

# KZVAKTUELL

MITTEILUNGSBLATT DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN  
VEREINIGUNG RHEINLAND-PFALZ



## Fokus

### Der Behandlungsvertrag

#### KZV Rheinland-Pfalz

Willkommen in der Praxis!

Finanzspritze für Famulatur auf dem Land

#### Fortbildung

Modernes Biofilmmangement:

Sind Pulver-Wasser-Strahlgemische eine Alternative?

#### Praxis

„ePA für alle“:

Fragen und Antworten zur elektronischen Patientenakte

## Position

- 3 Praxisluft schnuppern

## Abrechnung

- 4 Vertragszahnärztliche Endodontie: Was ist zu beachten?

## Fokus

- 6 Der Behandlungsvertrag: Was Sie wissen sollten
- 11 Aufbewahrungsfristen für vertragszahnärztliche Behandlungsunterlagen
- 12 Gewährleistung bei Zahnersatz und Füllungen

## Aktuell

- 13 Destatis-Erhebung: Praxen haben Auskunftspflicht

## Fokus

- 14 Wie sag ich's (m)einem Kinde? Was bei der Behandlung von Minderjährigen zu beachten ist

## Aktuell

- 16 Mitgliedsbeiträge der VARLP: Einzugsverfahren über die KZV erlischt am Jahresende

## Rundschreiben

Wichtige Informationen für Zahnärzte und Praxisteams

## Praxis

- 17 ZäPP: Valide Daten für valide Verhandlungen

## KZV Rheinland-Pfalz

- 18 Willkommen in der Praxis! Finanzspritze für Famulatur auf dem Land

## Fortbildung

- 20 Modernes Biofilmmangement: Sind Pulver-Wasser-Strahl-gemische eine Alternative?

## Personalie

- 28 Auszeichnung: Dr. Wilfried Woop ist Sanitätsrat

## Praxis

- 29 „ePA für alle“: Fragen und Antworten zur elektronischen Patientenakte

### KZV aktuell

Offizielles Mitteilungsblatt und Rundschreiben der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

### Herausgeber

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

### Anschrift der Redaktion

KZV Rheinland-Pfalz  
Isaac-Fulda-Allee 2 · 55124 Mainz  
T 06131 / 8927-113 · F 06131 / 8927222  
redaktion.kzvaktuell@kzvrlp.de

### Redaktion

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

### Redaktionsassistentz

Michaela Merz

### Grafik und Produktion

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

### Bildnachweis

Titelfoto: AdobeStock

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

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

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

Erscheinungstermin der nächsten Ausgabe:  
23.12.2024

# Praxisluft schnuppern

Vielleicht erinnern Sie sich an eine Situation, in der Sie – frisch im Beruf – gemerkt haben, dass die Arbeit am Patienten in einer Praxis doch in vielen Punkten anders ist als die zahnmedizinische Theorie und Ausbildung an der Uni. Bei mir war der Aha-Moment ein wunderbarer, nämlich als mir bewusst wurde, wie abwechslungsreich der Behandlungsalltag ist und mit wie vielen schönen Begegnungen mit dankbaren Patientinnen und Patienten er gespickt ist.

Um den Übergang von der Uni in die Praxis zu erleichtern, sieht die Approbationsordnung für Zahnärztinnen und Zahnärzte inzwischen verbindlich eine Famulatur vor. Studierende sollen so frühzeitig in unseren Berufsalltag mit all seinen Facetten hineinschnuppern. Dabei sollen sie vor allem auch die Bereiche kennenlernen, die nicht auf dem Unilehrplan stehen: Praxismanagement, Teamführung und Patientenkommunikation zählen dazu. Vielleicht hilft ihnen die Famulatur sogar, sich klarer über ihren eigenen beruflichen Weg zu werden.

Doch die Famulatur greift noch weiter. Sie bietet die Chance, unseren zukünftigen Kolleginnen und Kollegen die Vorteile einer Niederlassung in eigener Praxis nahezubringen und für die selbstbestimmte zahnärztliche Tätigkeit zu motivieren. Und sie eignet sich dazu, zu zeigen, dass nicht nur die Arbeit in der Stadt, sondern auch im ländlichen Raum abwechslungsreich und in vielerlei Hinsicht attraktiv ist. Gerade dort werden aufgrund des demografischen Wandels Praxisnachfolger dringend gesucht.

Um angehende Zahnärztinnen und Zahnärzte für Regionen abseits der großen Städte zu begeistern, fördert die KZV Rheinland-Pfalz nun Famulaturen in eben jenen Regionen, in denen das Netz der Zahnarztpraxen weitmaschiger ist. Konkret erhalten Famulanten einen finanziellen Zuschuss, der anfallende Kosten für die Fahrt zum bzw. für die Unterbringung am Famulaturort abfedert. Hierfür kooperieren wir mit der Universitätsmedizin Mainz. Wir sehen die Förderung als einen Baustein, die zahnärztliche Versorgung perspektivisch in der Fläche sicherzustellen.

Zahnärztinnen und Zahnärzte, die ihre Praxis für Famulaturen anbieten, helfen der Universität bei der Ausbildung der Kollegenschaft von morgen. Sie geben ihr Wissen weiter und können zugleich für unseren Beruf in freiberuflicher Praxis werben, der trotz Reglementierung noch immer viele Freiheiten und Vorzüge bietet. Und wer weiß, vielleicht lernen sie sogar einen potenziellen Vorbereitungsassistenten kennen. Daher unsere herzliche Bitte an Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen: Machen Sie mit und registrieren Sie sich bei der Unimedizin als Famulaturpraxis! Helfen Sie mit, unsere zukünftigen Kolleginnen und Kollegen fit für die eigene Praxis zu machen!

Ihre



**San.-Rätin Dr. Kerstin Bienroth**  
stv. Vorsitzende des Vorstandes



„Die Famulatur kann zeigen, dass die Tätigkeit auf dem Land abwechslungsreich und attraktiv ist.“

# Vertragszahnärztliche Endodontie: Was ist zu beachten?

In der vertragszahnärztlichen Tätigkeit wirft die endodontische Behandlung von Molaren oft Fragen auf. Sie drehen sich meist darum, wann eine Wurzelbehandlung eine „Kassenleistung“ ist. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geben die Kriterien vor.

Text: Geschäftsbereich Abrechnung der KZV Rheinland-Pfalz

## Die vertragszahnärztliche Wurzelkanalbehandlung von Molaren gemäß Richtlinie B.III.9.

Die Wurzelkanalbehandlung von Molaren ist in der Regel angezeigt, wenn

- » damit eine geschlossene Zahnreihe erhalten werden kann
- » eine einseitige Freiendsituation vermieden wird
- » der Erhalt funktionstüchtigen Zahnersatzes möglich wird

Neben den topografischen Einschränkungen gelten zusätzliche anatomische Bedingungen für eine Wurzelbehandlung von Molaren als Vertragsleistung:

- » Eine Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung ist nur dann angezeigt, wenn die Aufbereitsbarkeit und Möglichkeit der Füllung des Wurzelkanals bis bzw. bis nahe an die Wurzelspitze gegeben sind.
- » Gute Prognose zum Zeitpunkt der Diagnose

Unter Berücksichtigung der in den Behandlungsrichtlinien des G-BA genannten Vorgaben sind Ausnahmen von den unter Ziffer 9 genannten Anforderungen lediglich denkbar, wenn der Erhalt eines Molaren im Einzelfall aus medizinischen Gründen (zum Beispiel aus statisch/funktionellen Gründen) dringend angezeigt ist.

Die endodontische Behandlung von Weisheitszähnen gehört grundsätzlich nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Sie ist nur in selte-

nen Ausnahmefällen angezeigt. Zu den in den Behandlungsrichtlinien des G-BA gestellten Anforderungen kommen jene hinzu, die die Erhaltung des Weisheitszahnes aus medizinischen Gründen erforderlich machen.

Sind bei Molaren die Richtlinienanforderungen für eine Wurzelkanalbehandlung nicht erfüllt und liegen auch keine Gründe vor, die im jeweiligen Einzelfall eine Ausnahme rechtfertigen, ist die Entfernung des Zahnes angezeigt.

Wird die Erhaltung des Zahnes trotzdem vom Patienten gewünscht, kann der Zahnarzt die Wurzelkanalbehandlung als Privatleistung erbringen. Grundlage für private Vereinbarungen mit gesetzlich versicherten Patienten ist § 8 Abs. 7 BMV-Z.

### Was gilt bei Begleitleistungen?

#### **BEMA-Nr. 32 (WK)**

Je Wurzelkanal einmal innerhalb eines Krankheitsfalles, das heißt auch an bereits wurzelbehandelten Zähnen, wenn diese definitiv versorgt waren

#### **BEMA-Nr. 34 (med)**

Medikamentöse Einlagen sind unterstützende Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolges. Die Abrechenbarkeit ist grundsätzlich auf drei Sitzungen beschränkt.

Hier je ein Beispiel zu den topografischen Bedingungen für eine vertragszahnärztliche Abrechnung:



# Der Behandlungsvertrag: Was Sie wissen sollten

Montagmorgen, 8:00 Uhr - der erste Patient nimmt auf dem Behandlungsstuhl Platz und noch bevor Sie „Guten Morgen“ sagen, haben Sie bereits einen Vertrag geschlossen - den Behandlungsvertrag.

Text: Katrin Becker

**D**er Behandlungsvertrag bildet die rechtliche Grundlage bei der (zahn-)ärztlichen Versorgung. Er definiert Pflichten und schützt Rechte - sowohl die des (Zahn-)Arztes als auch die des Patienten. Verankert ist der Behandlungsvertrag im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB). In einem eigenen Abschnitt - § 630a-h BGB - wird das Vertragsverhältnis zwischen Behandler und Patienten geregelt.

## § 630a - Vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag

- (1) Durch den Behandlungsvertrag wird derjenige, welcher die medizinische Behandlung eines Patienten zusagt (Behandelnder), zur Leistung der versprochenen Behandlung, der andere Teil (Patient) zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet, soweit nicht ein Dritter zur Zahlung verpflichtet ist.
- (2) Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.

## § 630b - Anwendbare Vorschriften

Auf das Behandlungsverhältnis sind die Vorschriften über das Dienstverhältnis, das kein Arbeitsverhältnis im Sinne des § 622 ist, anzuwenden, soweit nicht in diesem Untertitel etwas anderes bestimmt ist.

## Vertrag ohne Unterschrift

Den Behandlungsvertrag zeichnet aus, dass er weder schriftlich abgeschlossen noch explizit mündlich vereinbart werden muss. Er ist ein konkludenter Vertrag, der durch stillschweigende Übereinkunft oder durch schlüssiges Verhalten zustande kommen kann. So reicht es schon aus, dass der Patient seinen Behandlungswunsch ausdrückt, indem er einen Termin in der Praxis vereinbart oder seine elektronische Gesundheitskarte über den Empfangstresen reicht. Auch für die Behandlung von Minderjährigen ist der Abschluss eines Behandlungsvertrages notwendig. Details dazu lesen Sie ab der Seite 14.

Beim Behandlungsvertrag handelt es sich um eine besondere Art des Dienstvertrages - besonders deshalb, weil der gesetzlich krankenversicherte Patient zwar einen Behandlungsvertrag schließt, er dem Behandler direkt aber keine Vergütung schuldet. Diese wird, zumindest in Teilen, von der Krankenkasse übernommen. Hierin liegt ein Unterschied zum „normalen“ Dienstvertrag, bei dem der Dienstberechtigte selbst zur Zahlung der Vergütung verpflichtet ist. Abzugrenzen ist der Behandlungsvertrag vom Werkvertrag. Als Dienstvertrag verpflichtet er den Zahnarzt zur Erbringung seiner Leistung „lege artis“. Er verpflichtet ihn jedoch nicht, ein gewünschtes bzw. bestimmtes Behandlungsergebnis zu erreichen. Hält sich der Zahnarzt also an eine fachgerechte, dem aktuellen zahnmedizinischen Wissensstand entsprechende Versorgung, hat der Patient weder Anspruch auf Gewährleistung noch auf Schadensersatz oder



gar Schmerzensgeld, auch wenn ein unerwünschtes Behandlungsergebnis eingetreten ist. Anders verhält es sich in der vertragszahnärztlichen Füllungstherapie und Zahnersatzversorgung. Hier schreibt § 136a Abs. 4 SGB V ausdrücklich eine zweijährige Gewährleistung vor (vgl. Seite 13).

**Achtung:** Selbst wenn ein schriftlicher Behandlungsvertrag grundsätzlich nicht verpflichtend ist, sind Patienten, die Leistungen außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkassen wünschen, in Textform über die voraussichtlichen Kosten zu informieren, zum Beispiel über eine Mehrkostenvereinbarung in der Füllungstherapie (§ 28 Abs. 2 SGB V) oder über einen Heil- und Kostenplan für über die Regelversorgung hinausgehende prothetische Leistungen (§ 55 Abs. 4 SGB V). Verlangt der Patient trotz gesetzlicher Krankenversicherung ausdrücklich die Behandlung auf eigene Kosten oder kann der Versichererstatus nicht nachgewiesen werden, ist nach § 8 Abs. 7 Satz 3 BMV-Z sogar eine schriftliche Vereinbarung vor Beginn der Behandlung erforderlich.

### Sonderfall „Notfall“

Im Notfall, wenn der Patient etwa bewusstlos ist oder unter Schock steht und dadurch einer Behandlung nicht zustimmen kann, wird das Rechtsverhältnis zwischen (Zahn-)Arzt und Patient nach der Geschäftsführung ohne Auftrag, kurz GoA, beurteilt. Das hat in der Praxis die gleichen Folgen wie ein Behandlungsvertrag. Voraussetzung ist, dass der Patient nicht in der Lage ist, den Vertrag durch schlüssiges Verhalten abzuschließen, eine Behandlung medizinisch notwendig ist und deshalb davon auszugehen ist, dass diese in seinem Interesse ist.

### Zahnärztliche Pflichten

Aus dem Behandlungsvertrag ergeben sich verschiedene Pflichten für den Zahnarzt:

#### Fachgerechte Behandlung

Die primäre Pflicht des Zahnarztes besteht darin, die Behandlung fachgerecht nach den aktuell anerkannten zahnmedizinischen Standards durch-

zuführen. Dabei hat er sorgfältig und gewissenhaft vorzugehen. Um dies zu gewährleisten, hat er sich kontinuierlich fortzubilden.

