

- einer aufwendigeren Matrizentechnik um straffe Kontaktpunkte zum Nachbarzahn zu erzielen.

Für noch weiter in die Tiefe gehende Erläuterung wird auch verwiesen auf die Übersicht der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) und der Deutschen Hochschullehrer für Zahnerhaltung zum Thema „Die Bewertung direkter Komposit-Restaurationen“ unter www.dgz.de sowie in den Zahnärztlichen Mitteilungen Heft 6/2004 sowie der aktuellen Stellungnahme der DGZMK vom Mai 2003 (www.dgzmk.de).

1.2 Indikation der Schmelz-Dentin-adhäsiven Säure-Ätz-Mehrschichttechnik

Das Anwendungsspektrum für die Schmelz-Dentin-adhäsive Säure-Ätz-Mehrschicht-Technik hat sich stetig erweitert. Heute wird sie in folgenden Bereichen genutzt:

1.2.1 Kompositrestaurationen

Die Entwicklung der Adhäsivtechnik läuft ursprünglich und zwangsläufig parallel zur Entwicklung der Komposite. Denn die Kompositentechnik – das Füllen von Zahndefekten mittels eines plastischen Keramikwerkstoffes der in einer Kunststoffmatrix gebunden ist – war von Beginn an als Klebetechnik konzipiert.

Verfeinerungen der Komposit-„Rezeptur“ bis hin zu nanogefüllten, hochglanzpolierbaren, abrasionsstabilen, hochästhetischen und weitestgehend schrumpfresistenten Füllungswerkstoffen gingen mit der Verbesserung der Hafteigenschaften der Adhäsivsysteme einher, so dass die Kompositrestauration in Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Säure-Ätz-Mehrschicht-Technik ihr Indikationsgebiet immer mehr erweiterte und die über 100 Jahre bewährte, aber auch immer wieder angefeindete Amalgamfüllung (vgl. hierzu auch GOZ-Nrn. 205/207/209/211 Abschnitt 1.3.1) zunehmend verdrängt. Heute werden Kompositrestaurationen im Front- und Seitenzahnggebiet angefertigt, auch die frühere Beschränkung auf schmelzbegrenzte Defekte hat sich inzwischen auf die dentinbegrenzten Defekte im Zahnhalsbereich erweitert (siehe hierzu auch Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde DGZMK, Direkte Kompositrestaurationen im Seitenzahnbereich – Indikation und Lebensdauer, 2005).

1.2.2 Kompositaufbauten

Aufbaufüllungen dienen dazu verlorengegangene Zahnhartsubstanz zu ersetzen und den Zahn für eine Versorgung mit Inlays, Teilkronen und Kronen zu stabilisieren.

Kompositaufbauten bringen für diesen Zweck besonders gute Eigenschaften mit: Gegenüber Aufbaufüllungen aus Zementen gehen sie einen innigen Verbund mit der Restzahnschubstanz ein, was zu einer Stabilisierung des Präparationsstumpfes führt. Des Weiteren weisen sie eine ähnliche Härte wie die natürliche Zahnhartsubstanz auf, was sich bei der Präparation für Inlays, Teilkronen und Kronen positiv bemerkbar macht. Hier wird ebenfalls auf die gemeinsame Stellungnahme der DGZMK, DGZPW und der DGZ „Aufbaufüllungen für einen vitalen Zahn“ aus dem Jahr 2005 verwiesen.

1.2.3 Kompositrestaurationen und -aufbauten nach endodontischen Maßnahmen (Wurzelbehandlung)

Wurzelbehandelte Zähne weisen in aller Regel sehr große Defekte im Zahnkronenbereich auf. Diese sind einerseits durch die meist vorbestehende Karies, andererseits durch die Schaffung des Zugangs zum Wurzelkanal zwecks besserer Übersichtlichkeit bedingt. Durch das Aufbereiten der Wurzelkanäle (vgl. Kommentar GOZ-Nr. 241) wird der Zahn zusätzlich längs seiner Wurzel geschwächt. Dadurch bedingt kommt es häufig zu Frakturen der restlichen natürlichen Zahnschubstanz, sowohl im Kronen- als auch im Wurzelbereich. Um dies zu vermeiden wurden endodontisch vorbehandelte Zähne in der Vergangenheit fast regelhaft nach erfolgter Wurzelfüllung (vgl. Kommentar GOZ-Nr. 244) mit Kronen versorgt.

