicht greifen“, erklärte der Vorsitzende des KZBV-Vorstandes, Dr. Wolfgang Eßer, bei der Vertreterversammlung Ende Juni in Köln. Kurz zuvor hatte er an einer Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages teilgenommen. Anlass war ein Antrag der Grünen, der verbindliche Vorgaben für eine angemessene Beteiligung von Frauen in der Berufspolitik fordert.

Interesse an der Berufspolitik besteht

Die Vertreterversammlung stellte ebenfalls die Eigenverantwortung der Zahnärzteschaft heraus. In einem Antrag verpflichtete sie sich und den Berufsstand, geeignete Rahmenbedingungen zu entwickeln, die Frauen eine aktive Beteiligung in den Gremien erleichtern. Einen ersten



Dr. Wolfgang Eßer will den berufspolitisch interessierten Nachwuchs wählbar machen, sprich, ihm den Zugang zu Wahllisten ermöglichen. Für ihn bedeutet das auch, dass die Älteren Platz machen.

Foto: @KZBV/Spillner

Schritt hat die KZBV bereits unternommen. Die neu gegründete Arbeitsgruppe Frauenförderung, besetzt mit berufspolitisch aktiven Zahnärztinnen, soll Lösungen für ein stärkeres Engagement von Frauen erarbeiten. Erste Ergebnisse sollen der Vertreterversammlung im Herbst präsentiert werden. Dass Zahnärztinnen gegenüber der Berufspolitik per se nicht abgeneigt sind, hat indes eine Umfrage der KZV Baden-Württemberg ergeben: 50 Prozent der befragten Zahnärztinnen können sich vorstellen, sich in der Selbstverwaltung zu engagieren.

Eßer betonte, dass für die Gremienarbeit nicht nur verstärkt um junge Zahnärztinnen, sondern natürlich auch um junge Zahnärzte geworben werden müsste. Keine Schützenhilfe leiste der Gesetzgeber. „Der staatliche Dirigismus stellt die Arbeit der Selbstverwaltung infrage und schreckt den Nachwuchs ab“, kritisierte der KZBV-Chef. Mit Nachdruck werde er weiterhin für eine handlungsfähige Selbstverwaltung kämpfen. Sie sei Ausdruck der freiheitlichen Berufsausübung. Eßer: „Selbstverwaltung und Freiberuflichkeit gehören zusammen wie siamesische Zwillinge.“ Entsprechend forderte die Vertreterversammlung die Bundesregierung auf, die im Koalitionsvertrag festgeschriebene Stärkung der Freiberuflichkeit wieder zur Richtschnur politischen Handelns zu machen und von staatsdirigistischen Eingriffen in die Selbstverwaltung Abstand zu nehmen. Alle Anträge der Vertreterversammlung finden sich auf der KZBV-Internetseite unter www.kzbv.de. ■

Änderungen im Praxisbetrieb: Patientendaten sicher verwahren

Eine Praxis zieht um, sie wird verkauft oder aufgelöst. Was passiert in solchen Fällen mit den Patientenakten und wie wird die gesetzliche Aufbewahrungsfrist gewährleistet?

Text: Katrin Becker

Praxisinhaber sind persönlich dafür verantwortlich, dass die Vorschriften zum Schutz der Patientendaten und zur ärztlichen Schweigepflicht eingehalten werden. Damit einher geht der Rechtsanspruch der Patienten, ihre Behandlungsakten jederzeit einsehen zu dürfen.

Unterbrechung des Praxisbetriebs

Ob Krankheit, Urlaub oder Fortbildung – eine kurzzeitige oder vorübergehende Schließung der Praxis lässt sich nicht immer vermeiden. Sie ist in der Regel unproblematisch, selbst wenn die Patienten in dieser Zeit ihre Behandlungsakten nicht einsehen können. Kritischer wird es, wenn die Praxis längerfristig geschlossen bleibt oder der Praxisinhaber sogar vertreten werden muss. In solchen Fällen hat der Praxischef dafür zu sorgen, dass seine Patienten Zugang zu ihren Behandlungsdokumentationen haben. Dafür reicht es jedoch aus, wenn die Praxisräume zeitweise durch das Praxispersonal zugänglich gemacht werden. Sofern ein Vertreter einspringt, darf dieser nur unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht auf die Patientenakten zugreifen und wenn die Patienten vorab ihr Einverständnis erteilt haben.

Praxisumzug

Der Datenschutz und die Schweigepflicht dürfen auch bei einem Umzug einer Praxis nicht verletzt werden. Von Relevanz ist hierbei insbesondere der Einsatz externer Dienstleister, die für die Durchführung des Umzugs beauftragt werden.

