

» Leitfaden für den implantologischen Gutachter

Gemäß Ziffer VII. der Richtlinie des
Gemeinsamen Bundesausschusses für eine
ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche
vertragszahnärztliche Versorgung im System
der gesetzlichen Krankenversicherung

KASSENZAHNÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG **KZBV**



Inhalt

Vorwort	5
1. Der implantologische Gutachter in der gesetzlichen Krankenversicherung	6
1.1 Allgemeine Rechtsgrundlagen	6
1.2 Die Rolle des implantologischen Gutachters	7
2. Einleitung des Gutachterverfahrens	8
2.1 Verfahren bei (Erst-)Gutachten	8
2.2 Verfahren bei Obergutachten	9
3. Durchführung der Begutachtung	10
3.1 Vorbereitung des Gutachtens	10
3.2 Prüfung der Unterlagen auf Vollständigkeit	11
3.3 Prüfung der Ausnahmeindikation	11
3.4 Prüfung konventionelle Versorgung	12
3.5 Prüfung Behandlungsplanung / Wirtschaftlichkeit	13
4. Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen	14
4.1 Erläuterungen zu den Indikationen	14
4.2 Keine Ausnahmeindikation: Kriterium „Atrophie“	17
5. Differenzierung Ausnahmeindikationen / Ausnahmefälle	18
6. Aufbau des Gutachtens	20
6.1 Formularblatt „Begutachtung“	20
6.2 Schriftliche Begründung	21
7. Liquidation	22
Anhang 1: Rechtsgrundlagen für den implantologischen Gutachter	24
1.1 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V)	24
1.2 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	26
a) Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinien) in der ab 18.06.2006 gültigen Fassung	26
b) Richtlinien über eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Zahnersatz-Richtlinie) in der ab 01.01.2008 gültigen Fassung	27
1.3 Gutachtervereinbarung BMV-Z / EKV-Z	28
Anhang 1: Begutachtungsvordruck (Vorderseite)	30
Anhang 1: Begutachtungsvordruck (Rückseite)	31
Anhang 2: Gebühren für Gutachten	32
Anhang 2: Aktuelle Urteile	34
Anhang 3: Musterschreiben „keine Ausnahmeindikation“	38
Musterschreiben 1 „Kieferatrophie liegt vor“	38
Musterschreiben 2 „konventionelle prothetische Versorgung ist möglich“	41
Anhang 4: Statistische Fallzahlen der Gutachten und Obergutachten	44
Anhang 5: Gutachterverzeichnis	52

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Methoden der modernen Implantologie erlauben heute eine Rekonstruktion des stomatognathen Systems im Sinne der Wiederherstellung einer ausreichenden Kaufunktion auch in Fällen stark geschädigter anatomischer und neurologischer Strukturen. Damit tragen sie dazu bei, die Lebensqualität schwerstbetroffener Patienten zu verbessern und ihnen die soziale Teilhabe zu ermöglichen – beides Aufgaben, für die in der gesetzlichen Krankenversicherung die Solidargemeinschaft einsteht. Die KZBV unterstützt hierbei die implantologisch tätigen Zahnärzte im Dienste des Patienten.

Implantologische Leistungen gehören grundsätzlich nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Von dieser Regel hat der Gesetzgeber für besonders schwere Fälle Ausnahmen zugelassen, die als Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) konkretisiert sind.

Ein Anspruch der Patienten auf implantologische Leistungen besteht demnach nur in zwingend notwendigen Ausnahmefällen im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung, in denen eine konventionelle Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist. Bei bestehendem Anspruch werden alle notwendigen Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung zu Lasten der Krankenkasse erbracht.

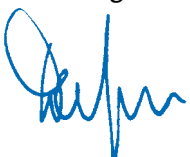
Um das Vorliegen einer Ausnahmeindikation zu prüfen, wurde, entsprechend der Intention des Gesetzgebers, am 22. September 1998 die obligate Begutachtung für implantologische Ausnahmeindikationen in den Richtlinien des Bundesausschusses implementiert. Seit dieser Zeit werden jährlich durchschnittlich mehr als 2.500 Anträge begutachtet, wobei beispielsweise im Jahr 2010 in ca. 60 Prozent der Fälle der Antrag voll umfänglich bzw. mit Änderungen gutachterlich befürwortet wurde.

Der medizinische Fortschritt sowie die Komplexität der zu begutachtenden Fälle verlangt fundierte medizinische Kenntnisse und umfangreiche Erfahrungen auf dem Gebiet der Implantologie. Hinzu tritt für den Gutachter die Notwendigkeit, sich ständig über die aktuellen Vertrags- und Rechtsvorschriften zu informieren. Dies zusammen stellt hohe Anforderungen an den Gutachter, für den, neben den medizinischen Möglichkeiten und leistungsrechtlichen Beschränkungen, das Wohl des Patienten im Focus steht, wodurch seine Tätigkeit ebenso anspruchsvoll wie auch verdienstvoll ist.

Der vorliegende Leitfaden der KZBV für den implantologischen Gutachter gibt einen Überblick über die Rechtsvorschriften und Verfahrensgrundsätze, erläutert die Ausnahmeindikationen und informiert über die formalen Anforderungen an ein implantologisches Gutachten. Zusätzlich wird der Unterschied zwischen den Ausnahmefällen für Suprakonstruktionen als Regelversorgung gem. § 55 und § 56 SGB V einerseits und den Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen gem. § 28 SGB V andererseits verdeutlicht.

Ziel des Leitfadens ist die Unterstützung des Gutachters bei seiner Aufgabe. Zugleich soll er Hilfestellung und Beratungsgrundlage im Gespräch mit dem betroffenen Patienten sein.

Mit kollegialen Grüßen



Dr. Wolfgang Eßer

Der implantologische Gutachter in der gesetzlichen Krankenversicherung

1.1 Allgemeine Rechtsgrundlagen

Grundlage für alle Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist das fünfte Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB V). Daneben regeln die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sowie die zwischen den Krankenkassen und der KZBV geschlossenen Bundesmantelverträge die vertragszahnärztliche Versorgung. Folgende Rechtsvorschriften sind für die implantologische Versorgung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Tätigkeit zentral.

Nach § 28 Abs. 2 SGB V darf die gesetzliche Krankenversicherung Kosten für implantologische Leistungen nicht übernehmen, „[...]es sei denn, es liegen seltene vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt.“ Wie alle Leistungen der Krankenkassen unterliegen auch die implantologischen Leistungen dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (früher: Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen) hat die Ausnahmeindikationen in seinen Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinien) verbindlich festgelegt. Gesetzlich Versicherte haben danach nur dann Leistungsansprüche gegen ihre Krankenkasse, wenn eine der dort genannten Ausnahmeindikationen vorliegt. In allen anderen Fällen gehört die Versorgung mit Implantaten nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung, sondern ist als Privatleistung anzusehen. Auch die Versorgung mit Suprakonstruktionen erfolgt dann nicht als Sachleistung zu Lasten der Krankenkasse, sondern ist im Rahmen der Festzuschuss-Richtlinie zu bezuschussen.

Die Richtlinien legen nicht nur enumerativ die seltenen Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle fest, sondern bestimmen darüber hinaus, dass bei Vorliegen einer Ausnahmeindikation ein Anspruch auf Implantate zur Abstützung von Zahnersatz nur dann besteht, wenn eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist.

Insgesamt ergeben sich aus den Vorschriften des SGB V und den Richtlinien des G-BA vier Bedingungen, die erfüllt sein müssen, um Leistungsansprüche des Versicherten zu begründen:

- Es liegt eine „seltene Ausnahmeindikation für besonders schwere Fälle“ vor.
- Eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate ist nicht möglich.
- Die implantologischen Leistungen werden „im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung“ erbracht.
- Die vorgesehene Behandlung ist ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich, sie überschreitet nicht das Maß des Notwendigen.

Die einzelnen Leistungsvoraussetzungen müssen kumulativ erfüllt sein, es genügt daher nicht, wenn nur eine der Voraussetzungen erfüllt ist.

Nach Abschnitt VII Nr. 4 der Behandlungsrichtlinien müssen alle geplanten Behandlungsfälle, bei denen eine Ausnahmeindikation in Betracht kommt, begutachtet werden. Das Nähere über die Ausgestaltung dieser Begutachtung haben die KZBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen in einer Gutachtervereinbarung festgelegt, die als Bestandteil der Bundesmantelverträge (Anlage 14 BMV-Z, Anlage 5 EKV-Z) für alle Beteiligten verbindlich ist.

Mit der Behandlung soll im Hinblick auf die Verträge und die Rechtsprechung grundsätzlich erst dann begonnen werden, wenn die Leistungszusage der Krankenkasse vorliegt. Die Begutachtung bzw. Oberbegutachtung einer bereits begonnenen oder durchgeführten implantologischen Leistung ist vertraglich nicht vorgesehen.

1.2 Die Rolle des implantologischen Gutachters

Implantologische Gutachter und Obergutachter im GKV-System sind von der KZBV im Einvernehmen mit den Krankenkassen benannte implantologisch tätige Zahnärzte. Fundierte Kenntnisse und umfangreiche Erfahrungen auf dem Gebiet der Implantologie einschließlich der prothetischen Versorgung sind Voraussetzung. Aufgabe des Gutachters ist es, die Leistungsentscheidung der Krankenkasse durch das Gutachten zu unterstützen. Der Gutachter ist unabhängig in seiner Beurteilung. Grundlage des Gutachtens sind ausschließlich der medizinische Sachverhalt und die Berücksichtigung der Rechtsvorschriften. Neben medizinischer Qualifikation sind daher Kenntnisse der aktuellen rechtlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen unabdingbar.

Nach der zwischen der KZBV und den Krankenkassen getroffenen Gutachtervereinbarung für implantologische Leistungen sind die Kassen verpflichtet, einen Vertragsgutachter zu beauftragen und ihre Leistungsentscheidung gegenüber dem Versicherten unter Berücksichtigung des Gutachtens zu treffen. Den Krankenkassen ist es zudem möglich, zusätzlich einen Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) mit der Erstellung eines Zweitgutachtens zu beauftragen. Die Krankenkassen sind jedoch nicht berechtigt, anstelle des Gutachtens des vertraglich vereinbarten Gutachterverfahrens dasjenige des MDK zum Gegenstand einer den Antrag des Versicherten förmlich ablehnenden Entscheidung zu machen.

2 Einleitung des Gutachterverfahrens

2.1 Verfahren bei (Erst-)Gutachten

Die Begutachtung implantologischer Versorgungen auf Grund der Ausnahmeindikationen richtet sich nach der in den Bundesmantelverträgen verankerten Gutachtervereinbarung in der ab 1. Juni 2000 gültigen Fassung. Danach gilt für die Einleitung des Verfahrens:

Der Zahnarzt erstellt vor Beginn der Behandlung ein einheitliches Konzept für die implantologische und die prothetische Behandlung. Dabei sind die vorgesehenen zahnärztlichen Leistungen, das Implantatsystem, der Implantattyp, die geplanten Insertionspositionen und die geschätzten Material- und Laborkosten anzugeben. Der Zahnarzt übermittelt der Krankenkasse ggf. über den Versicherten die Behandlungs- und Kostenplanung.

Die Krankenkasse entscheidet dann vor Beginn der Behandlung über die Kostenübernahme. Dabei hat sie zwingend die Behandlungsfälle einer Begutachtung zuzuführen, die eine implantologische Versorgung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Tätigkeit vorsehen. Hierzu erteilt die Krankenkasse einem der Vertragsgutachter einen schriftlichen Auftrag und übermittelt ihm die Behandlungs- und Kostenplanung des Zahnarztes. Gleichzeitig unterrichtet sie den Zahnarzt über den beauftragten Gutachter und übersendet den gemäß Gutachtervereinbarung vorgesehenen Begutachtungsvordruck (siehe Anhang 1, Nr. 1.3) in zweifacher Ausfertigung.

Der Zahnarzt hat zur Vorbereitung der Begutachtung den Begutachtungsvordruck auszufüllen. Das Formular verlangt zunächst Angaben über durchgeführte Vorbehandlungsmaßnahmen sowie über die vorliegende Ausnahmeindikation. Damit ist eine ausdrückliche Prüfung seitens des Zahnarztes über das Vorliegen der Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle, wie sie in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt sind, verbunden. Bejaht der Zahnarzt das Vorliegen einer der Ausnahmeindikationen, muss er die Prüfung dahingehend erweitern, ob eine konventionelle prothetische Versorgung des Patienten ohne Implantate möglich ist. Gelangt er zu der Einschätzung, dass eine konventionelle Versorgung unmöglich ist, kann er dies neben dem entsprechenden Vermerk auf dem Begutachtungsvordruck auch ausführlich auf einem gesonderten Blatt dokumentieren.

Der Zahnarzt hat dem Gutachter den ausgefüllten Begutachtungsvordruck zusammen mit allen zur Beurteilung der geplanten Behandlung erforderlichen Unterlagen vorzulegen. Dazu gehören z. B. Modelle, Röntgenaufnahmen, Befundberichte zur medizinischen Gesamtbehandlung, ggf. auch noch einmal die Behandlungs- und Kostenplanung.

Der Gutachter soll die Aufträge innerhalb von vier Wochen bearbeiten.

2.2 Verfahren bei Obergutachten

Nach Durchführung des Gutachtens können gemäß der Gutachtervereinbarung entweder der Zahnarzt oder die Krankenkasse bei der KZBV ein Obergutachten beantragen.

Die Krankenkasse kann ein Obergutachten nur beantragen, wenn sie Gründe angeben kann, die gegen das Gutachten sprechen. Sie muss grundsätzlich durch das Gutachten „beschwert“ sein. Für die Einleitung des Verfahrens gelten die in Kapitel 2.1 beschriebenen Regeln entsprechend.

Der Patient ist nicht zur Antragstellung eines Obergutachtens berechtigt. Das Obergutachterverfahren stellt keine Rechtsmittelinstanz dar, auf die bei einem ablehnenden Bescheid der Krankenkasse gegenüber dem Versicherten und einem daraus resultierenden Widerspruch des Versicherten Anspruch besteht. Das Obergutachterverfahren dient nicht der erneuten Feststellung eines bereits unstrittigen Sachverhaltes als reine Formsache, sondern der Klärung fachlicher Fragen.

Gelegentlich kommt es vor, dass die Krankenkassen sich direkt an einen Obergutachter wenden. Die Krankenkassen sollten dann gebeten werden, den vereinbarten Weg über die KZBV einzuhalten, da die Obergutachter anderenfalls nicht verpflichtet sind, in einem solchen Fall tätig zu werden. Damit das zu erstellende Gutachten auch die vertraglich vereinbarten Wirkungen entfaltet, muss der Weg über die KZBV führen. Erstellt ein Obergutachter auf direkten Antrag der Krankenkasse ein Obergutachten, handelt es sich um ein Privatgutachten auf freiwilliger Basis.

Diese Position wird unter anderem darin begründet, dass die KZBV vorgelegte Obergutachtenanträge, bei denen beispielsweise eindeutig nur eine Kieferatrophie vorliegt oder bei Fällen von nicht angelegten Zähnen, in denen dennoch eine konventionelle prothetische Versorgung möglich ist, unmittelbar zurückweist und mit einem entsprechenden Schreiben an den Antragsteller zurückgibt. Dies trägt zur Qualitätssicherung im Verfahren bei.

3 Durchführung der Begutachtung

3.1 Vorbereitung des Gutachtens

Nach Erhalt des Gutachtenauftrages empfiehlt sich in einem ersten Überblick über den Behandlungsfall zu entscheiden, ob der Auftrag angenommen werden kann. Insbesondere sind folgende Fragestellungen zu prüfen:

Handelt es sich um ein Planungsgutachten?

Die zwischen der KZBV und den Krankenkassen getroffene Gutachtervereinbarung bezieht sich ausschließlich auf geplante implantologische Behandlungen. Der Gutachter sollte daher anhand der Unterlagen zunächst prüfen, ob der Zahnarzt mit der Implantatversorgung bereits begonnen hat. Eine nachträgliche gutachterliche Beurteilung der Ausnahmeindikation bei bereits begonnener Behandlung oder bereits eingegliederten Implantaten ist nicht vorgesehen. Der Gutachter ist daher gehalten, entsprechende Anträge der Krankenkassen mit einer ablehnenden Stellungnahme zurückzugeben. Eine Regelung zu Mängelgutachten ist vertraglich nicht vereinbart.

Persönliche Untersuchung des Patienten?

Bei der Übernahme des Gutachtens stellt sich mitunter die Frage, ob für die Fallbeurteilung auf die klinische Untersuchung des Patienten verzichtet werden kann. Das SGB V und die Richtlinien des G-BA machen hierzu keine Vorgaben, auch die Gutachtervereinbarung ist nicht eindeutig. Hierin ist lediglich bestimmt, dass bei der Auswahl des Gutachters die Nähe zum Patienten berücksichtigt werden soll.

Nach Auffassung der KZBV empfiehlt es sich grundsätzlich, den Patienten klinisch zu untersuchen. Dies dient nicht nur der Qualitätssicherung des Gutachtens, sondern auch dem Nachweis des Gutachters, mit der notwendigen Sorgfalt und nach bestem Wissen vorgegangen zu sein. Eine rein aktenmäßige Beurteilung des Behandlungsfalls birgt grundsätzlich das Risiko, individuelle Befunde und Krankheiten des Patienten falsch einzuschätzen bzw. zu übersehen. Die Entscheidung nach Aktenlage sollte daher auf die sehr seltenen, eindeutigen Fälle beschränkt bleiben.

Im Rahmen der klinischen Untersuchung sollten keine Aussagen des Gutachters gegenüber dem Patienten bezüglich einer Anerkennung der Ausnahmeindikation für die implantologische Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen. Dies gilt insbesondere wenn ersichtlich ist, dass entweder keine Ausnahmeindikation vorliegt (z. B. bei reinen Atrophien) oder eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate möglich ist (z. B. beim Fehlen weniger Zähne).

3.2 Prüfung der Unterlagen auf Vollständigkeit

Die Begutachtung beginnt mit der Durchsicht der überlassenen Unterlagen. Dabei ist zu prüfen, ob sie vollständig vorliegen und insbesondere, ob der Begutachtungsvordruck vollständig ausgefüllt ist. Anderenfalls müssen im Rahmen des Gutachtens fehlende Unterlagen, ggf. auch über die Krankenkasse, angefordert werden.

Auf Verlangen des Gutachters muss der behandelnde Zahnarzt weitere Auskünfte und Befundunterlagen, die die Entscheidungsfindung des Gutachters unterstützen, vorlegen.

3.3 Prüfung der Ausnahmeindikation

Hauptaufgabe des Gutachters ist es festzustellen, ob bei dem Patienten eine der in Abschnitt VII Nr. 2 der Behandlungsrichtlinien des G-BA aufgeführten Ausnahmeindikationen für die Versorgung mit Implantaten besteht. Eine Leistungspflicht der Krankenkassen kommt demnach nur in Betracht, wenn einer der folgenden besonders schweren Fälle vorliegt:

- a) bei größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten, die ihre Ursache
 - in Tumoroperationen,
 - in Entzündungen des Kiefers,
 - in Operationen infolge von großen Zysten (z. B. große follikuläre Zysten oder Keratozysten),
 - in Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
 - in angeborenen Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten) oder
 - in Unfällen
 haben,
- b) bei dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung,
- c) bei generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen,
- d) bei nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (z. B. Spastiken).

Zur näheren Beschreibung der Ausnahmeindikationen siehe Kapitel 4.

3.4 Prüfung konventionelle Versorgung

Die implantologische Versorgung der GKV-Patienten zu Lasten der Krankenkassen setzt voraus, dass neben der medizinischen Indikation auch leistungsrechtliche Grenzen nicht überschritten werden. Die Intention des Gesetzgebers war es, dass Versicherte nur in zwingend notwendigen Ausnahmefällen diese Leistungen erhalten.

Neben dem Vorliegen der in den Behandlungsrichtlinien beschriebenen Ausnahmeindikationen ist weitere, zwingende Leistungsvoraussetzung, dass eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist. Nach den Richtlinien ist das bei den Fällen nach Abschnitt VII Nr. 2 a) bis c) nur anzunehmen, wenn das rekonstruierte Prothesenlager durch einen schleimhautgelagerten Zahnersatz nicht belastbar ist. Das heißt, in den Fällen nach Nr. 2a) bis c) kommt eine Implantatversorgung zu Lasten der Krankenkasse nur in Betracht, wenn eine konventionelle prothetische Versorgung nicht möglich ist, weil das Prothesenlager durch einen schleimhautgetragenen Zahnersatz nicht belastbar ist.

Lediglich im besonders schweren Fall der muskulären Fehlfunktion – nach Abschnitt VII Nr. 2 d) der Richtlinie – kommt es auf die Belastbarkeit des Prothesenlagers nicht an. Hier hat der Gutachter zu prüfen, ob eine konventionelle Versorgung unabhängig von der Belastbarkeit nicht möglich ist („Kann die Versorgung mit funktionstüchtigem Zahnersatz nur mit Hilfe von Implantaten erreicht werden?“).

In einigen der aufgeführten besonders schweren Fälle liegen extraorale Defekte vor. Ursachen können Tumoroperationen, Unfälle oder genetisch bedingte Aberrationen sein. Primäres Ziel ist die Deckung der Defekte. Eine rein operative Rehabilitation mittels plastischer Chirurgie ist nicht immer möglich. Insoweit muss mittels alloplastischer Materialien eine Wiederherstellung der Gesichtskontinuität erfolgen. Sofern die Fixierung von Epithesen zum Defektverschluss ohne Implantate möglich ist, sind diese Fixierungsarten zu wählen (Befestigung ohne Hilfsmittel unter Ausnutzung günstiger anatomischer Verhältnisse, Halt durch chirurgisch geschaffene Retentionen, Befestigung durch mechanische Verankerungsmittel, Befestigung durch Verwendung von Klebstoffen).

Nur soweit eine Verankerung mit diesen Fixierungsmethoden nicht möglich ist, ist eine Verankerung durch Implantate angezeigt.

Soweit die KZBV Anträge auf Obergutachten erhält, bei denen erkennbar eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate möglich ist, schreibt sie die antragstellenden Zahnärzte oder Krankenkassen gemäß dem Muster schreiben 2 (siehe Anhang 3) an.

Leitfaden für den implantologischen Gutachter

Ergänzender Hinweis zu Seite 13, Nr. 3.5, Stichwort „Medizinische Gesamtbehandlung“

Mit Urteil vom 07.05.2013 hat das BSG zwischenzeitlich entschieden, dass eine medizinische Gesamtbehandlung im Sinne von § 28 Abs. 2 SGB V sich aus verschiedenen, nämlich human- und zahnmedizinisch notwendigen Bestandteilen zusammensetzen muss, ohne sich in einem dieser Teile zu erschöpfen. Es muss vielmehr ein über die bloße Wiederherstellung der Kaufunktion hinausgehendes medizinisches Gesamtziel vorliegen, das der Behandlung insgesamt ihr Gepräge gibt. Alleine die Notwendigkeit einer Implantatversorgung soll dafür nicht ausreichen, sondern diese muss ein übergeordnetes medizinisches Behandlungsziel verfolgen und darf nicht das Hauptbehandlungsziel dieser Gesamtbehandlung sein. Danach scheiden von vorneherein Fallgestaltungen aus, in denen das Ziel der implantologischen Behandlung nicht über die reine Versorgung mit Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kauffunktion hinaus reicht. Unerheblich soll danach auch das Erfordernis eventuell weiterer zahnmedizinischer Behandlungsmaßnahmen, wie z. B. Knochenimplantationen zur Ermöglichung der Insertion eines Zahnimplantates, sein.

Köln, den 17.09.2013

3.5 Prüfung Behandlungsplanung / Wirtschaftlichkeit

Hat der Gutachter eine Ausnahmeindikation bestätigt und die Möglichkeit der konventionellen prothetischen Versorgung ohne Implantate verneint, sind noch folgende Voraussetzungen für eine Leistungsübernahme der Krankenkasse zu prüfen:

- Die implantologischen Leistungen müssen im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung geplant sein (§ 28 Abs. 2 SGB V).
- Die geplante implantologische und prothetische Versorgung muss ausreichend, wirtschaftlich und zweckmäßig sein (Wirtschaftlichkeitsgebot, § 12 Abs. 1 SGB V).

Dem Behandlungsplan des Zahnarztes ist zu entnehmen, ob ein Gesamtkonzept zur Wiederherstellung der Kaufunktion des Patienten vorliegt. Ist eine anstehende Gesamtbehandlung nicht ersichtlich, muss der Gutachter die Versorgung ablehnen.

Der Gutachter hat sowohl zur implantologischen als auch zur prothetischen Behandlungsplanung hinsichtlich der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit Stellung zu nehmen. Dazu ist insbesondere zu prüfen, ob die Anzahl bzw. Positionierung der geplanten Implantate notwendig bzw. ausreichend ist. Für die Beurteilung können aktuelle Aussagen der Fachgesellschaften bzw. der Berufsverbände hilfreich sein (z. B. Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie [<http://www.dgzmk.de>], Deutsche Gesellschaft für Implantologie [www.dgi-ev.de], Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie [<http://www.dgzi.de>], Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte [<http://www.bdiz.de>], Deutsche Gesellschaft für Orale Implantologie [<http://www.dgoi.info>]).

Die Kriterien „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ dienen auch zur Beurteilung der geplanten Suprakonstruktion. Der Gutachter kann Änderungen der Behandlungsplanung – auch hinsichtlich der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der geplanten Implantate – vorschlagen.

Dagegen ist es nicht Aufgabe des Vertragsgutachters, ein GOZ-Gutachten zu erstellen. Bestehen Zweifel an der Höhe der Gebühr nach der GOZ, kann er der Krankenkasse ein gebührenrechtliches Gutachten durch die Kammer empfehlen.

4 Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen

4.1 Erläuterungen zu den Indikationen

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat folgende Ausnahmeindikationen festgelegt:

„Besonders schwere Fälle liegen vor

- a) bei größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten, die ihre Ursache
 - in Tumoroperationen,
 - in Entzündungen des Kiefers,
 - in Operationen infolge von großen Zysten (z. B. große follikuläre Zysten oder Keratozysten),
 - in Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
 - in angeborenen Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten) oder
 - in Unfällen haben,
- b) bei dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung,
- c) bei generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen,
- d) bei nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (z. B. Spastiken).“

Zu a) Größere Kiefer- oder Gesichtsdefekte

Voraussetzung für die Einstufung als besonders schwerer Fall sind größere Kiefer- und Gesichtsdefekte, die ihre Ursache in operativen Eingriffen, Entzündungen, angeborenen Fehlbildungen oder Unfällen haben können. Insofern kann von implantologischen Leistungen gesprochen werden, die im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbracht werden. Die bei der Indikation „Operation von Zysten“ genannten Beispiele stellen klar, dass ein Leistungsanspruch nur bei größeren Defekten wie z. B. Keratozysten oder großen follikulären Zysten besteht.

Haben Defekte ihre Ursache in Operationen infolge von Osteopathien, so sind Implantatversorgungen häufig kontraindiziert. Hierauf wird unter a) noch einmal ausdrücklich hingewiesen.

Zu angeborenen Fehlbildungen des Kiefers (LKG, ektodermale Dysplasie):

Die Aufzählung ist nicht abschließend. Fehlbildungen ähnlichen Ausmaßes können eine Ausnahmeindikation darstellen. Dennoch kommt es vor, dass Fehlbildungen des Kiefers als Ausnahmeindikation dargestellt werden, die mit dem Kiefer selbst überhaupt nicht in Verbindung stehen. Hier ist explizit auf die Kieferfehlbildung als Ursache einer implantologischen Versorgungsnotwendigkeit hinzuweisen.

In einem Schriftwechsel zwischen der Universität Mainz und der KZBV wurde außerdem die Versorgungsmöglichkeit bei Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten angesprochen. Danach ist in den Fällen des fehlenden seitlichen Schneidezahns eine prothetische Versorgung zwar grundsätzlich möglich, aber vor allem in den Fällen nach Beckenkammosteoplastik im Spaltbereich wegen der bekannten Resorptionstendenz des Knochentransplantates bei fehlender funktioneller Kaukraftbelastung medizinisch nicht sinnvoll. In einem solchen konkreten Behandlungsfall wurde die Feststellung einer Ausnahmeindikation für möglich und richtlinienkonform bezeichnet. Allerdings sei eine generelle Zuordnung aller denkbaren Fallkonstellationen bei LKG-Patienten nicht möglich.

Zu b) Dauerhaft bestehende extreme Xerostomie

Als besonders schweren Fall bezeichnen die Richtlinien auch eine Befundsituation, bei der eine extreme Xerostomie (Mundtrockenheit) besteht, die nicht durch eine vorübergehende Medikamenteneinnahme ausgelöst, sondern dauerhaft vorhanden und durch therapeutische Maßnahmen nicht behebbar ist.

Das kann z. B. der Fall sein, wenn die Xerostomie durch eine Tumorbehandlung verursacht wurde. Daher weist Buchstabe b) beispielhaft auf die Tumorbehandlung hin.

Nach Tumorbestrahlungen tritt die Mundtrockenheit häufig auf, besonders, wenn die großen Speicheldrüsen des Kopfbereichs im Bestrahlungsfeld liegen. Bei einer Bestrahlung mit einer Dosis unter 50 Gy kann die Xerostomie reversibel sein. Eine Dosis ab 50 Gy kann eine dauerhafte extreme Xerostomie verursachen, da die Speicheldrüsen dann in der Regel irreversibel geschädigt sind*. Dabei ist die Reduktion der Speichelfließrate um bis zu 80 v. H. des Normalwerts beschrieben worden. Auch das Sjögren Syndrom kann je nach Ausprägung zu einer Verminderung der Speichelsekretion führen.

Zur Klärung des Befundes ist neben der allgemeinen Anamnese die Befragung des Patienten zu Art und Umfang der Beschwerden erforderlich. Das Ausmaß der Verminderung der Speichelsekretion kann durch dessen quantitative Bestimmung z. B. nach Stimulation durch Kaugummi kauen geprüft werden. Eine Speicheldrüsen-Szintigrafie stellt in Einzelfällen ebenfalls eine diagnostische Maßnahme dar.

Zu c) Generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen

Ein besonders schwerer Fall kann auch vorliegen, wenn eine genetisch bedingte Nichtanlage von Zähnen gegeben ist. Dabei ist mit der Formulierung nicht nur die totale Zahnlosigkeit gemeint, sondern das genetisch bedingte Fehlen der Mehrzahl der Zähne. Auch hier kann von Leistungen im Rahmen einer medi-

* vgl. Siedek, Zengel, Berghaus: Ursachen und Diagnostik der Xerostomie. In: MMW – Fortschritte der Medizin, 2008 (5) und Siedek, Zengel, Berghaus: Die chronische Mundtrockenheit wird meist symptomatisch behandelt. In: MMW – Fortschritte der Medizin, 2008 (5)

zinischen Gesamtbehandlung gesprochen werden. Die Nichtanlage einzelner Zähne stellt dagegen keinen „schweren“ Fall im Sinne der Richtlinien dar.

Die Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 13.07.2004 (B 1 KR 37/02 R) zu den Voraussetzungen einer „generalisierten genetischen Nichtanlage von Zähnen“ im Sinne der vorgenannten Richtlinien-Bestimmung besagt, dass

- in Abgrenzung zur völligen Zahnlosigkeit, ein Stadium mit einem ausgeprägten Fehlen von Zähnen ausreicht, das der vollständigen Zahnlosigkeit eher nahe kommen muss als dem Fehlen nur einzelner Zähne bei ansonsten noch als regelgerecht anzusehenden Gebissverhältnissen,
- die zur Behandlung Anlass gebende körperliche Regelwidrigkeit zumindest in einem Kiefer in besonderer Weise ausgeprägt sein muss und dies nur dann zu bejahen ist, wenn zumindest die überwiegende Zahl der typischerweise bei einem Menschen angelegten Zähne fehlt,
- bei einem Menschen üblicherweise insgesamt 32 Zähne, d. h. 16 Zähne je Kiefer, vorhanden sind,
- die Feststellung des überwiegenden Fehlens aufgrund einer rein zahlenmäßigen Ermittlung erfolge.

Das Urteil des BSG ist im Ergebnis eindeutig:

Fehlen in einem Kiefer weniger als 9 Zähne, so steht danach weder der Krankenkasse noch dem Gutachter ein Ermessensspielraum hinsichtlich der Beurteilung des Vorliegens dieser Ausnahmeindikation zu.

Zuletzt wurde darüber diskutiert, ob ein Fehlen von insgesamt 17 Zähnen in beiden Kiefern eine Ausnahmeindikation für den Ober- und den Unterkiefer darstellt. Dies lässt sich aber durch die Rechtsprechung nicht eindeutig belegen.

Zu d) Muskuläre Fehlfunktionen

Als besonders schwer wird ein Fall auch dann eingestuft, wenn muskuläre Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich, die nicht willentlich beeinflussbar sind (z. B. Spastiken) dazu führen, dass schleimhautgetragene Totalprothesen im Munde des Patienten keinen Halt finden. Implantatversorgungen, die aus diesen Gründen erforderlich sind, werden dann im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbracht.

Die Aufnahme „nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (z. B. Spastiken)“ in die Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen erfolgte seinerzeit vor dem Hintergrund, dass in solchen Fällen bei den Patienten die Gefahr besteht, dass sie ihre Prothese verschlucken oder aspirieren, wie dies z. B. bei Krampfleiden (Epilepsie) möglich sein kann.

Auf eine eingehendere Definition wurde bewusst verzichtet. Entscheidend ist in diesen Fällen vielmehr, dass entsprechend der Voraussetzungen in den

Richtlinien unter Abschnitt VII Nr. 2 eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate im Einzelfall nicht möglich ist.

Jedoch wurde seinerzeit vorausgesetzt, dass sich der Patient bei Vorliegen der Ausnahmeindikation „nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (z. B. Spastiken)“ regelmäßig auch in medizinischer Behandlung befindet. Die Grunderkrankung sollte mittels ärztlicher Befundberichte nachgewiesen sein.

Patienten können in solchen Fällen zu Lasten der Krankenkasse versorgt werden, wenn eine konventionelle prothetische Versorgung, auch unabhängig von der Belastbarkeit des Prothesenlagers, nicht möglich ist.

4.2 Keine Ausnahmeindikation: Kriterium „Atrophie“

Die vom Bundesausschuss festgelegten Ausnahmeindikationen beinhalten nicht den Fall einer ausgeprägten Kieferatrophie, bei dem eine konventionelle Totalprothese ohne Implantate aus zahnmedizinischen Gründen nicht eingegliedert werden kann. Der Bundesausschuss hat in seinen Beratungen ausdrücklich und sehr eingehend die Frage beraten, ob bei medizinisch notwendigen Implantatversorgungen im zahnlosen, stark atrophierten Kiefer die gesetzlichen Voraussetzungen für die Aufnahme in die Ausnahmeindikationen vorliegen. Der Bundesausschuss ist schließlich zu dem Ergebnis gelangt, dass das Gesetz eine Aufnahme der Kieferatrophien in den Ausnahmekatalog nicht zulässt.

Dies wurde durch zwei Urteile des Bundessozialgerichts bestätigt (BSG – 19.06.2001, AZ: B 1 KR 4/00 R und B 1 KR 5/00 R). Der Senat folgte in seiner Begründung der Argumentation des Bundesausschusses. Er war der Auffassung, Gesetz bzw. Richtlinien erfassten Atrophien nicht und eine Analogie käme nicht in Betracht. Dem Gesetzgeber sei die Problematik bekannt gewesen, er habe Atrophien jedoch bewusst aus der Leistungspflicht wegen der bestehenden Abgrenzungsprobleme ausgeschlossen. Für eine andere Auslegung sei auf Grund des Gesetzeswortlauts kein Raum. Die Leistungsbeschränkung verstoße nicht gegen höherrangiges Recht.

Allerdings kann eine Atrophie bei gleichzeitigem Vorliegen einer anerkannten Ausnahmeindikation gemäß den Richtlinien des G-BA dazu führen, dass die weitere Voraussetzung, nämlich die Unmöglichkeit einer konventionellen prothetischen Versorgung, erfüllt wird und dadurch eine Implantatversorgung zu Lasten der GKV zu erfolgen hat.

Soweit die KZBV Anträge auf Obergutachten erhält, bei denen erkennbar keine Ausnahmeindikation für implantologische Leistungen, sondern eine – alleinige – Kieferatrophie vorliegt, schreibt sie die antragstellenden Zahnärzte oder Krankenkassen gemäß dem Musterschreiben 1 (siehe Anhang 3) an.

5 Differenzierung Ausnahmeindikationen / Ausnahmefälle

Die Richtlinien des G-BA zur zahnärztlichen Versorgung regeln Leistungen der GKV bei „Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen“ und bei „Ausnahmefällen für Suprakonstruktionen“. Da beide Begriffe nicht selbsterklärend sind, kommt es in den Zahnarztpraxen und auch bei den Krankenkassen mitunter zu Verständnisschwierigkeiten. Es ist zu unterscheiden:

Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen (Sachleistung)

Ausnahmeindikationen sind in der allgemeinen Behandlungsrichtlinie geregelt. Das Vorliegen einer Ausnahmeindikation begründet, soweit die weiteren Voraussetzungen erfüllt sind, einen Anspruch des Versicherten gegen die Krankenkasse auf Sachleistung. Die Kasse muss die Kosten für die gesamte Behandlung übernehmen, also für

- implantologische Leistungen und
- Zahnersatz auf Implantaten (Suprakonstruktionen).

Die Kasse ist zudem verpflichtet, die Behandlungsplanung begutachten zu lassen. Zuständig dafür ist der implantologische Gutachter.

Ausnahmefälle für Suprakonstruktionen (Festzuschussystem)

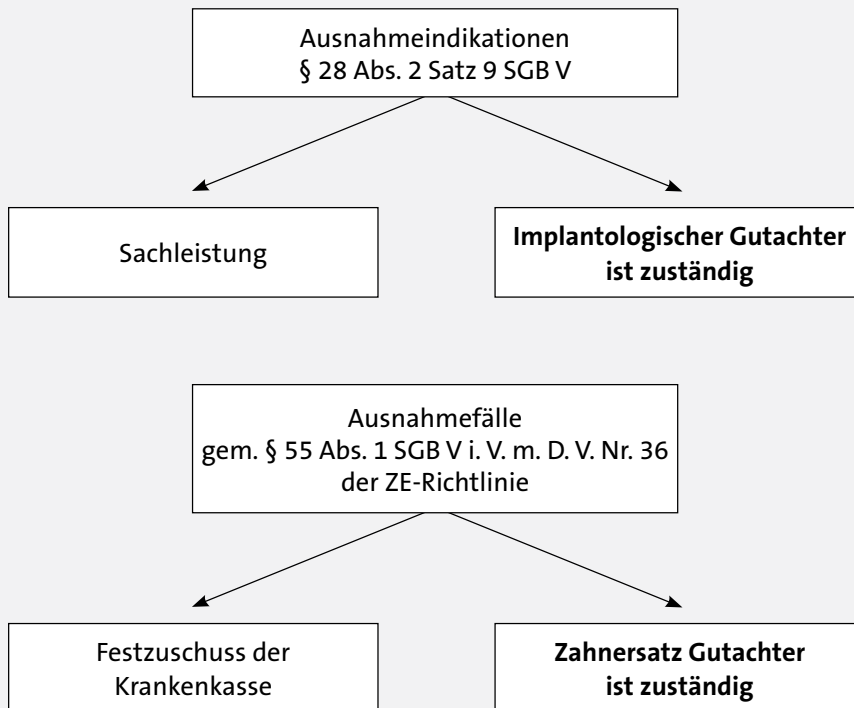
Die Ausnahmefälle sind in den Zahnersatzrichtlinien geregelt. Bei Vorliegen eines Ausnahmefalls gehört die Suprakonstruktion zur Regelversorgung, für die BEMA und BEL II die Abrechnungsgrundlage bilden. Der Patient hat Anspruch auf einen

- Festzuschuss zur Suprakonstruktion.

Leistungen, die im Zusammenhang mit dem Einbringen von Implantaten entstehen, gehören nicht zum Leistungsumfang der vertragszahnärztlichen Versorgung. Eine Begutachtungspflicht besteht in diesen Fällen nicht. Die Krankenkasse kann ein Gutachten zur Beurteilung der Ausnahmefälle für Suprakonstruktionen in Auftrag geben, für das dann der Zahnersatz-Gutachter zuständig ist.

Der implantologische Gutachter hat die Aufgabe, das Vorliegen der Voraussetzungen für eine Implantatbehandlung als Sachleistung zu prüfen. Die Prüfung eines Ausnahmefalls im Rahmen des Festzuschussystems ist nicht Gegenstand des implantologischen Gutachterverfahrens. Feststellungen hierzu sind daher entbehrlich. Zur Beantwortung dieser Leistungsfragen ist das prothetische Gutachterverfahren vorgesehen. Es kann vorkommen, dass der implantologische Gutachter einen Auftrag zu einer Behandlungsplanung erhält, bei der offensichtlich keine Ausnahmeindikation vorliegt. Der Auftrag ist dann grundsätzlich an die Kasse zurückzugeben. Ist der implantologische Gutachter auch als Zahnersatzgutachter tätig, bietet es sich an, mit der Krankenkasse eine direkte Lösung zu suchen.

Abgrenzung



6 Aufbau des Gutachtens

6.1 Formularblatt „Begutachtung“

Der Gutachter verwendet zur Erstellung des Gutachtens den Begutachtungsvordruck, den er vom Zahnarzt erhalten hat (Formularmuster siehe Anhang 1, Nr. 1.3). Der Gutachter hat in Abschnitt 1 des Begutachtungsvordruckes zu beurteilen, ob nach seiner Auffassung eine erforderliche Vorbehandlung stattgefunden hat. Er hat auch dazu Stellung zu nehmen, ob die vom Zahnarzt eingereichten diagnostischen Unterlagen auswertbar sind.

In Abschnitt 2 hat er seine Feststellungen zum Vorliegen der Ausnahmeindikationen zu treffen.

In Abschnitt 3 hat zuvor der behandelnde Zahnarzt eine Gesamtbeurteilung bezüglich einer Ausnahmeindikation und der Möglichkeit einer konventionellen prothetischen Versorgung abgegeben.

In Abschnitt 4 ist zunächst die Frage zu beantworten, ob eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate möglich ist. Zudem muss hier eingetragen werden, ob der eingereichte Behandlungsplan – ggf. mit Änderungen – befürwortet wird.

Nur wenn sämtliche Voraussetzungen erfüllt sind, d. h.

- Vorliegen einer seltenen Ausnahmeindikation,
- prothetische Versorgung nur mit Implantaten möglich,
- Planung der Gesamtbehandlung,
- Wirtschaftlichkeit der geplanten Behandlung,

darf der Gutachter die Übernahme der Kosten durch die Krankenkasse befürworten.

Hinweis zum Begutachtungsvordruck:

Der vereinbarte Begutachtungsvordruck liegt gelegentlich überhaupt nicht oder nur unausgefüllt vor. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass der Begutachtungsvordruck nicht in der Praxis vorrätig, sondern von der Krankenkasse dem Zahnarzt zur Verfügung gestellt wird, wenn diese über die geplante Behandlung unterrichtet wird. Manchmal übersendet die Krankenkasse den Begutachtungsvordruck irrtümlicherweise auch nicht an den Zahnarzt, sondern direkt an den Gutachter. In jedem Fall muss der Gutachter den ordnungsgemäß ausgefüllten Begutachtungsvordruck einfordern.

Der Begutachtungsvordruck ist für alle Beteiligten ein wertvolles Instrument zur Beurteilung des Behandlungsfalles und der Beratung des Patienten. Ebenso dient er dem Zahnarzt zur Differenzierung, inwieweit eine Ausnahmeindikation mit Pflichtbegutachtung gemäß § 28 Abs. 2 SGB V oder ein Ausnahmefall mit Kann-Begutachtung gemäß § 55 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit D. V. Nr. 36 der Zahnersatz-Richtlinie vorliegt. Hierdurch können unnötige Begutachtungen vermieden werden.

6.2 Schriftliche Begründung

Der Gutachter hat seine Gesamtbeurteilung schriftlich zu begründen. Dies erfolgt in der Regel in einem separaten Schreiben.

Hierin sind eindeutige Aussagen über das Vorliegen einer Ausnahmeindikation und über die Möglichkeit einer konventionellen prothetischen Versorgung zu machen, sodass die Krankenkasse ihre Entscheidung auf Basis dieser Aussagen treffen kann. Die Beurteilung kann Änderungen der Behandlungsplanung – auch hinsichtlich der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der geplanten Implantatversorgung – beinhalten. Darüber hinausgehende zusätzliche, nicht entscheidungsrelevante Ausführungen sind entbehrlich. Insbesondere sollten vorgeifende Leistungsentscheidungen vermieden werden.

Für den Aufbau der schriftlichen Begründung gibt es keine Formvorschriften. In der Regel empfiehlt sich folgende Struktur:

1. Briefkopf (Anschrift, Absender)
2. Betreff
3. Darstellung des Sachverhalts
 - Auflistung der vorliegenden Unterlagen
 - Feststellung, ob eine körperliche Untersuchung stattgefunden hat
 - Anamnese
 - Befund/Zahnstatus
4. Gutachterliche Beurteilung des Falles
 - Bezugnahme auf die vorgelegte Planung
 - Feststellung, ob
 - a) eine Ausnahmeindikation für implantologische Leistungen vorliegt,
 - b) eine konventionelle prothetische Versorgung möglich ist,
 - c) eine Gesamtbehandlung geplant und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Rahmen der GKV gegeben ist.
 - ggf. Beschreibung der Änderung der Behandlungsplanung
5. Zusammenfassendes Ergebnis der Beurteilung

Der Gutachter übersendet seine Beurteilung dem Zahnarzt und der zuständigen Krankenkasse. Der Obergutachter, der den Auftrag von der KZBV erhält, sendet sein Obergutachten der KZBV zu.

7 Liquidation

Gutachter und Obergutachter erhalten Gebühren, die bundeseinheitlich in Anlage 2 der Gutachtervereinbarung festgelegt worden sind. Die Kosten für das Erstgutachten trägt grundsätzlich die Krankenkasse, die Kosten für das Obergutachten grundsätzlich der Antragsteller. Der Gutachter kann folgende Gebühren in Rechnung stellen:

- | | |
|---|----------|
| • Gutachten ohne Untersuchung des Patienten | € 77,-* |
| • Gutachten mit Untersuchung des Patienten | € 97,-* |
| • Obergutachten ohne Untersuchung des Patienten | € 164,-* |
| • Obergutachten einschließlich Untersuchung des Patienten | € 184,-* |

Daneben können die für die Begutachtung erforderlichen diagnostischen Leistungen (z. B. Röntgenaufnahmen) abgerechnet werden.

Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von € 10,70* je Gutachten und Obergutachten abgegolten.

Die Gebührenregelung in Anlage 2 der Gutachtervereinbarung ist abschließend. Zusätzliche Schreibgebühren können nicht berechnet werden.

* Alle angegebenen Eurobeträge basieren auf dem Stand 2012.

1.1 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V)

Auszug:

§ 12 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot)

(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

§ 28 Abs. 2 Sätze 8 und 9 SGB V (Ärztliche und zahnärztliche Behandlung)

(2) [...] Ebenso gehören funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen nicht zur zahnärztlichen Behandlung; sie dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden. Das Gleiche gilt für implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen seltene vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Absatz 1 festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt.

§ 55 SGB V (Leistungsanspruch)

(1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 6 und 7 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. [...]

(4) Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.

(5) Die Krankenkassen haben die bewilligten Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 bis 7, den Absätzen 2 und 3 in den Fällen zu erstatten, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird.

§ 56 SGB V (Festsetzung der Regelversorgungen)

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in Richtlinien, erstmalig bis zum 30. Juni 2004, die Befunde, für die Festzuschüsse nach § 55 gewährt werden und ordnet diesen prothetische Regelversorgungen zu.

(2) Die Bestimmung der Befunde erfolgt auf der Grundlage einer international anerkannten Klassifikation des Lückengebisses. Dem jeweiligen Befund wird eine zahnprothetische Regelversorgung zugeordnet. Diese hat sich an zahn-

medizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zu orientieren, die zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen bei einem Befund im Sinne von Satz 1 nach dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse gehören. Bei der Zuordnung der Regelversorgung zum Befund sind insbesondere die Funktionsdauer, die Stabilität und die Gegenbezahnung zu berücksichtigen. Zumindest bei kleinen Lücken ist festsitzender Zahnersatz zu Grunde zu legen. Bei großen Brücken ist die Regelversorgung auf den Ersatz von bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer und bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahnggebiet begrenzt. Bei Kombinationsversorgungen ist die Regelversorgung auf zwei Verbindungselemente je Kiefer, bei Versicherten mit einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen je Kiefer auf drei Verbindungselemente je Kiefer begrenzt. Regelversorgungen umfassen im Oberkiefer Verblendungen bis einschließlich Zahn fünf, im Unterkiefer bis einschließlich Zahn vier. In die Festlegung der Regelversorgung einzubeziehen sind die Befunderhebung, die Planung, die Vorbereitung des Restgebisses, die Beseitigung von groben Okklusionshindernissen und alle Maßnahmen zur Herstellung und Eingliederung des Zahnersatzes einschließlich der Nachbehandlung sowie die Unterweisung im Gebrauch des Zahnersatzes. Bei der Festlegung der Regelversorgung für zahnärztliche Leistungen und für zahntechnische Leistungen sind jeweils die einzelnen Leistungen nach § 87 Abs. 2 und § 88 Abs. 1 getrennt aufzulisten. Inhalt und Umfang der Regelversorgungen sind in geeigneten Zeitabständen zu überprüfen und an die zahnmedizinische Entwicklung anzupassen. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann von den Vorgaben der Sätze 5 bis 8 abweichen und die Leistungsbeschreibung fortentwickeln.

§ 92 Abs. 1 SGB V (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses)

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten [...]. Er soll insbesondere Richtlinien beschließen über die

1. [...]
2. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädische Behandlung,
3. [...]

1.2 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

a) Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinien) in der ab 18.06.2006 gültigen Fassung

Auszug:

VII. Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen

1. Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen legt in Richtlinien gem. § 92 Abs. 1 SGB V die seltenen Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle fest, in denen der Anspruch auf implantologische Leistungen einschließlich der Epithesen und/oder der Suprakonstruktionen (implantatgetragener Zahnersatz) im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V als Sachleistung besteht. Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen folgt dabei den Intentionen des Gesetzgebers, dass Versicherte nur in zwingend notwendigen Ausnahmefällen diese Leistungen erhalten.
2. Ausnahmeindikationen für Implantate und Suprakonstruktionen im Sinne von § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V liegen in den in Satz 4 aufgeführten besonders schweren Fällen vor. Bei Vorliegen dieser Ausnahmeindikationen besteht Anspruch auf Implantate zur Abstützung von Zahnersatz als Sachleistung nur dann, wenn eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist. In den Fällen von Satz 4 Buchstaben a) bis c) gilt dies nur dann, wenn das rekonstruierte Prothesenlager durch einen schleimhautgelagerten Zahnersatz nicht belastbar ist.

Besonders schwere Fälle liegen vor

a) bei größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten, die ihre Ursache

- in Tumoroperationen,
 - in Entzündungen des Kiefers,
 - in Operationen infolge von großen Zysten (z. B. große follikuläre Zysten oder Keratozysten),
 - in Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
 - in angeborenen Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien) oder
 - in Unfällen
- haben,

b) bei dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung,

c) bei generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen,

d) bei nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (z. B. Spastiken).

3. Bei extraoralen Defekten im Gesichtsbereich nach Tumoroperationen oder Unfällen oder infolge genetisch bedingter Nichtanlagen ist die operative Deckung der Defekte das primäre Ziel. Ist eine rein operative Rehabilitation nicht möglich und scheidet die Fixierung von Epithesen zum Defektverschluss durch andere Fixierungsmöglichkeiten aus, so ist eine Verankerung von Epithesen durch Implantate angezeigt.
4. Die Krankenkasse muss die in diesen Richtlinien genannten Behandlungsfälle mit dem Ziel begutachten lassen, ob die Ausnahmeindikationen vorliegen. Zahnarzt und Krankenkasse können eine Überprüfung des Gutachtens durch einen Obergutachter bei der KZBV beantragen.

Gutachter und Obergutachter müssen implantologisch erfahrene Zahnärzte sein, die von der KZBV im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen benannt werden. Das Vorschlagsrecht für entsprechende Gutachter und Obergutachter liegt sowohl bei der KZBV als auch bei den Spitzenverbänden der Krankenkassen.

b) Richtlinien über eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Zahnersatz-Richtlinie) in der ab 01.01.2008 gültigen Fassung

Auszug:

V. Versorgung mit Suprakonstruktionen (implantatgestützter Zahnersatz)

36. Suprakonstruktionen gehören in folgenden Ausnahmefällen zur Regelversorgung:
 - a) bei zahnbegrenzten Einzelzahnlücken, wenn keine parodontale Behandlungsbedürftigkeit besteht, die Nachbarzähne kariesfrei und nicht überkronungsbedürftig bzw. überkront sind sowie
 - b) bei atrophiertem zahnlosen Kiefer
[Anmerkung: Lt. Gemeinsamer Erklärung der Partner im Bundesausschuss sind mit Inkrafttreten zum 01.01.2006 in den Zahnersatz-Richtlinien Suprakonstruktionen zu beschreiben, die zu einer Verbesserung der Kaufunktion im Vergleich zu anderen Versorgungsformen führen.]
37. Der Anspruch im Rahmen der Regelversorgung ist bei zahnbegrenzten Einzelzahnlücken nach Nummer 36 Buchstabe a auf die Versorgung mit Einzelzahnkronen und bei atrophiertem zahnlosen Kiefer nach Nummer 36 Buchstabe b auf die Versorgung mit Totalprothesen als vertragszahnärztliche Leistungen begrenzt.
38. Sämtliche Leistungen im Zusammenhang mit den Implantaten, wie die Implantate selbst, die Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente gehören nicht zur Regelversorgung bei Suprakonstruktionen.

39. Die Krankenkasse kann die vorgelegte Behandlungsplanung einem Gutachter zur Klärung der Frage zuleiten, ob ein unter Nummer 36 genannter Ausnahmefall vorliegt. Dabei gilt das zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbarte Gutachterverfahren für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen entsprechend. Das Nähere hierzu regeln die Partner der Bundesmantelverträge.

1.3 Gutachtervereinbarung BMV-Z / EKV-Z

Vereinbarung über das Gutachterverfahren für implantologische Leistungen vom 10.05.2000 (Anlage 14 BMV-Z)*

A. Gutachten

1. Vor Beginn der Behandlung ist vom Zahnarzt eine Behandlungs- und Kostenplanung zu erstellen. Dabei sind die vorgesehenen zahnärztlichen Leistungen, das Implantatsystem, der Implantattyp, die Lage der Implantate (Kennzeichnung mit „I“ im Heil- und Kostenplan) und die geschätzten Material- und Laborkosten anzugeben. Es ist ein einheitliches Konzept sowohl für die implantologische als auch die prothetische Behandlungsplanung einzureichen. Der Zahnarzt übermittelt die Behandlungs- und Kostenplanung zusammen mit dem Heil- und Kostenplan für die prothetische Behandlung ggf. über den Versicherten der Krankenkasse jeweils in doppelter Ausfertigung.
2. Die Krankenkasse muss Behandlungspläne für implantologische Leistungen einschließlich der prothetischen Versorgung zur Abklärung ihrer Leistungspflicht begutachten lassen, wenn eine Ausnahmeindikation nach Abschnitt VII der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung in Betracht kommt. Hierzu erteilt sie einem von der KZBV und den Bundesverbänden der Krankenkassen einvernehmlich bestellten Gutachter einen schriftlichen Auftrag. Bei der Auswahl des Gutachters sollen die Ortsnähe zum Patienten und der jeweilige KZV-Bereich berücksichtigt werden. Die Krankenkasse sendet die Behandlungs- und Kostenplanung des Zahnarztes an den Gutachter. Die Krankenkasse unterrichtet den Zahnarzt über den Begutachtungsauftrag durch Übersendung des Vordruckes „Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)“ (Anhang 1 zu dieser Vereinbarung) in zweifacher Ausfertigung.
3. Der Zahnarzt hat zur Begutachtung den Vordruck „Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)“ auszufüllen und zusammen mit den Modellen und Röntgenaufnahmen dem Gutachter vorzulegen. Ergänzend sind Befundberichte zur medizinischen Gesamtbehandlung beizufügen.

4. Der Gutachter soll die eingehenden Aufträge innerhalb von vier Wochen bearbeiten. Er nimmt sowohl zu der implantologischen als auch zu der prothetischen Behandlungsplanung – auch hinsichtlich der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit – Stellung. Der Gutachter kann vom behandelnden Zahnarzt weitere Auskünfte und Befundunterlagen verlangen.
5. Der Gutachter nimmt Stellung, ob eine Ausnahmeindikation für die Versorgung mit Implantaten nach Abschnitt VII der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen vorliegt, insbesondere auch ob bei den Ausnahmeindikationen eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist. Er kann Änderungen der Behandlungsplanung – auch hinsichtlich der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der geplanten Implantate – vorschlagen.
6. Der Gutachter übersendet dem Zahnarzt und der beauftragenden Krankenkasse das Gutachten. Die Krankenkasse trifft unter Berücksichtigung des Gutachtens ihre Leistungsentscheidung gegenüber dem Versicherten. Mit der Behandlung soll grundsätzlich erst begonnen werden, wenn die Leistungszusage der Krankenkasse vorliegt.
7. Die Kosten der Begutachtung trägt grundsätzlich die Krankenkasse. Die Gebühren für Gutachten sind im Anhang 2 geregelt.
8. Die KZBV und die Bundesverbände der Krankenkassen werten die Gutachten aus.

B. Obergutachten

1. Der Zahnarzt oder die Krankenkasse können ein Obergutachten bei der KZBV beantragen.
2. Der Abschnitt A gilt entsprechend für das Obergutachterverfahren.
3. Die Kosten des Obergutachtens trägt grundsätzlich der Antragsteller. Die Gebühren sind im Anhang 2 geregelt.

Diese Vereinbarung tritt am 01.06.2000 in Kraft und tritt an Stelle der bisher abgeschlossenen Vereinbarung über das Gutachterverfahren für implantologische Leistungen.

* Die Gutachtervereinbarung für Ersatzkassen (Anlage 5 EKV-Z) unterscheidet sich von der Vereinbarung im Bundesmantelvertrag lediglich darin, dass es hier statt „Zahnarzt“, „Vertragszahnarzt“ und statt „Krankenkassen“ „Ersatzkassen“ heißt.

Anhang 1: Begutachtungsvordruck (Vorderseite)

Auftrag zur Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)

Name und Anschrift des Gutachters

┌

┐

Name der Krankenkasse	
Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Ehegatte/Kind/sonst. Angeh.	geb. am
Versicherten-Nr	

└

┘

Wir bitten um Begutachtung der laut anliegendem Behandlungsplan vorgesehenen implantologischen Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion mit dem Ziel festzustellen, ob eine Ausnahmeindikation gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V/Abschnitt B. VII. Nr. 2¹ der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung vorliegt.

Eine Durchschrift dieses Auftrages ist dem behandelnden Zahnarzt übersandt worden.

Weiterhin bitten wir um eine gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:

Name und Anschrift des Zahnarztes

┌

┐

Bitte stellen Sie die erforderlichen Unterlagen (Röntgenaufnahmen, Modelle, ausgefüllter Vordruck „Begutachtung von Implantaten“) dem Gutachter rechtzeitig, spätestens jedoch eine Woche nach Erhalt dieser Benachrichtigung zur Verfügung.

└

┘

Datum

Stempel der Krankenkasse und
Unterschrift

Anhang 1: Begutachtungsvordruck (Rückseite)

Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)

Hinweis für den Zahnarzt

Bitte in den Abschnitten 1 und 2 nur die fett umrandeten Felder sowie den Abschnitt 3 ausfüllen und zusammen mit den Befundunterlagen (Modelle, Röntgenaufnahmen, Befundberichte) an den Gutachter senden.

1. Befundunterlagen und Vorbehandlung

Vorbehandlung	Zahnarzt		Gutachter		Befundunterlagen	Gutachter	
	Ja	Nein	Ja	Nein		Ja	Nein
Konservierende Vorbehandlung abgeschlossen					Auswertbares Orthopantomogramm (ggf. Messaufnahme)		
Endodontische Vorbehandlung abgeschlossen					Auswertbare Zahnfilme		
Par-Behandlung abgeschlossen					Fixierte, auswertbare Modelle		
Chirurgische/kieferchirurgische Vorbehandlung abgeschlossen					Befundbericht über die medizinische Gesamtbehandlung		
					Untersuchung des Patienten hat stattgefunden		

2. Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen

Größere Kiefer- und Gesichtsdefekte liegen vor, die ihre Ursache haben in:	Zahnarzt		Gutachter		Größere Kiefer- und Gesichtsdefekte liegen vor, die ihre Ursache haben in:	Zahnarzt		Gutachter	
	Ja	Nein	Ja	Nein		Ja	Nein	Ja	Nein
Tumoroperationen					Unfällen				
Entzündungen des Kiefers					Dauerhaft bestehende extreme Xerostomie (bei Tumorbehandlung)				
Operationen infolge von großen Zysten					Generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen				
Operationen infolge von Osteopathien					Nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktion (z. B. Spastiken)				
Angeborenen Fehlbildungen des Kiefers					Verankerung von Epithesen bei extraoralen Defekten				

3. Gesamtbeurteilung des Zahnarztes

Eine Ausnahmeindikation für implantologische Leistungen nach Abschnitt VII der Richtlinien liegt vor

Ja Nein

Die konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate ist möglich

Datum, Unterschrift des Zahnarztes

4. Gesamtbeurteilung des Gutachters

Eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate ist möglich

Ja Nein

Der Behandlungsplan wird befürwortet

Der Behandlungsplan wird mit Änderungen befürwortet

Begründung (ggf. auf gesondertem Blatt):

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Zahnstatus ausfüllen, falls von Angaben des Zahnarztes abgewichen wird

Datum, Unterschrift des Gutachters

Anhang 2: Gebühren für Gutachten**Anhang
zur Vereinbarung über ein Gutachterverfahren
für implantologische Leistungen vom 10.05.2000**

1. Die Gebühren für Gutachter und Obergutachter für implantologische Leistungen einschließlich der prothetischen Versorgung betragen

- bei Gutachten ohne Untersuchung des Patienten € 77,-¹
- bei Gutachten mit Untersuchung des Patienten € 97,-¹
- bei Obergutachten ohne Untersuchung des Patienten € 164,-¹
- bei Obergutachten einschließlich Untersuchung des Patienten € 184,-¹

Daneben können die für die Begutachtung erforderlichen diagnostischen Leistungen (z. B. Röntgenaufnahmen) abgerechnet werden.

2. Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von € 10,70² je Gutachten und Obergutachten abgegolten.

3. Die Vertragspartner werden jährlich über eine Anpassung der Gebühren nach Nr. 1 für das Folgejahr verhandeln.

4.¹ Die Kostenpauschale nach Nr. 2 wird entsprechend der prozentualen Veränderung der Post-Päckchengebühr prozentual angepasst. Centbeträge sind auf 10 Cent aufzurunden.

¹ geändert aufgrund einer Vereinbarung vom 01.03.2001, gültig ab 01.01.2002

² geändert aufgrund einer Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004

1. Urteil des Landessozialgerichts Hessen

Gericht-Art: LSG
Gericht: Hessen
Datum: 02.07.2009
AZ: L 1 KR 197/07
Rechtskräftig: Ja
Folgeinst.:

Orientierungssatz:

Kein Anspruch auf den Einsatz von Implantaten im Oberkiefer bei vegetativ oder psychomotorisch bedingter Störung in der Motorik der Schlundmuskulatur.

Urteil:

Der Kläger hat keinen Anspruch auf die beantragte Implantatversorgung, da keine der Ausnahmeindikationen nach Abschnitt B VII Nr. 2 der Behandl-RL-ZÄ gegeben ist, insbesondere liegt keine willentlich nicht beeinflussbare muskuläre Fehlfunktion im Mund- und Gesichtsbereich (z. B. Spastik) vor. Denn der Kläger leidet unter einer vegetativ oder psychomotorisch bedingten Störung in der Motorik der Schlundmuskulatur, also des Halses.

Auch die Kieferatrophie begründet lediglich eine Ausnahmeindikation für eine Suprakonstruktion, nicht aber für die beantragte Leistung.

§ 28 Abs. 2 S. 9 SGB V und die darauf beruhenden Richtlinien sind verfassungsgemäß.

Psychische Beeinträchtigungen aufgrund der Zahnsituation sind nach der ständigen Rechtsprechung des BSG mit den Mitteln der Psychiatrie oder der Psychotherapie zu behandeln.

2. Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen

Gericht-Art: LSG
Gericht: Nordrhein-Westfalen
Datum: 10.10.2007
AZ: L 11 KR 87/06
Rechtskräftig: Ja
Folgeinst.:

Orientierungssatz:

Die Krankenkasse ist nicht verpflichtet, die Kosten für eine Implantatversorgung zu übernehmen.

Urteil:

Nach § 28 Abs. 2 Satz 1 SGB V umfasst die zahnärztliche Behandlung die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Sie umfasst auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden. Nach § 28 Abs. 2 Satz 9 i. V. m. Satz 8 SGB V gehören implantologische Leistungen nicht zur zahnärztlichen Behandlung und dürfen von den Krankenkassen nicht bezuschusst werden, es sei denn wegen seltener vom Gemeinsamen Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 SGB V festzulegende Ausnahmeindikation für besonders schwere Fälle, in denen die Krankenkasse diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt.

Zu Recht hat das vorinstanzliche Sozialgericht festgestellt, dass eine derartige in den Richtlinien festgelegte Ausnahmeindikation nicht vorliegt, so dass damit ein Anspruch auf Versorgung mit implantologischen Leistungen und der Beckenkammtransplantation nicht gegeben ist. **Eine Beckenkammtransplantation ist zwar von der implantologischen Leistung zu unterscheiden, ist jedoch mit der implantologischen Leistung als Einheit anzusehen.**

3. Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen

Gericht-Art: LSG
Gericht: Nordrhein-Westfalen
Datum: 26.04.2006
AZ: L 11 KR 7/05
Rechtskräftig:
Folgeinst.:

**Orientierungssatz:
Implantologische Leistungen**

Urteil:

Die in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 SGB V bestimmten Ausnahmeindikationen sind abschließend. Daher kann ein Anspruch auf Implantatversorgung nicht daraus hergeleitet werden, dass ein Fall vorliege, der von seiner Schwere her mit den Ausnahmeindikationen vergleichbar sei.

4. Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg

Gericht: Landessozialgericht Berlin-Brandenburg 9. Senat
 Entscheidungsdatum: 22.02.2011
 Aktenzeichen: L 9 KR 34/11 B ER
 Dokumenttyp: Beschluss
 Normen: § 27 Abs 1 S 1 SGB 5, § 27 Abs 1 S 2 Nr 2 SGB 5, § 28 Abs 2 S 1 SGB 5, § 28 Abs 2 S 9 SGB 5, § 92 Abs 1 S 2 Nr 2 SGB 5

Krankenversicherung – keine Versorgung mit Zahnimplantaten bei fehlender Ausnahmeindikation – extremer Würgereiz

Leitsatz:

Ein extremer Würgereiz begründet keinen Anspruch auf implantatgestützten Zahnersatz

Urteil:

[...]leidet der Antragsteller an keiner der vom GBA festgelegten Ausnahmeindikationen, bei denen ein Anspruch auf Versorgung mit Implantaten besteht. **Vielmehr liegt bei dem Antragsteller ein extremer Würgereiz vor [...]** Dieser **Würgereiz kann jedoch den genannten Ausnahmeindikationen nicht zugeordnet werden. Er gehört insbesondere nicht zu den willentlich nicht beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich, wie sie bei den in der Ausnahmeindikation benannten Spastikern auftritt** (so Hessisches LSG, Urteil vom 2. Juli 2009, L 1 KR 197/07; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 16. Februar 2010, L 16 B 44/09 KR, in diesem Sinne auch BSG, Beschluss vom 20. April 2004, B 1 KR 1/03 B; alle zitiert nach juris). Bei diesen ist typischerweise die Lippe bzw. die vordere Zunge in der Öffnungsbewegung durch eine motorische Unruhe destabilisiert, **während bei dem Antragsteller die vegetativ oder psychomotorisch bedingte Störung dem Bereich des Atmungssystems zuzuordnen ist, mithin dem Halsbereich.**

Die Ausnahmeindikationen des GBA können auch nicht erweiternd ausgelegt werden, um den Fall des Antragstellers zu erfassen. Die in den o. g. Richtlinien festgelegten Ausnahmeindikationen sind eng zu interpretieren und lassen eine Auslegung über den Wortlaut hinaus nicht zu (BSG, SozR 3-2500 § 28 Nr. 5). Schon gar nicht lässt sich im vorliegenden Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes feststellen, dass die Richtlinien wegen eines Verstoßes gegen höherrangiges Recht rechtswidrig und nichtig sind, weil sie den Fall eines extremen Würgereizes nicht erfassen, zumal der MDK-Gutachter eine auf dieses Gebrechen des Antragstellers zugeschnittene Versorgung durch herausnehmbaren Zahnersatz in Form einer gaumenfreien teleskopierenden Konstruktion für möglich hält. [...]

Dieser Beschluss kann nicht mit der Beschwerde an das Bundessozialgericht angefochten werden (§ 177 SGG).

Musterschreiben 1 „Kieferatrophie liegt vor“

Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen Antrag auf Implantatversorgung für ...

Sehr geehrte ...

Bezug nehmend auf Ihr Schreiben vom ... teilen wir Ihnen mit, dass gemäß Ziffer VII Nr. 2 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung, Atrophien keine Ausnahmeindikation für Implantate und Suprakonstruktionen im Sinne von § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V darstellen.

§ 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V schließt für implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion die Leistungspflicht der Krankenkassen grundsätzlich aus. Eine Leistungspflicht der Krankenkassen besteht danach nur unter folgenden kumulativen Voraussetzungen:

- a) Vorliegen einer seltenen Ausnahmeindikation in einem besonders schweren Fall.
- b) Dabei muss es sich um eine Ausnahmeindikation handeln, die der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien festgelegt hat.
- c) Die implantologische Leistung muss im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung anfallen.
- d) Eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate darf nicht möglich sein.

Aufgrund des gesetzlichen Auftrags in § 28 Abs. 2 SGB V, wonach der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 SGB V Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle festzulegen hat, in denen die Krankenkasse implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt, beschloss dieser die Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen.

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Ausnahmeindikationen beinhalten nicht den Fall einer ausgeprägten Kieferatrophie, bei dem eine konventionelle Totalprothese ohne Implantate aus zahnmedizinischen Gründen nicht eingegliedert werden kann. Weder sind Kieferatrophien ausdrücklich in die Ausnahmeindikationen mit aufgenommen worden, noch handelt es sich dabei um angeborene Fehlbildungen des Kiefers oder willentlich nicht beeinflussbare muskuläre Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seinen Beratungen ausdrücklich und sehr eingehend die Frage beraten, ob bei medizinisch notwendigen Implantatversorgungen im zahnlosen, stark atrophierten Kiefer die gesetzlichen Voraussetzungen für die Aufnahme in die Ausnahmeindikationen vorliegen. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist schließlich zu dem Ergebnis gelangt, dass das Gesetz eine Aufnahme der Kieferatrophien in den Ausnahmekatalog nicht zulässt.

Ausschlaggebend für diese Entscheidung war, dass der Gemeinsame Bundesausschuss zu der Überzeugung gelangt ist, dass eine der vom Gesetzgeber vorgegebenen Leistungsvoraussetzungen, dass die implantologische Behandlung „im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung“ erfolgen muss, nicht gegeben ist. Der Bundesausschuss hat dabei unter einer medizinischen Gesamtbehandlung eine Behandlung verstanden, die über das Ersetzen fehlender Zähne hinausgeht. Fälle derartiger Gesamtbehandlungen liegen vor bei größeren Kiefer- und Gesichtsdefekten, die ihre Ursache in Tumoroperationen oder in Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten haben.

Mit der Gesundheitsstrukturreform 2000 hat der Gesetzgeber neben den Ausnahmeindikationen einen Anspruch auf Zuzahlung für Suprakonstruktionen auf Implantaten in sogenannten Ausnahmefällen eingeführt (heute befundbezogene Festzuschüsse nach § 55 Abs. 1 SGB V):

„Für Suprakonstruktionen besteht der Anspruch in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegenden Ausnahmefällen“

In der Begründung hierzu heißt es:

„Bei der Versorgung mit Zahnersatz wird der Anspruch der Versicherten auf zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen in vom Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegenden Ausnahmefällen um die Versorgung mit Suprakonstruktionen (implantatgestützter Zahnersatz) erweitert. Damit wird der unbefriedigende Rechtszustand beseitigt, wonach Versicherte, die in bestimmten Fällen statt einer konventionellen Zahnersatzversorgung eine Versorgung mit Implantaten wählen, von ihrer Krankenkasse nicht wenigstens die anteilige Kostentragung für die Suprakonstruktion, das heißt den implantatgestützten Zahnersatz, erhalten.

Da der Gesetzgeber in § 28 Abs. 2 die grundsätzliche Ausgrenzung der Suprakonstruktionen beseitigt, regelt die Vorschrift, dass der Gemeinsame Bundesausschuss für die Versorgung mit Suprakonstruktionen Ausnahmefälle festzulegen hat. Dabei geht der Gesetzgeber davon aus, dass unter Beachtung der Grundsätze von medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit Ausnahmefälle für Suprakonstruktionen nur bei Einzelzahnlücken zum Beispiel im Fall von kariesfreien Nachbarzähnen und im jugendlichen Gebiss sowie beim atrophierten zahnlosen Kiefer vorliegen. In diesen Fällen stellt die Krone beim Einzelzahnersatz bzw. die Totalprothese beim zahnlosen Kiefer die vertragszahnärztlich zu erbringende zahnprothetische Leistung dar. Sämtliche Vorleistungen wie Implantate, Implantataufbauten und implantatbedingte Verbindungselemente etc. gehören nicht zur Suprakonstruktion.

Aus dieser Begründung wird deutlich, dass der Gesetzgeber bei § 28 Abs. 2 SGB V davon ausgegangen ist, dass ein Leistungsanspruch auf Implantate bei atrophiertem zahnlosen Kiefer nicht vorliegt.

Dieser Gesetzesänderung, insbesondere aber den Passagen der Begründung,

die sich auf Fälle mit Kieferatrophien beziehen, ist zu entnehmen, dass der Gesetzgeber davon ausgeht, dass eine Leistungspflicht der Krankenkassen für Implantatversorgungen bei Atrophiefällen nicht eingeführt werden soll, sondern dass für solche Fälle klargestellt wird, dass der Versicherte nur einen leistungsrechtlichen Anspruch auf – heute befundbezogene Festzuschüsse nach § 55 Abs.1 SGB V – hat.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat diese Ausnahmefälle am 15. September 2000 beschlossen. Die Richtlinien sind am 24.03.2001 in Kraft getreten.

Die Auffassung des Gemeinsamen Bundesausschusses hat das Bundessozialgericht mit Urteil vom 19.06.2001 (AZ B 1 KR 4/00 und B 1 KR 5/00) bestätigt. Danach umfasst der von den Krankenkassen geschuldete Zahnersatz in bestimmten Ausnahmefällen, zu denen anders nicht zu versorgende Kieferatrophien gehören, lediglich die implantatgestützte Suprakonstruktion.

Nach Ansicht des Bundessozialgerichts werden dagegen die notwendigen implantologischen Vorleistungen wie die Eingliederung der Implantate und die Materialkosten von der Neuregelung nicht erfasst. Insoweit ist es bei dem früheren weitgehenden Leistungsausschluss geblieben, der Ausnahmen nur in den vom Gemeinsamen Bundesausschuss definierten besonders schweren Fällen zulässt. Dazu zählt die Kieferatrophie nicht und sollte sie nach dem Willen des Gesetzgebers auch nicht zählen, so dass für eine analoge Anwendung der Regelung kein Raum ist. Da der Gesetzgeber von Verfassungswegen nicht gehindert ist, einzelne Leistungen oder Leistungsarten vom Versorgungsauftrag der Krankenkassen auszunehmen und sie der Eigenverantwortung der Versicherten zu überlassen, hat er verfassungsrechtliche Grenzen nicht überschritten; sein weiterer Gestaltungsspielraum wird regelmäßig auch nicht dadurch eingeengt, dass es im Einzelfall zu den ausgeschlossenen Leistungen keine oder keine gleich wirksame Alternative gibt. Die befürchteten Abgrenzungsschwierigkeiten, wenn Kieferatrophien als weitere Indikation für die Versorgung mit Implantaten anerkannt würden, bilden einen hinreichenden sachlichen Grund dafür, sie den besonders schweren Fällen nicht gleichzustellen.

Daher ist eine Kostenübernahme für Implantate durch die Krankenkasse bei Vorliegen einer Atrophie nicht möglich, da für eine Kostenübernahme sämtliche Voraussetzungen der Richtlinien erfüllt sein müssen. Die Durchführung eines Obergutachtens zur Feststellung, ob eine Ausnahmeindikation vorliegt, ist daher entbehrlich.

Mit freundlichen Grüßen
i. A. ...

Anlagen

Musterschreiben 2 **„konventionelle prothetische Versorgung ist möglich“**

Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen

Antrag auf Implantatversorgung für ...

Sehr geehrte ...

Bezug nehmend auf Ihr Schreiben vom ... teilen wir Ihnen mit, dass § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V für implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion die Leistungspflicht der Krankenkassen grundsätzlich ausschließt. Eine Leistungspflicht der Krankenkassen besteht danach nur unter folgenden kumulativen Voraussetzungen:

- a) Vorliegen einer seltenen Ausnahmeindikation in einem besonders schweren Fall.
- b) Dabei muss es sich um eine Ausnahmeindikation handeln, die der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien festgelegt hat.
- c) Die implantologische Leistung muss im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung anfallen.
- d) Eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate darf nicht möglich sein.

Aufgrund des gesetzlichen Auftrags in § 28 Abs. 2 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 SGB V Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle festgelegt, in denen die Krankenkasse implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt.

Jedoch besteht nach den Richtlinien eine Leistungspflicht der Krankenkasse nur dann, wenn eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist. Dabei kommt es nicht darauf an, ob eine konventionelle prothetische Versorgung z. B. deshalb für nicht sinnvoll gehalten wird, weil dafür ein oder mehrere gesunde Zähne beschliffen werden müssten.

Im vorliegenden Fall kann Ihr Patient konventionell prothetisch versorgt werden und es fehlt eine wesentliche Voraussetzung für die Kostenübernahme einer Implantatversorgung durch die Krankenkasse nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Dies hat das Bundessozialgericht mit Urteil vom 19. Juni 2001 (AZ B 1 KR 27/00) bestätigt. Danach verstößt der Ausschluss implantologischer Leistungen aus der Krankenversicherung nicht gegen die Verfassung. Im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung ist als Alternative zur implantatgestützten Versorgung einer Zahnücke die Versorgung mit einer Brücke hinzuzunehmen, selbst wenn dies das Abschleifen gesunder Zähne erfordert. Darin liegt kein Verstoß gegen den verfassungsrechtlich gewährleisteten Schutz der körperlichen Unversehrtheit. Die Verpflichtung des Staates, das Leben und die körperliche Unversehrtheit des einzelnen zu schützen, zwingt den Gesetzgeber

nicht, im Rahmen der Krankenversicherung bestimmte Gesundheitsleistungen zur Verfügung zu stellen. Er kann im Interesse der Funktionsfähigkeit oder der Finanzierbarkeit der Krankenversicherung anordnen, dass bestimmte Leistungen oder Behandlungsmethoden von den Krankenkassen nicht zu erbringen sind, auch wenn die verbleibenden Behandlungsalternativen für den Versicherten mit höheren Belastungen oder sonstigen Nachteilen verbunden sind.

Damit liegt kein Fall des § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V vor. Der Einholung eines Obergutachtens bedarf es in diesem Fall nicht.

Mit der Gesundheitsstrukturreform 2000 hat der Gesetzgeber einen Anspruch auf heute Festzuschüsse für Suprakonstruktionen auf Implantaten in vom Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegenden Ausnahmefällen eingeführt:

„Für Suprakonstruktionen besteht der Anspruch in vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegenden Ausnahmefällen.“

In der Begründung hierzu heißt es:

„Bei der Versorgung mit Zahnersatz wird der Anspruch der Versicherten auf zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen in vom Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegenden Ausnahmefällen um die Versorgung mit Suprakonstruktionen (implantatgestützter Zahnersatz) erweitert. Damit wird der unbefriedigende Rechtszustand beseitigt, wonach Versicherte, die in bestimmten Fällen statt einer konventionellen Zahnersatzversorgung eine Versorgung mit Implantaten wählen, von ihrer Krankenkasse nicht wenigstens die anteilige Kostentragung für die Suprakonstruktion, das heißt den implantatgestützten Zahnersatz, erhalten.

Da der Gesetzgeber in § 28 Abs. 2 die grundsätzliche Ausgrenzung der Suprakonstruktionen beseitigt, regelt die Vorschrift, dass der Gemeinsame Bundesausschuss für die Versorgung mit Suprakonstruktionen Ausnahmefälle festzulegen hat. Dabei geht der Gesetzgeber davon aus, dass unter Beachtung der Grundsätze von medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit Ausnahmefälle für Suprakonstruktionen nur bei Einzelzahnlücken zum Beispiel im Fall von kariesfreien Nachbarzähnen und im jugendlichen Gebiss sowie beim atrophierten zahnlosen Kiefer vorliegen. In diesen Fällen stellt die Krone beim Einzelzahnersatz bzw. die Totalprothese beim zahnlosen Kiefer die vertragszahnärztlich zu erbringende zahnprothetische Leistung dar. Sämtliche Vorleistungen wie Implantate, Implantataufbauten und implantatbedingte Verbindungselemente etc. gehören nicht zur Suprakonstruktion.

Es wäre demnach nun zu prüfen, ob ein Anspruch auf Suprakonstruktionen gemäß den geltenden Festzuschuss-Richtlinien besteht. Die Durchführung eines Obergutachtens ist nicht erforderlich.

Mit freundlichen Grüßen
i. A. ...
Anlagen

Anhang 4 Statistische Fallzahlen der Gutachten und Obergutachten

Erhebung von statistischen Eckdaten zum Gutachterwesen in der vertragszahnärztlichen Versorgung in Deutschland – Bereich Implantologie –

Anzahl implantologischer Vertragsgutachter und Gutachten nach KZV-Bereichen 2010

KZV	Gutachter	Gutachten			Gutachten je Gutachter
		Primärkassen	Ersatzkassen	Gesamt	
Baden-Württemberg	11	140	71	211	19
Bayern	9	218	84	302	34
Berlin	2	49	32	81	41
Brandenburg	4	25	9	34	9
Bremen	2	29	11	40	20
Hamburg	2	41	42	83	42
Hessen	4	97	82	179	45
Mecklenburg-Vorp.	2	28	37	65	33
Niedersachsen	4	105	97	202	51
Nordrhein	7	277	155	432	62
Rheinland-Pfalz	10	67	51	118	12
Saarland	1	19	5	24	24
Sachsen	4	103	35	138	35
Sachsen-Anhalt	2	65	19	84	42
Schleswig-Holstein	3	42	27	69	23
Thüringen	2	50	22	72	36
Westfalen-Lippe	5	260	114	374	75
Gesamt	74	1.615	893	2.508	34

Tab. 1

Ergebnisse der implantologischen Gutachten nach KZV-Bereichen 2010

KZV	befürwortet		nicht befürwortet		mit Änderungen befürwortet		Gesamt
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	
Baden-Württemberg	92	43,6	102	48,3	17	8,1	211
Bayern	98	32,5	169	56,0	35	11,6	302
Berlin	35	43,2	42	51,9	4	4,9	81
Brandenburg	19	55,9	14	41,2	1	2,9	34
Bremen	27	67,5	9	22,5	4	10,0	40
Hamburg	43	51,8	39	47,0	1	1,2	83
Hessen	101	56,4	72	40,2	6	3,4	179
Mecklenburg-Vorp.	34	52,3	26	40,0	5	7,7	65
Niedersachsen	138	68,3	47	23,3	17	8,4	202
Nordrhein	249	57,6	160	37,0	23	5,3	432
Rheinland-Pfalz	70	59,3	35	29,7	13	11,0	118
Saarland	5	20,8	18	75,0	1	4,2	24
Sachsen	85	61,6	42	30,4	11	8,0	138
Sachsen-Anhalt	49	58,3	21	25,0	14	16,7	84
Schleswig-Holstein	30	43,5	37	53,6	2	2,9	69
Thüringen	36	50,0	19	26,4	17	23,6	72
Westfalen-Lippe	215	57,5	139	37,2	20	5,3	374
Gesamt	1.326	52,9	991	39,5	191	7,6	2.508

Tab. 2

Implantologische Gutachten und Obergutachten nach Kassenarten 2009 und 2010 mit Ergebnissen der Obergutachten

	Primärkassen			Ersatzkassen			insgesamt		
	2009	2010	Veränderung in %	2009	2010	Veränderung in %	2009	2010	Veränderung in %
Gutachten	1.559	1.615	3,6	989	893	- 9,7	2.548	2.508	- 1,6
Obergutachtenanträge	25	22	- 12,0	31	30	- 3,2	56	52	- 7,1
vom Zahnarzt beantragt	12	12	0,0	14	12	- 14,3	26	24	- 7,7
von der Krankenkasse beantragt	13	10	- 23,1	17	18	5,9	30	28	- 6,7
OG-Verfahren aus versch. Gründen nicht durchgeführt	16	13	- 18,8	18	16	- 11,1	34	29	- 14,7
durchgeführte OG-Verfahren	9	9	0,0	13	14	7,7	22	23	4,5
Behandlungsplanung abgelehnt	5	4		3	8		8	12	
Behandlungsplanung zugestimmt	3	5		9	6		12	11	
Behandlungsplanung teilw. zugestimmt	1	0		1	0		2	0	

Tab. 3

Entwicklung der Anzahl implantologischer Gutachten nach Kassenarten 2001 – 2010

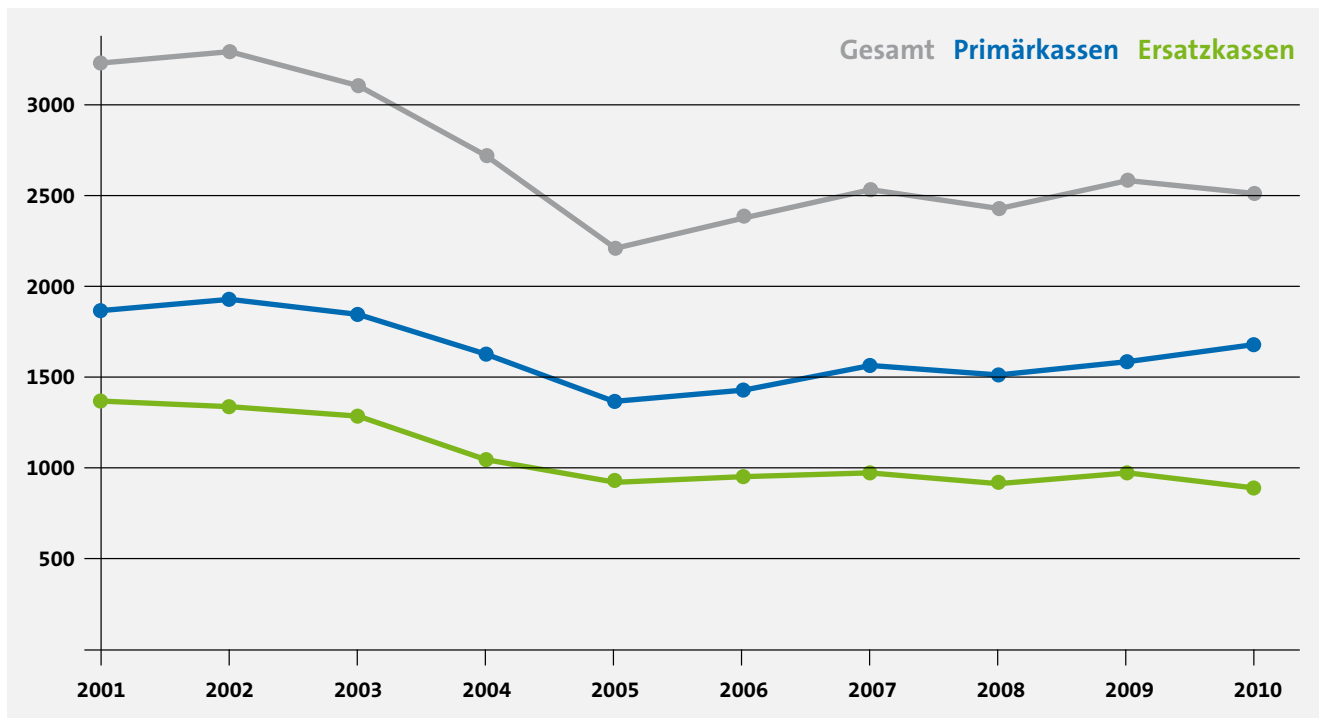


Abb. 1

Entwicklung der Anzahl implantologischer Obergutachten nach Kassenarten 2001 – 2010

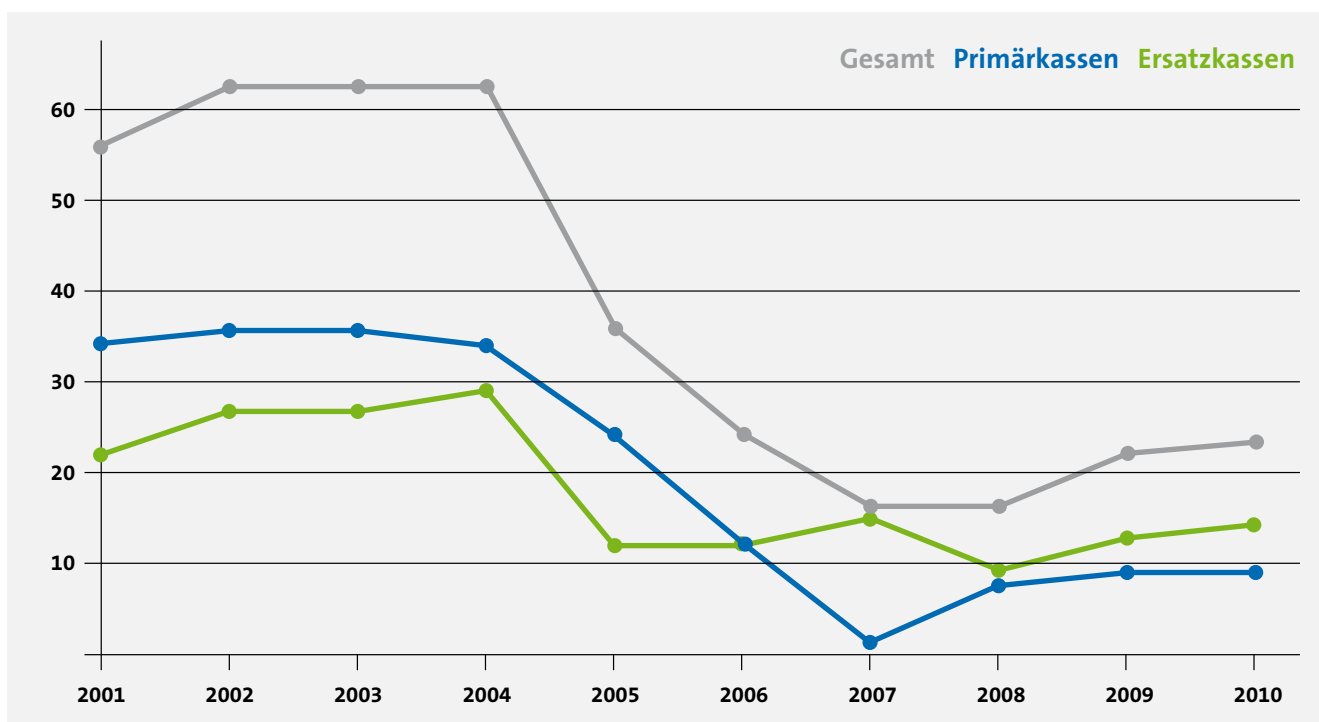


Abb. 2

Ergebnisse der implantologischen Obergutachten 2001 – 2010 (Prozentuale Entwicklung)

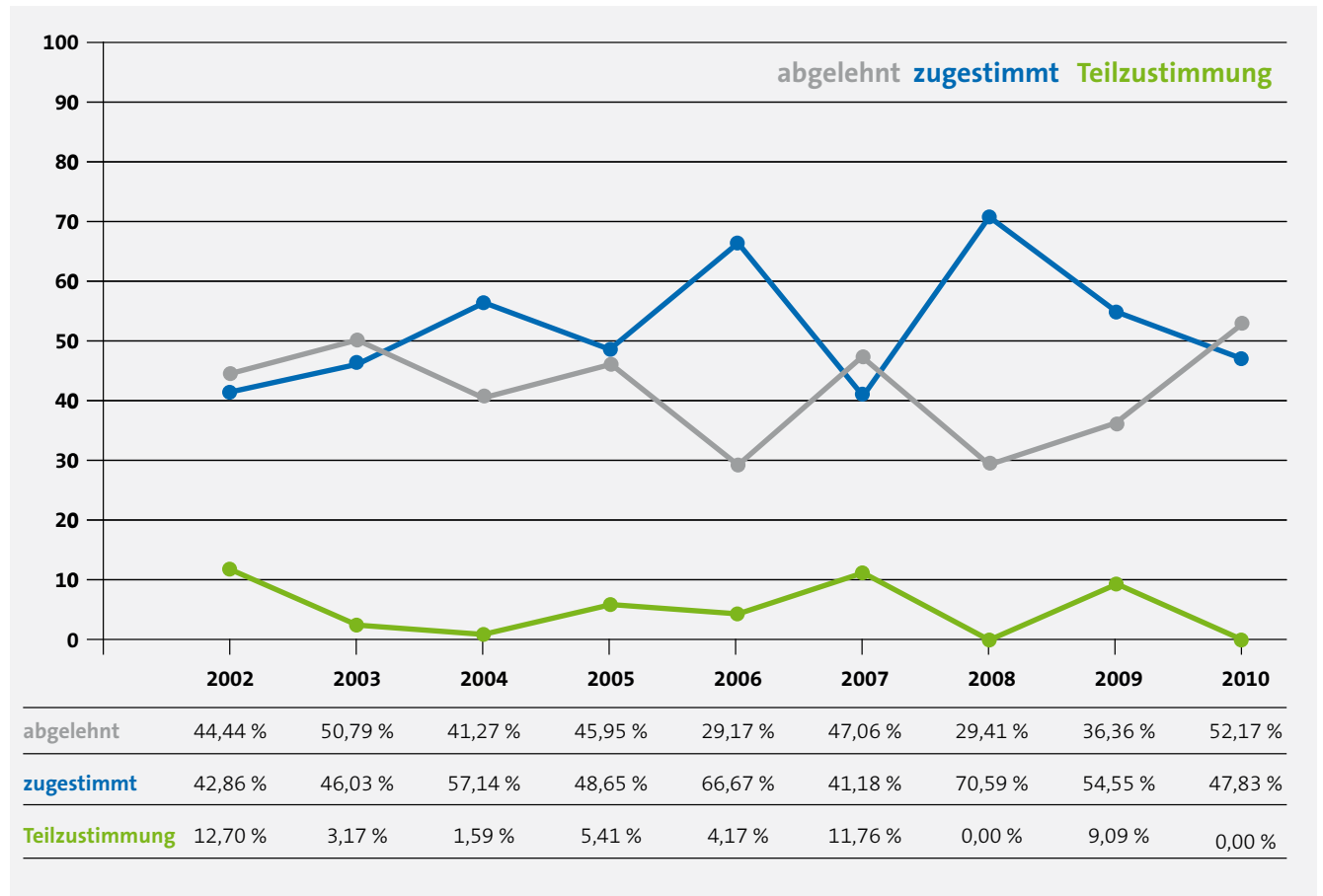


Abb. 3

Anzahl implantologischer Obergutachten nach Ergebnis 2007 – 2010

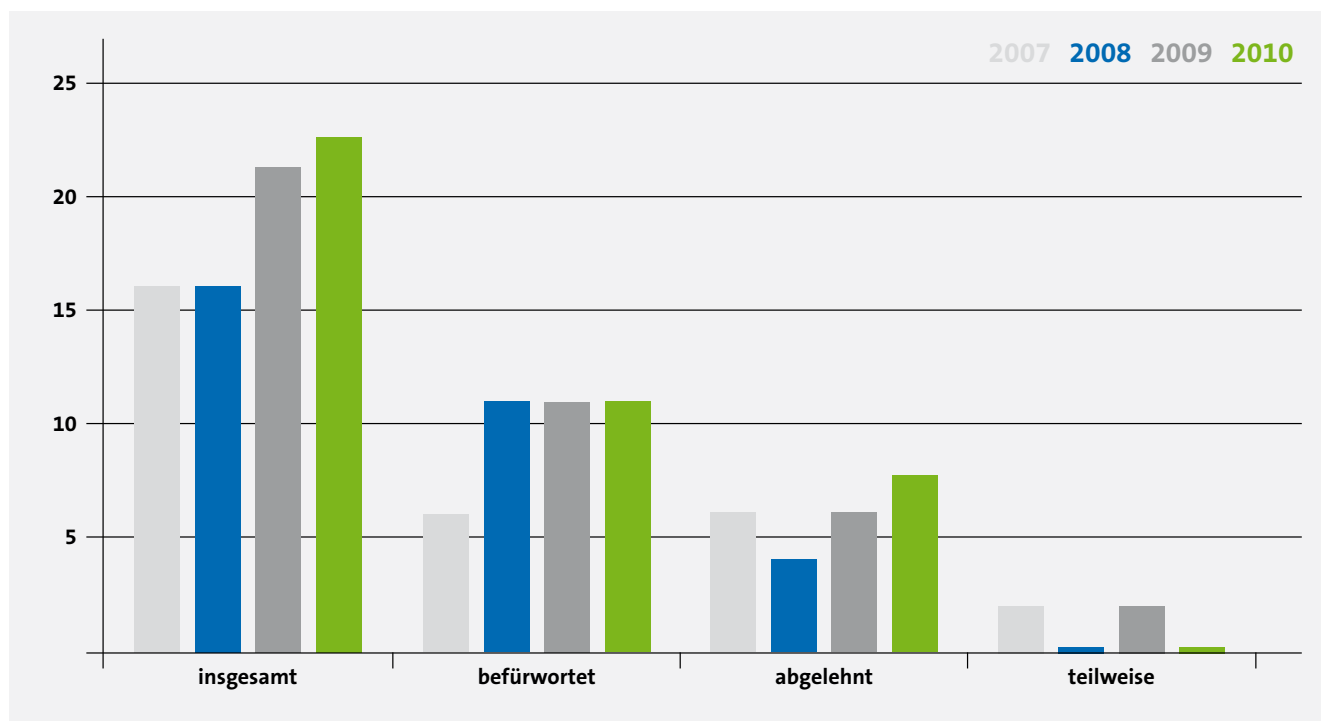


Abb. 4

Ergebnisse der implantologischen Obergutachten nach Jahren 2007 – 2010

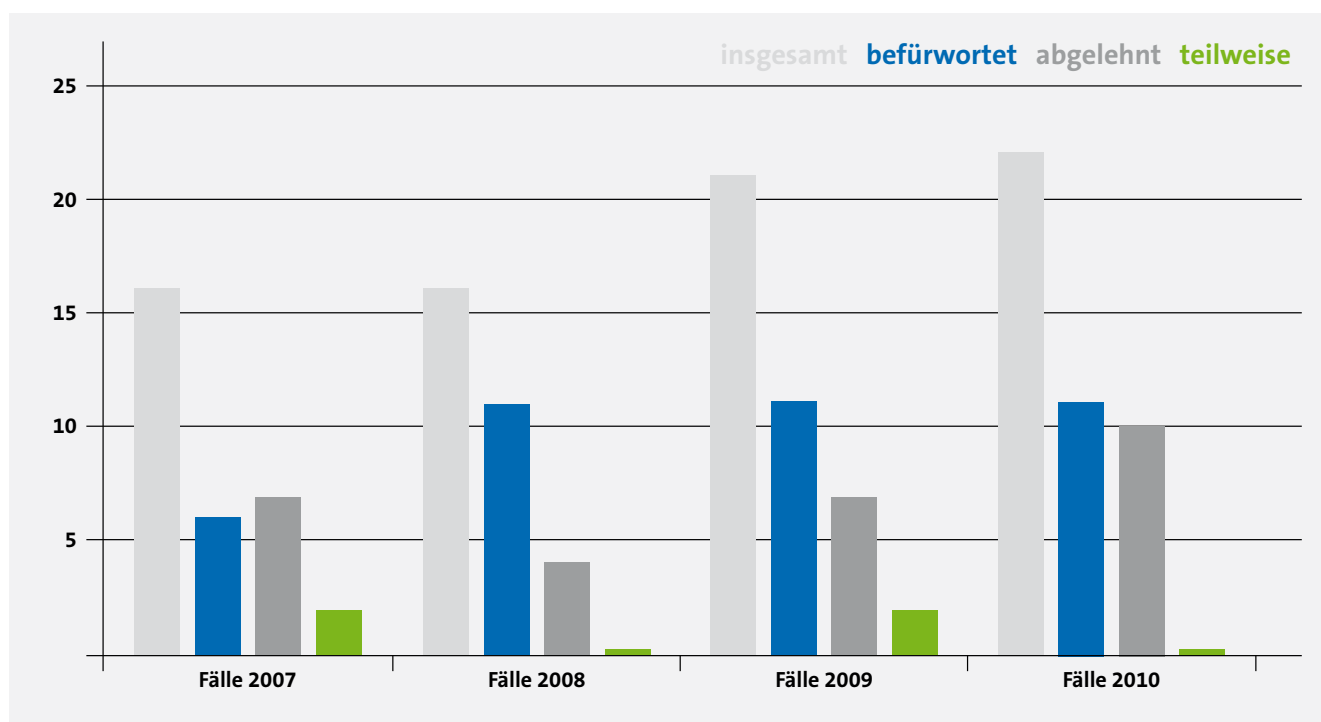


Abb. 5

Gründe für abgelehnte Obergutachten 2007 – 2010

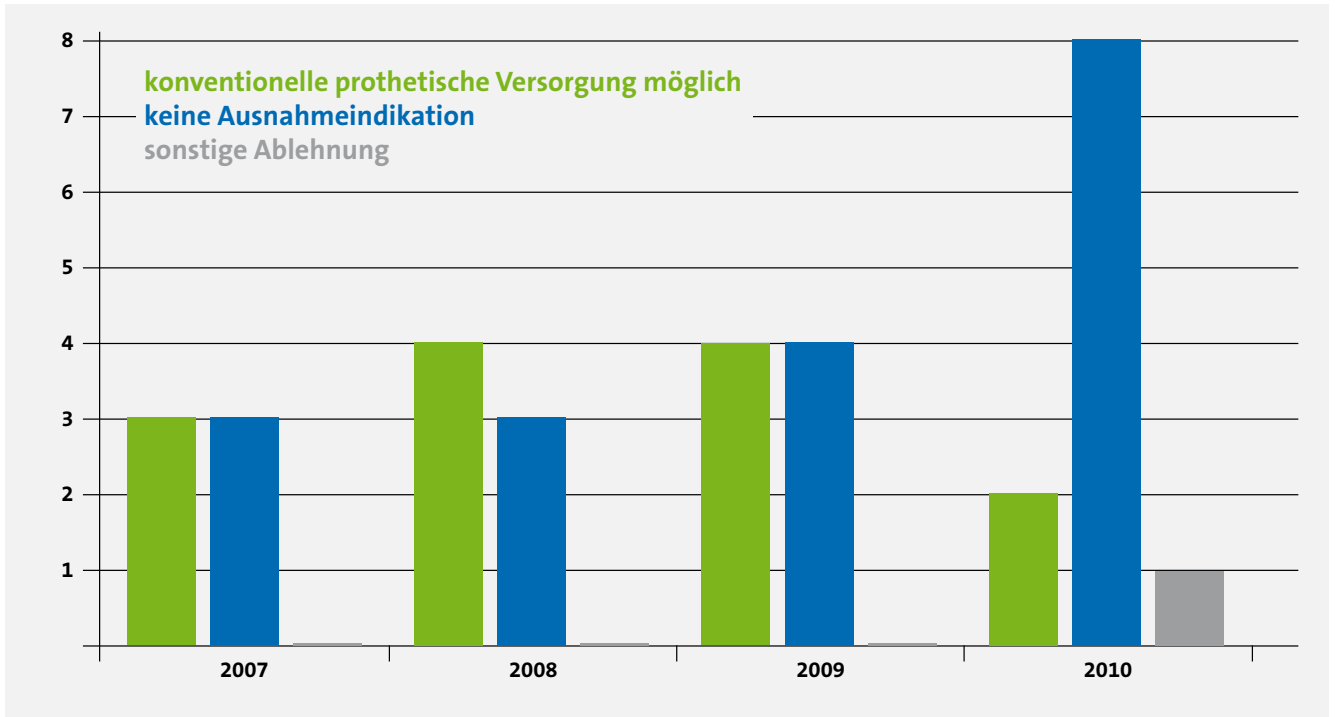


Abb. 6

Art der Ausnahmeindikation bei Befürwortung durch den Obergutachter 2007 – 2010

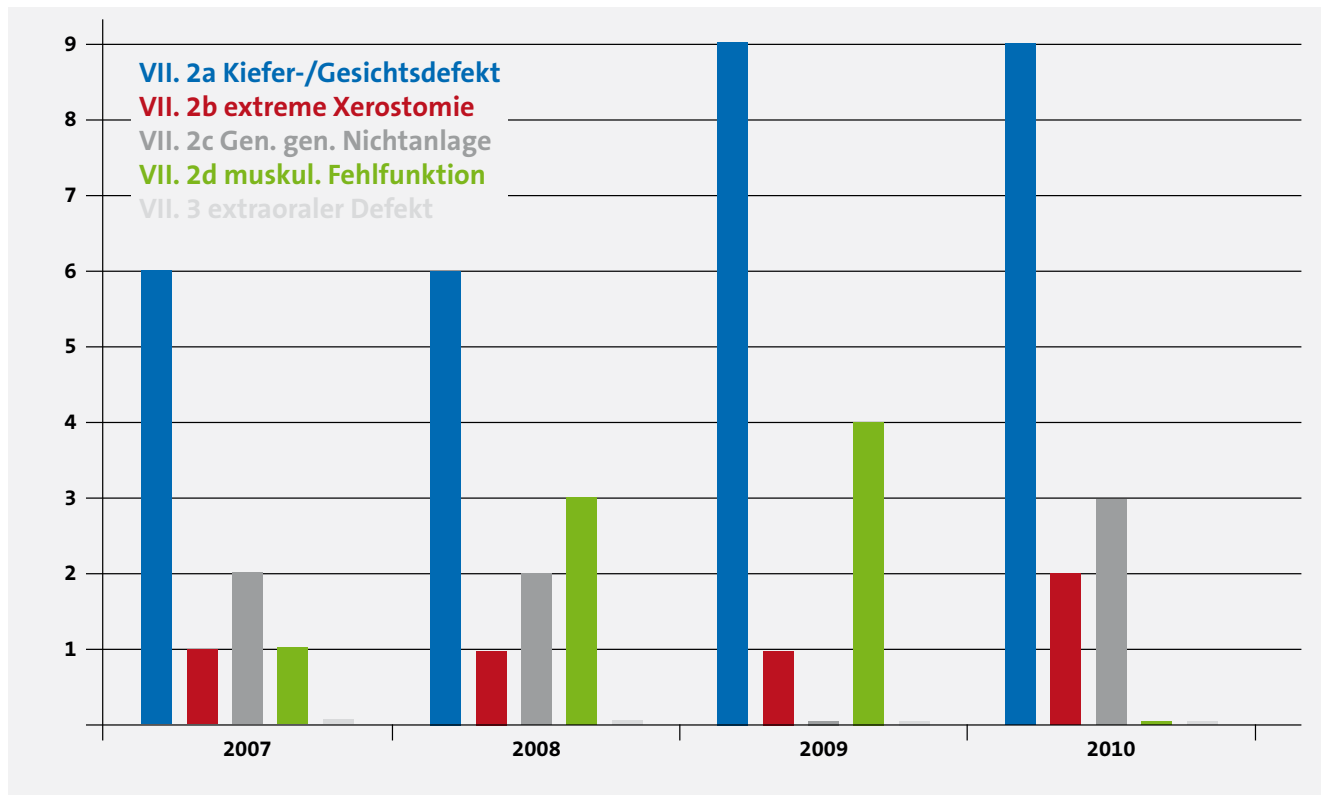


Abb. 7

Anhang 5 Gutachterverzeichnis

Liste der von der KZBV im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen benannten Gutachter bzw. Obergutachter für implantologische Leistungen

KZV Bayerns

Gutachter

Dr. Michael Dehen
Neupfarrplatz 6 a · 93047 Regensburg
Tel.: 0941 566620 · Fax: 0941 566735

Prof. Dr. Dr. Mark Farmand
Ltd. Arzt der Klinik für MKG-Chirurgie/
plastische Operationen am Klinikum Nürnberg Süd
Breslauer Straße 201 · 90471 Nürnberg
Tel.: 0911 3985491 · Fax: 0911 3985391

Dr. Felix W. Haase
Kufsteiner Straße 19 · 83075 Bad Feilnbach
Tel.: 08066 8707 · Fax: 08066 8384

Dr. Peter Keck
Petzoldstraße 8 · 97828 Marktheidenfeld
Tel.: 09391 98360 · Fax: 09391 983620

Dr. Fritz Maier
Schlossplatz 2 · 86956 Schongau
Tel.: 08861 7283 · Fax: 08861 9645

Dr. Dr. Karl Meier
Residenzstraße 23 · 80333 München
Tel.: 089 22 3399 · Fax: 089 223301

Dr. Friedemann Petschelt
Oralchirurg
Eckertstraße 9 · 91207 Lauf
Tel.: 09123 12100 · Fax: 09123 13946

Dr. Dr. Thomas Wiedemann
Albert-Roßhaupter-Straße 73 · 81369 München
Tel.: 089 76975550 · Fax: 089 76975552

Obergutachter

Dr. Klaus Heerklotz
Poppenreutherstraße 3 · 90765 Fürth
Tel.: 0911 7906406 · Fax: 0911 7907693

Prof. Dr. Dr. Gerhard W. Paulus
Arzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Arabellastraße 15 · 81925 München
Tel.: 089 916001 · Fax: 089 919312

Baden-Württemberg

Bezirksdirektion Freiburg

Gutachter

Dr. Georg Bach
Rathausgasse 36 · 79098 Freiburg
Tel.: 0761 22592 · Fax: 0761 2020839

Dr. Achim Dilcher
Markstätte 19 · 78462 Konstanz
Tel.: 07531 2844032 · Fax: 07531 2844042

Obergutachter

Dr. Dr. Wolf-Jürgen Gerlach
Gewerbestraße 75 · 79194 Gundelfingen
Tel.: 0761 58 00 58 · Fax: 0761 1204390

Bezirksdirektion Karlsruhe

Gutachter

Dr. Benno Brehm
Kapellenstraße 17 · 76437 Rastatt
Tel.: 07222 33118 · Fax: 07222 787120

Dr. Stefan Gropp
Max-Joseph-Straße 8 · 68167 Mannheim
Tel.: 0621 332167 · Fax: 0621 4817290

Obergutachter

Prof. Dr. Winfried Walther
Sophienstraße 39a · 76133 Karlsruhe
Tel.: 0721 9181190 · Fax: 0721 9181222

Bezirksdirektion Stuttgart

Gutachter

Dr. Alfons Biggel
Mauerstraße 17 · 74523 Schwäbisch Hall
Tel.: 0791 71770 · Fax: 0791 84063

Dr. Gerhard Cube
Schloßstraße 100 · 70176 Stuttgart
Tel.: 0711 611620 · Fax: 0711 6150678

Dr. Frank Kehrer
Aspacher Straße 11 · 71522 Backnang
Tel.: 07191 1616 · Fax: 07191 368919

Dr. Jürgen Tobias
Am Bahndamm 10 · 73529 Schwäbisch Gmünd
Tel.: 07171 4761 · Fax: 07171 44636

Bezirksdirektion Tübingen

Gutachter

Dr. Werner Hillebrand
Facharzt für Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie
Alter Postplatz 9 · 88400 Biberach
Tel.: 07351 78 82 · Fax: 07351 17853

Dr. Wolfgang Wiegel
Josefstr. 12 · 72488 Sigmaringen
Tel.: 07571 13470 · Fax: 07570 685

KZV Berlin

Gutachter

Dr. Dr. Reinhard Münstermann
Müllerstraße 116 · 13349 Berlin
Tel.: 030 45798900 · Fax: 030 45798901

Dr. Reinhard Fischer
Albrechtstraße 51 · 12103 Berlin
Tel.: 030 7515154 · Fax: 030 7521763

Obergutachter

Prof. Dr. Dr. Volker Strunz
Hohenzollerndamm 28a · 10713 Berlin-Wilmersdorf
Tel.: 030 8609870 · Fax: 030 86098719

KZV Brandenburg

Gutachter

Dr. Uwe Deutrich
Am Rahmersee 1 · 16515 Zühlsdorf
Tel.: 033397 61108 · Fax: 033397 61937

Dr. med. habil. Ingo Feige
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurg
Gubener Straße 16 · 15230 Frankfurt/Oder
Tel.: 0335 321162 · Fax: 0335 321162

Claudius Just
Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Thiemstraße 124 · 03050 Cottbus
Tel.: 0355 425626 · Fax: 0355 4302453

Dr. med. Jochen Ulbricht
Neustädtischer Markt 23 · 14776 Brandenburg
Tel.: 03381 225190 · Fax: 03381 221530

Obergutachter

Dr. med. Christian Groß
Facharzt für MKG-Chirurgie
Schopenhauerstraße 37 · 14467 Potsdam
Tel.: 0331 964949 · Fax: 0331 9676860

KZV Bremen

Gutachter

Prof. Dr. Dr. Andreas Bremerich
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg
St.-Jürgen-Straße 1 · 28205 Bremen
Tel.: 0421 4972451 · Fax: 0421 4972452

KZV Hamburg

Gutachter

Dr. Peter Borgmann MSc
Zahnarzt
Eppendorfer Baum 35 - 37 · 20249 Hamburg
Tel.: 040 4801810 · Fax: 040 4801829

Frank Schneehage
Zahnarzt, Oralchirurg
Fabriciusstraße 10 · 22177 Hamburg
Tel.: 040 615860 · Fax: 040 6916482

Obergutachter

Dr. Dr. Gerhard Schwartz
Facharzt für MKG-Chirurgie
Tibarg 26 · 22459 Hamburg
Tel.: 040 581420 · Fax: 040 581439

KZV Hessen

Gutachter

Dr. Johannes Bartsch
Arzt für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie
Wilhelmshöher Allee 268 · 34131 Kassel
Tel.: 0561 3160808 · Fax: 0561 3160809

Dr. Dieter Nolte
Salzstraße 21 · 63450 Hanau
Tel.: 06181 256020 · Fax: 06181 252515

Dr. Herman Saputra
Alte Viernheimer Straße 2 · 68623 Lampertheim
Tel.: 06206 2442 · Fax: 06206 2172

Dr. Dr. Roland Streckbein
Auf dem Schafsberg · 65549 Limburg
Tel.: 06431 5705828 · Fax: 06431 5705818

Obergutachter

Prof. Dr. Jörg Meyle
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Schlangenzahl 14 · 35392 Gießen
Tel.: 0641 9946192 · Fax: 0641 9946189

Prof. Dr. Georg-Hubertus Nentwig
Zentrum für ZMK-Heilkunde
Theodor-Stern-Kai 7 · 60596 Frankfurt
Tel.: 069 63015632 · Fax: 069 63016301

KZV Mecklenburg-Vorpommern

Gutachter

Dr. Marion Seide
Am Gutshaus 5 · 18445 Kramerhof Parow
Tel.: 03831 480300 · Fax: 03831 4803016

Dr. Heike Voelker
Parkentiner Weg 45 · 18209 Bad Doberan
Tel.: 038203 63181 · Fax: 038203 779900

KZV Niedersachsen

Gutachter

ZA Klaus Goldschmidt
Burgstraße 24 · 49808 Lingen
Tel.: 0591 916550 · Fax: 0591 9165533

Dr. Dr. Rüdiger Krainau
Gerichtsstraße 59 · 26382 Wilhelmshaven
Tel.: 04421 42033 · Fax: 04221 891999

Dr. Hans Hermann Liepe
Mendelssohnstraße 10 · 30173 Hannover
Tel.: 0511 880819 · Fax: 0511 880882

Dr. Dr. Christian G. Schippers
Elise-Averdieck-Straße 17 · 27356 Rotenburg
Tel.: 04261 770 · Fax: 04261 772144

Obergutachter

Prof. Dr. Dr. H. Schliephake
Georg-August-Universität
Robert-Koch-Straße 40 · 37075 Göttingen
Tel.: 0551 398306 · Fax: 0551 3912653

KZV Nordrhein

Gutachter

Dr. Georg Arentowicz
Waidmarkt 24 · 50676 Köln
Tel.: 0221 232020 · Fax: 0221 232393

Prof. Dr. Michael Augthun
Löhberg 6 · 45468 Mülheim a. d. Ruhr
Tel.: 0208 471684 · Fax: 0208 472014

Dr. Dr. Eric-Peter Franz
Friedrich-Wilhelm-Straße 71 · 47051 Duisburg
Tel.: 0203 28957020 · Fax: 0203 28957299

Dr. Klaus Höcker
Brandstraße 29 · 45127 Essen
Tel.: 0201 222262 · Fax: 0201 207769

Dr. Bernd Quantius
Giesenkirchener Straße 40 · 41238 Mönchengladbach
Tel.: 02166 10050 · Fax: 02166 120151

Dr. Teut-Achim Rust
Ohligser Markt 5-7 · 42697 Solingen
Tel.: 0212 72153 · Fax: 0212 73200

Dr. Günther Schmölders
Schleckheimer Straße 18 · 52076 Aachen
Tel.: 02408 1677 · Fax: 02408 1697

Obergutachter

Prof. Dr. Dr. Rudolf Reich
Klinik f. Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie und Poliklinik
Welschnonnenstraße 17 · 53111 Bonn
Tel.: 0228 28722452 · Fax: 0228 2872604

Prof. Dr. Stefan Wolfart
Direktor der Klinik für Zahnärztliche Prothetik
und Werkstoffkunde
Universitätsklinikum Aachen
Pauwelsstr. 30 · 52074 Aachen
Tel.: 0241 8088241 · Fax: 0241 8082410

KZV Rheinland-Pfalz**Gutachter**

Dr. Norbert Werner Blum
Zahnarzt für Oralchirurgie
Auf'm Klopp 4 · 56130 Bad Ems
Tel.: 02603 13101 · Fax: 02603 6841

Dr. Désirée Burg
Fachzahnärztin für Oralchirurgie
Kasinostraße 2 · 55743 Idar-Oberstein
Tel.: 06781 567380 · Fax: 06781 5673829

Dr. Dr. Achim Dederichs
Zahnarzt und Facharzt für
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
Mannheimer Straße 116 · 55543 Bad Kreuznach
Tel.: 0671 40808 · Fax: 0671 40809

Dr. Dr. U. Graf-Balun
Emmeranstraße 3 a · 55116 Mainz
Tel.: 06131 232326 · Fax: 06131 232367

Dr. Dr. Wolfgang Jakobs
Zahnarzt für Oralchirurgie
Bahnhofstraße 63 - 65 · 54662 Speicher
Tel.: 06562 967911 · Fax: 06562 967940

Dr. Dr. Norbert Mrochen
Kerststraße 21 - 23 · 67655 Kaiserslautern
Tel.: 0631 66655 · Fax: 0631 3605063

Dr. Hermann Josef Schmitt
Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Rüdesheimer Straße 7 · 55545 Bad Kreuznach
Tel.: 0671 42095 · Fax: 0671 42094

Dr. Octavio Weinhold-Garcia
Zahnarzt für Oralchirurgie
Bismarckstraße 27 · 67059 Ludwigshafen
Tel.: 0621 514044 · Fax: 0621 68124468

Obergutachter

Prof. Dr. Günter Dhom
Zahnarzt für Oralchirurgie
Bismarckstraße 27 · 67059 Ludwigshafen
Tel.: 0621 68124444 · Fax: 0621 68124468

KZV Saarland

Gutachter

Prof. Dr. Dr. Wolfgang Spitzer
Dir. der Abt. für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
der Universitätsklinik des Saarlandes
66421 Homburg/Saar
Tel.: 06841 1624990 · Fax: 06841 1624983

KZV Sachsen

Gutachter

Dr. med. habil. Michael Fröhlich
Dr.-Külz-Ring 15 · 01067 Dresden
Tel.: 0351 8497183 · Fax: 0351 8497184

Dr. med. Ulrich Glase
Katharinenstraße 3 a · 09119 Chemnitz
Tel.: 0371 313343 · Fax: 0371 313344

Dr. med. Stephan Müller-Dürwald
Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
Schongauer Straße 29-31 · 04328 Leipzig
Tel.: 0341 2153623 · Fax: 0341 2153624

Obergutachter

Dr. med. habil. Wolfram Knöfler
Rietschelstraße 27 · 04177 Leipzig
Tel.: 0341 4425468 · Fax: 0341 4429194

KZV Sachsen-Anhalt

Gutachter

Prof. Dr. Dr. Klaus Louis Gerlach
Otto-von-Guericke-Universität
Universitätsklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Leipziger Straße 44 · 39120 Magdeburg
Tel.: 0391 6701 · Fax: 0391 6713440

Prof. Dr. Utta Wagner
Fichtestraße 3 · 06114 Halle
Tel.: 0345 5506331 · Fax: 0345 5506331

KZV Schleswig-Holstein

Gutachter

Dr. Berend Terveer
Rathausstraße 28 · 24103 Kiel
Tel.: 0431 96973 · Fax: 0431 96958

Dr. Fritz-Eberhard Preusse
Wasserkrüger Weg 1 · 23879 Mölln
Tel.: 04542 2667 · Fax: 04542 2611

Dr. Björn Rahlf
Materialhofstraße 9 · 24768 Rendsburg
Tel.: 04331 57577 · Fax: 04331 57578

Obergutachter

Dr. Matthias Krummel
Langenfelde 159 · 24159 Kiel
Tel.: 0431 372111 · Fax: 0431 373198

KZV Thüringen

Gutachter

Dr. Harald Böttcher
Wilhelm-Külz-Straße 38 · 99084 Erfurt
Tel.: 0361 6018790 · Fax: 0361 6018798

Dr. Thomas Kindler
Bergstraße 2 · 98617 Meiningen
Tel.: 03693 882560 · Fax: 03693 882561

KZV Westfalen-Lippe

Gutachter

Dr. Bernhard Drüke
Schorlemer Straße 16 · 48143 Münster
Tel.: 0251 55155 · Fax: 0251 518945

Prof. Dr. Dr. Harald Eufinger
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg
Chefarzt am Knappschaftskrankenhaus
Dorstener Straße 151 · 45657 Recklinghausen
Tel.: 02361 56350001 · Fax: 02361 561098

Dr. med. Dr. med. dent. Jens Höllering
Stembergstraße 38-40 · 59755 Arnsberg
Tel.: 02932 32123 · Fax: 02932 890069

Dr. Günther König
Mittelstraße 46 · 32657 Lemgo
Tel.: 05261 4028 · Fax: 05261 14274

Dr. Christian Ullrich
Klinik für MKG-Chirurgie
Plastische Operationen
Münsterstraße 240 · 44145 Dortmund
Tel.: 0231 95318500 · Fax: 0231 95318951

Obergutachter

Prof. Dr. Dr. med. Peter Tetsch
Scharnhorststraße 19 · 48151 Münster
Tel.: 0251 532415 · Fax: 02 51 532417

Impressum

Herausgeber Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)
Universitätsstraße 73 · 50931 Köln · www.kzbv.de

Gestaltung atelier wieneritsch

Titelfoto © erikdegraaf / www.fotosearch.de

Köln, Februar 2012