

Mikroendodontische Therapie/ Dentalmikroskop

Kommentar:

1 Begriffsbestimmung und Indikation

Zwei technische Entwicklungen haben seit den 90er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts (siehe hierzu auch gesonderte Seiten „moderne endodontische Behandlungsmethoden“ vor den endodontischen Gebührennummern) maßgeblich zur veränderten Betrachtungsweise der Endodontie und daraus resultierend zu einer modifizierten endodontischen Behandlung beigetragen:

1. die Einführung von Wurzelkanalinstrumenten aus Nickel-Titan-Legierungen, die durch das dem neuen Material innewohnende Rückstellvermögen die Aufbereitung von Wurzelkanälen ermöglicht, die bis zur Einführung der Nickel-Titan-Instrumente als nicht aufbereitbar gelten mussten (vgl. GOZ-Nr. 241) und
2. die Einführung des Dentalmikroskops, die die visuelle Kontrolle der Wurzelbehandlung revolutioniert.

Unter einem Dentalmikroskop versteht man ein speziell für die endodontischen Belange entwickeltes Mikroskop. Basierend auf den Entwicklungen der Mikroskope für die Mikrochirurgie wurden spezielle, bis zu 30-fach vergrößernde Optiken, lichtstarke koaxiale Lichtzufuhren und Zusatzgeräte (Instrumentarium für dentalmikroskopisches Arbeiten, Lagerungshilfen für den Patient u.v.m.) entwickelt und dabei die spezifischen Anforderungen an die zahnmedizinischen Behandlungspositionen gerätebaulich berücksichtigt.

Das endodontische Arbeiten mit dem Mikroskop bringt einige Vorteile mit sich, die in ihrer Gesamtheit zu einer deutlich besseren Prognose der Wurzelbehandlung beitragen:

Zum einen ist dies naturgemäß die Vergrößerung selbst. Zum anderen ist es die perfekte, direkte Ausleuchtung des Arbeitsfeldes, die ausschließlich durch das Dentalmikroskop zu erreichen ist. Durch die direkte, stufenlos in ihrer Stärke einstellbare Beleuchtung, deren Lichtstrahl durch die Optik des Mikroskops parallel zur Blickrichtung des Behandlers verläuft, können dem erfahrenen Zahnarzt alleine aufgrund unterschiedlicher Färbung des Pulpenbodendentins Hinweise auf versteckte oder verkalkte Wurzelkanaleingänge vermittelt werden.

So ist z.B. die Suche nach dem 4. Wurzelkanal eines oberen ersten Oberkieferbackenzahns (Sechsjahrmolar) nachgewiesenermaßen mit dem Mikroskop erfolgreicher als ohne Vergrößerungshilfe oder mit nur schwächerer Vergrößerung (z.B. Lupenbrille). Auch bei allen anderen Zähnen ist das Auffinden

akzessorischer (zusätzlicher) Kanäle ab einer gewissen Kleinheit praktisch nur mit einem Dentalmikroskop möglich. Auch das Freilegen verkalkter Kanalabschnitte ist auf diese Weise möglich geworden.

Mit dem Dentalmikroskop können darüber hinaus Abweichungen von der erwarteten Kanal Anatomie wie beispielsweise Einziehungen, Konfluenzen und Gabelungen sowie Risse, Sprünge und Frakturen des Pulpenbodens oder Frakturen von Wurzelkanalwandabschnitten festgestellt werden. Gerade die Diagnostik von Kanalperforationen – und erst recht deren Verschluss z.B. mit MTA (Mineral-Trioxid-Aggregat) – dürften aufgrund ihrer Diffizilität ausschließlich einer Behandlung unter dem Mikroskop vorbehalten sein. Auch das Entfernen frakturierter Wurzelkanalinstrumente muss eher der Domäne des mit einem Mikroskop ausgestatteten Behandlers zugerechnet werden.

Alle zuletzt hier aufgeführten Behandlungsmaßnahmen sind nicht Bestandteil der in der GOZ formulierten bekannten endodontischen Gebührenpositionen. Sie stellen keine Erweiterung von Trepanation, Wurzelkanalaufbereitung oder Wurzelfüllung dar. Sie sind eigenständige, durch das Arbeiten unter dem Mikroskop erst ermöglichte Maßnahmen und sind daher auch unter dem eigenen Kapitel Endodontische Revisionsbehandlung, Seiten GOZ V – 2.2 – 185 ff. im Kommentar neu enthalten.