Der Praxisinhaber muss sicherstellen, dass zum Beispiel die Speditionsfirma beim Transport der Aktenschränke keinen Einblick in die Patientenunterlagen nehmen kann.

Praxisverkauf

Bei einem Praxisverkauf ist die Patientenakte ein wesentlicher wertbildender Faktor, weshalb die Behandlungsakten üblicherweise auf den Praxisnachfolger übertragen werden. Doch Vorsicht: Hier kann es zu Problemen kommen, wenn die Übergabe gegen die ärztliche Schweigepflicht oder den Datenschutz verstößt.

Der Praxiskäufer darf die Behandlungsdokumentationen zwar in die sogenannte gehörige Obhut nehmen, das heißt, er verwahrt sie nach der Übergabe durch den Praxisverkäufer. Der Praxiskäufer darf sie aber nur nach ausdrücklicher Einwilligung der Patienten einsehen. Das hat der Bundesgerichtshof in einem Grundsatzurteil (BGH VIII ZR 4/91 vom 11.12.1991) entschieden.

Bei der Übertragung von Patientenakten, die vom Praxiskäufer mangels Zustimmung der Patienten (noch) nicht eingesehen werden dürfen, hat sich das sogenannte Zwei-Schrank-Modell als praktikabel erwiesen. Danach schließen der Praxisverkäufer und sein Nachfolger neben dem Kaufvertrag einen Verwahrungsvertrag nach §§ 688 ff. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Darin verpflichtet sich der Praxisübernehmer, die Kartei des Praxisverkäufers getrennt von seinen eigenen Unterlagen unter Verschluss zu halten und nur dann



© setthawit gantaporn/Shutterstock.com

Einsicht zu nehmen, wenn der jeweilige Patient eingewilligt hat. Erst mit der Zustimmung des Patienten geht die jeweilige Akte auf den Praxis-käufer über. Entsprechendes gilt für elektronisch geführte Patientenakte. Die Daten dürfen nur nach Zustimmung des Patienten in die EDV des Praxisnachfolgers übertragen werden. Zuvor können elektronische Patientenunterlagen mit einem Passwort vor einem unbefugten Zugriff gesichert werden. Bewahrt der Nachfolger die Behandlungsakten auf, gelten die berufsrechtlich vorgegebenen Aufbewahrungsfristen (siehe Seite 30) und die Auskunftspflichten gegenüber den Patienten. Nach Ablauf dieser Fristen sind die Unterlagen unter Wahrung des Datenschutzes und des Patientengeheimnisses zu vernichten.

Einer schriftlichen Einverständniserklärung bedarf es übrigens nicht, wenn der Patient bereits durch sein Verhalten seine Zustimmung ausdrückt, zum Beispiel, indem er für die zahnärztliche Behandlung den Praxisnachfolger aufsucht. Denn damit macht der Patient deutlich, dass er dem Nachfolger den Einblick in seine Patientenakte und für die weitere Behandlung gestattet. Eine explizite Zustimmung der Patienten ist ebenfalls nicht erforderlich, wenn sich der Praxisinhaber und sein Nachfolger bereits vor dem Verkauf zu einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammengeschlossen hatten oder wenn der Nachfolger bereits als angestellter Zahnarzt in der Praxis tätig war.

Praxisaufgabe

Die Aufgabe seiner Praxis entlässt einen Zahnarzt nicht aus seiner Verantwortung, die Patientenakten im Einklang mit dem Berufs- und Datenschutzrecht zu verwahren. Hierfür kann er die Unterlagen bis zum Ablauf der Aufbewahrungsfristen in seinen Privaträumen lagern oder separate Räumlichkeiten anmieten. Mietet er einen Raum an, muss er sicherstellen, dass keine unbefugten Personen Zugriff auf die Unterlagen nehmen können.

Darüber hinaus hat er die Möglichkeit, die Aufzeichnungen an einen Dritten, vorzugsweise an einen Zahnarzt, in die gehörige Obhut zu geben. Dies setzt voraus, dass beide Seiten – wie im Falle der Aufbewahrung beim Praxisverkauf – einen Verwahrungsvertrag schließen, der eine rechtskonforme Aufbewahrung und die Möglichkeit zur Einsichtnahme für den Patienten regelt. Auch hier gilt, dass der Verwahrer die Patientenunterlagen nur dann einsehen darf, wenn der Patient dies ausdrücklich bejaht hat. Die Patienten sollten rechtzeitig darüber informiert werden, wenn die Dokumentation ihrer Behandlung in die Hände eines Dritten übergeht, statt vom Behandler verwahrt zu werden.