#### Informationspflichten

Die Informationspflichten (§ 630c BGB) dienen dazu, den Patienten über sämtliche Aspekte einer Behandlung vor deren Beginn zu informieren, ohne dass diese zwingend relevant für die Behandlungsentscheidung sind. Hierunter fallen Informationen zum Behandlungsverlauf – zum Beispiel Diagnose, Therapie, Behandlungsdauer oder therapiegerechtes Verhalten – oder zu den Kosten (Kassen- oder Eigenanteil). Werden die Informationspflichten verletzt, kann dies zu einer Schadensersatzpflicht des Zahnarztes führen. Allerdings berührt ein Verstoß nicht die Wirksamkeit der Einwilligung in eine Behandlung. Die Informationspflichten bestehen nicht, wenn der Patient ausdrücklich darauf verzichtet.

### § 630c BGB - Informationspflichten

(2) Der Behandelnde ist verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen. Sind für den Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten über diese auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren. Ist dem Behandelnden oder einem seiner in § 52 Absatz 1 der Strafprozessordnung bezeichneten Angehörigen ein Behandlungsfehler unterlaufen, darf die Information nach Satz 2 zu Beweis Zwecken in einem gegen den Behandelnden oder gegen seinen Angehörigen geführten Straf- oder Bußgeldverfahren nur mit Zustimmung des Behandelnden verwendet werden.

(3) Weiß der Behandelnde, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist, oder ergeben sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren. Weitergehende Formanforderungen aus anderen Vorschriften bleiben unberührt.

(4) Der Information des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Behandlung unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Information ausdrücklich verzichtet hat.

### **Aufklärungspflicht**

Für eine rechtswirksame Einwilligung in eine Behandlung ist die Aufklärung ein Muss (§ 630e BGB). Nur der aufgeklärte Patient ist imstande, eigenverantwortlich und selbstbestimmt in eine medizinische Behandlung einzuwilligen. Ohne Einwilligung des Patienten stellt ein medizinischer Eingriff eine Körperverletzung und einen Behandlungsfehler dar, der die Haftung des Zahnarztes auf Schadenersatz begründen kann. Verständlich aufgeklärt werden muss deshalb insbesondere über Art, Umfang, Verlauf, Risiko, Alternativen und Prognose einer Behandlungsmaßnahme. Die Aufklärung hat zum einen rechtzeitig stattzufinden, sodass der Patient seine Entscheidung wohlüberlegt treffen kann. Zum anderen hat sie mündlich, bei Bedarf um schriftliche Informationen ergänzt, durch einen fachlich qualifizierten Zahnarzt, der nicht zwingend der behandelnde Zahnarzt sein muss, zu erfolgen. Wichtig ist ferner, dass der Patient im Aufklärungsgespräch die Gelegenheit hat, Fragen zu stellen. Die Aufklärung kann entfallen, wenn der Patient dies explizit wünscht und sich der Erforderlichkeit sowie der Chancen und Risiken einer Behandlung bewusst ist. Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist stattdessen eine zur Einwilligung berechtigte Person aufzuklären. Dem Patienten sind trotzdem die wichtigsten Aspekte entsprechend seinem Verständnis zu erläutern, soweit er in der Lage ist, sie aufzunehmen.

### **§ 630e Aufklärungspflichten**

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die

Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

(2) Die Aufklärung muss

1. mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt; ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält,
2. so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann,
3. für den Patienten verständlich sein.

Dem Patienten sind Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen.

(3) Der Aufklärung des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Maßnahme unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Aufklärung ausdrücklich verzichtet hat.

### **Informations- vs. Aufklärungspflichten**

Die Informations- und Aufklärungspflichten des Behandlungsvertrages gehen Hand in Hand. Ihr wesentlicher Unterschied liegt in der rechtlichen Bedeutung und dem Zweck. Informationspflichten dienen primär der allgemeinen Orientierung des Patienten und der reibungslosen Durchführung einer Behandlung. Hingegen ist die Aufklärungspflicht entscheidend für eine rechtswirksame und damit rechtmäßige Einwilligung in eine Behandlung. Sie soll den Patienten befähigen, eine selbstbestimmte Entscheidung zu treffen.

### **Dokumentationspflicht**

Eng verbunden mit den Informations- und Aufklärungspflichten ist die Dokumentationspflicht. § 630f BGB sieht vor, dass der Zahnarzt alle für die Behandlung wesentlichen Maßnahmen und

deren Ergebnisse protokolliert. Darunter fallen insbesondere Anamnese, Befunde, Untersuchungen und deren Ergebnisse, Diagnosen, Therapien und Eingriffe sowie ihre Wirkungen und Patienteneinwilligungen und -aufklärungen. Die Aufzählung im Gesetz ist allerdings nicht abschließend. Neben Arztbriefen sollten zum Beispiel die Korrespondenz mit Patienten und Kostenträgern, Verordnungen, Überweisungen, Kostenvorschläge und Rechnungen dokumentiert bzw. in die Patientenakte aufgenommen werden.

### Lesetipp

Da war doch was ... Die Dokumentation einer Behandlung diente dem Behandler früher meist als Gedächtnisstütze und Abrechnungshilfe. Doch diese Zeiten sind längst vorbei. Heute besteht eine gesetzliche Pflicht zur vollständigen Dokumentation. Mehr dazu in „Mehr als eine Gedächtnisstütze: Die lückenlose Dokumentation“ in *KZV aktuell* 4/2023.

Die Dokumentation dient vorrangig dazu, eine sachgerechte Versorgung und Weiterbehandlung zu gewährleisten. Ohne saubere Dokumentation besteht die Gefahr, dass im Behandlungsverlauf Informationen und Untersuchungsergebnisse abhanden kommen oder vergessen werden. Darüber hinaus kommt den Aufzeichnungen eine wichtige Funktion im Streitfall zu. Eine ordentliche, plausible und nachweislich während oder kurz nach der Behandlung erstellte Dokumentation hat den Beweiswert einer Urkunde und wird vor Gericht in der Regel nicht angezweifelt. Hat allerdings der Zahnarzt eine Maßnahme einschließlich der Aufklärung und Einwilligung des Patienten nicht oder nicht vollständig dokumentiert, greift zu seinen Lasten die gesetzliche Vermutung, dass er die Maßnahme nicht durchgeführt hat („Beweislastumkehr“; § 630h Abs. 3 BGB). In einem Haftungsprozess verbleibt dem Zahnarzt dann zwar die Möglichkeit, das Gegenteil zu beweisen, dies dürfte in der Regel jedoch schwierig sein. Eine weitere wesentliche Rolle spielt die Dokumentation bei der Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen über die Kassenzahnärztliche Vereinigung. Sie ist zum einen Nachweis für die Abrechnung der Honorare und

zum anderen Grundlage der Qualitätsprüfung und der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

### § 630f BGB - Dokumentation der Behandlung

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.

(2) Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.

(3) Der Behandelnde hat die Patientenakte für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen.

### § 630h BGB - Beweislast bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler

(3) Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis entgegen § 630f Absatz 1 oder Absatz 2 nicht in der Patientenakte aufgezeichnet oder hat er die Patientenakte entgegen § 630f Absatz 3 nicht aufbewahrt, wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat.

Der Zahnarzt ist in seiner Entscheidung frei, ob er Behandlungsinformationen per Hand in eine Karteikarte einträgt oder im Computer erfasst. Eine doppelte Erfassung – analog und digital – ist je-

doch nicht notwendig. Die Dokumentation muss stets leserlich, verständlich und für Dritte nachvollziehbar sein. Der Zahnarzt kann Einträge in der Dokumentation ändern, korrigieren und ergänzen – vorausgesetzt, dass der ursprüngliche Text deutlich lesbar bleibt und die nachträgliche Änderung mit Datum und Namenskürzel versehen wird. Das gilt für handschriftlich ebenso wie für elektronisch geführte Patientenakten. Wer mit Tipp-Ex oder Klebeetiketten hantiert, Textpassagen schwärzt oder löscht, gefährdet den Urkundencharakter der Dokumentation. Die Patientenakte muss zehn Jahre aufbewahrt werden. Der Patient hat ein Recht, seine Akte einzusehen, es sei denn, erhebliche therapeutische Gründe oder erhebliche Rechte Dritter stehen dem entgegen (§ 630g BGB).

### Schweigepflicht

Die ärztliche Schweigepflicht ist eine weitere Pflicht, die sich aus der Natur des Behandlungsvertrages und aus dem besonderen Vertrauensverhältnis zwischen Zahnarzt und Patient ergibt. Sie ist sowohl strafrechtlich (§ 203 StGB) als auch berufsrechtlich verankert und umfasst neben dem Gesundheitszustand persönliche oder wirtschaftliche Aspekte, die der Zahnarzt durch seine Tätigkeit erfahren hat.

### Pflichten des Patienten

Patienten sind nach dem Behandlungsvertrag wiederum verpflichtet, die nach der Einwilligung und der Durchführung der Behandlung erhaltenen Leistungen zu bezahlen – über die gesetzliche oder die private Krankenversicherung oder durch private (Zu-)Zahlung. Dabei bekommen sie das Recht, Behandlungsunterlagen wie Befunde oder Röntgenaufnahmen einzusehen.

### Kündigung eines Behandlungsvertrages

Im Normalfall endet ein Behandlungsvertrag mit Abschluss der Behandlung. Es kann jedoch vorkommen, dass der Zahnarzt oder der Patient von dem Behandlungsvertrag zurücktreten möchte. Zahnärzte können Behandlungsverträge mit Privatpatienten, ohne Begründung kündigen – es sei denn, es liegt ein Notfall vor. Da sie bei gesetzlich versicherten Patienten per Zulassung einen Versorgungsauftrag wahrnehmen, ist eine Kündi-

gung nach dem Bundesmantelvertrag nur aus triftigen Gründen möglich. Ein triftiger Grund liegt vor, wenn das Vertrauen zwischen beiden Parteien fehlt oder wenn ein Patient die zahnärztlichen Anordnungen ignoriert. Auch bei nicht ausreichender Qualifikation des Zahnarztes bzw. eines Facharztvorbehaltes oder unangemessenen Behandlungsforderungen seitens der Patienten stößt der Behandlungsvertrag an seine Grenzen. Eine Kündigung darf grundsätzlich nicht „zur Unzeit“ ausgesprochen werden. Der Patient muss genügend Zeit haben, eine anderweitige Behandlung zu organisieren. Ein Notfall ist zwingend zu behandeln – unabhängig vom Versicherungsstatus. Kündigt der Zahnarzt den Behandlungsvertrag auf, kann er nur die tatsächlich durchgeführten Leistungen abrechnen.

Patienten haben ebenfalls die Möglichkeit, den Behandlungsvertrag mit dem Zahnarzt aufzulösen, beispielsweise aufgrund von Fehlern oder wegen zerstörten Vertrauens. Sollten gravierende Fehler innerhalb der Behandlung unterlaufen sein, müssen Patienten dies beweisen. Auch aus diesem Grund spielt eine gewissenhafte Dokumentation einer Behandlung durch die Zahnarztpraxis eine wichtige Rolle. Übrigens: Die Beendigung des Behandlungsvertrages, gleich von welcher Seite, hebt die Schweigepflicht des Zahnarztes nicht auf.

### Das Wichtigste in Kürze

Der Behandlungsvertrag im Bürgerlichen Gesetzbuch regelt das rechtliche Verhältnis zwischen Patient und Zahnarzt. Zum Abschluss reicht ein konkludentes Verhalten aus. Der Behandlungsvertrag gilt als Dienstvertrag. Der Zahnarzt schuldet dem Patienten eine Behandlung *lege artis*, eine nach dem aktuellen Stand der zahnärztlichen Kunst durchgeführte Behandlung, jedoch nicht den Erfolg seiner zahnärztlichen Tätigkeit. Eine Garantie oder Gewährleistung dem Patienten gegenüber gibt es grundsätzlich nicht. Der Behandlungsvertrag verpflichtet den Zahnarzt zur Information und Aufklärung des Patienten und zur Dokumentation der Behandlung. Der Patient wiederum wird zur zeitnahen Zahlung des Honorars verpflichtet. Beide Vertragspartner haben grundsätzlich die Möglichkeit, einen Behandlungsvertrag zu kündigen. ■

# Aufbewahrungsfristen für vertragszahnärztliche Behandlungsunterlagen

Art der Unterlagen	Rechtsgrundlage	Aufbewahrungsfrist nach Abschluss der Behandlung
<b>Krankenblatt/Karteikarte</b> Aufzeichnungen über die zahnärztliche Behandlung einschließlich KFO » Patientendaten » Befundaufnahmen » diagnostische Unterlagen » Behandlungsunterlagen » zahnärztliche Leistungen » Gutachten	§ 630f Abs. 3 BGB	10 Jahre
<b>Heil- und Kostenpläne sowie Laborrechnungen</b> » ZE, KFO, PAR, KBR » Privatvereinbarungen	§ 630f Abs. 3 BGB	10 Jahre
<b>Planungsmodelle</b> ZE, KFO, PAR, KBR (gemäß BEMA-Nr. 7a/7b)	§ 630f Abs. 3 BGB	10 Jahre
<b>Konformitätserklärung für ZE-Sonderanfertigungen</b>	Artikel 10 Abs. 8 MDR	10 Jahre nach Eingliederung; bei Implantaten 15 Jahre nach Eingliederung
<b>Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung</b>	BMV-Z, Anlage 14b	mindestens 12 Monate
<b>Röntgendiagnostik</b> Röntgenbilder und Aufzeichnungen über Röntgenuntersuchungen  Röntgenbilder und Aufzeichnungen über Röntgenuntersuchungen einer Person, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat	§ 85 Abs. 2 Nr. 2 StrlSchG  § 85 Abs. 2 Nr. 2 StrlSchG	10 Jahre nach der letzten Untersuchung  bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres
<b>Formular Patientenerklärung</b> (Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten)	§ 3 Abs. 2 Vereinbarung zum zwischenstaatlichen Abkommen	2 Jahre

# Gewährleistung bei Zahnersatz und Füllungen

Sind Patienten unzufrieden mit ihrem Zahnersatz, werden Zahnarztpraxen immer wieder mit Forderungen nach Gewährleistung oder Garantie konfrontiert. Was bedeutet Gewährleistung in der vertragszahnärztlichen Praxis tatsächlich?