Die Schmelz-Dentin-adhäsive Säure-Ätz-Mehrschicht-Technik erlaubt es heute, dass der Indikationsbereich für Kronen auf wurzelbehandelten Zähnen enger gefasst und gleichzeitig der Indikationsbereich für adhäsiv befestigte Füllungen erweitert werden kann, denn diese ermöglichen es, annähernd die Festigkeit der natürlichen Zahnkrone eines vitalen, also nicht wurzelbehandelten Zahnes, wieder herzustellen. Kritisch dagegen wird die Versorgung von endodontisch vorbehandelten Zähnen mit nichtadhäsiven Füllungsmaterialien (wie z.B. Amalgam) von den Fachgesellschaften bewertet (vgl. Stellungnahme der DGZMK: „Aufbau endodontisch behandelte Zähne“ von 2003).

Auch das Einschrauben oder Zementieren von Metallstiften zur Wiederherstellung stark zerstörter Kronen wird heute wegen der hierdurch nachgewiesenen Schwächung der Zahnhartsubstanz kritisch beurteilt. Dem adhäsiven Einbringen von Keramik- oder Glasfaserstiften wird zunehmend der Vorzug gegeben.

1.2.4 Korrektur von Formdefekten, Fehlstellungen, Lückenbildungen, Verwachsungen und Strukturverfärbungen von Zähnen

Die Adhäsivtechnik erlaubt es heute, dass unschön geformte Zähne (z.B. Zapfenzähne, Zähne mit vergrößertem interdentalen Dreieck nach Parodontalbehandlung) oder lückig stehende Zähne umgeformt werden können, ohne dass dabei die Zähne beschliffen oder auf andere Weise traumatisiert werden

müssen. Früher wurden häufig naturgesunde Zähne unter Opferung wertvoller Zahnschubstanz für eine Überkronung beschliffen um eine ästhetisch befriedigendere Zahnform oder -stellung zu erreichen. Mittels moderner Adhäsivtechnik und Kompositmodellierung kann der Zahnarzt – unter der Voraussetzung in der Regel großen Zeitaufwandes – jetzt fast jede angestrebte Zahnform herstellen, ohne das nicht geringe Risiko einer Pulpenschädigung einzugehen, welches beim Präparieren eines Zahnes für eine Überkronung besteht (siehe auch Stellungnahme der DGZMK: „Das Risiko des Vitalitätsverlustes nach einer Überkronung von 1998“).

Der Übergang bzw. die Kombination oder Integration von diesen die Form korrigierenden Maßnahmen und der Restauration von Zahnschubstanzdefekten (häufig durch Karies, aber auch durch Traumata, Abrasion etc.) ist naturgemäß fließend bzw. häufig gegeben.

1.3 Weitere Indikationsgebiete für die Adhäsivtechnik sind:

– **Keramikinlays**

Es wird verwiesen auf den Kommentar zu GOZ-Nrn. 215, 216, 217, insbesondere Abschnitt 1.2.2.

– **Kronen und Teilkronen**

Es wird verwiesen auf den Kommentar zu GOZ-Nrn. 220, 221, 222, insbesondere Abschnitt 2.2.8.

– **Veneers**

Veneers oder „Verblendschalen“ sind Keramik- oder Kompositfacetten, die auf die sichtbaren Flächen der Front- oder vorderen Seitenzähnen, geklebt werden. Ihre Aufgabe ist es, subjektiv als zu dunkel oder unschön geformte Zähne aufzuhellen und/oder einer schöner empfundenen Form zuzuführen. Sie dienen primär einer besseren Ästhetik und haben in ihrer Reinform keinerlei zahnmedizinische Indikation, jedoch ist der Übergang z.B. zur Zahnschubstanz ersetzenden Teilkrone fließend.