Stirbt der Praxisinhaber und es existiert keine Regelung über eine ordnungsgemäße Verwahrung der sich im Nachlass befindlichen Patienten-

@ coldwaterman - stock.adobe.com



Bonusheft gehört in die Hände des Patienten

Es ist ein gut gemeinter Service: Viele Zahnarztpraxen bewahren das Bonusheft für ihre Patienten auf. Die KZV Rheinland-Pfalz sieht das kritisch und empfiehlt, das Heft in den Händen des Patienten zu belassen – aus zwei Gründen:

Das Bonusheft ist Eigentum des Patienten. Wird es in der Praxis verwahrt, stellt dies eine nicht zu rechtfertigende Bindung an den Zahnarzt dar.

Geht das Bonusheft in der Praxis verloren und erleidet der Patient dadurch Nachteile bei der Festsetzung der Festzuschüsse, könnte der Zahnarzt schadensersatzpflichtig werden.



akten, geht die Verantwortung über die Aufbewahrungspflicht auf die Erben über. Dies ergibt sich als vertragliche Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag, die im Wege der Gesamtrechtsnachfolge auf die Erben übergeht. Den Erben stehen in diesem Fall die gleichen Möglichkeiten offen wie dem noch lebenden, aber nicht mehr praktizierenden Zahnarzt: Entweder sie verwahren die Aufzeichnungen persönlich oder sie geben sie einem Dritten in gehörige Obhut. Damit unterliegen die Erben aber auch der Schweigepflicht (§ 203 Abs. 3 S. 2 Strafgesetzbuch – StGB). Sofern es keine Erben gibt oder diese das Erbe ausschlagen, sind die Patientenunterlagen von der zuständigen Berufskammer zu verwahren. Dies regelt § 22 Abs. 2 des rheinland-pfälzischen Heilberufsgesetzes. Auf diese Weise ist sichergestellt, dass die ärztliche Schweigepflicht weiterhin eingehalten wird. Diese Grundsätze gelten auch, wenn der Praxisinhaber plötzlich verschwunden ist und die Behandlungsunterlagen noch in der Praxis lagern.

Gemeinschaftliche Berufsausübung

Bei Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), bei Praxismgemeinschaften und bei Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) können einzelne Behandler ausscheiden oder die Einrichtung kann sich auflösen. Auch in diesen beiden Fällen ist das Patientengeheimnis zu wahren und die berufsrechtliche Aufbewahrungspflicht einzuhalten.

Scheidet ein Zahnarzt aus einer BAG aus, verbleiben die Behandlungsakten seiner Patienten in der Praxis, da Patienten einer Gemeinschaftspraxis grundsätzlich mit allen Zahnärzten dieser Praxis einen Behandlungsvertrag schließen. Möchte der Patient von dem ausscheidenden Arzt weiterbehandelt werden, hat er das Recht, eine Kopie seiner Akte zu erhalten und diese dem weiterbehandelnden Arzt zugänglich zu machen. Löst sich eine Berufsausübungsgemeinschaft hingegen auf, ist der Verbleib der Behandlungsakten rechtlich nicht abschließend geregelt. Mit Blick auf die freie Arztwahl sollte hierbei vorrangig der Patientenwille beachtet werden. Patien-

ten sollten frühzeitig über das Ende der BAG unterrichtet werden mit dem Hinweis, sie könnten entscheiden, welcher Zahnarzt ihre Akten künftig verwahren soll. Erklären sich Patienten nicht, sind zwei Alternativen denkbar: Zum einen können die Akten bei dem jeweils zuletzt behandelnden Zahnarzt aufbewahrt werden. Zum anderen können die Unterlagen von den Zahnärzten in gehörige Obhut genommen werden, die in den Räumlichkeiten der ehemaligen BAG weiter praktizieren. Wichtig ist, dass für den Patienten jederzeit erkennbar ist, welcher Zahnarzt seine Daten verwahrt. Eine Duplizierung der vollständigen Patientenakte ist übrigens nicht ohne Weiteres zulässig; in Betracht käme ein Verstoß gegen den Grundsatz der Datenminimierung nach Art. 5 Abs. 1 Buchstabe c DSGVO.

Bei Ausscheiden eines Zahnarztes aus einem MVZ verbleiben die Aufzeichnungen dort, da der Behandlungsvertrag immer mit dem MVZ und nicht mit dem Zahnarzt geschlossen wird. Folglich hat das MVZ die Aufbewahrungspflicht einzuhalten. Löst sich ein MVZ auf, sollte mangels rechtlicher Vorgaben wie bei der Auflösung einer BAG verfahren werden.