Den großen medizinischen Vorteilen und neuen Perspektiven des Arbeitens mit Mikroskop stehen jedoch erschwerte Arbeitsbedingungen gegenüber:

Zwar wirbt die Dentalbranche beim Verkauf eines Mikroskops mit den angeblichen Vorzügen des ergonomischen Arbeitens. Zwar sitzt der Behandler bei Benutzung eines Mikroskops aufrecht in einer 9-bis-12-Uhr-Position am Patienten, jedoch entspricht diese starre Haltung über einen langen Zeitraum hinweg keinesfalls dem, was heutzutage als physiologisch betrachtet wird.

Schon eine kleine Bewegung der Optik oder das Zurechtrücken des Patienten können den zu behandelnden Zahn in eine ungünstigere Perspektive oder ganz außer Sicht geraten lassen. Um ein wiederholtes umständliches Nachjustieren zu vermeiden, ist daher die höchste Konzentration des Zahnarztes, aber auch besondere Disziplin und Mitarbeitsbereitschaft (Compliance) des Patienten gefordert.

Um den Einstieg in den zuvor in dieser Form nie gekannten Einblick in das Zahninnere zu begleiten, werden eigens Fortbildungen angeboten. Auch die zahnmedizinische Fachangestellte muss speziell geschult werden, um dem Zahnarzt ein Arbeiten zu ermöglichen, das nicht durch das Abwenden des Blicks vom mikroskopisch vergrößerten Arbeitsfeld unterbrochen wird. Ihre Verantwortung bezüglich der richtigen Einstellung der Instrumentenlänge, der Handreichung der richtigen Spüllösung zum richtigen Zeitpunkt, des Trocknens und Absaugens des Arbeitsfeldes, des Austausches von durch Sprühnebel und aus dem Wurzelkanal stammenden Kleinstpartikeln verunreinigten Mundspiegels usw. nimmt deutlich zu.

Die um ein Vielfaches längere Behandlungszeit beim Arbeiten mit dem Dentalmikroskop begründet sich direkt in der durch das Mikroskop bedingten, verdeutlichten Darstellung dentaler Strukturen. Vielleicht kann man es auch auf die schlichte Formel bringen: Mehr sehen können heißt mehr tun müssen!

Eine ohne Vergrößerung sauber und glatt erscheinende Dentinoberfläche stellt sich unter dem Mikroskop oft immer noch als in einzelnen Bereichen kariös oder mit Auflagerungen organischen Ursprungs (Bakterien, Pulpengewebe) durchsetzt dar. Das Bearbeiten dieser Bereiche kann zum Freilegen zusätzlicher Kanalausbuchtungen oder -eingänge führen, was wiederum zu einem erhöhten Zeitaufwand durch weitere Kanalaufbereitung und Bearbeitung verunreinigter Dentinoberflächen führt, usw. usf.

Durch Adaption einer Kamera oder eines Videorecorders am Mikroskop kann jeder Arbeitsschritt zur Kontrolle und/oder zur Dokumentation der Wurzelbehandlung in besonders beeindruckender Weise festgehalten werden. Wird diese Form der Dokumentation vom Patienten gewünscht, handelt es sich nicht um eine medizinisch notwendige Maßnahme. Diese kann deshalb als Verlangensleistung gesondert in Rechnung gestellt werden.

Wegen dem deutlich höheren systembedingten Arbeitsstress, der mitunter sehr langen Behandlungszeit, dem hohen Kostenrisiko und der ungesicherten rechtlichen Lage einer adäquaten Honorierung und nicht zuletzt wegen des hohen Anschaffungspreises eines Dentalmikroskops (20 000 bis 50 000 Euro) zögern viele endodontisch ambitionierte Zahnärzte mit der Anschaffung eines Mikroskops. Dadurch bleibt einer Vielzahl von Patienten der Erhalt so manchen Zahnes durch eine *mikroendodontische Therapie* verwehrt. Stattdessen kommt es zur Entfernung des Zahnes mit der Folge der Notwendigkeit von prothetischen oder implantatprothetischen Versorgungen.