Text: Jochen Kromeier, Referat Vertragswesen

**V**orneweg: Die oftmals vertretene Auffassung, dass immer dann, wenn eine Reparatur, Wiederherstellung (zum Beispiel Aktivierung von Klammern, Unterfütterung, Wiederbefestigung) oder Neuanfertigung von Zahnersatz innerhalb der Gewährleistungsfrist von zwei Jahren nach der Eingliederung vorgenommen wird, der Zahnarzt verpflichtet ist, diese Leistung für den Patienten bzw. die Krankenkasse kostenfrei zu erbringen, trifft nicht zu.

Gewährleistung bedeutet in der vertragszahnärztlichen Versorgung, dass der Zahnarzt dafür einsteht, dass der Zahnersatz bei der Eingliederung frei von Sachmängeln – zum Beispiel eine fehlerhafte Verblendung, eine Bruchreparatur an gleicher Stelle oder eine statisch schwache Konstruktion – ist. Daher haftet der Behandler für alle Mängel, die schon zum Zeitpunkt der Eingliederung der prothetischen Versorgung bestanden haben – auch für solche Mängel, die erst später bemerkbar werden.

Hinsichtlich eventueller Gewährleistungsansprüche bestimmt § 136a Abs. 4 SGB V, dass Ausnahmen hiervon gemeinsam und einheitlich von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband bestimmt werden. Beim Zahnersatz wurde festgelegt, dass ein Verschulden des Zahnarztes bzw. des beauftragten Labors vorliegen muss.

Ein Anspruch auf kostenfreie Erbringung der Leistung kann daher nicht allein aus der Tatsache hergeleitet werden, dass weitere Leistungen in-

nerhalb der Gewährleistungsfrist im Zusammenhang mit dem zuvor eingegliederten Zahnersatz entstehen. Es muss der Nachweis erbracht werden, dass zum Zeitpunkt der Eingliederung bereits ein Mangel vorhanden war. Dies kann durch ein Mängelgutachten geklärt werden, welches der Patient innerhalb der Gewährleistungszeit bei seiner Krankenkasse beantragen kann.

## Nicht „kaputtreparieren“

In diesem Zusammenhang ein wichtiger Hinweis: Kommt ein Patient mit Beschwerden durch eingegliederten Zahnersatz in die Praxis und ist der Zahnarzt der Auffassung, der Zahnersatz sei mängelfrei, sollte nicht auf Änderungswünsche des Patienten eingegangen werden. Stattdessen sollte der Patient an seine Krankenkasse verwiesen werden, damit sie ein Mängelgutachten einleitet. Ein Mängelgutachten kann bis zu zwei Jahren nach der Eingliederung eingeleitet werden. Der KZV Rheinland-Pfalz werden immer wieder Fälle vorgelegt, bei denen mit hoher Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann, dass der Zahnersatz bei der Eingliederung mängelfrei war und dann auf Wunsch des Patienten „kaputtrepariert“ wurde. Die Tatsache, dass die Änderung gewünscht war, schützt Zahnärzte nicht vor einem Regress!

Bei der andersartigen Versorgung greift nicht mehr die Vorgabe des Sozialgesetzbuches, sondern das Dienstvertragsrecht des Bürgerlichen Gesetzbuches (§ 611 ff. BGB), da diese Versorgungsart privatrechtlicher Natur ist und der Pati-

ent als Privatpatient behandelt wird. Dies bedeutet, dass Mängel noch innerhalb von drei Jahren geltend gemacht werden können (§ 195 BGB). Auch ein Mängelgutachten kann in diesen Fällen innerhalb von drei Jahren nach Eingliederung des Zahnersatzes eingeleitet werden. Bei andersartigen Versorgungen muss der Patient eventuelle Ansprüche gegenüber dem Zahnarzt direkt geltend machen.

### Gewährleistung bei Füllungen

Bei Füllungen verhält es sich bei der Frage der Gewährleistung ähnlich. Hier wurden im Bundes-

mantelvertrag – Zahnärzte (Anlage 13) allerdings Ausnahmekriterien festgelegt, bei denen Wiederholungsfüllungen auch innerhalb von zwei Jahren zulasten der gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden können. Diese sind:

- » Milchzahnfüllungen
- » Zahnhalsfüllungen
- » mehr als dreiflächige Füllungen
- » Eckenaufbauten im Frontzahnbereich unter Einbeziehung der Schneidekanten
- » Fälle, in denen besondere Umstände (zum Beispiel Bruxismus oder Vorerkrankungen) vorliegen, die der Zahnarzt in der Patientenakte festhält ■

## Destatis-Erhebung: Praxen haben Auskunftspflicht

Das Statistische Bundesamt führt jährlich eine repräsentative Untersuchung zur Kostenstruktur in Arzt- und Zahnarztpraxen durch. Angeschriebene Praxen sind auskunftspflichtig.

Text: Katrin Becker

Die Praxen werden für die Erhebung per Zufallsstichprobe ausgewählt. Um die Belastung möglichst gering zu halten, werden nach Angaben des Bundesamtes bundesweit höchstens sieben Prozent aller Praxen befragt. Anschließend wird das Ergebnis auf die Gesamtheit aller Praxen hochgerechnet. Die nun anstehende Abfrage bezieht sich auf das Jahr 2023. Die Zugangsdaten zum Onlinefragebogen werden Anfang Oktober dieses Jahres versendet. Der Fragebogen ist dann innerhalb einer Frist von vier Wochen auszufüllen. Die Ergebnisse sollen im Sommer 2025 vorliegen.

Ziel der Erhebung ist es, die in den Praxen erzielten Einnahmen und die dafür erforderlichen Aufwendungen sowie deren Zusammensetzung darzustellen. Die Ergebnisse sollen unter anderem dazu dienen, die volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen zu erstellen. Sie sollen aber auch den

Praxen die Möglichkeit eröffnen, betriebswirtschaftliche Vergleiche durchzuführen und damit Ansatzpunkte für Verbesserungsmaßnahmen zu erkennen.

### Weitere Informationen

Informationen zur Methodik der Kostenstrukturerhebung einschließlich Direktlinks auf Ergebnisse der letzten Erhebung finden sich unter [www.destatis.de/kme](http://www.destatis.de/kme). Mit dem Erhebungsstart im Oktober werden Informationen zur aktuellen Umfrage und ein Fragen-Antworten-Katalog unter [www.destatis.de/kmeportal](http://www.destatis.de/kmeportal) veröffentlicht.

Die Kostenstrukturerhebung im medizinischen Bereich von Destatis ist eine jährliche Statistik. Sie wird auf Grundlage des Gesetzes über Kostenstrukturstatistik durchgeführt. ■

# Wie sag ich's (m)einem Kinde? Was bei der Behandlung von Minderjährigen zu beachten ist

Wenn ein Zahnarzt Minderjährige behandelt, wirft dies juristische Fragen auf. Mit wem wird der Behandlungsvertrag geschlossen? Wer zahlt für die Leistungen, sofern diese nicht im Sachleistungsprinzip erbracht werden? Wen muss der Zahnarzt aufklären? Kann ein Kind wirksam in eine Behandlung einwilligen? Werden die Unterschriften beider Elternteile für eine Behandlung benötigt? Dieser Beitrag liefert die Antworten.

Text: Jennifer Alpmann, LL. M., Syndikusrechtsanwältin

## I. Vertragsabschluss bei Minderjährigen

Gemäß § 630a BGB schließt der Zahnarzt mit seinem Patienten einen zivilrechtlichen Behandlungsvertrag. Ist der Patient jedoch minderjährig, so ist zu unterscheiden: Wird ein minderjähriges Kind von seinen Eltern in einer Praxis vorgestellt, kommt der Behandlungsvertrag in der Regel zwischen den Eltern und dem Behandelnden als Vertrag zugunsten Dritter gemäß §§ 630a, 328 BGB zustande und berechtigt und verpflichtet somit grundsätzlich die Erziehungsberechtigten. Dies gilt – jedenfalls bei kleinen Kindern – auch dann, wenn diese in der gesetzlichen Krankenversicherung mitversichert sind.

Wird ein Minderjähriger ohne seine Eltern vorstellig, sind Besonderheiten zu beachten.

### 1. Geschäftsunfähigkeit

Das Gesetz sieht unterschiedliche Altersgrenzen für die Beurteilung der Geschäftsfähigkeit vor. Wer jünger als sieben Jahre ist, ist gemäß § 104 BGB geschäftsunfähig und somit nicht in der Lage, einen Behandlungsvertrag wirksam abzuschließen. In diesen Fällen kommt der Behandlungsvertrag – wie oben beschrieben – als Vertrag zugunsten Dritter mit den Eltern des Kindes zustande.

### 2. Beschränkte Geschäftsfähigkeit

Ist der Patient älter als sieben Jahre, aber jünger als 18 Jahre, besteht für einen Vertragsabschluss eine beschränkte Geschäftsfähigkeit (§ 106 BGB). Dies bedeutet, dass der Minderjährige Verträge wirksam abschließen darf, wenn sie für ihn lediglich rechtlich vorteilhaft sind (§ 107 BGB) oder die vertraglich geschuldete Leistung mit eigenen Mitteln bewirkt werden kann (§ 110 BGB). Da Letzteres regelmäßig

ausscheidet, kommt es darauf an, ob der Abschluss des Behandlungsvertrags für Minderjährige lediglich rechtlich vorteilhaft ist. Dies ist nur dann der Fall, wenn durch den Abschluss des Behandlungsvertrags keine Zahlungsverpflichtung für den Minderjährigen selbst ausgelöst wird. Die Zahlungsverpflichtung hängt davon ab, ob der Minderjährige privat oder gesetzlich krankenversichert ist.

#### Privat versichert

Ist der Minderjährige privat krankenversichert, kann der Vergütungsanspruch unmittelbar gegen diesen geltend gemacht werden, sodass kein lediglich rechtlich vorteilhaftes Rechtsgeschäft vorliegt. In diesem Fall werden regelmäßig die Erziehungsberechtigten durch einen Vertrag zugunsten Dritter Vertragspartner (s. o.).

#### Gesetzlich versichert

Ist der Minderjährige gesetzlich krankenversichert, erhalten Zahnärzte keinen direkten Zahlungsanspruch gegen den Patienten, sondern rechnen die erbrachten Leistungen mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab, sodass grundsätzlich keine Zahlungsverpflichtung für den Minderjährigen entsteht.

## II. Einwilligungsfähigkeit und Aufklärungspflicht

Von der Geschäftsfähigkeit zu unterscheiden ist die Einwilligungsfähigkeit, die nicht zwangsläufig

mit der Geschäftsfähigkeit zusammenfällt. Ein Patient ist einwilligungsfähig, wenn er Wesen und Tragweite der Maßnahme einsehen und seinen Willen danach ausrichten kann. Der Patient muss aufgrund seiner geistigen und sittlichen Reife selbst beurteilen können, welche Bedeutung und Tragweite die Behandlung hat. Eine klare Altersgrenze lässt sich schwer ziehen. Es muss im Einzelfall durch den behandelnden Zahnarzt entschieden werden, ob der Patient einwilligungsfähig ist.

### III. Einwilligungserfordernis eines oder beider Elternteile

Grundsätzlich bedarf es vor einer Behandlung von Minderjährigen der Einwilligung beider Erziehungsberechtigten, da sie gemäß §§ 1626, 1629 Abs. 1 Satz 2 BGB das Kind grundsätzlich gemeinsam vertreten. Dabei dienen folgende drei Stufen als Orientierung: Bei leichten Eingriffen (Routinefällen des Alltags) dürfen Zahnärzte ohne Rückfrage darauf vertrauen, dass der anwesende Elternteil bevollmächtigt ist, für den anderen Elternteil in die Behandlung einzuwilligen, sofern keine gegensätzlichen Umstände bekannt sind. Sobald ein Eingriff ein ausführlicheres Aufklärungsgespräch voraussetzt (mittlerer Eingriff), muss aktiv bei dem anwesenden Elternteil nachgefragt werden, ob er auch für den abwesenden Elternteil handeln darf. Die Antwort sollte aus haftungsrechtlichen Gründen dokumentiert werden. Bei schweren risikoreichen Eingriffen muss mit Sicherheit feststehen, dass beide Elternteile zustimmen. Entweder müssen beide in der Praxis erscheinen oder es muss eine Vollmacht vorgelegt werden.

### IV. Was gilt bei geschiedenen Elternteilen?

Bei nicht verheirateten Eltern ist aufgrund der in der Regel beiden Eltern zustehenden Vertretung eines gemeinsamen Kindes auch die Unterschrift beider nötig. Jeder Elternteil haftet dann als Gesamtschuldner, das heißt, die Honorarforderung kann zwar insgesamt nur einmal, aber gegenüber jedem Elternteil in voller Höhe geltend gemacht werden. Grundsätzlich gelten diese Ausführungen auch bei geschiedenen und getrennt lebenden Eltern, da aufgrund des Scheidungsrechts das Sorgerecht für die Kinder im Regelfall weiterhin bei beiden Elternteilen verbleibt. Das Famili-

engericht kann auch nur einem Elternteil die Personen- bzw. Vermögenssorge für ein Kind zusprechen. In diesem Fall ist der alleinige Sorgeberechtigte in Vertretung für das Kind einwilligungs- und zahlungspflichtig.

### V. Besonderheiten bei nicht handlungsfähigen Personen (Vorsorgevollmacht)

Mit der Vorsorgevollmacht wird vom Patienten selbst eine Vertrauensperson für den Fall seiner Geschäfts- und/oder Einwilligungsunfähigkeit für bestimmte Bereiche bevollmächtigt, zum Beispiel für die gesundheitlichen Angelegenheiten. In diesem Fall schließt der Bevollmächtigte den Behandlungsvertrag ab und entscheidet an der Stelle des nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten nach Maßgabe der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens des Patienten. Die Vollmacht für die Einwilligung in ärztliche Maßnahmen und den Verzicht darauf bedarf der Schriftform (§ 1904 Abs. 1, Abs. 2 BGB). Eine notarielle Beurkundung ist hingegen nicht vorgeschrieben. ■

Dieser Beitrag ist im Bayerischen Zahnärzteblatt 5/2024 erschienen. Wir danken für die Nachdruckerlaubnis.