Verlässt ein Zahnarzt eine Praxisgemeinschaft oder löst sich eine Praxisgemeinschaft auf, nimmt jeder Zahnarzt die Unterlagen über seine durchgeführten Behandlungen mit.

Insolvenz

Im Falle der Insolvenz einer Zahnarztpraxis stellen sich aus Sicht des Datenschutzes insbesondere zwei Fragen: In welchem Umfang darf der Insolvenzverwalter Einblick in die ärztlichen Aufzeichnungen nehmen und wer ist für die Aufbewahrung der Akten verantwortlich?

Vorneweg: Die Auflösung der Praxis infolge einer Insolvenz berührt nicht die ärztliche Schweigepflicht. Ohne Einwilligung der Patienten ist es dem Insolvenzverwalter nicht gestattet, die Patientenakten einzusehen. Selbst nach Eröffnung eines Insolvenzverfahrens ist es ihm nicht gestattet, die Unterlagen an sich zu nehmen. Auch darf



der Zahnarzt ihm keine Einsicht gewähren. Zudem muss den Patienten weiterhin der Zugang zu ihren Behandlungsdokumentationen ermöglicht werden.

Aufgabe des Insolvenzverwalters ist es, sich einen Überblick über die Vermögenssituation der Praxis zu verschaffen und die Geschäfte abzuwickeln. Dafür muss er die Geschäftsbücher einsehen können. Im Rahmen dessen lässt es sich nicht immer vermeiden, dass er in gewissem Umfang medizinische Informationen erhält, zum Beispiel bei offenen privaten Forderungen gegenüber Patienten. Es kann also zulässig sein, dass der Insolvenzverwalter Patientenunterlagen zur Kenntnis nimmt, um das Praxisvermögen zu verwalten. Dies ist aber auf das erforderliche Minimum zu beschränken. In der Praxis sollten die Aufzeichnungen zur Buchhaltung und die Behandlungsakten deshalb immer strikt getrennt werden. Im Falle der Insolvenz hat der Insolvenzverwalter vorrangig die Unterlagen der Buchhaltung entgegenzunehmen.

Ein Insolvenzverfahren entlässt den betroffenen Zahnarzt im Übrigen nicht aus seiner Pflicht, die Patientenakten ordnungsgemäß innerhalb der berufsrechtlichen Fristen aufzubewahren. ■

Aufbewahrungsfristen für vertragszahnärztliche Behandlungsunterlagen

Art der Unterlagen	Rechtsgrundlage	Aufbewahrungsfrist nach Abschluss der Behandlung
Krankenblatt/Karteikarte Aufzeichnungen über die zahnärztliche Behandlung einschließlich KFO » Patientendaten » Befundaufnahmen » diagnostische Unterlagen » Behandlungsunterlagen » zahnärztliche Leistungen » Gutachten	§ 630 f Abs. 3 BGB	10 Jahre
Heil- und Kostenpläne sowie Laborrechnungen » ZE, KFO, PAR, KBR » Privatvereinbarungen	§ 630 f Abs. 3 BGB	10 Jahre
Planungsmodelle » ZE, KFO, PAR, KBR (gemäß BEMA-Nr. 7a/7b)	§ 630 f Abs. 3 BGB	10 Jahre
Konformitätserklärung für ZE-Sonderanfertigungen	§ 12 Abs. 1 MPG i. V. m. § 7 Abs. 5 Satz 3 MPV	5 Jahre nach Eingliederung
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Durchschrift für Zahnarzt – Muster 1d)	BMV-Z, Anlage 14b	mindestens 12 Monate
Röntgendiagnostik Röntgenbilder und Aufzeichnungen über Röntgenuntersuchungen	§ 28 Abs. 3 Satz 2 RöV	10 Jahre nach der letzten Untersuchung
Röntgenbilder und die Aufzeichnungen von Röntgenuntersuchungen einer Person, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat	§ 28 Abs. 3 Satz 3 RöV	bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres
Muster 80/81 (Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten)	§ 2 Abs. 3 Vereinbarung zum zwischenstaatlichen Abkommen	2 Jahre

Ohne Gewähr auf Vollständigkeit. Die Übersicht gilt, soweit nicht nach gesetzlichen oder anderen Vorschriften längere Aufbewahrungsfristen bestehen.



CIRS dent – Jeder Zahn zählt!

Das **Online Berichts- und Lernsystem** von Zahnärzten für Zahnärzte. Ein wichtiger Baustein für Ihr Praxis-QM mit mehr als 5600 Mitgliedern und ca. 150 Erfahrungsberichten im System.