2 Berechnung

Erst Ende der 90er-Jahre hat in Deutschland das Dentalmikroskop Praxisreife erlangt. Seit dieser Zeit gibt es erst praxistaugliche, für die spezifischen Belange mikroendodontischer Eingriffe geeignete Mikroskope und Zusatzinstrumente, welche eine Weiterentwicklung der sogenannten Operationsmikroskope für die Mikrochirurgie darstellen. 1988, zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der aktuellen GOZ, war eine Behandlung mit Dentalmikroskopen nicht möglich.

Die Anwendung eines Dentalmikroskops bzw. die Durchführung mikroendodontischer Maßnahmen stellt eine eigene Therapieform dar, vergleichbar mikrochirurgischen oder mikroendoskopischen Behandlungsmaßnahmen in der Medizin. Die Einstufung als neue selbstständige Therapieform bzw. Leistung, die nicht in der GOZ von 1988 enthalten ist bzw. enthalten sein kann, leitet bei der Berechnung mikroendodontischer Maßnahmen hin zur Anwendung von § 6 (2) zur sogenannten Analogberechnung.

Danach ist eine selbstständige zahnärztliche Leistung, die erst nach Inkrafttreten der GOZ entwickelt worden ist, entsprechend einer nach Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung der GOZ zu berechnen.

Während Kosten- und Zeitaufwand klar zu verifizieren sind, ist eine artentsprechende Berechnung mikroendodontischer Maßnahmen kaum möglich, da die über 20 Jahre alte Gebührenordnung keinerlei Behandlungsmaßnahmen mikroskopischer Dimension aufweist. Demnach obliegt es dem Zahnarzt, hier insbesondere hinsichtlich Zeit- und Kostenaufwand geeignete Analogien zu bilden.

Möglicherweise kann eingewendet werden, dass die Anwendung eines Dentalmikroskops keine selbstständige Leistung sei, sondern nur eine Teilleistung einer anderen endodontischen Behandlungsmaßnahme. Basierend auf dieser Einschätzung wird die Rechtsprechung des BGH in seinem Urteil vom 13.05.2004 (Az.: III ZR 344/03) zu dem gebührenrechtlichen Problem, was zu tun ist, wenn in einer „Zielleistung“ sehr zeitintensive und aufwendige Einzelschritte nicht enthalten sind, da diese beim Inkrafttreten der Gebührenordnung noch nicht bekannt waren.

Die Schlussfolgerungen zu dieser Problematik werden im Folgenden ausführlich dargelegt:

Zuerst einmal regelt § 4 (2) GOZ: „Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Zahnarzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet.“ Gleiches gilt für § 4 (2a) GOÄ.

Besondere Umstände bei der Ausführung sowie besonderer Zeitaufwand finden daher zuerst einmal über die Bemessung der Gebühr auf der Grundlage eines gegebenen Gebührenrahmens (einfach bis dreieinhalbfach) ihre Berücksichtigung.

Brück zeigt hierzu in seinem Kommentar zur GOÄ-Nr. 2005 klar logisch gegliedert Folgendes auf:

„Es kann keine Analogbewertung für Leistungen geben, die sich lediglich durch einen besonderen Zeitaufwand, einen besonderen Schwierigkeitsgrad oder besondere Umstände der Leistungsausführung von Leistungen unterscheiden, die bereits im Gebührenverzeichnis enthalten sind ...

Aus der fehlenden Möglichkeit, strukturelle Änderungen in der Art und Technik der Leistungserbringung durch Analogbewertungen in einem unveränderten Gebührenverzeichnis nachzuvollziehen, ergibt sich die Notwendigkeit einer möglichst flexiblen und regelmäßigen Weiterentwicklung des Gebührenverzeichnisses der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte, um den Anschluss an die medizinische Entwicklung nicht zu verlieren.“

Die geforderte flexible und regelmäßige Anpassung der Gebührenordnung betrifft hier zwar die GOÄ, welche immerhin 1996 schon einmal angepasst worden war, aber diese Anpassung ist selbstverständlich für die noch einmal 10 Jahre ältere, nie angepasste GOZ erst recht zu fordern.

