

Kaum ein Regulativ steuert so maßgeblich die Therapiefreiheit des Implantologen, die zahnärztliche Aufklärungspraxis und das Erstattungsverhalten der Kostenträger wie der Beschluss der Konsensuskonferenz Implantologie zu den Indikationsklassen in der Implantologie vom 7.10.2014. Dabei belässt der Beschluss dem Behandler in den maßgeblichen Punkten erhebliche Entscheidungsspielräume – wo, wie viele und welche Implantate vorgesehen werden.

Michael Zach
[Infos zum Autor]



Implantologische Indikationsklassen in der Praxis

RA Michael Zach

1. Zahnersatz: je Zahn ein Implantat

Der Beschluss legt als Grundsatz fest, dass die optimale Therapie des Zahnverlustes der Ersatz eines jeden einzelnen Zahnes durch ein Implantat ist. Hiervon ausgenommen sei aus anatomischen Gründen der Zahn acht eines jeden Quadranten. Die Notwendigkeit des Ersatzes des jeweils siebten Zahnes sei individuell kritisch zu würdigen und im Rahmen einer Abwägung durch den Zahnarzt zu entscheiden. Bei dieser Würdigung sei insbesondere zu berücksichtigen, dass das Knochenangebot im Bereich der 7er in aller Regel besser sei als im Bereich der 5er, und zwar mit einer Differenz von mehreren Millimetern. Dies könnte im Einzelfall im Rahmen einer Abwägung den Ausschlag dafür geben, die Indikation und Ersatzwürdigkeit einer Implantation des 7ers zu bejahen. Hier ist das zahnärztliche Ermessen ausdrücklich erwünscht und der Einwand eines Kostenträgers, dass die Ersetzung eines 7ers niemals in Betracht kommen könne, wäre falsch. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass manche Versicherungstarife der privaten Krankenversicherung die Ersetzung des 7ers durch ein Zahnimplantat kategorisch ausschließen (offenbar motiviert durch den tariflichen Leistungsausschluss für die prothetische Verblendung dieses Zahnes). Die Ersetzung des Zahnes 17 kann aber beispielsweise dann geboten sein, wenn die Kaufläche des Antagonisten dies erfordert, auch wenn hierzu ein vorheriger Knochenaufbau in dieser Region erforderlich wird (LG Köln, Urt. v. 5.3.2014, 23 O 264/10).



2. Keine schematische Deckelung der Implantatanzahl

„Diese quantitativen Angaben können einen gewissen Richtwert darstellen, der die Entwicklung hin zur Zahnlosigkeit des Einzelfalles niemals berücksichtigt.“

Gleichwohl kann die optimale Therapie, d.h. die Ersetzung eines Zahnes durch ein jeweiliges Implantat, aus verschiedensten Gründen nicht immer durchgeführt werden oder wird nicht immer gewünscht. Zur Orientierung hat die Konsensuskonferenz Implantologie für den zahnlosen Oberkiefer (Indikationsklasse III A) acht Implantate und für die Versorgung mit festsitzendem Zahnersatz im zahnlosen Unterkiefer sechs Implantate (Indikationsklasse III B) vorgesehen. Diese quantitativen Angaben können einen gewissen Richtwert darstellen, der die Entwicklung hin zur

Zahnlosigkeit des Einzelfalles niemals berücksichtigt. Sind die einzelnen Zähne über die Jahre hinweg sukzessive ausgefallen oder gezogen worden und wurden sie zeitnah jeweils durch Einzelimplantate ersetzt, besteht kein Zweifel daran, dass ein jedes Implantat von einer klaren medizinischen Indikation getragen ist. Nichts anderes kann gelten, wenn sämtliche Zähne durch Unfall oder Extraktion uno actu verloren gehen, insbesondere ist das Therapie-Ermessen nicht darauf beschränkt, die Lücken mit Implantatkonstruktionen zu überbrücken oder statt der idealen Therapie einer 1:1-Ersetzung Überbrückungen vorzusehen.

3. Keine Verweisung auf Überbrückung der Lücken

Die pauschalisierende Vorgabe der Konsensuskonferenz ist letztlich durch Wirtschaftlichkeitserwägungen motiviert, da im Zeitpunkt der Versorgung häufig bereits mehrere Zähne fehlen und die Überlegung entsteht, ob diese wirklich in jedem Zahnbett durch ein eigenständiges Implantat versorgt werden müssen oder aber prothetische Überbrückungen medizinisch möglich und wirtschaftlich eher vertretbar sind. Ausgehend von dem Grundsatz, dass überall dort, wo ein Zahn fällt auch ein Implantat hinkommt und der so verstandene optimale Dentalzustand umso eher erreicht wird, je mehr Implantate je ausgefallenem Zahn gesetzt werden, darf von einer Deckelung und Einschränkung des medizinischen Versorgungsanspruchs des Patienten indes nur mit Zurückhaltung Gebrauch gemacht werden. Denn ansonsten würde der Patient auf die prothetische Versorgung (mit Hilfsmitteln) verwiesen werden, obwohl eine originäre Heilung (mit Implantaten) möglich wäre. Zu bedenken ist bei einer quantitativen Begrenzung stets, dass bei einem sukzessiven Einzelversagen der Zähne auch sukzessive Implantate zur Ersetzung des gerade entfallenen Zahnes indiziert wären. Der Umstand einer erforderlich werdenden Gesamtversorgung rechtfertigt also nicht eine Reduktion der an sich und aus medizinischen Gründen gebotenen Implantatanzahl.



4. Gesamtabwägung: Implantattyp, -länge, -durchmesser und -anzahl

Ein weiteres Kriterium in der Abwägung bilden die eventuell kürzere Länge und der geringere Durchmesser des von dem Behandler gewählten Implantates dergestalt, dass diese Implantat-

Reduzierung von Knochen-Movement beigemessen hat, ergibt sich aus dem expliziten Hinweis darauf, dass der Behandler sich entscheiden kann, gerade solche Implantate zu verwenden, die das vorhandene Kieferknochenangebot vermehrender chirurgischer Eingriffe vermeiden. Sofern er aus diesem Grund kurze Implantate, Bicorti-

reits der Therapie, die aufgrund der zeitlichen Vorverlagerung und des virtuellen Charakters verselbständigt ist. Es besteht somit eine eigenständige Abrechenbarkeit aufgrund einer Analogie nach § 6 GOZ (GOZ-Ausschuss der LZK Baden-Württemberg, *Zahnärzteblatt Baden-Württemberg* 1/22). Hierzu bietet sich die analoge Abrechnung der Ziffern 5370/5377 GOÄ an, da die direkte Anwendung dieser Ziffern ausschließlich die Anfertigung und die Befundung der DVT-Aufnahme erfasst. Es erscheint auch angemessen, die virtuelle Implantation als dynamischen Vorgang aufgrund ihrer weichenstellenden Bedeutung für die Operation mit zumindest demselben Honorar zu belegen, wie die Befundung der statischen Bildgebung.

6. Fazit

Nur selten setzen sich private Krankenversicherungen vor Gerichten mit dem Argument durch, dass eine zu große Anzahl von Zahnimplantaten vorgesehen ist, obwohl sie sich hierbei auf die quantitativen Regelvorgaben der Konsensuskonferenz Implantologie durchaus berufen können. Sie verkennen dabei schnell, dass es sich hierbei letztlich um eine regelhafte Empfehlung ohne Bezug zu einem konkreten Versorgungsanspruch handelt. Abweichende Versorgungsformen etwa im Hinblick auf das Design, Implantatdurchmesser und -länge sowie unterschiedliche Verankerungstechniken (Osseointegration oder -fixation) werden ausdrücklich in das therapeutische Ermessen gestellt. Gleichwohl verstehen Versicherer diese Regelvorgaben als schematisch anzuwendende Regulierungsmuster und verkürzen so unzulässig den Versorgungsanspruch ihrer Versicherten.

„Nur selten setzen sich private Krankenversicherungen vor Gerichten mit dem Argument durch, dass eine zu große Anzahl von Zahnimplantaten vorgesehen ist, obwohl sie sich hierbei auf die quantitativen Regelvorgaben der Konsensuskonferenz Implantologie durchaus berufen können.“

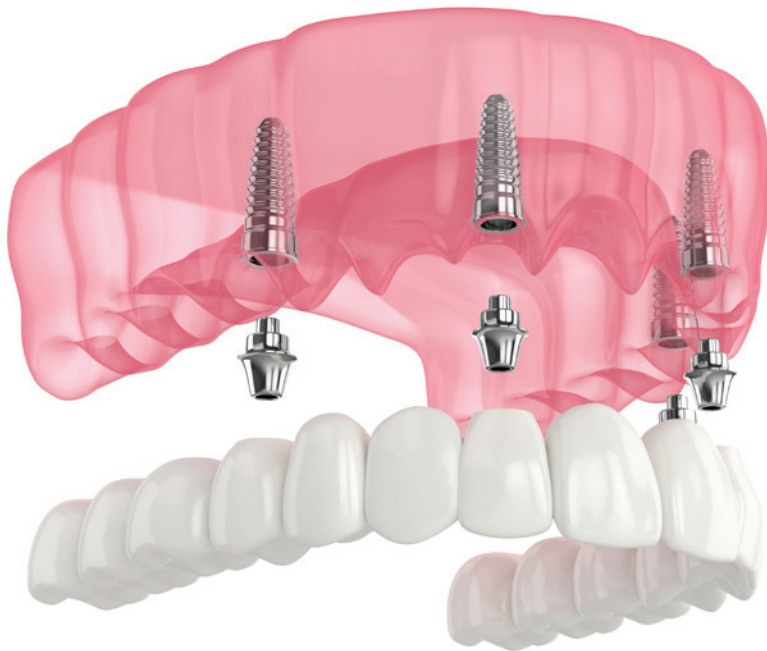
besonderheiten durch eine therapeutische Entscheidung, z. B. für eine höhere Implantatanzahl, ausgeglichen werden können. Zum Teil können Implantation zur Abstützung einer zirkulären Brücke im Unterkiefer acht und im Oberkiefer zehn oder mehr Implantate erforderlich sein.

Schließlich ist im Rahmen der Abwägung des Behandlers zur Anzahl der einzubringenden Implantate auch zu berücksichtigen, dass der Umfang des Knochen-Movements durch die Planung einer erhöhten Implantatanzahl zumindest reduziert werden kann. Das besondere Gewicht, das die Konsensuskonferenz Implantologie der

calschrauben (BCS) oder durchmesser-reduzierte Implantate verwendet, kann dies durchaus, gegenüber der im Regelfall vorgesehenen Implantatdichte, eine erhöhte Anzahl von Zahnimplantaten rechtfertigen (LG Stuttgart, Urt. v. 10.3.2022, 3 O 511/20, betreffend 19 bicortical-basale Implantate mit Osseofixation, [BCS]).

5. Gesamtplanung durch virtuelle Implantation

Wird die Planung von dem Chirurgen präoperativ und virtuell durchgeführt, ist dies nicht mehr der initialen Diagnostik zugeordnet, sondern be-





Richtig in Position gebracht.
Für eine stabile Partnerschaft.



Vorhersagbare Behandlungsergebnisse sind eine Teamleistung aus Chirurgie, Prothetik und Zahntechnik. Der DEDICAM Implantat-Planungsservice ist Ihr starker Partner für belastbare Restaurationen. Steigern Sie mit uns Ihre Effizienz in der Planung und in der Chirurgie.

www.camlog.de/cadcam

patient28^{PRO}
Schützt Ihre Implantatversorgung

a perfect fit

camlog