Jetzt mitmachen!

Berichtsdatenbank

- Alle Berichte zu kritischen Ereignissen anonymisiert einsehbar
- Gezielte Suche nach einzelnen Berichten möglich

Anonym berichten

- Sichere, vollständig anonyme Berichtsfunktion
- Verschlüsselte Datenübertragung und -speicherung
- Unabhängig von Interessen Dritter

Feedback-Funktion

- Anonyme Veröffentlichung besonders praxisrelevanter kritischer Ereignisse
- Nutzerkommentare
- Diskussionsforum

www.cirsdent-jzz.de



Nationaler Aktionsplan: Dentalamalgam weiter verringern

Die Bundesregierung will den Einsatz von Amalgam in der zahnärztlichen Versorgung aus Umweltschutzgründen weiter reduzieren. Im nun beschlossenen Nationalen Aktionsplan sagt sie, wie.

Text: Katrin Becker

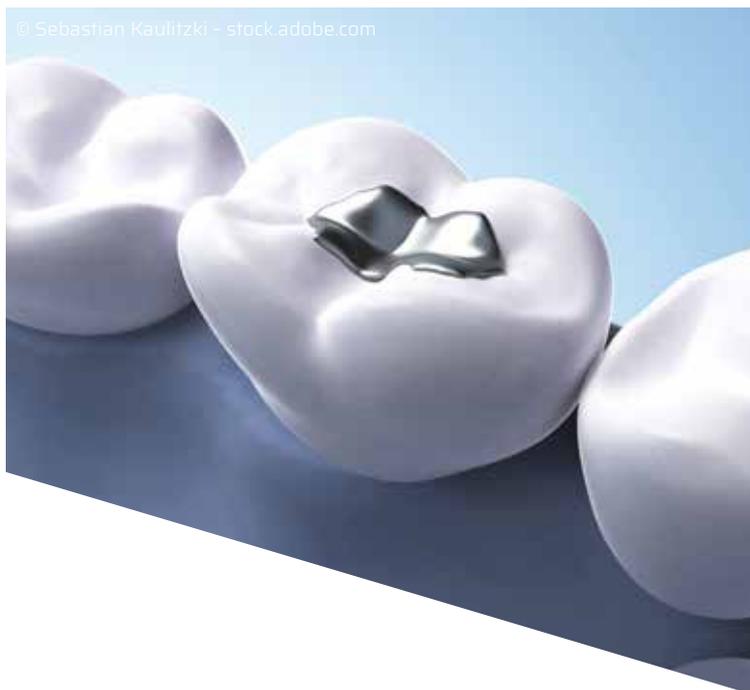
Neben einer noch besseren Kariesprävention schlägt die Bundesregierung eine intensivere Information der Patienten über Alternativen zu Amalgamfüllungen vor. Ferner plant sie, mit den zuständigen Bundes- und Landesbehörden zu diskutieren, wie noch mehr Dentalamalgam aus dem Abwasser ferngehalten werden kann als bisher. In ihrem Nationalen Aktionsplan verpflichtet sich das Kabinett zudem dazu, die Reduzierung von Amalgam regelmäßig – erstmals für das Jahr 2020 – zu überprüfen. Die Ergebnisse der Erhebungen wie auch die Fortschritte bei den anderen genannten Maßnahmen werden gemeinsam mit Behörden, Spitzenorganisationen der Zahnärzteschaft und Nichtregierungsorganisationen beraten.

Mit diesem Maßnahmenpaket verfolgt die Bundesregierung das Ziel, Dentalamalgam in der zahnärztlichen Versorgung auf unverzichtbare Spezialfälle zu beschränken und – bei vollständigem Ersatz durch quecksilberfreie Füllstoffe – eine medizinisch vollwertige und effektive Versorgung aller Bevölkerungsschichten zu gewährleisten. Insgesamt soll es gelingen, weniger Quecksilber über die Abwassersysteme in die Fließgewässer zu leiten.

Hintergrund: das Minamata-Abkommen

Mit dem Minamata-Übereinkommen haben sich die Vertragsstaaten, darunter Deutschland, darauf verständigt, die Emissionen des Schwermetalls Quecksilber einzudämmen. Das betrifft hierzulande insbesondere Dentalamalgam; in der Europäischen Union (EU) kommt Quecksilber hierin am häufigsten vor. Das Füllmaterial stellt somit eine erhebliche Belastung für die Umwelt dar, auch wenn geltende nationale Vorschriften den Eintrag in Abwasser und Gewässer bereits erheblich gesenkt haben.