Auch der BGH zeigt mittlerweile in Urteilen (z.B. auch das Materialkostenurteil vom 27.05.2004 mit Az.: III ZR 264/03) ein Gespür für die zunehmende Diskrepanz zwischen der medizinischen Realität und der Abbildung derselben in den ärztlichen Gebührenordnungen und sieht Regelungsdefizite. Im Folgenden soll das **BGH-Urteil vom 13.05.2004 (Az.: III ZR 344/03)** diesbezüglich näher erläutert werden:

Grund der Klage vor dem BGH war ein Rechtsstreit über die richtige Liquidation einer Radikaloperation einer bösartigen Schilddrüsengeschwulst (GOÄ-Nr. 2757). Diese wurde nach der modernen Methode der Kompartimentausräumung vorgenommen, die sich darin von der traditionellen Radikaloperation unterscheidet, dass sie einen besonders schonenden (erhaltenden) Umgang mit den Nerven und Gefäßen des OP-Gebiets mit sich bringt, der einen zeitlichen Mehraufwand vom zwei- bis vierfachen im Vergleich zum konventionellen Radikalverfahren nach GOÄ-Nr. 2757 bedeutet.

Da die Kompartimentausräumung (als Kompartimente bezeichnet man die vier jeweils beidseitig der Schilddrüse vorhandenen Gewebsbezirke, in denen die lokalen bzw. regionalen Lymphabstromgebiete der Schilddrüse sich befinden) erst Anfang bis Mitte der 90er-Jahre beschrieben wurde, ist deren Methodik dem Verordnungsgeber bei der Schaffung der GOÄ nicht bekannt gewesen und hat daher weder einen Niederschlag bei der Punktzahlbewertung der GOÄ-Nr. 2757 noch in einer anderen GOÄ-Nummer gefunden. Im Originalton des Urteils: *„Hieraus ergibt sich das Problem, dass ein einer Zielleistung zuzuordnender Einzelschritt nicht abrechnungsfähig ist, andererseits die Zielleistung in ihrer Bewertung – das ist ja der wesentliche Sinn ihrer Beschreibung – den ihr methodisch zuzuordnenden Einzelschritt möglicherweise nicht umfasst, etwa weil er bei ihrer Beschreibung noch nicht bekannt war.“*

Der BGH sieht also dann eine Regelungslücke, wenn die Zielleistung nur eine Teilmenge der tatsächlich vorgenommenen ärztlichen Leistung darstellt.

Ebenfalls ist für den BGH bei der Beurteilung wesentlich, dass ein zwei- bis vierfacher Zeitaufwand der tatsächlichen Leistung vorliegt im Vergleich zur „alten“ Leistung.

Der BGH kommt daher zu folgenden Überlegungen hinsichtlich einer sachgemäßen Liquidation:

Richtig ist, dass primär § 5 (2) der GOÄ dem Arzt die Möglichkeit eröffnet, seine Gebühren an Schwierigkeit, Zeitaufwand und Umstände der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. *„Danach besteht durchaus die Möglichkeit, in dem durch den Rahmen begrenzten Umfang auch Besonderheiten Rechnung zu tragen, die auf eine neue Behandlungsmethode und Ent-*

wicklungen der medizinischen Wissenschaft zurückgehen. Es ist aber nicht die Aufgabe der Vorschrift, für eine angemessene Honorierung solcher Leistungen zu sorgen, für die eine Analogberechnung in Betracht kommt (vgl. zum Verhältnis von § 6 Abs. 2 GOZ zu § 5 Abs. 2 GOZ Senatsurteil vom 23. Januar 2003 – III ZR 161/02 – NJW-RR 2003, 636, 637). Ein solches Verständnis nähme dem Arzt die Möglichkeit, den Gebührenrahmen wegen anderer, gleichfalls vorliegender Umstände auszuschöpfen.“

Dies bedeutet, dass in denjenigen Fällen, in denen schon durch die grundsätzlich mit anderen Umständen versehene erweiterte Operationsmethode der gegebene Gebührenrahmen „von vornherein“ ausgeschöpft ist, die individuell anderen bestehenden Erschwernisse bei der Durchführung der Leistung keine Berücksichtigung mehr finden können, was gegen den Inhalt des § 5 (2) verstößt. Daher ist eine andere Lösung zu suchen.

Diese kann jedoch nicht im Verweis auf die Vereinbarung einer abweichenden Gebührenhöhe nach GOÄ § 2 (1) liegen, wie der BGH weiter fortfährt:

„Dem Arzt kann auch nicht angesonnen werden, sich in Fällen, in denen die Anwendung der Gebührenordnung für Ärzte wegen eines möglichen Regelungsdefizits Zweifel aufwirft, durch Abschluss einer Vereinbarung ein angemessenes Honorar zu sichern. Da durch eine solche Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 Satz 1 GOÄ lediglich eine abweichende Gebührenhöhe festgelegt werden kann, sind die im Gebührenverzeichnis beschriebenen Leistungen einschließlich der Punktzahlen und Punktwerte für die Abrechnung gleichermaßen verbindlich. Würde der Arzt eine analoge Berechnung von Leistungspositionen für berechtigt halten, auf eine entsprechende Abrechnung jedoch zur Vermeidung von Streit verzichten wollen, könnte er das aus seiner Sicht angemessene Honorar nur durch die Vereinbarung von Steigerungsfaktoren erreichen, die unter Umständen erheblich über den Rahmen des § 5 Abs. 2 GOÄ hinausreichen. Abgesehen davon, dass eine solche Verfahrensweise auf Widerstand der privaten Krankenversicherer stoßen würde, liefe sie auch auf eine scheinbare Kommerzialisierung ärztlicher Leistungen hinaus, die die Tätigkeit des Arztes unzumutbar erschweren könnte.“

Unter dem Stichwort einer unzumutbaren Kommerzialisierung der ärztlichen Tätigkeit wird dieser Lösungsweg der Suche einer angemessenen Liquidationshöhe vom BGH klar abgelehnt. Kommerzialisieren bedeutet nach dem Duden, ideelle Werte, die eigentlich nicht zum Bereich der Wirtschaft gehören, dem Gewinnstreben dienstbar machen.

Daher folgt: *„Der Senat hält es jedoch für zulässig, die Regelungslücke in Bezug auf die hier vorgenommene Operation durch eine weitere, den Gebührenrahmen ausschöpfende Berechnung der Gebührennummer 2757 nach § 6 Abs. 2 GOÄ zu schließen.“*

Als Fazit kommt der BGH also zum Schluss, dass in denjenigen Fällen, in denen die nach der GOÄ liquidierbare Leistung nur Teilinhalte der tatsächlichen Leistung enthält, die in der GOÄ enthaltene alte liquidierbare Leistung ein zweites Mal im Análogoschluss berechnen zu können für den bedeutenden durch die aufwendige Operationstechnik bedingten Aufwand und den bedeutenden zeitlichen Mehraufwand (Az.: III ZR 161/02).

Inwieweit können nun die Ausführungen zu diesem BGH-Urteil auf die Gegebenheiten moderner endodontischer Therapieverfahren übertragen werden?

Vergleicht man nun das herkömmliche Verfahren, mit dem Mitte der 80er-Jahre Wurzelkanalaufbereitungen vorgenommen wurden, mit den modernen endodontischen Möglichkeiten im Jahre 2009, so kann man sagen, dass bei der Verwendung der modernen Techniken und den hieraus resultierenden endodontischen Möglichkeiten mit hieraus wiederum resultierenden exzessiv erhöhtem Zeitaufwand sich ein durchaus vergleichbarer Sachverhalt zur geschilderten Problematik der weiterentwickelten Schilddrüsenoperationstechniken ergibt.

Insofern ist auch eine rechtliche Gleichbehandlung zu fordern. Dies bedeutet, dass bei der Anwendung moderner endodontischer Verfahren unter Einsatz etlicher Behandlungsstunden unter dem OP-Mikroskop ein adäquates Liquidationverfahren für die Behandlung darin liegt, die jeweilige Wurzelkanalaufbereitung je Kanal **ein zweites Mal im Analogverfahren** nach GOZ-Nr. 241 anzusetzen.

Gleiches gilt auch für die Wurzelfüllung (GOZ-Nr. 244).

Inwieweit sich diese Forderung in der Realität durchsetzen lässt, wird wohl nur durch bislang noch fehlende richterliche und ggf. höchstrichterliche Urteile definitiv zu beantworten sein. Der schieren Logik nach kann dieser Argumentation allerdings nichts entgegengehalten werden.