Nach dem zurückhaltenden Abschleifen der Zahnfrontflächen und ggf. der Schneidekanten wird eine Abformung der beschliffenen Zähne vorgenommen und auf dem daraus resultierenden Gipsmodell im Dentallabor die „schöne Fassade“ kreiert. Danach werden die Veneers mittels Adhäsivtechnik eingegliedert. Da die Präparationsform für die Facetten keinerlei Retention aufweist, ist ihre Anfertigung ohne Adhäsivtechnik nicht denkbar.

– **Facettenreparaturen**

Es wird verwiesen auf den Kommentar zur GOZ-Nr. 232 insbesondere Abschnitt 1.3.

Darüber hinaus kommt die Adhäsivtechnik noch bei vielen anderen zahnmedizinischen Behandlungsmaßnahmen wie z.B. Klebebrücken, Adhäsivattachements, interdentale Schienen, Befestigen extrahierter Zahnkronen zur Interimsversorgung u.v.m. zum Einsatz.

2 Berechnung

2.1 Leistungsinhalt

Bei Restaurationen in Schmelz-Dentin-adhäsiver Säure-Ätz-Mehrschichttechnik (Kompositrestaurationen, Kompositaufbauten, Kompositrestaurationen nach endodontischer Behandlung, formkorrigierende plastische Maßnahmen) liegen die Voraussetzungen vor, eine analoge Berechnung nach § 6 Abs. 2 GOZ vorzunehmen, da es sich hierbei um ein erst nach In-Kraft-Treten der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vom 22.10.1987 entwickeltes neues Verfahren handelt. Materialien für das Dentinbonding sind in Deutschland erst seit 1993 auf dem Markt. Bereits 1998 veröffentlichte Stellungnahme des Hochschullehrers Prof. Dr. Dr. *Hans Jörg Stähle* sowie der DGZ (Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung) von 2001 bestätigt diese Auffassung:

Bewertung von Kompositfüllungen in Leistungskatalogen

Komposite und Dentinadhäsive zur Seitenzahnversorgung haben erst Anfang der neunziger Jahre eine hinreichende Praxisreife erlangt, so dass auch erst seit dieser Zeit in bestimmten klinischen Situationen der routinemäßige Einsatz empfohlen werden kann. Vor der Einführung der GOZ im Jahr 1987/1988 war der Entwicklungs-, Wissens- und Erfahrungsstand hingegen noch nicht hinreichend vorhanden, um Adhäsive und Komposite im Seitenzahnbereich im Praxisalltag anwenden zu können. Bei der Bewertung von Kompositfüllungen im Seitenzahnbereich muss berücksichtigt werden, dass sie einen erheblich größeren Zeitaufwand als Amalgamfüllungen benötigen und ihre Herstellung zudem mit einem erhöhten Material- und Geräteaufwand verbunden ist.

Noch einmal untermauert wird diese Auffassung in der Veröffentlichung der DGZMK vom Mai 2003 über direkte Kompositrestaurationen:

Der bisherige Leistungsinhalt der „klassischen Füllungstherapie“ beinhaltet lediglich das konventionelle Präparieren einer in der Regel mittelgroßen Standardkavität und das Auffüllen des entstandenen Defekts mit konventionellem plastisch verarbeitbarem Material. Auch die bisher vorliegenden Zeit- und Aufwandsmessungen beziehen sich auf diese tradierten Versorgungsformen.

Mit den hier beschriebenen Restaurationsarten kann hingegen nicht nur die vorhandene Zahnkontur vorteilhafter als bisher rekonstruiert werden. Darüber hinaus lässt sie sich befundbezogen unter Beachtung ästhetischer, phontetischer, kaufunktioneller und/oder parodontaler Gesichtspunkte Substanz scho-

rend und kavitätenunabhängig neu gestalten. Für diese neue Art von Leistungen gibt es weder Zeit- bzw. Aufwandserhebungen noch Leistungskataloge.

Dies hat, für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, der Erweiterte Bewertungsausschuss für zahnärztliche Leistungen in der GKV im Jahr 1996 ebenso gesehen und folgerichtig die neuen Leistungsbeschreibungen BEMA-Nr. 13 e–g für adhäsiv befestigte Komposit-Füllungen eingeführt (für Fälle der Amalgam-Kontraindikation, vgl. BEMA-Nr. 13).