Die EU und ihre Mitgliedstaaten haben das Übereinkommen durch die Quecksilberverordnung umgesetzt. Ein wesentlicher Punkt der Verordnung ist, dass Dentalamalgam seit 1. Juli 2018 grundsätzlich nicht mehr für die zahnärztliche Behandlung von Milchzähnen, von Kindern unter 15 Jahren und von schwangeren oder stillenden Patientinnen verwendet werden darf. Darüber hinaus sind die EU-Mitgliedstaaten verpflichtet,



© Sebastian Kaulitzki – stock.adobe.com

Prävention weiter stärken

Die Bundesregierung will an den Grundsätzen der Prävention und des Zahnerhalts festhalten. Dabei wird sie ein besonderes Augenmerk auf Verhinderung frühkindlicher Karies legen. Im Jahr 2015 wurde mit dem Präventionsgesetz beschlossen, zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen auch bei Kindern vor dem dritten Lebensjahr einzuführen. Die Bundesregierung will die Umsetzung dieses Beschlusses durch die Krankenkassen und die Zahnärzteschaft eng begleiten. Auch die Gruppenprophylaxe für Kinder und Jugendliche in Kindertagesstätten und Schulen soll weiter gestärkt werden. Laut Aktionsplan eignet sich diese sehr dazu, auch solche Kinder und Jugendliche einzubeziehen, die durch andere Präventionsangebote oft nur schwer zu erreichen sind. Weiterentwickelt werden zudem die Programme zur Verbesserung der Zahngesundheit von Menschen mit Behinderungen und Pflegebedürftigen. Im Rahmen des Innovationsfonds, der neue Versorgungsformen und Projekte zur Versorgungsforschung fördert, werden Projekte zur Verbesserung der Mundgesundheit unter anderem von Pflegebedürftigen und von Menschen mit Migrationshintergrund unterstützt.

Ausbildung und Schule

Die Lehrpläne der Universitäten und Fachschulen für die Ausbildung des zahnärztlichen Personals spiegeln die Anforderungen zur Reduzierung von Dentalamalgam wider. Laut Aktionsplan sollen vor allem Kenntnisse für die Anwendung von alternativen Füllmaterialien vermittelt werden.

Information der Patienten

Nach dem Aktionsplan sollen Patienten die Möglichkeiten zur Behandlung von Kavitäten kennen. Sie müssen über jene Informationen verfügen, um eine informierte Entscheidung treffen zu können. Der Plan verweist dafür auf die Patientenberatungsstellen der zahnärztlichen Organisationen sowie auf das Beratungsangebot der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD).

Eintrag von Dentalamalgam in die Abwassersysteme minimieren

Der Aktionsplan merkt an, dass Zahnarztpraxen in Deutschland Abseideur zur Rückhaltung von Dentalamalgam aus dem Abwasser seit Anfang der 1990er-Jahren einsetzen müssen. Der Gehalt von Quecksilber im Klärschlamm ist in der Folge deutlich gesunken, ist aber mancherorts weiterhin zu hoch. Die Bundesregierung will deshalb mit den zuständigen Bundes- und Landesbehörden eruiieren, wie die wasserrechtlichen Vorschriften zur Vermeidung des Eintrags von Dentalamalgam in das Abwasser umgesetzt werden und ob eine Senkung des Umwelteintrags möglich ist.

Kontinuierliche Überprüfung

Der Aktionsplan sieht vor, dass die Senkung des Einsatzes von Amalgam in regelmäßigen Abständen überprüft wird. Hierzu werden in Zusammenarbeit mit den Spitzenorganisationen der Zahnärzteschaft und zahnmedizinischen Fachgesellschaften vorhandene Daten zusammengeführt und veröffentlicht, die Auskunft über den relativen Anteil der mit Amalgam ausgeführten Füllungen erlauben. Dies soll erstmalig für das Jahr 2020 erfolgen. Die Ergebnisse der Erhebungen – ebenso wie die Fortschritte in den anderen Maßnahmen – sollen gemeinsam mit Behörden, den zahnärztlichen Spitzenorganisationen und Nichtregierungsorganisationen beraten werden.

einen nationalen Aktionsplan zu erstellen, der über die beabsichtigten Maßnahmen zur weiteren Reduzierung des Einsatzes von Dentalamalgam informiert. Die Bundesregierung hat ihren Plan am 10. Juli 2019 vorgestellt. Ergebnisse von Gesprächen mit Nichtregierungsorganisationen und Spitzenorganisationen der Zahnärzteschaft, darunter die Bundeszahnärztekammer, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Gesellschaft für Zahn-