### Besonderheiten und Altersgrenzen bei Minderjährigen



# Mitgliedsbeiträge der VARLP: Einzugsverfahren über die KZV erlischt am Jahresende

Bisher hat die Versorgungsanstalt Rheinland-Pfalz (VARLP) die Versorgungsgaben ihrer selbstständigen Mitglieder quartalsweise über die KZV Rheinland-Pfalz eingezogen. Dieses Verfahren endet zum 31. Dezember 2024. Darauf weist die VARLP hin.

Text: Katrin Becker

Künftig werden die Versorgungsabgaben unmittelbar von den Konten der VA-Mitglieder eingezogen. Dafür müssen sie ein SEPA-Mandat erteilen. Die VARLP hat hierfür zwei Möglichkeiten eingerichtet:

1. Download des Formularvordrucks von der Internetseite der VARLP unter [www.varlp.de/Downloads/Formulare/SEPA-Mandat](http://www.varlp.de/Downloads/Formulare/SEPA-Mandat) eigene Beiträge; Versand des ausgefüllten und unterschriebenen Ausdrucks entweder als Scan per E-Mail (✉ [info@varlp.de](mailto:info@varlp.de)), per Telefax (☎ 06131/96550-50) oder per Post an die Geschäftsstelle der Versorgungsanstalt bei der Landes Zahnärztekammer, 117er Ehrenhof 3, 55118 Mainz.
2. Unkomplizierter und schneller kann das Mandat über das Mitgliederportal erteilt werden. Dort finden Mitglieder nach ihrem Log-in ein vorausgefülltes Formular. Sie müssen es nur noch um ihre Bankverbindung ergänzen. Anschließend können sie es direkt digital an die VARLP übermitteln.

Dabei ist Folgendes zu beachten: Die Erteilung eines eigenen SEPA-Mandats für die Versorgungsabgaben ist auch dann erforderlich, wenn bereits ein SEPA-Mandat für den Einzug von Versorgungsabgaben angestellter Mitarbeiter erteilt wurde.

Bei Nichterteilung eines SEPA-Mandats erhebt die VARLP gemäß der Gebührenordnung für jede Zahlung eine Gebühr in Höhe von 15 Euro. Bei

nicht rechtzeitiger Zahlung fallen zudem Verzugszinsen sowie gegebenenfalls weitere Säumniskosten an.

Die Versorgungsanstalt bittet all diejenigen Mitglieder, die noch kein SEPA-Mandat erteilt haben, dies alsbald nachzuholen, um einen fristgerechten Einzug der Versorgungsabgaben sicherzustellen und Verzugszahlungen zu vermeiden. Sie weist ferner darauf hin, dass die Abgaben ab dem 1. Januar 2025 jeweils am Anfang des letzten Monats eines Quartals (Anfang März, Juni, September, Dezember) eingezogen werden. Zur Vermeidung von Rücklastschriften sollten Mitglieder zu diesen Zeitpunkten auf eine ausreichende Deckung ihrer Konten achten.

Fragen zur Umstellung des Einzugsverfahrens beantworten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle der VARLP. ■

## Sie haben Fragen zur Umstellung des Einzugsverfahrens?

Ihr Kontakt zur VARLP:

☎ 06131/96550-0

☎ 06131/96550-50

✉ [info@varlp.de](mailto:info@varlp.de)

# ZäPP: Valide Daten für valide Verhandlungen

Rund 32.000 Zahnarztpraxen haben kürzlich Post vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) erhalten. Darin werden sie aufgerufen, sich an der Umfrage des Zahnärzter-Praxis-Panels (ZäPP) zu beteiligen. Warum eine Teilnahme wichtig ist.

Text: Katrin Becker

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

Für die Kassenzahnärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung sind wissenschaftlich valide Daten unverzichtbar: Um die Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen erfolgreich zu führen, müssen sie ihre Positionen fundiert untermauern und Versorgungsnotwendigkeiten gut und nachvollziehbar begründen. Und das ist wichtiger denn je: Vor dem Hintergrund der begrenzten Honorarsteigerungen infolge des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes und der Nachwirkungen der Inflation sind belastbare Daten unverzichtbar. Das ZäPP trägt also unmittelbar dazu bei, adäquate Arbeitsbedingungen für alle Zahnärztinnen und Zahnärzte und deren Praxisteams durchzusetzen und eine flächendeckende, wohnortnahe und qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu gewährleisten. Zusätzlich wird in dieser Erhebungsrunde das Terminmanagement der Zahnarztpraxen mit einem Sonderfragebogen abgefragt. Ziel ist es, die verschiedenen Maßnahmen zur Terminplanung und -organisation in den Praxen zu ermitteln und ihre Wirkung zu analysieren. Darüber hinaus sollen Einblicke in das Verhalten der Patientinnen und Patienten gewonnen und eventuelle Probleme, zum Beispiel nicht wahrgenommene Termine, aufgedeckt werden.



## Jede Teilnahme erhöht die Qualität der Daten

Das ZäPP ist seit seinem Start im Jahr 2018 ein Erfolg. Die bundesweite Rücklaufquote von rund zehn Prozent belegt im Vergleich zu ähnlichen Untersuchungen eine sehr gute Resonanz und erlaubt aussagekräftige Rückschlüsse auf die Kosten- und Leistungsstruktur in den vertragszahnärztlichen Praxen. Wirklich entscheidend für den Erfolg des ZäPP ist aber eine dauerhaft hohe Beteiligung: Daher sollten möglichst viele Teilnehmer in diesem, aber auch in den kommenden Jahren Auskunft über die wirtschaftlichen Kennzahlen ihrer Praxis geben. Kurzum: Je höher die Rücklaufquote über mehrere Jahre ist, desto höher sind die Validität und die Akzeptanz der Daten, die über das ZäPP gewonnen werden. Das gilt im Übrigen auch für Praxen, die nun zum ersten Mal angesprochen werden. Ausschlaggebend für eine Teilnahme ist, dass eine Praxis in den Jahren 2022 und 2023 eine gleichbleibende Abrechnungsnummer hatte. Das Ausfüllen des Fragebogens wird auch in diesem Jahr finanziell honoriert. Zudem erhalten die Teilnehmer Zugang zu praxisindividuellen Auswertungen und interessanten Vergleichsstatistiken.

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

Informationen zum ZäPP sind abrufbar unter [www.kzvrlp.de](http://www.kzvrlp.de) - Webcode 0121, [www.kzbv.de/zaepp](http://www.kzbv.de/zaepp) oder [www.zaep.de](http://www.zaep.de). ■

# Willkommen in der Praxis! Finanzspritze für Famulatur auf dem Land

Den medizinischen Nachwuchs in die Regionen zu bekommen, wo er wirklich benötigt wird – das ist eine der großen Herausforderungen im deutschen Gesundheitssystem. Um angehenden Zahnärztinnen und Zahnärzten Lust aufs Land zu machen, fördert die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz Famulaturen im strukturschwächeren Raum.

Text: Katrin Becker

Mit der neuen Approbationsordnung für Zahnärztinnen und Zahnärzte (ZApprO) wurde erstmals eine verpflichtende Famulatur für Studierende eingeführt. Nach bestandener erster Prüfung müssen sie für insgesamt vier Wochen in einer Zahnarztpraxis oder einer zahnärztlichen Einrichtung Praxisluft schnuppern. Die Famulatur kann im Block in einer Praxis/Einrichtung durchgeführt oder auf zwei Praxen à zwei Wochen aufgeteilt werden. Ziel der Famulatur ist es, dass Studierende den abwechslungsreichen Berufsalltag eines Zahnarztes oder einer Zahnärztin kennenlernen und sie ihr an der Uni erworbenes Wissen um wertvolle praktische Erfahrungen ergänzen. Darüber hinaus sollen sie sich mit den Arbeitsabläufen und Strukturen in einer Praxis vertraut machen und im Kontakt mit Patienten üben. Wichtig: Die Studierenden dürfen nicht selbstständig am Patienten arbeiten. Alle Tätigkeiten sind nur unter Aufsicht eines Zahnarztes bzw. einer Zahnärztin erlaubt.

Die Famulatur bietet zugleich die Chance, angehenden Zahnärztinnen und Zahnärzten die Vorteile einer Niederlassung in eigener Praxis gerade auch in ländlicheren Regionen nahezubringen. Im Rahmen ihres gesetzlichen Sicherstellungsauftrages unterstützt die KZV Rheinland-Pfalz deshalb Famulanten mit einer finanziellen Förderung in Höhe von 300 Euro pro Woche. Sie soll helfen, die Kosten zum Beispiel für Unterkunft, Anfahrt und Verpflegung auszugleichen. Die KZV kooperiert hierfür mit der Universitätsmedizin Mainz, der einzigen Ausbildungsstätte für Zahnärztinnen und Zahnärzte im Land.

## Das Wichtigste zur zahnärztlichen Famulatur

### Dauer

- » Vier Wochen (ganztägig) während der unterrichtsfreien Zeit (Semesterferien, Urlaubssemester)
- » Im Block in einer Praxis oder à zwei Wochen in zwei Praxen
- » Frühestens nach bestandenem Ersten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung

### Inhalte

- » Zahnmedizinische Diagnostik und Befundung, Therapieentscheidung, Behandlungsplanung, Assistenz am Behandlungsstuhl
- » Kennenlernen der Abläufe parodontaler, konservierender, prothetischer und oralchirurgischer Maßnahmen einschließlich Prophylaxe und Nachsorge
- » Praxisabläufe, Praxismanagement, Qualitätsmanagement, Hygiene und Medizinproduktaufbereitung
- » Kommunikation: Patienten- und Mitarbeitergespräche
- » Interaktion mit zahntechnischem Labor und Krankenkassen sowie Patientenmanagement

### Bescheinigung

Zahnarztpraxis stellt Nachweis/Zeugnis nach Ende der Famulatur aus

### Versicherung

Famulanten benötigen keine Berufshaftpflichtversicherung, da sie nicht selbstständig am Patienten arbeiten; Anzeige bei der Berufshaftpflichtversicherung des Praxisinhabers jedoch empfehlenswert

## Famulatur öffnet Türen

Als Inhaberin einer Einzelpraxis oder im Team in einer Berufsausübungsgemeinschaft, als Generalist oder Spezialistin mit Tätigkeitsschwerpunkt – der Beruf „Zahnarzt“ bietet vielfältige Tätigkeitsfelder. Die Vorsitzende des Vorstandes der KZV Rheinland-Pfalz begrüßt deshalb, dass die Studierenden frühzeitig verschiedene Optionen kennenlernen. „Famulaturen sind eine großartige Gelegenheit, praktische Erfahrungen zu sammeln und sich auszuprobieren. Sie öffnen den Studierenden erste Türen zur Berufsausübung“, sagt Dr. Christine Ehrhardt. Für den Berufsstand insgesamt und für die KZV im Besonderen böten sie zudem eine gute Möglichkeit, angehende Zahnärztinnen und Zahnärzte für die freiberufliche Selbstständigkeit zu begeistern. „Aufgrund des demografischen Wandels werden Praxisnachfolger dringend gesucht. Als Berufsstarter haben die zukünftigen Kolleginnen und Kollegen derzeit sehr gute Perspektiven insbesondere abseits der Städte in ländlichen Regionen“, so Ehrhardt weiter.

## Keine Fördergelder mit der Gießkanne

Es ist die Aufgabe der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, die Versorgung in der Fläche und Wohnortnah zu gewährleisten. Die Förderung von Famulaturen ist deshalb an Voraussetzungen geknüpft. Den Zuschuss erhalten ausschließlich Studierende, die sich für Famulaturen in strukturschwächeren und nicht überversorgten Regionen entscheiden. Die Famulaturpraxis muss sich demnach in Gemeinden in Rheinland-Pfalz befinden,

- » die weniger als 20.000 Einwohner haben und die in einem Planungsbereich liegen, dessen Versorgungsgrad laut Bedarfsplan bei unter 90 Prozent liegt, oder
- » die in einem Planungsbereich liegen, dessen Versorgungsgrad laut Bedarfsplan bei unter 80 Prozent liegt.

Nicht gefördert werden Famulaturen in investorengetragenen Medizinischen Versorgungszentren.



## Famulaturpraxen gesucht!

Dr. Christine Ehrhardt hofft, dass der Zuschuss den Studierenden die Entscheidung für eine Famulatur abseits von Mainz, Trier oder Koblenz erleichtert. Zudem wünscht sie sich eine große Beteiligung aus der Kollegenschaft: „Als Famulaturpraxis unterstützen Sie aktiv die Ausbildung der Kollegenschaft. Sie zeigen Perspektiven und Chancen einer eigenen Praxis auf und profitieren selbst vom Austausch mit den Famulanten. Machen Sie mit!“ ■

## Werden Sie Famulaturpraxis!

Sie möchten den Nachwuchs unterstützen und haben Interesse daran, eine Famulaturpraxis zu werden? In Rheinland-Pfalz ist die Universitätsmedizin Mainz Ihr Ansprechpartner. Einen Kontakt sowie weitere Informationen, darunter ein Leitfaden zu Inhalt und Ablauf der zahnärztlichen Famulatur und ein Praxisfragebogen, finden Sie unter [www.unimedizin-mainz.de/zmk/famulatur](http://www.unimedizin-mainz.de/zmk/famulatur)

## Förderantrag für Studierende

Studierende können die Förderung seit dem 1. Oktober 2024 beantragen. Der Antrag ist auf der Internetseite der KZV Rheinland-Pfalz unter [www.kzvrlp.de/famulatur](http://www.kzvrlp.de/famulatur) abrufbar. Weitere Informationen zur Famulatur inklusive einer Übersicht über die Famulaturpraxen gibt es auf der Internetseite der Universitätsmedizin Mainz unter [www.unimedizin-mainz.de/zmk/famulatur](http://www.unimedizin-mainz.de/zmk/famulatur)

# Modernes Biofilmmangement: Sind Pulver-Wasser-Strahlgemische eine Alternative?

In diesem Beitrag werden unter Berücksichtigung des klassischen Grundsatzes „primum nihil nocere“ die Indikationen für die unterschiedlichen Möglichkeiten der supra- und subgingivalen Instrumentierung und des Biofilmmangements diskutiert.