Im Bereich der PKV wurde und wird gleichwohl mitunter immer noch die Berechtigung der Analogberechnung von dentinadhäsiv befestigten Mehrschicht-Komposit-Restaurationen zwischen der Wissenschaft bzw. Zahnärzteschaft und den Privaten Krankenversicherern kontrovers diskutiert, was eine beträchtliche Anzahl von Rechtsstreitigkeiten, z.B. Bereicherungsklagen von Privatversicherern gegen Zahnärzte, hervorgebracht hat.

Manche Private Krankenversicherer propagieren, unter Negierung der oben zitierten und vieler anderer gleich lautender Stellungnahmen von Sachverständigen, die Abrechnung habe nach den GOZ-Nrn. 205 ff. zu erfolgen.

Eine Analogiebildung käme nicht in Frage, u.a. da das Verfahren nicht verschieden von der Füllungstherapie der Nrn. 205 ff., schon vor In-Kraft-Treten der GOZ zur Praxisreife gelangt und lediglich weiterentwickelt worden sei.

Einige Amtsgerichte hatten sich in einschlägigen Rechtsstreiten dieser Auffassung angeschlossen, zuletzt z.B. auch das LG Frankfurt. Auf die zugelassene Revision hin hat der BGH (Urteil vom 23.01.2003, AZ.: III ZR 161/02) jedoch dieses Urteil aufgehoben und das Verfahren zur Hinzuziehung eines gerichtlichen Sachverständigen an das LG zurückverwiesen. Dort wurde am 24.11.2004 erneut verhandelt und auf Grund der Stellungnahmen mehrerer Universitätsgutachten entschieden, dass die Analogberechnung (nach GOZ-Nr. 215 ff.) rechtens sei (AZ 2-16 S 173/99).

Darüber hinaus haben in diesem Sinne allein in den Jahren 2004 und 2005 folgende Gerichte geurteilt:

VG Frankfurt am Main, Urteil vom 05.02.2004, AZ 9 E 3152/03 (V)

LG Saarbrücken, Urteil vom 12.02.2004, AZ 11 S 246/01

AG Merzig, Urteil vom 01.03.2004, AZ 3 C 273/03

AG Karlsruhe, Urteil vom 02.03.2004, AZ 3 C 429/02

AG München, Urteil vom 30.03.2004, AZ 155 C 36541/02

VG Saarland, Urteil vom 31.03.2004, AZ 3 K 19/01

AG Frankfurt, Urteil vom 25.05.2004, AZ 30 C 183/02-45

OVG Lüneburg, Urteil vom 22.06.2004, AZ 2 LA 282/03

AG Erlangen, Urteil vom 30.07.2004, AZ 3 C 2379/02

OLG München, Urteil vom 7.12.04, AZ 25 U 5029/02

LG Bonn, Urteil vom 4.5.05, AZ 5 S 216/04

Daher können, auch wenn eine höchstrichterliche Entscheidung immer noch aussteht, auf Grund der nunmehr vielfachen Bestätigung durch Gerichtsurteile Restaurationen in Schmelz-Dentin-adhäsiver Säure-Ätz-Mehrschichttechnik gem. § 6 Abs. 2 GOZ entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen berechnet werden.

Gleichwertig heißt, dass die vom Zahnarzt erbrachte Leistung ähnlich schwierig, ähnlich zeitaufwendig und betriebswirtschaftlich ähnlich kostenintensiv sein muss wie die „analog“ gewählte Leistung. Welche Leistung der Zahnarzt unter Berücksichtigung dieser Vorgaben als gleichwertig erachtet, ist grundsätzlich in sein Ermessen gestellt. Der Zahnarzt ist hier ganz individuell in die Pflicht genommen, entsprechend seiner Technik, seiner Kosten und seines Zeitaufwandes eine seinen Praxisbedingungen adäquate analoge Berechnung selbst vorzunehmen. Mögliche Analogpositionen bei Restaurationen in Schmelz-Dentin-adhäsiver Säure-Ätz-Mehrschichttechnik sind z.B. die GOZ-Nrn. 214 oder 215 bis 217.

Hierzu formuliert bereits 1999 das VG Stuttgart (AZ 17 K 7337/97):

(...) § 6 Abs. 2 GOZ verlangt nur die Orientierung an einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses, erfordert hingegen keine Gleichartigkeit. Auch vom Kosten- und Zeitaufwand her erscheint die Heranziehung der Gebührennummern 214 und 215 grundsätzlich gerechtfertigt. (...)

Der Berechnung nach den genannten Gebührenpositionen kann nicht entgegengesetzt werden, dass die Nrn. 215 bis 217 der GOZ Einlagefüllungen behandeln, wohingegen die „mehrschichtige Rekonstruktion mittels Dentinadhäsivtechnik“ eher den mit den Nrn. 205 bis 211 GOZ abgerechneten plastischen Füllungen vergleichbar ist.

Dennoch versuchen einige Versicherer bei der Erstattung Einschränkungen vorzunehmen. Zum Beispiel wird die Erstattung auf den 1,5fachen Gebührensatz beschränkt, da nur dieser Gebührensatz für die Leistung angemessen sei. Eine solche Leistungskürzung verstößt gegen die ständige Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes (BGH).

Mit Urteil des BGH vom 12.03.2003 (Az.: IV ZR 278/01) wurde festgestellt, dass eine PKV nicht berechtigt ist, die Erstattung auf ein von ihr behauptetes angebliches angemessenes Honorar des Zahnarztes herabzukürzen. Für die Kürzung fehlt es an einer Rechtsgrundlage. Eine solche Kürzung wäre nur dann berechtigt, wenn die Versicherungsbedingungen des einzelnen Versicherungsvertrages vorsehen, dass eine Erstattungsverpflichtung nur in angemessener Höhe der berechneten Behandlungsaufwendungen erfolgt.

Die Faktorbewertung obliegt gem. § 5 Abs. 2 der GOZ allein dem behandelnden Zahnarzt, denn nur er kann Schwierigkeiten und Zeitaufwand sowie die Umstände bei der Ausführung beurteilen und nach billigem Ermessen bewerten.

Für die Berechnung der Versorgung mit Veneers / Verblendschalen gilt dasselbe. Auch dieses neue Verfahren wird gem. § 6 Abs. 2 GOZ entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen berechnet (z.B. Analogie zur GOZ-Nr. 222).

Werden Veneers ohne medizinische Indikation rein aus ästhetischen Gründen angefertigt, so stellt dies eine Verlangensleistung dar, die nach § 2 Abs. 3 GOZ berechnet wird.

2.2 Zusätzliche berechnungsfähige selbstständige Maßnahmen

Zusätzliche selbstständige Maßnahmen, die möglicherweise im Zusammenhang mit Restaurationen in Schmelz-Dentin-adhäsiver Säure-Ätz-Mehrschichttechnik erbracht werden, jedoch nicht zum Leistungsinhalt dieser Nummern gehören, können gesondert berechnet werden. Dies sind u.a.:

- Untersuchungen und Beratungen (GOZ-Nr. 001, GOÄ-Nrn. 1 ff.),
- Vitalitätsprüfung (GOZ-Nr. 007),
- Röntgendiagnostik (GOÄ-Nrn. 5000 ff.),
- Schmerzausschaltung (GOZ-Nrn. 008, 009, 010, 011),
- besondere Maßnahmen beim Präparieren (GOZ-Nr. 203),
- Anlegen von Spanngummi (GOZ-Nr. 204),
- Maßnahmen zur Erhaltung der vitalen Pulpa (GOZ-Nr. 233),
- Maßnahmen zur Erhaltung der freiliegenden vitalen Pulpa (GOZ-Nr. 234),
- Wurzelbehandlungsmaßnahmen (GOZ-Nrn. 235 bis 244),

2.3 Gebührenhöhe

Die Bestimmung der Gebührenhöhe der Restaurationen in Schmelz-Dentin-adhäsiver Säure-Ätz-Mehrschichttechnik erfolgt nach § 5 GOZ. Auf den Kommentar zu § 5 GOZ wird verwiesen.

Spezielle Kriterien zur Bestimmung der Gebührenhöhe können u.a. sein:

- erschwerte Umstände durch Allgemeinerkrankungen bzw. Allgemeinzustand,
- erschwerter Mundzugang (Mundsperrre, Adipositas, Herpes o.Ä.),