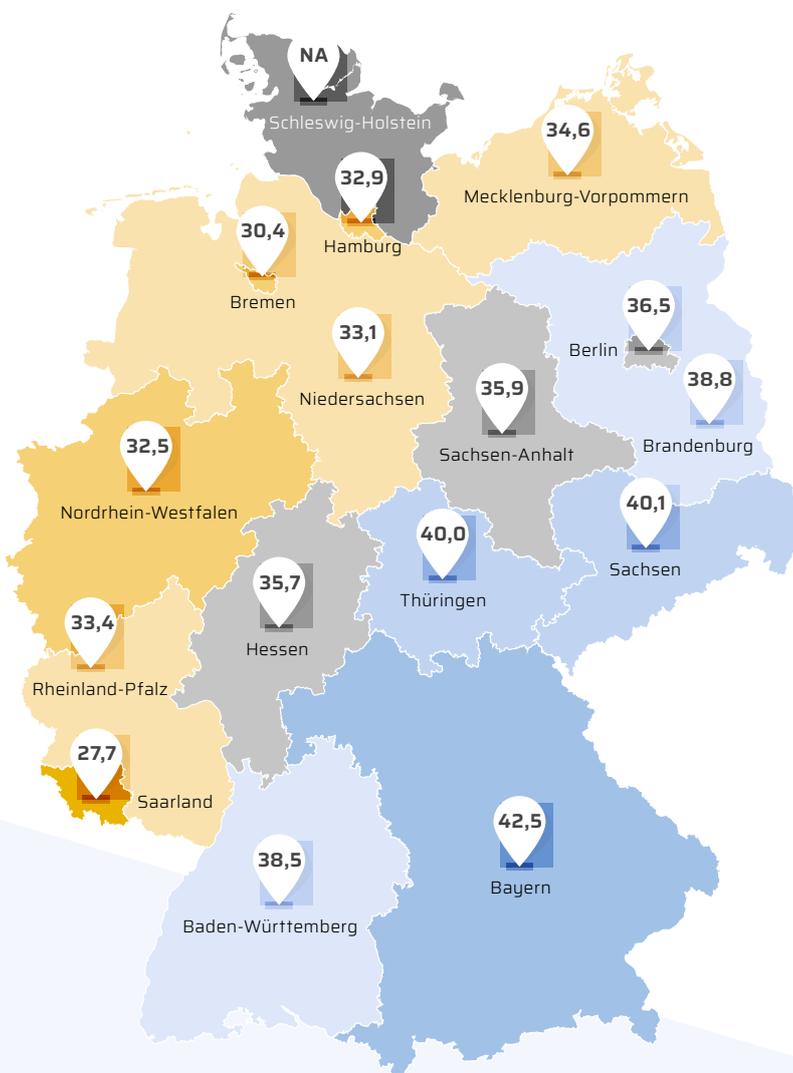
Mund- und Kieferheilkunde sowie die Deutsche Gesellschaft für UmweltZahnmedizin, sind darin eingeflossen. Die EU-Mitgliedstaaten müssen ihre Pläne im Internet veröffentlichen und der EU-Kommission übermitteln. Auf Basis dieser Berichte wird die Kommission bis zum 30. Juni 2020 entscheiden, ob auf lange Sicht bzw. bis 2030 vollständig auf Dentalamalgam verzichtet werden kann.

Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung findet sich zum Download auf der Internetseite des Bundesumweltministeriums unter www.bmu.de/service/downloads. ■

BARMER Zahnreport: Sind Rheinland-Pfälzer Vorsorgemuffel?

Meiden Rheinland-Pfälzer den Zahnarztbesuch? Der BARMER Zahnreport legt das nahe. Zahlen der KZV Rheinland-Pfalz bestätigen das allerdings nicht.

Text: Katrin Becker



Zum wiederholten Mal gibt der Zahnreport der BARMER Aufschluss über die zahnärztliche Versorgung in Deutschland und beleuchtet dabei auch das Verhalten der Deutschen beim Zahnarztbesuch. Rheinland-Pfalz liegt dabei seit Jahren unter dem Bundesdurchschnitt. Laut aktuellem Report nahmen im Jahr 2017 68,5 Prozent der Rheinland-Pfälzer mindestens einmal auf dem Behandlungsstuhl Platz, im Bundesschnitt waren es 71,5 Prozent. Nur im Saarland und in Bremen suchten noch weniger Menschen einen Zahnarzt auf.