Text: Prof. Dr. Clemens Walter, Berlin

**P**arodontitiden sind opportunistische Infektionserkrankungen des Zahnhalteapparates. Bei einem empfindlichen Wirt führt eine (meist) polymikrobielle Infektion mit pathogenen Mikroorganismen des oralen Biofilms<sup>31</sup> zunächst zu einer oberflächlichen Entzündung, einer Gingivitis. Besteht diese – noch vollständig reversible – Erkrankung fort, werden tiefere Teile des Zahnhalteapparates involviert und eine Parodontitis entsteht. Aktuelle Evidenz zeigt, dass dadurch auch die Allgemeingesundheit kompromittiert wird. Spätestens jetzt ist eine systematische parodontale Therapie nötig, da der Biofilm in der Tiefe der parodontalen Taschen durch die häusliche Mundhygiene nicht mehr vollständig erreichbar und beeinflussbar ist. Wesentliches Ziel der initialen parodontalen Therapie und der daran anschließenden lebenslangen unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) ist es nun vor allem, wieder gesunde parodontale Verhältnisse im Sinne von geschlossenen Zahnfleischtaschen und ein biologisches Gleichgewicht zwischen dem kontinuierlichen mikrobiologischen „Angriff“ und der Immunantwort des befallenen Organis-

mus im (vertieften?) parodontalen Sulkus und auf einer biokompatiblen Wurzeloberfläche herzustellen.

## Subgingivaler Biofilm – eine therapeutische Herausforderung

Ein Biofilm ist eine „organisierte“ mikrobielle Gemeinschaft auf einer feuchten Oberfläche.<sup>31</sup> Diese vielschichtige Struktur schützt die Bakterien vor dem „Zugriff“ des wirtseigenen Immunsystems und vor antimikrobiellen Agentien wie zum Beispiel Mundspüllösungen oder lokalen und systemischen Antibiotika.<sup>19</sup> Bis heute gibt es zur mechanischen Zerstörung des oralen Biofilmes keine wissenschaftlich fundierten Alternativen. Die „organisierten“ Bakterien wirken dabei nicht nur; direkt, das Parodontium wird zumeist ohne eine bakterielle Invasion in die entsprechenden Kompartimente des Zahnhalteapparates durch die durch den bakteriellen Reiz hervorgerufene Immunantwort des Wirtes geschädigt. Verschiedene erworbene Risikofaktoren, wie zum Beispiel der Tabakkonsum, und/oder anlagebedingte ge-



Abb. 1a-c: Männlicher Patient, geb. am 7.12.1961, mit einer generalisierten Parodontitis Stadium III, Grad C. Der Patient ist langjähriger Raucher. Deutlich sichtbar sind, zum Beispiel in der Ober- und Unterkieferfront, multiple Beläge und Verfärbungen an zahlreichen Zähnen. Hier ist eine systematische Parodontitistherapie indiziert. Der erste Fokus liegt dabei auf einer individuell angepassten Mundhygieneinstruktion und der Reinigung der Interdentalräume.

Fotos und Abbildungen: Prof. Dr. Clemens Walter

netische Modifikatoren erklären den individuell unterschiedlichen Verlauf der Erkrankung.<sup>20, 21, 36</sup>

## Systematische Therapie parodontaler Erkrankungen

Das erste Ziel parodontaltherapeutischer Maßnahmen ist zunächst die Erfassung und Kontrolle etwaiger Risikofaktoren für die jeweilige individuell unterschiedlich ausgeprägte Erkrankung. Hierbei spielen die Motivation und die dauerhafte Optimierung der persönlichen Mundhygiene des Patienten eine entscheidende therapeutische Rolle. Zur Ermöglichung einer perfekten supra-gingivalen Plaquekontrolle erfolgt deshalb eine bedarfsorientierte, individuell abgestimmte Mundhygieneinstruktion (Abb. 1). Das primäre Augenmerk richtet sich hierbei auf die Reinigung der durch eine konventionelle Handzahnbürste nur unzureichend erreichbaren Zahnzwischenräume. Die Mittel der Wahl sind bei Parodontitispatienten feine Interdentalraumbürstchen geeigneter Größe.<sup>30</sup>

Nach Abschluss der ersten Stufe der leitlinienbasierten systematischen parodontalen Therapie werden die erkrankten Parodontien durch eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt bzw. eine Dentalhygienikerin oder einen Dentalhygieniker systematisch – Wurzeloberfläche für Wurzeloberfläche, Zahn für Zahn und Quadrant für Quadrant – gereinigt (subgingivale Instrumentierung, Scaling/Root Planing).<sup>3-8, 33</sup> Hier gibt es im Wesentlichen zwei unterschiedliche zeitliche Protokolle. Entweder erfolgt die subgingivale Instrumentierung in einem schmalen Zeitfenster von 24 Stunden, im Sinne eines sogenannten „Full-Mouth Scalings“, an zwei aufeinanderfolgenden Tagen oder eher traditionell in drei bis vier Behandlungen in etwa wöchentlichem Abstand.<sup>16, 17, 19, 28</sup> Wesentliches parodontales Behandlungsziel sind sogenannte geschlossene Zahnfleischtaschen, also Sondierungstiefen  $\leq 4$  mm und ohne eine Sondierungsblutung.<sup>37</sup>

Sobald das therapeutische Ziel erreicht ist, sollte sich daran eine kontinuierliche, das heißt bei vielen Patienten eine alle drei Monate erfolgende, mechanische Zerstörung des supra- und subgingivalen Biofilmes im Rahmen der unterstützenden parodontalen Therapie (UPT, Stufe 4) anschließen. Diese Kombination wird als der zentrale Eckpfeiler der Parodontalbehandlung angesehen. Bei konsequenter Anwendung kann

davon ausgegangen werden, dass parodontale Gesundheit erreicht und Zahnverlust vermieden werden kann.<sup>35</sup> Wie in klassischen Studien gezeigt werden konnte, ist dieses Konzept sehr erfolgreich und über mehrere Jahrzehnte im Sinne von Langzeitstudien gut dokumentiert.<sup>2</sup>

## Möglichkeiten der subgingivalen Instrumentierung

Zur Kontrolle des subgingivalen Biofilmes und zur systematischen Behandlung der erkrankten Parodontien stehen heute bewährte und einige neue innovative Instrumente oder Konzepte zur Verfügung (Abb. 2a, b). Bei der initialen Instrumentierung steht neben der Biofilmzerstörung die Etablierung einer biokompatiblen, das heißt einer glatten, harten und dekontaminierten Wurzeloberfläche, im Vordergrund. Es sind daher Handinstrumente, zum Beispiel Gracey-Küretten und/oder Ultraschallansätze mit speziellen an die Zahnformen adaptierten Spitzen, indiziert. Gracey-Küretten zeichnen sich durch ihre zahnflächenspezifische Formgebung und eine schneidende Kante mit abgerundetem Arbeitsende aus. Somit ermöglichen diese graziilen Instrumente eine schonende, gezielte Instrumentierung der erkrankten Wurzeloberfläche, ohne die umgebenden Gewebe unnötig zu traumatisieren. Die Spitzen der Ultraschallinstrumente bestehen aus einer speziellen, für den medizinischen Einsatz geeigneten Metalllegierung und Oberflächenbeschichtung. Unterschieden werden unter anderem piezoelektrische und magnetostruktive Systeme. Durch die hochfrequente Schwingung werden der Biofilm und die mineralisierten Ablagerungen von der Zahnoberfläche abgetragen. Im Rahmen der entsprechend der Leitlinien neu konzipierten Stufe-2-Therapie erfolgt die subgingivale Instrumentierung, zumeist durch eine Kombination unter Verwendung eines Ultraschallgerätes und manueller (Nach-)Instrumentierung mit Gracey-Küretten. Zunächst werden nach diesem Konzept alle erreichbaren mineralisierten und nicht mineralisierten Ablagerungen mit feinen Ultraschallspitzen entfernt. Die Wurzeloberfläche wird dann mit einem geeigneten Tastinstrument (zum Beispiel EXD11/12) auf verbliebene Ablagerungen kontrolliert. Eventuell wird mit Gracey-Küretten noch gezielt nachinstrumentiert. Diese Hybridtechnik hat den Vorteil, dass sich die Instrumente in ihrem Indikationsbereich ergänzen und eine adäquate Behandlung auch schwieriger Areale, wie zum Beispiel bei mehrwurzeligen Zähnen im



2b	Gracey-Kürette	Diamantierte Ultraschallspitze	Glatte Ultraschallspitze	Natrium-bicarbonat Pulver (Korngrösse ca. 40 µm)	Glycin Pulver (Korngrösse ca. 25 µm)	Erythritol Pulver (Korngrösse ca. 14 µm)
Anwendungsbe- reich	Supra-/ Subgingival	Supra-/ Subgingival	Supra-/ Subgingival	Supragingival	Supra-/ Subgingival	Supra-/ Subgingival
Oberfläche	Schmelz/ Wurzelober- fläche	Schmelz/ Wurzelober- fläche	Schmelz/ Wurzelober- fläche	Intakter Schmelz	Schmelz/ Wurzelober- fläche	Schmelz/ Wurzelober- fläche
Indikation	Biofilm- management/ Zahnstein/ Konkremente	Ggf. bei speziellen Situationen	Biofilm- management/ Zahnstein/ Konkremente	Plaques und Verfärbungen	Biofilm- management/ Plaques und Verfärbungen	Biofilm- management/ Plaques und Verfärbungen
Therapie- form	Initialtherapie/ UPT	Ggf. bei speziellen Situationen	Initialtherapie/ UPT	Initialtherapie/ UPT	Initialtherapie/ UPT	Initialtherapie/ UPT

Abb. 2a, b: Darstellung der Abrasivität und der Indikationen unterschiedlicher parodontaler Instrumente oder Verfahren. Die zur Verfügung stehenden Instrumente unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Abrasivität und Invasivität. Ziel ist es, in der Abwägung zwischen Invasivität und Patientenkomfort die für jede Behandlung oder jeden Behandlungsschritt geeigneten supra- bzw. subgingivalen Verfahren auszuwählen. Bei der initialen Instrumentierung steht neben dem Biofilmmangement die Etablierung einer biokompatiblen, das heißt einer glatten und harten Wurzeloberfläche, im Vordergrund. Es sind daher Handinstrumente, zum Beispiel Gracey-Küretten und/oder Ultraschallansätze mit speziellen, an die Zahnform adaptierten Spitzen, indiziert. In der darauffolgenden unterstützenden parodontalen Therapie (UPT) steht bei vielen Parodontien oft „nur noch“ das minimalinvasive Biofilmmangement im Vordergrund. Demzufolge sollte in der UPT weniger abrasiven und eher patientenfreundlicheren Verfahren der Instrumentierung und des Biofilmmangements der Vorzug gegeben werden.

Furkationsbereich, möglich wird. Üblicherweise ist eine Lokalanästhesie Voraussetzung, um gründlich arbeiten zu können.

**Nebenwirkungen der Parodontitistherapie**

Im Rahmen einer solchen absolut notwendigen Behandlung kann es jedoch zu einigen unerwünschten Nebenwirkungen kommen. Patientinnen und

Patienten sollten darüber im Vorfeld aufgeklärt werden. So wird die Instrumentierung der erkrankten Parodontien von den Patienten oft als unangenehm empfunden.<sup>11</sup> Infolge der Therapie kommt es zudem zu einem Rückgang des Zahnfleisches, sogenannten gingivalen Rezessionen, die wiederum ästhetische Beeinträchtigungen und Zahnhalsüberempfindlichkeiten nach sich ziehen können.<sup>3-8, 34</sup> Eine jahrelange Bearbeitung der Wurzeloberfläche

im Rahmen der UPT führt darüber hinaus durch die hohe Abrasivität herkömmlicher Instrumente zu einem nicht unwesentlichen Abtrag von Zahnhartsubstanz; mitunter entstehen sehr „taillierte“, bruchgefährdete Zähne.<sup>38</sup> Während der initialen subgingivalen Instrumentierung sollte sämtlicher sub- und supragingivaler Zahnstein weitestgehend entfernt worden sein. In der darauffolgenden UPT steht – sofern diese Behandlung in entsprechenden kurzen Intervallen erfolgt – bei vielen Parodontien daher „nur noch“ die Biofilmzerstörung im Vordergrund. Demzufolge ist es eine Überlegung wert, in der UPT minimalinvasiven und patientenfreundlichen Verfahren des Biofilmmanagements den Vorzug zu geben, sofern diese ähnlich wirksam wie herkömmliche Verfahren sind (Abb. 2a, b).

### Compliance im Recall und ästhetische Zahnmedizin

Der chronische Charakter parodontaler Erkrankungen erfordert eine lebenslange Therapie, soll der Zahnverlust oder eine negative Beeinflussung der Allgemeingesundheit verhindert werden. Die Kommunikation der Notwendigkeit andauernder Kontrollen und ggf. wiederholter parodontaler Therapie erfordert viel psychologisches Geschick seitens der behandelnden Zahnärztinnen und Zahnärzte. Sucht ein Patient aufgrund parodontaler Probleme die Praxis auf, handelt es sich oft schon um eine infauste Prognose bei einem schweren Krankheitsbild. Auf der anderen Seite suchen zunehmend Patientinnen und Patienten den Rat eines Zahnarztes oder einer Dentalhygienikerin, weil sie sich ästhetisch durch Verfärbungen und dunkle Beläge auf ihren Zähnen beeinträchtigt fühlen. Solche oberflächlichen Verfärbungen der Zähne haben primär meist keinen Krankheitswert, sie sind aber häufig der einzi-

ge Grund, warum Patienten eine Zahnarztpraxis aufsuchen. Diese „nur“ ästhetischen Probleme sind ein willkommener Anlass, den Patienten an die Praxis und eine allfällige Parodontitistherapie zu binden. Sie sollten daher ernst genommen werden. Die Wiederherstellung ästhetischer, natürlicher Zahnoberflächen kann die Motivation der Patienten zur regelmäßigen UPT erhöhen sowie das Bewusstsein für die Verbesserung der täglichen Mundhygiene fördern.

### Ursachen von Zahnverfärbungen

Externe Verfärbungen der Zähne entstehen unter anderem durch häufigen Tabak-, Rotwein- oder Kaffeekonsum, aber auch durch Medikamente wie chlorhexidinhaltige Mundspüllösungen.<sup>10</sup> Sie können von den Patienten durch Reinigen mit Zahnbürste und Zahnpasta oft nicht mehr selbstständig entfernt werden.

Eine professionelle Zahnreinigung zur Entfernung dieser oberflächlichen Beläge durch die üblichen Instrumente ist oftmals zu invasiv und wird von den Patienten als unangenehm empfunden. Zudem sind einige flächenhafte Verfärbungen, wie sie bei Rauchern oder Patienten mit häufigem Tee- oder Kaffeekonsum anzutreffen sind, oft nur schwierig und nur unter erheblichem Zeitaufwand zu entfernen.

Ziel einer regelmäßigen professionellen Zahnreinigung durch den Zahnarzt oder einen Dentalhygieniker ist es also, eine für den Patienten möglichst komfortable Behandlung anzustreben, die nicht zu viel Zeit in Anspruch nimmt und doch gründlich und maximal zahnhartsubstanzschonend ist.

### Erste Pulver-Wasser-Strahlgeräte

In den letzten Jahren richtete sich das wissenschaftliche Interesse auf die Entwicklung von Pulver-Wasser-Strahlgeräten für die supra- und subgingivale Anwendung.<sup>1, 9, 12-15, 22-27, 29, 32</sup> Das Wirkprinzip dieser Systeme vereint durch Druckluft ein pulverförmiges Abrasivmedium mit Wasser, welches auf die Zahnoberfläche gestrahlt wird. Die Anwendung erfolgt je nach Gerätetyp in unterschiedlichen Applikationswinkeln. Erste Varianten mit Natriumbicarbonat( $\text{NaHCO}_3$ )- oder



Abb. 3a-c: Die Patientin (geb. 29.1.1977) war bei der Befundaufnahme im Jahr 2016 39 Jahre alt: Es lag nach der damaligen Klassifikation eine generalisierte aggressive Parodontitis vor. Nach neuer Klassifikation handelte es sich um eine generalisierte Parodontitis Stadium IV, Grad C. Sichtbar sind die supragingivalen mineralisierten und nicht mineralisierten Plaqueablagerungen vor allem im Seitenzahngelände um die festsitzenden kieferorthopädischen Apparaturen. Da die Entfernung mittels traditioneller Verfahren mit Hand- und Ultraschallinstrumenten oder Bürstchen außerordentlich schwierig ist, wäre hier eine Behandlung mit niedrigabrasiven Pulver-Wasser-Strahlgemischen indiziert.



Abb. 4a-c: Klinische Bilder eines 60-jährigen Patienten mit einer generalisierten Parodontitis Stadium III, Grad B. Der Patient nimmt seit fünf Jahren an der regelmäßigen UPT teil. Im Rahmen der systematischen Parodontitistherapie erfolgten nach der subgingivalen Instrumentierung mehrere parodontalchirurgische Eingriffe, mit dem Ziel, die Furkationsbereiche der Ober- und Unterkiefermolaren der täglichen Mundhygiene mit Interdentalraumbürstchen zugänglich zu machen. Hier findet sich eine Indikation für die Anwendung von Pulver-Wasser-Strahlgemischen, da der anatomisch differenzierte Furkationsbereich für traditionelle Verfahren der Instrumentierung schwierig und oft nur unzureichend zu erreichen ist.

Aluminiumoxid ( $Al_2O_3$ )-Pulver konnten sich allerdings für die subgingivale Instrumentierung nicht durchsetzen. So waren bei Anwendung von Natriumbicarbonat als Strahlmedium deutliche Defekte in Dentin und Wurzelzement die Folge.<sup>12-14, 26</sup> Eine Anwendung dieser Pulver zur professionellen Zahnreinigung bei Patienten mit freiliegenden Zahnhälsen oder im parodontal vorgeschädigten Gebiss war aufgrund des exponierten Dentins daher kontraindiziert. Darüber hinaus wurde eine Traumatisierung der Gingiva beobachtet.<sup>13, 25</sup>

Die hohe Abrasivität erforderte die Entwicklung neuer Pulver-Wasser-Strahlgeräte, insbesondere für die subgingivale Anwendung im Rahmen der unterstützenden Parodontitistherapie, aber auch für eine schonendere supragingivale Zahnreinigung während der regelmäßigen Kontrollen und Zahnreinigungen. Das Augenmerk richtete sich dabei besonders auf die Entwicklung neuer Strahlmedien, eine Verringerung der Korngröße bestehender Strahlmedien sowie auf die Möglichkeiten der subgingivalen Applikation mittels spezieller Aufsätze.

### Aktuelle Entwicklungen

Zunächst wurde hierfür ein Pulver auf Glycinbasis vorgestellt. Dies verspricht aufgrund geringerer Härte als Dentin sowie der geringeren Korngröße als das ursprüngliche Pulver auf Natriumbicarbonatbasis eine niedrigere Abrasivität und erscheint somit für wiederholte Behandlungen geeignet – möglicherweise auch dann, wenn ein Patient freiliegende Zahnhälsen aufweist. Zudem wird postuliert, dass nach der Entfernung der Beläge mit diesem Pulver eine nachträgliche Politur der Oberflächen nicht mehr nötig sei.

In der professionellen supragingivalen Zahnreinigung hat sich die Anwendung von Pulver-Wasser-Strahlgemischen mittlerweile durchgesetzt. Es steht vor allem die Schnelligkeit und auch die Effektivität im Vordergrund, mit welcher möglicherweise auch zuvor angefärbte Beläge von der Zahnoberfläche entfernt werden können. Gerade bei Patienten mit starken Engständen oder kieferorthopädischen Apparaturen erweist sich eine gründliche Zahnreinigung auch für den Experten oft als schwierig (Abb. 3). Mit einem Pulver-Wasser-Strahlgerät erreicht man auch diese mit Handinstrumenten nur schwer zugänglichen Stellen. Besonderes Augenmerk sollte auf die Abrasivi-

tät des Pulvers gelegt werden, um die Zahnoberfläche nicht zu beschädigen oder aufzurauen. In vielen Fällen ist daher eine abschließende Fluoridierung eine sehr sinnvolle Ergänzung (Abb. 9).

Es gab zudem Hinweise, dass eine Behandlung mit dem Pulver-Wasser-Strahlgerät möglicherweise von den Patienten als weniger unangenehm empfunden werden könnte als eine konventionelle Instrumentierung mit Ultraschall oder Handinstrumenten.<sup>14</sup> Zum einen entstehen keine störenden Geräusche und Vibrationen, zum anderen werden sensible Zahnhälsen und Parodontien nicht zusätzlich gereizt. Von einigen Herstellern werden auch Pulver in verschiedenen Geschmacksrichtungen angeboten.

### Pulver-Wasser-Strahlgemische in der aktiven und der unterstützenden Parodontitistherapie

Aktuelle Pulver erlauben bei nur geringer Korngröße auch die subgingivale Instrumentierung, ohne eine Schädigung des Wurzelzementes oder der Gingiva hervorzurufen.<sup>1, 12, 13, 15</sup> Das Pulver-Wasser-Gemisch kann mit der Standarddüse bis in den vertieften Sulkus appliziert oder mittels eines feinen, flexiblen Aufsatzes auch direkt in die Zahnfleischtasche eingebracht werden. Durch ein spezielles Düsensystem entsteht eine Verwirbelung am Applikationsort, was einen größeren Wirkungsbereich zur Folge hat.

Die durch die Anwendung von Pulver-Wasser-Strahlgemischen möglichen hervorgerufenen Oberflächenveränderungen am exponierten Dentin wurden in einer Laboruntersuchung von Bühler und Mitarbeitern untersucht.<sup>12-14</sup> Das Ziel war es, die Oberflächenveränderungen humaner Zahnwurzeloberflächen nach unterschiedlichen Arten der

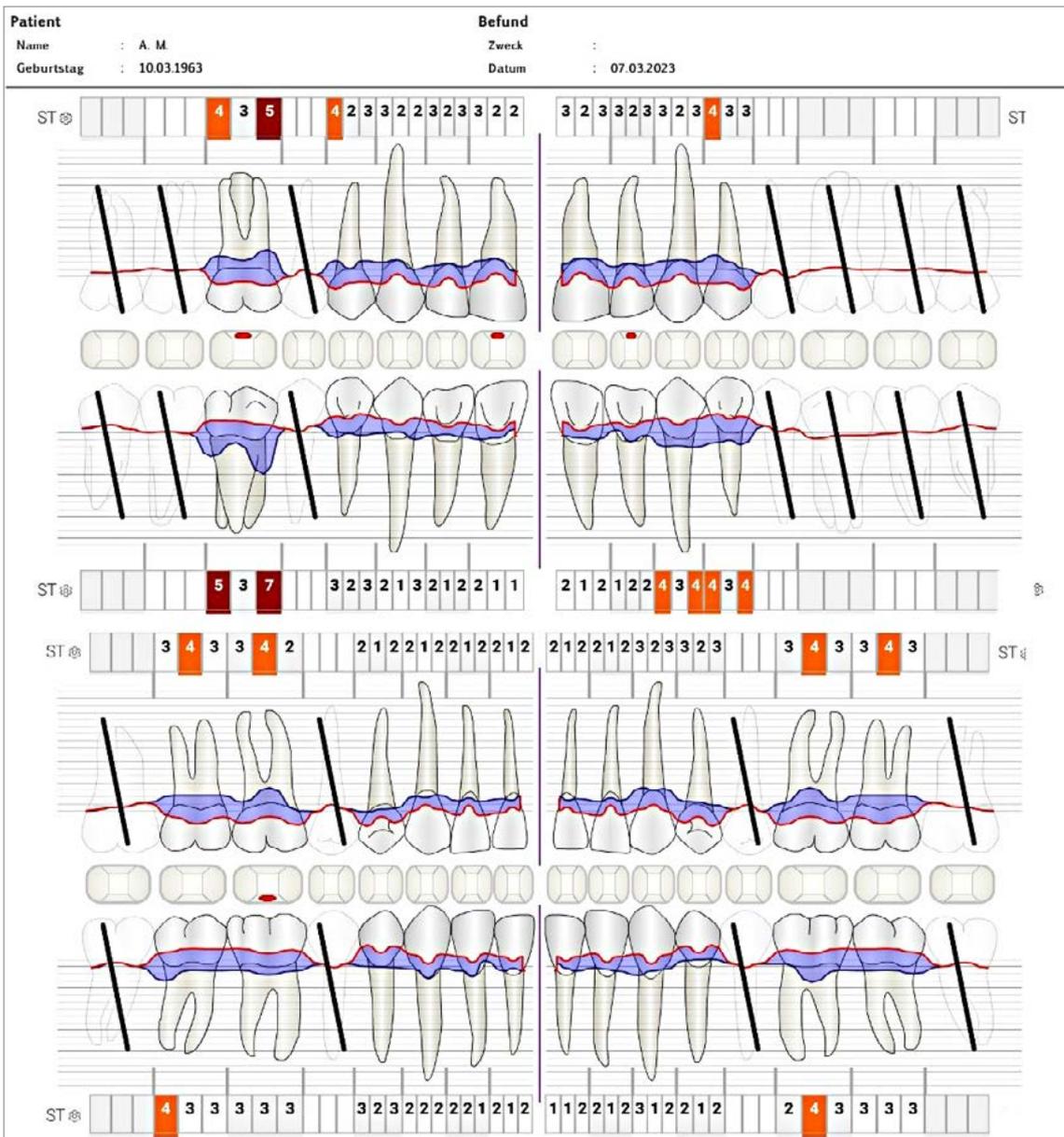


Abb. 5: Der Parodontalstatus im Rahmen der UPT dient zuvorderst der Identifikation etwaigen Behandlungsbedarfes. Dieser besteht bei erhöhten Sondierungstiefen und/oder Blutung auf Sondieren. Der aktuelle Befund zeigt weitgehend stabile parodontale Verhältnisse im Sinne von geschlossenen Zahnfleischtaschen. Etwaige Rezessionen, Furkationsbefall oder Zahnlockerung wurden in dieser UPT-Sitzung nicht erfasst.

Instrumentierung zu untersuchen. Es wurden zwei feinkörnige Glycinpulver gegenüber dem damaligen Standard-Natriumbicarbonat-Pulver verglichen. Dafür wurden die Wurzeloberflächen von 120 extrahierten menschlichen Molaren nach Instrumentierung unter standardisierten Bedingungen analysiert. Die Parameter Behandlungszeit, Abstand zur Wurzeloberfläche, Instrumentenwinkel und Art des Pulvers wurden verändert und in der Untersuchung berücksichtigt. Es erfolgten taktile Rauheitsmessungen (Hommeltester, T1000, cantilever Typ TTK 50, Hommel & Seitz, Berlin, Deutschland) hinsichtlich der physikalischen Oberflächen-

parameter Pt, Rz und Pa. Darüber hinaus wurden die Oberflächenveränderungen mittels 3-D-Raster-elektronenmikroskopischer Aufnahmen (MeX 5.0 Alicona, Graz, Österreich) visualisiert. Die statistische Analyse umfasste die Kalkulation von 95 % Konfidenzintervallen und den Geometric Mean Ratios.

Anhand dieser umfassenden Analysen konnte gezeigt werden, dass die verwendeten Pulver sich hinsichtlich ihres Abrasionsverhaltens auf Zahnoberflächen signifikant ( $p < 0,05$ ) unterschiedlich in Abhängigkeit der Einflussparameter Zeit, Abstand und Pulver verhalten. Das bedeutet, mit zu-



Abb. 6-8: Nach der Untersuchung des Entzündungsgrades der parodontalen Gewebe wurden etwaige supragingivale Beläge angefärbt. Dies diente zum einen einer zielgerichteten Mundhygieneinstruktion und zum anderen der „geführten“ Entfernung dieser Beläge im Rahmen der supragingivalen Instrumentierung mittels Pulver-Wasser-Strahlverfahren (Abb. 7) und Ultraschallinstrumenten (Abb. 8).

nehmender Bearbeitungszeit und abnehmender Distanz nehmen die Oberflächenveränderungen zu, insbesondere dann, wenn die Oberfläche mit Natriumbicarbonat bearbeitet wurde. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass in diesen Untersuchungen eine statische Apparatur verwendet und nicht – wie in der Klinik üblich – das Handstück in Bewegung gehalten wurde. Diese Ergebnisse geben einen klaren Hinweis für die tägliche Klinik. Pulver-Wasser-Strahlgemische bestehend aus Glycin führen zu signifikant geringeren Rauheitswerten, wohingegen Pulver, welche Natriumbicarbonat als Strahlmedium enthalten, für die Anwendung auf Wurzeloberflächen – diesen Untersuchungen zufolge – nicht indiziert sind.

### Klinische Evidenz

Die ersten publizierten klinischen Studien zeigten bereits vielversprechende Ergebnisse hinsichtlich der Effektivität glycinhaltiger Pulver-Wasser-Strahlanwendungen in der UPT.<sup>22</sup> Demnach ist die schonende und zügige Entfernung eines subgingivalen Biofilmes bis zu einer Sondierungstiefe von etwa 4-5 mm mit der Standarddüse möglich. Wesentliche Irritationen der marginalen Gingiva sind hierbei nicht zu verzeichnen.<sup>25</sup> Bemerkenswert war zudem die Beobachtung, dass die Patienten die Instrumentierung weniger unangenehm empfanden als herkömmliche Verfahren.<sup>14, 26</sup> Mittlerweile ist die Entwicklung neuer Pulver noch weiter vorangeschritten und es liegt nun auch ein Erythritolpulver für die subgingivale Anwendung vor. Erythritol ist ein Zuckeralkohol und feiner als die bisherigen Glycinpulver. Das Pulver wurde speziell für die subgingivale Anwendung entwickelt und enthält 0,3 % Chlorhexidin zum Schutz vor bakterieller Kontamination. Erythritol wird vielfach als künstliches Süßungsmittel verwendet (siehe auch aktuelles Statement der Firma EMS; erhältlich bei der Redaktion).

Aufgrund der Vielzahl publizierter Studienergebnisse beschäftigen sich auch systematische Übersichtsarbeiten zur Thematik der Effektivität von Pulver-Wasser-Strahlgemischen, insbesondere bezüglich des Pulvers Erythritol in der aktiven und unterstützenden Parodontistherapie.<sup>1, 15, 23</sup> Zwei systematische Übersichtsarbeiten aus dem Jahre 2022 sollen hier näher diskutiert werden.<sup>1</sup> Die erste Analyse stammt von Abdulbaqi und konnte acht randomisierte kontrollierte Studien einschließen. Differenziert wurde zwischen einer Anwendung im Rahmen der unterstützenden Parodontistherapie und der Anwendung im Rahmen der aktiven Parodontistherapie (APT), wobei zu berücksichtigen ist, dass es sich bei einer Anwendung in der

APT um eine zusätzliche Instrumentierung mit Pulver-Wasser-Strahlgemischen, das heißt ergänzend zu den üblichen Verfahren mit Hand- und Ultraschallinstrumenten, handelt. In der UPT hingegen wurde die alleinige Anwendung von Pulver-Wasser-Strahlgemischen gegenüber konventionellen Verfahren verglichen.

In unterschiedlichen Metaanalysen wurde herausgearbeitet, dass hinsichtlich der klinischen Parameter Sondierungstiefe, Bluten auf Sondieren und klinischer Attachmentlevel kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsmodalitäten in der UPT bestand. Die zusätzliche Anwendung von Erythritol in der APT zeigte demgegenüber keine signifikanten Differenzen bezüglich Sondierungstiefe und Bluten auf Sondieren, aber signifikante Vorteile der zusätzlichen Instrumentierung mit Erythritol hinsichtlich des klinischen Attachmentlevels. In weiteren Analysen wurden auch mikrobiologische Parameter oder die Patientenwahrnehmung verglichen. Während keine wesentlichen Unterschiede bzw. nur leichte Tendenzen mit Vorteilen der Erythritolanwendung bezüglich mikrobiologischer Kenngrößen bestanden, konnte anhand von drei eingeschlossenen Studien gezeigt werden, dass übereinstimmend die Pulver-Wasser-Strahlbehandlung mit Erythritol von den befragten Patienten als weniger unangenehm empfunden wurde. In einer zweiten Arbeit von Onisor und Mitarbeitern konnten sieben klinische Studien ausgewertet werden. Auch hier wurde zwischen einer Anwendung von Erythritol in der aktiven (vier Studien) oder unterstützenden parodontalen Therapie (drei Studien) differenziert.<sup>23</sup> Die Autoren stellten eine große Heterogenität hinsichtlich der verwendeten Therapieprotokolle fest. In den entsprechenden Metaanalysen konnten bezüglich Sondierungstiefenreduktion, Bluten auf Sondieren und klinischer Attachmentlevel keine signifikanten Unterschiede zwischen den Test- und Kontrollgruppen bezüglich einer adjuvanten Anwendung von Erythritol im Rahmen der

aktiven parodontalen Therapie nach sechs Monaten gezeigt werden. Die Analysen zwischen konventioneller Instrumentierung in der einen und der Anwendung von Erythritol in der anderen Studiengruppe in der unterstützenden parodontalen Therapie zeigten keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der oben genannten klinischen Parameter. Das bedeutet, die beiden hier zitierten systematischen Übersichten weisen in eine ähnliche Richtung. Die zusätzliche Anwendung von Erythritol im Rahmen der ersten subgingivalen Instrumentierung scheint demnach nur zu geringen Vorteilen hinsichtlich der klinischen Ergebnisse zu führen. Anders muss die Datenlage hinsichtlich der Anwendung in der UPT interpretiert werden. Hier zeigen beide Übersichten übereinstimmend eine Pattsituation, das heißt, die klinischen Ergebnisse sind zwischen konventioneller Instrumentierung und der alleinigen Erythritolbehandlung vergleichbar und unterscheiden sich in den Analysen über die hier dokumentierten Untersuchungszeiträume nicht deutlich. Demnach gibt es hier Evidenz, dass die Pulver-Wasser-Strahlbehandlung mit Erythritol die konventionelle Therapie im Rahmen der UPT substituieren kann.

### Guided Biofilm

Von Herstellerseite (EMS, Nyon, Schweiz) wird das sogenannte Guided-Biofilm-Protokoll für die parodontale Therapie vorgeschlagen. Der wesentliche Vorteil dieses Konzeptes besteht darin, dass die notwendige Invasivität der Instrumentierung der jeweiligen klinischen Situation stufenweise angepasst wird. GBT besteht aus acht Schritten:

1. Klinische Diagnostik (Abb. 4 und 5)
2. Anfärben etwaiger supragingivaler Beläge (Abb. 6)
3. Individuelle Motivation
4. Supragingivale Behandlung mit Pulver-Wasser-Strahlmischungen mit der Standarddüse (Abb. 7)
5. Subgingivale Behandlung mit Pulver-Wasser-Strahlmischungen mit einem speziellen für die subgingivale Instrumentierung vorgesehenen Aufsatz
6. Instrumentierung mit Ultraschall zur Entfernung verbliebener mineralisierter Ablagerungen (Abb. 8)
7. Kontrolle und Applikation von Fluorid (Abb. 9)
8. Terminvereinbarung für die nächste UPT-Sitzung

Eigene klinische Erfahrungen können die hohe Akzeptanz dieses Verfahrens bestätigen. Insbesondere



Abb. 9: Nach der Instrumentierung wurden die Zahnflächen fluoridiert. Besonderes Augenmerk wurde hierbei auf die kritischen Areale im Furkationsbereich gelegt. Das Fluoridgel wurde hier mit einer Spritze und einer stumpfen Kanüle appliziert.

re für Parodontitispatienten mit geringer Zahnsteinbildung ist daher in der UPT die Applikation niedrigabrasiver glycin- oder erythritolhaltiger Pulver-Wasser-Strahlmischungen zu empfehlen.

### Praktische Hinweise

Vor einer Pulver-Wasser-Strahlbehandlung sollte der Patient zunächst mit einer Schutzbrille und einer Folienabdeckung der Kleidung vor der Aerosol- und Pulverausbreitung geschützt werden. Die Applikationsdüse des Standardhandstückes sollte im Abstand von 2 bis 5 mm und in einem Winkel von ca. 45° in kleinen kreisenden Bewegungen über die Zahnoberfläche geführt werden. Ein Schutz der Weichgewebe vor einer Verletzung durch direkten Pulverstrahlkontakt kann mit einer ausreichenden Isolierung der Lippen zum Beispiel mit Vaseline erreicht werden. Das umsichtige Absaugen des Aerosols durch die zahnärztliche Assistenz erleichtert das Arbeiten und schützt das Weichgewebe zusätzlich.

### Schlussfolgerung

Nach der Etablierung parodontal stabiler Verhältnisse im Sinne von geschlossenen Zahnfleischtaschen und einer biokompatiblen Wurzeloberfläche folgt die UPT. Die Bedeutung eines regelmäßigen, das heißt bei Parodontitispatienten mit einer fortgeschrittenen Erkrankung, dreimonatlichen Biofilmmangements in der UPT ist heute unstrittig und allgemein akzeptiert. Die langjährige Adhärenz des Patienten an dieses Therapieregime stellt aber nach wie vor eine große Herausforderung dar. Etwaige Anliegen des Patienten hinsichtlich ästhetischer Aspekte, wie zum Beispiel Zahnverfärbungen, können hilfreich sein, um den Patienten für die regelmäßige UPT zu motivieren. Insbesondere in der UPT sollte auf die Schonung der Zahnhartsubstanz und maximale Minimalinvasivität großer Wert gelegt werden. Niedrigabrasive

Pulver-Wasser-Strahlgemische auf Glycin- oder Erythritolbasis stellen aufgrund ihres geringen Schädigungspotenzials für die parodontalen Gewebe eine gute wissenschaftlich fundierte Alternative oder Ergänzung zur herkömmlichen Therapie dar. Die hohe Patientenakzeptanz kann darüber hinaus zu einer verbesserten Compliance und Adhärenz an die weitere parodontale Therapie beitragen. Allerdings muss noch erwähnt werden, dass mit Pulver-Wasser-Strahlgemischen keine Konkremete oder Zahnstein entfernt werden können, weshalb oftmals bei Patienten mit hohem Zahnsteinbefall auch im Rahmen der UPT nicht vollständig auf die herkömmliche Therapie mit Ultraschall und/oder Handinstrumenten verzichtet werden kann.

#### Anmerkung

Dieser Artikel stellt eine überarbeitete und umfassend aktualisierte Version des Artikels Bühler, J., Amato, M., Walter, C. Ein Parodontologe ist ein Freund fürs Leben. Dent Implantol 2010; 14(4): 238-49. dar. ■

Das Literaturverzeichnis und das EMS-Statement sind bei der Redaktion erhältlich.

Dieser Beitrag ist im Bayerischen Zahnärzteblatt 6/2023 erschienen. Wir danken für die Nachdruckerlaubnis.

#### Autor

##### Prof. Dr. Clemens Walter

Zahnarztpraxis Asta Fritzke, Greifswald

Abteilung für Parodontologie, Oralmedizin

und Oralchirurgie

Charité Centrum für

Zahn-, Mund- und

Kieferheilkunde

Charité - Universitätsmedizin Berlin



Foto: privat

## Auszeichnung: Dr. Wilfried Woop ist Sanitätsrat

Ministerpräsident Alexander Schweitzer hat Dr. Wilfried Woop zum Sanitätsrat ernannt. In der Mainzer Staatskanzlei wurde er für sein berufspolitisches Engagement geehrt.

Text: Katrin Becker

Den Titel Sanitätsrat erhalten Ärzte und Zahnärzte, die sich um ihren Berufsstand und die Gesellschaft besonders verdient gemacht haben. Einer von ihnen ist Dr. Wilfried Woop. Der Zahnarzt aus Neustadt an der Weinstraße bekleidet seit 2017 das Amt des Präsidenten der Landes Zahnärztekammer und ist im Vorstand der Bundeszahnärztekammer sowie im Ausschuss für Alterszahnmedizin aktiv. Davor war er viele Jahre Vorsitzender der Bezirkszahnärztekammer Pfalz. 1989 gründete er die Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Mittelhaardt und war bis 2021 ihr Vorsitzender. 2022 wurde er zum Vorsitzenden der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Rheinland-Pfalz gewählt. Seit 25 Jahren organisiert er die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe in Kindergärten in Neustadt. Woop engagiert sich seit vielen Jahren auch in Gremien der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz. Aktuell ist er Mitglied in der Vertreterversammlung und des Vertragsausschusses sowie vertragszahnärztlicher Gutachter.

Woop zählt zu 17 rheinland-pfälzischen Bürgerinnen und Bürgern, denen in diesem Jahr auf Vorschlag der Fachministerien ein berufsbezogener Titel – Justiz-, Ökonomie- und Sanitätsrat – verliehen wurde. „Ich freue mich, Ihnen heute diesen Ehrentitel verleihen zu dürfen, als Anerkennung für die besondere Verantwortung, die Sie für Ihren Berufsstand übernommen haben“, betonte Ministerpräsi-

dent Schweitzer während der Feierstunde in der Staatskanzlei. „Jeder von Ihnen hat seinem Berufsstand große Ehre gemacht und sich zudem über Jahre – manch einer über Jahrzehnte – ehrenamtlich engagiert. Dies verdient höchste Wertschätzung“, so Schweitzer. ■



Ministerpräsident Schweitzer (links) ernannt Dr. Wilfried Woop zum Sanitätsrat.

Foto: Staatskanzlei/Sämmer

# „ePA für alle“: Fragen und Antworten zur elektronischen Patientenakte

Ab dem nächsten Jahr erhalten alle Versicherten von ihrer Krankenkasse eine elektronische Patientenakte (ePA) – außer, sie widersprechen. Die „ePA für alle“ wird deshalb sukzessive in den zahnärztlichen Behandlungsalltag einziehen. Was bedeutet das für Zahnarztpraxen?

Text: Katrin Becker

Grundsätzliches zur ePA	
<b>Wann kommt die neue ePA?</b>	Ab 15. Januar 2025 sollen nach und nach alle gesetzlich Versicherten eine ePA erhalten, es sei denn, sie widersprechen. Mit dieser Opt-out-Regelung will der Gesetzgeber erreichen, dass die ePA künftig häufiger genutzt wird. Bislang haben nur rund ein Prozent aller gesetzlich Krankenversicherten eine ePA bei ihrer Krankenkasse beantragt, obwohl dies seit 2021 möglich ist. Auch Kinder und Jugendliche bekommen eine ePA. Einen möglichen Widerspruch erklärt in diesem Fall der gesetzliche Vertreter, also in der Regel die Eltern. Gesetzliche Grundlage für die ePA bilden §§ 341 ff. SGB V.
<b>Welchen Nutzen soll die ePA haben?</b>	In der ePA werden Patienten- und Behandlungsinformationen zentral an einem (digitalen) Ort abgelegt. Das soll helfen, dass Mediziner schneller Zugriff auf Befunde, Röntgenbilder, Medikationslisten etc. bekommen, die relevant für eine (Weiter-)Behandlung sind. Die Zusammenarbeit zwischen Medizinern soll dadurch vereinfacht werden. Mehrfachuntersuchungen könnten entfallen. Aber: Die ePA ersetzt nicht die Anamnese und Untersuchung des Patienten, sie kann sie lediglich ergänzen bzw. unterstützen.
<b>Wer stellt die ePA zur Verfügung und wer informiert über die Akte?</b>	Jede gesetzliche Krankenkasse stellt ihren Versicherten eine eigene ePA zur Verfügung. Es ist per Gesetz daher auch Aufgabe der Krankenkassen, die Versicherten verständlich über die Nutzung der digitalen Akte, über Fragen des Datenschutzes und über Widerspruchsmöglichkeiten zu unterrichten und aufzuklären. Zahnarztpraxen sind somit nicht verpflichtet, ihre Patienten von sich aus auf die ePA hinzuweisen. Allerdings sind sie angehalten, sachlich neutral über die digitale Akte zu informieren, wenn Versicherte danach fragen.
<b>Was unterscheidet die ePA von der Patientenakte, die der Zahnarzt führt?</b>	Die ePA ist eine versichertengeführte Akte. Sie ersetzt nicht die Patientenakte und befreit nicht von der Dokumentationspflicht des Behandlers. Die gesetzliche Frist zur Aufbewahrung der Behandlungsdokumentation besteht ungeachtet der ePA unverändert fort.
<b>Können Patienten der ePA-Nutzung widersprechen?</b>	Versicherte haben grundsätzlich die Möglichkeit, der ePA als Ganzes gegenüber ihrer Krankenkasse zu widersprechen. Vor der Einrichtung haben sie dafür sechs Wochen Zeit, aber auch später ist jederzeit ein Widerspruch möglich. Die Krankenkassen sind dann verpflichtet, die ePA inklusive aller Daten zu löschen.
<b>Können Patienten Informationen löschen oder verbergen?</b>	Neben dem grundsätzlichen Widerspruch gegen die ePA und das Einstellen von Dokumenten steht Patienten die Verweigerung sowohl des Zugriffs auf die Akte insgesamt als auch auf bestimmte Informationen offen. Außerdem können sie Dokumente vor einzelnen Fachrichtungen oder Sektoren „verbergen“. Die verborgenen Dokumente sind dann in der ePA vorhanden und können beispielsweise von Arztpraxen und Krankenhäusern, aber nicht von Zahnarztpraxen oder Apotheken abgerufen werden.  Zudem können Patienten die Inhalte ihrer ePA selbst löschen oder durch Behandler löschen lassen. Bitten sie die Zahnarztpraxis, bestimmte Inhalte der ePA zu löschen, müssen Zahnärzte vor dem Löschen auf mögliche versorgungsrelevante Folgen hinweisen.

## Grundsätzliches zur ePA

### Ist es sinnvoll, Patienten zu fragen, ob sie eine ePA haben?

Die in einer ePA hinterlegten Daten können Zahnärzte bei der Anamnese und Befunderhebung unterstützen. Angesichts dessen könnten sie verpflichtet sein, den Patienten zu fragen, ob eine ePA existiert. Es liegt zumindest in der Verantwortung der Zahnärzte, sich darüber zu informieren, ob mit der ePA eine zusätzliche Informationsquelle zur Verfügung steht.

Die Frage nach einer ePA braucht grundsätzlich weder anlasslos noch bei jedem Patientenkontakt gestellt zu werden. Ergibt sich aber aus dem Anamnesegespräch die Notwendigkeit einer weiteren Befunderhebung – etwa weil der Patient Beschwerden schildert, die weitere Untersuchungen erforderlich machen, oder weil er eine relevante vorherige Behandlung durch einen anderen Zahnarzt erwähnt –, müssen Patienten nach einer ePA gefragt werden.

### Was ist, wenn Patienten angeben, keine ePA zu haben?

Wenn Patienten angeben, keine ePA zu haben, sind Zahnärzte nicht verpflichtet, über mögliche versorgungsrelevante Folgen zu informieren.

## Ein- und Auslesen von Daten

### Sind Zahnarztpraxen verpflichtet, die ePA zu befüllen?

Zahnärzte sind bereits heute gesetzlich verpflichtet, Daten aus ihrem Behandlungskontext in die ePA einzupflegen, wenn der Patient dies wünscht. Die „ePA für alle“ wird jedoch sehr viel präsenter im Behandlungsalltag der Praxen werden, als es die herkömmliche ePA derzeit ist. Das Bundesgesundheitsministerium hofft, dass bis Ende nächsten Jahres 80 Prozent der Versicherten eine ePA haben. Verweigern Zahnarztpraxen das Befüllen der ePA im Kontext einer aktuellen Behandlung, verstoßen sie gegen vertragszahnärztliche Pflichten. Die ePA muss nicht zwingend von einem Zahnarzt befüllt werden; die Aufgabe kann an das Praxispersonal delegiert werden.

### Welche Inhalte müssen von Zahnärzten in die ePA eingestellt werden?

Es gibt einige Daten, die Zahnärzte laut Gesetz künftig in die ePA einstellen müssen. Das sind beispielsweise Arztbriefe aus der Akutversorgung und der ambulanten Behandlung, Befundberichte sowie Labor- und Bildbefunde. Darüber hinaus gibt es Daten, die eine Praxis auf Wunsch des Patienten in die ePA einpflegen muss. Dies können Befunddaten, Diagnosen, Früherkennungsuntersuchungen oder auch Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen sein. Voraussetzung für beide Fälle ist, dass diese Daten in der aktuellen Behandlung gewonnen wurden und elektronisch vorliegen. Den Wunsch von Patienten, Daten außerhalb der aktuellen Behandlung in die ePA einzustellen, dürfen Vertragszahnärzte zurückweisen. Daten aus einer Arzneimittelverordnung werden künftig automatisch vom E-Rezept-Fachdienst in die E-Medikationsliste eingespeist.

### Müssen Praxen auch alte Befunde, die in Papierform vorliegen, einpflegen?

Daten über bereits abgeschlossene Behandlungen und diagnostische Ergebnisse oder Dokumente in Papierform müssen nicht aufbereitet und eingestellt werden. Mit der neuen ePA erhalten Versicherte einen gesetzlichen Anspruch darauf, dass ihre Krankenkasse für sie analoge Dokumente auf Wunsch digitalisiert. Möglich ist dies zweimal innerhalb von 24 Monaten für jeweils bis zu zehn Dokumente. Unabhängig davon können Zahnärzte auch ausgewählte Befunde aus vorangegangenen Behandlungen in die ePA einpflegen, wenn sie das für die Versorgung des Patienten erforderlich halten.

### Was passiert, wenn eine Praxis nicht an die TI angeschlossen ist und die ePA nicht befüllen kann?

In diesem Fall greifen die gesetzlichen Sanktionen.

## Ein- und Auslesen von Daten

<b>Müssen Zahnärzte ihre Patienten darüber informieren, dass sie Daten in ihre ePA einstellen?</b>	Zahnärzte sind verpflichtet, ihre Patienten darauf hinzuweisen, welche Daten sie gegebenenfalls in der ePA speichern. Zudem haben sie die Patienten darauf hinzuweisen, dass sie einen Anspruch auf die Befüllung der Akte mit weiteren, über die gesetzlich vorgegebenen Informationen hinausgehenden Daten haben. Wird dies gewünscht, muss die Praxis die Einwilligung des Patienten in der Behandlungsdokumentation hinterlegen. Gleiches gilt für einen Widerspruch. Ohnehin empfiehlt es sich, dass Zahnärzte aufzeichnen, welche Daten in die ePA übertragen wurden. Verlangen Patienten im Gegenzug, dass bestimmte Inhalte der ePA gelöscht werden, müssen Zahnärzte vor dem Löschen verständlich auf mögliche versorgungsrelevante Folgen hinweisen.
<b>Wie funktioniert der Zugriff auf die ePA?</b>	Die ePA ist auf Servern von ePA-Anbietern gespeichert, die die ePA im Auftrag der Krankenkassen betreiben. Zahnarztpraxen greifen mithilfe ihres Praxisverwaltungssystems (PVS) auf die ePA zu. Patienten wiederum nutzen die ePA-App ihrer Krankenkasse. Der Zugriff wird standardmäßig mit dem Versichertenstammdatenabgleich bzw. durch das Stecken der elektronischen Gesundheitskarte in das Kartenterminal erlaubt - vorausgesetzt, der Patient hat nicht widersprochen. Die voreingestellte Zugriffszeit liegt bei 90 Tagen. Alternativ können Versicherte über die ePA-App ihrer Kasse einen längeren oder kürzeren Zeitraum für den Zugriff der Praxis einstellen. Mit dem Stecken der Versichertenkarte erhält die Praxis Zugriff auf die komplette Akte, sofern der Patient nicht einzelne Daten gesperrt hat.
<b>Wie können Daten in die ePA eingestellt und ausgelesen werden?</b>	Die Daten und Dokumente werden über das PVS in die ePA eingestellt. Auch die Ansicht bereits in die ePA eingestellter Informationen erfolgt über die Praxissoftware. Die konkrete Vorgehensweise ist jeweils abhängig vom PVS.
<b>In welcher Form müssen Einträge in die ePA erfolgen?</b>	Die Einträge müssen in Form von Dokumenten erfolgen, zum Beispiel Befunde oder Röntgenbilder. Papierdokumente können abfotografiert oder gescannt werden. Die genauen Formate sind derzeit noch nicht abschließend geklärt. Dabei werden zu jedem Dokument beschreibende Metadaten in der Dokumentenverwaltung eingegeben, auf die bei der Befüllung ein besonderes Augenmerk gelegt werden sollte. Wie die Metadaten eingegeben werden, hängt vom jeweiligen PVS ab. Das Auslesen der ePA funktioniert ausschließlich über diese Metadaten; es gibt keine Volltextsuche. Die Qualität einer Suche und die Auffindbarkeit von Behandlungsdaten hängen also von der Qualität der Metadaten ab.
<b>Was sind MIO?</b>	Neben der Möglichkeit, Dokumente in der ePA zu speichern, können auch strukturierte Daten abgelegt werden. Die Struktur dieser Daten wird durch sogenannte medizinische Informationsobjekte (MIO) festgelegt. MIO dienen dazu, medizinische Daten standardisiert, also nach einem festgelegten Format, zu dokumentieren. Dadurch werden der Austausch und die Verarbeitung der Daten zwischen Akteuren des Gesundheitswesens, unabhängig von der genutzten Software, ermöglicht. MIO werden sukzessive spezifiziert und in die ePA integriert. Beispiele für MIO sind der Impfpass, das eZahnbonusheft, der Mutterpass und das U-Heft sowie der elektronische Medikationsplan.

## Technische Voraussetzungen und Finanzierung

<b>Welche technische Ausstattung benötigen Praxen, um die ePA nutzen zu können?</b>	Die Praxis muss an die Telematikinfrastruktur (TI) angebunden sein und ein E-Health-Kartenterminal besitzen. Der Konnektor hat die Produkttypversion 4 oder höher. Darüber hinaus muss das PVS die neue ePA unterstützen. Um auf die ePA zugreifen zu dürfen, benötigt der Zahnarzt eine SMC-B und einen eHBA.
<b>Werden die Kosten hierfür erstattet?</b>	Die Kosten für die ePA sind Teil der monatlichen TI-Finanzierungspauschale. Es ist keine zusätzliche Erstattung von Technikkosten vorgesehen. Die KZBV strebt Nachverhandlungen an.
<b>Wird das Einstellen von Daten in die ePA vergütet?</b>	Für die Aktualisierung der ePA, beispielsweise durch einen Eintrag ins eZahnbonusheft, kann die BEMA-Position ePA2 abgerechnet werden. Für die sogenannte Erstbefüllung, also einen Eintrag in eine Akte, in die bisher keine andere Arzt- oder Zahnarztpraxis etwas eingestellt hat, kann alternativ die BEMA-Position ePA1 abgerechnet werden.



**Zi** Zentralinstitut  
kassenärztliche  
Versorgung

**KZBV**  
Kassenzahnärztliche  
Bundesvereinigung

**KZVRLP**  
KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG  
RHEINLAND-PFALZ

# Das Zahnärzte-Praxis-Panel: Ihre Unterstützung ist gefragt!

Das **Zahnärzte-Praxis-Panel** – kurz **ZäPP** – ist eine bundesweite Datenerhebung zur wirtschaftlichen Situation und zu den Rahmenbedingungen in Zahnarztpraxen. Rund 33.000 Praxen haben dafür die Zugangsdaten zur Befragung 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 den Krankenkassen.
- **Vorteil für Sie!** Finanzielle Anerkennung für Ihre Mitarbeit.
- **Vorteil für Sie!** Kostenloses Online-Berichtsportal mit interessanten Kennzahlen und vielfältigen Vergleichsmöglichkeiten für Ihre Praxis.
- Wir garantieren **Vertraulichkeit und Schutz Ihrer Daten!**

Es geht um IHRE betriebswirtschaftlichen Rahmenbedingungen.



## Sie haben Fragen zum ZäPP?

Weitere Informationen im Internet unter

**[www.kzvrlp.de](http://www.kzvrlp.de) · [www.kzbv.de/zaepp](http://www.kzbv.de/zaepp) · [www.zaep.de](http://www.zaep.de)**

Oder einfach den QR-Code mit dem Smartphone scannen.

Für Rückfragen bei Ihrer KZV:

Telefon: 06131 8927-133

E-Mail: [kontakt@kzvrlp.de](mailto:kontakt@kzvrlp.de)

Ansprechpartner: Jochen Kromeier



Die **Treuhandstelle** des mit ZäPP beauftragten **Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi)** ist unter der Rufnummer 0800 4005 2444 von Montag bis Freitag zwischen 8 und 16 Uhr oder via E-Mail [kontakt@zi-ths.de](mailto:kontakt@zi-ths.de) erreichbar.

**Unterstützen Sie das ZäPP – in Ihrem eigenen Interesse!**