Unter dem Schnitt blieben die Rheinland-Pfälzer zudem bei der Vorsorge. So nahmen nur 47,5 Prozent Prophylaxeleistungen in Anspruch (Bund: 51,4 Prozent). Vor allem bei den Kindern in Rheinland-Pfalz gibt es nach Aussage der BARMER Nachholbedarf. Lediglich ein Drittel der Kinder (33,4 Prozent) zwischen dem 30. und 72. Lebensmonat suchten für Früherkennungsuntersuchungen (Bund: 35,9 Prozent, siehe Abbildung) den Zahnarzt auf, 62,9 Prozent der 6- bis 17-Jährigen für die Individualprophylaxe (Bund: 65,9 Prozent).

Früherkennungsuntersuchungen für Kinder zwischen dem 30. und 72. Lebensmonat

Inanspruchnahmerate durch BARMER-versicherte Kinder in Prozent



Ø bundesweit
35,9

Quelle: BARMER Zahnreport 2019

Sind Rheinland-Pfälzer also Zahnarztmuffel, so wie es die BARMER selbst schon in Presseinformationen provokant formulierte? „Vielleicht sind manche Rheinland-Pfälzer Morgenmuffel, aber Zahnarzt- oder gar Vorsorgemuffel sind sie nicht“, widerspricht Dr. Peter Matovinovic, Vorstandsvorsitzender der KZV Rheinland-Pfalz. Zum einen sei es sehr ambitioniert von der BARMER, von den eigenen Versicherten auf das Mundgesundheitsverhalten aller Rheinland-Pfälzer zu schließen. Die Krankenkasse versichert rund 14 Prozent der gesetzlich Versicherten in Rheinland-Pfalz.

Eine Frage der Leistung: O1 statt FU

Zum anderen deckten sich die Zahlen des Zahnreports nicht mit den Abrechnungsdaten der KZV Rheinland-Pfalz. Beispielhaft nennt Matovinovic die Inanspruchnahme der Früherkennungsleistungen (FU) von Kindern. Nach KZV-Auswertungen waren 56 Prozent der 3-Jährigen, 65 Prozent der 4-Jährigen und 76 Prozent der 5-Jährigen im Jahr 2017 mindestens einmal beim Zahnarzt – also deutlich mehr als das veröffentlichte Drittel der BARMER. Zwar beziehen sich die Zahlen auf alle rheinland-pfälzischen Kinder, da der KZV keine exakte Anzahl der BARMER-versicherten Kinder dieses Alters vorliegt. Doch Matovinovic sieht auch die BARMER in dieser Größenordnung. Als Grund für die Diskrepanz vermutet er, dass die Krankenkasse lediglich die abgerechneten Früherkennungsuntersuchungen FU1 bis FU3 für den Zahnreport herangezogen hat. „Wir wissen jedoch mithilfe der Abrechnungsdaten, dass statt einer FU sehr häufig die zahnärztliche Kontroll-

untersuchung O1 bei den kleinen Patienten durchgeführt wird.“ Nicht vergessen will Matovinovic die Gruppenprophylaxe, bei der Kinder durch den Besuch des Zahnarztes in der Kindertagesstätte und in der Schule betreut werden und die auch wesentlich auf das Präventionskonto einzahlt. Ähnlich ordnet er ein, dass insgesamt nur 47,5 Prozent der BARMER-Versicherten zur Zahnprophylaxe gehen. Vermutlich sei nur die jährliche Zahnsteinentfernung berücksichtigt worden, nicht jedoch die routinemäßige Kontrolluntersuchung.

Insgesamt stellt der KZV-Vorstand den Rheinland-Pfälzern ein gutes Mundgesundheitszeugnis aus. „Unseren Abrechnungsdaten zufolge sind zuletzt rund 80 Prozent der BARMER-Versicherten mindestens einmal im Jahr zum Zahnarzt gegangen. Diese Zahlen decken sich mit den Werten für die gesamte gesetzliche Krankenversicherung.“ 84 Prozent aller Rheinland-Pfälzer nähmen mindestens einmal im Jahr auf dem Behandlungsstuhl Platz. ■

Frühkindliche Vorsorgeuntersuchungen sind da!

Seit 1. Juli 2019 gibt es neue vertragszahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen für Kleinkinder ab dem 6. Lebensmonat. Welche zahnärztlichen Leistungen die Untersuchungen umfassen, wie sie korrekt abgerechnet werden und was im Umgang mit Kleinkindern zu beachten ist, gibt es in dentTV, dem Online-Magazin der KZV Rheinland-Pfalz unter

www.kzvrlp.de.de
www.youtube.com/mydentTV



oder über nebenstehenden
QR-Code



KZVRLP

KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

Offizielles Mitteilungsblatt und Rundschreiben der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz