

# Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

## Erläuterungen zur Verabschiedung eines Ausnahmekataloges für implantologische Leistungen (Stand Mai 2000)

(Ausnahmekatalog:

Siehe Abrechnungsmappe Fach 6, Ordnungsziffer 6, Seite 11, Abschnitt VII)

### 1. Allgemeines

Versicherte haben nach den Richtlinien nur in den genannten zwingend notwendigen Ausnahmefällen Leistungsansprüche gegen ihre Krankenkasse. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, sind die Implantatversorgungen einschließlich der Suprakonstruktionen Privatleistungen.

Nach dem Beschluss des Bundesausschusses müssen mehrere Bedingungen erfüllt sein, um Leistungsansprüche der Versicherten zu begründen.

- Es liegen „seltene Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle“ vor.
- Die implantologischen Leistungen müssen „im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung“ erbracht werden.
- Eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate ist nicht möglich.

Der Beschluss legt nicht nur enumerativ die seltenen Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle fest, sondern bestimmt darüber hinaus, dass das Vorliegen der Ausnahmeindikationen allein nicht ausreicht, um einen Leistungsanspruch des Versicherten zu begründen. Weitere Voraussetzung für einen Leistungsanspruch ist, dass eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist. Ein Leistungsanspruch des Versicherten besteht auch dann nicht, wenn durch die geplante Implantatversorgung das Einschleifen ggf. gesunder Zähne entbehrlich wird, welches erforderlich ist, wenn in solchen Fällen eine konventionelle, zahnmedizinisch indizierte, prothetische Versorgung durch Brücken oder Teilprothesen möglich ist und durchgeführt wird.

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

Das bedeutet:

Ein Leistungsanspruch scheidet bei einer Gebissituation aus, bei der zwar eine prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist, aber keine der Ausnahmeindikationen vorliegt (z. B. Totalprothese im stark atrophierten Kiefer).

Der Bundesausschuss sah sich auf der Grundlage der gesetzlichen Regelung nicht als befugt an, derartige Fälle in die Leistungspflicht der Krankenkassen einzubeziehen, nachdem seitens des Bundesgesundheitsministeriums in den Beratungen darauf hingewiesen worden war, dass im Gesetzgebungsverfahren die Kieferatrophien von vornherein als Ausnahmeindikation für die Versorgung mit Implantaten ausgeschlossen worden seien.

## 6.4

Der Bundesausschuss ist daher den Intentionen des Gesetzgebers gefolgt, dass ein Anspruch auf implantologische Leistungen nur in zwingend notwendigen Ausnahmefällen im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung besteht.

Nach den Vorstellungen des Gesetzgebers bedeutet das, dass nur solche Erkrankungen zu den Ausnahmeindikationen gehören können, deren Ursache über das Fehlen von Zähnen hinausgeht.

### 2. Beschreibung der Ausnahmeindikationen

Der Bundesausschuss hat nach Hinzuziehung von Sachverständigen 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 Unfällenhaben,
- b) bei dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung
- c) bei generalisierter genetische 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, angeborene Fehlbildungen oder Unfällen haben können. Insofern kann von implantologischen Leistungen gesprochen werden, die im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbracht werden. Um klarzustellen, dass ein Leistungsanspruch nur bei größeren Defekten besteht, wurde bei der Operation von Zysten besonders darauf hingewiesen, dass dies nur bei großen Zysten wie z. B. Keratozysten oder großen follikulären Zysten der Fall sein kann.

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

Liegt ein größerer Kiefer- oder Gesichtsdefekt vor, so kommt eine Implantatversorgung nur dann in Betracht, wenn eine konventionelle prothetische Versorgung nicht möglich ist. Das ist nur dann der Fall, wenn das rekonstruierte Prothesenlager durch einen schleimhautgetragenen Zahnersatz nicht belastbar ist.

#### 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.

Implantologische Leistungen unterliegen unter diesen Voraussetzungen nur der Leistungspflicht der Krankenkassen, wenn sie im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung anfallen. Das ist. z. B. der Fall, wenn die Xerostomie durch eine Tumorbehandlung verursacht wurde. Daher weist Buchstabe b) beispielhaft auf die Tumorbehandlung hin.

Wie bei den Ausnahmeindikationen unter Buchstabe a) gilt auch hier, dass eine Implantatversorgung zu Lasten der Krankenkassen nur in Betracht kommt, wenn eine konventionelle prothetische Versorgung nicht möglich ist, weil das Prothesenlager durch einen schleimhautgetragenen Zahnersatz nicht belastbar ist.

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

Wie bei den Ausnahmeindikationen unter Buchstabe a) und b) unterliegen Implantate, die im Zusammenhang mit der genetisch bedingten Nichtanlage von Zähnen erforderlich sind, nur dann der Leistungspflicht der Krankenkassen, wenn eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist, weil das rekonstruierte Prothesenlager nicht belastbar ist.

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.

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

### 3. Verankerung von Epithesen

Bei einigen der aufgeführten besonders schweren Fälle liegen extraorale Defekte vor. Dies kann bei Tumoroperationen, Unfällen oder genetisch bedingten Nichtanlagen der Fall sein. Primäres Ziel ist es hierbei, die Defekte operativ zu decken. 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.

## 6.4

### 4. Begutachtung

Alle Behandlungsfälle, in denen Implantatversorgungen geplant sind, müssen begutachtet werden. Wird den Krankenkassen eine Behandlungsplanung zur Überprüfung der Leistungspflicht zugeleitet, so müssen sie einen Gutachter einschalten.

Die KZBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben sich in den meisten KZV-Bereichen über Implantologie-Gutachter und –Obergutachter geeinigt: Gutachter und Obergutachter müssen implantologisch tätige Zahnärzte sein, die Erfahrungen in den Behandlungsfällen aufweisen, die die Voraussetzungen der Ausnahmeindikationen erfüllen.

Die Begutachtung richtet sich nach der Gutachtervereinbarung in der ab 01.06.2000 gültigen Fassung. Hierfür gelten folgende Grundsätze:

- Der Zahnarzt erstellt vor Beginn der Behandlung ein einheitliches Konzept für die implantologische und die prothetische Behandlungsplanung. Dabei sind die vorgesehenen zahnärztlichen Leistungen, das Implantatsystem, der Implantattyp, die Lage der Implantate und die geschätzten Material- und Laborkosten anzugeben. Der Zahnarzt übermittelt der Krankenkasse ggf. über den Versicherten die Behandlungs- und Kostenplanung.
- Die Krankenkasse erteilt den Gutachtauftrag an einen der Vertragsgutachter und übermittelt ihm die Behandlungs- und Kostenplanung des Zahnarztes. Gleichzeitig unterrichtet sie den Zahnarzt darüber, welcher Gutachter beauftragt worden ist. Hierzu übersendet sie dem Zahnarzt den ab 01.06.2000 neu eingeführten Begutachtungsvordruck in zweifacher Ausführung.
- Der Zahnarzt gibt auf dem Begutachtungsvordruck an, ob und ggf. welche Vorbehandlungsmaßnahmen, wie
  - Konservierende Vorbehandlung
  - Endodontische Vorbehandlung
  - Parodontalbehandlung
  - Chirurgische/Kieferchirurgische Vorbehandlungabgeschlossen worden sind.

Außerdem gibt der Zahnarzt an, welche der Ausnahmeindikationen in dem jeweiligen Behandlungsfall vorliegen.

Der Zahnarzt hat dabei nur die fett umrandeten Felder auszufüllen. Die übrigen Vordruckfelder sind für die Feststellungen des Gutachters gedacht. Zur Begutachtung legt der Zahnarzt dem Gutachter den ausgefüllten Begutachtungsvordruck zusammen mit der Behandlungs- und Kostenplanung, den Modellen und Röntgenaufnahmen sowie Befundberichten zur medizinischen Gesamtbehandlung vor.

- Der Gutachter soll die Aufträge innerhalb von vier Wochen bearbeiten.
- Der Gutachter nimmt sowohl zu der implantologischen als auch der prothetischen Behandlungsplanung Stellung.

Der Gutachter verwendet zur Erstellung des Gutachtens den Begutachtungsvordruck, den er vom Zahnarzt erhalten hat. 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 waren.

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

Er hat dabei nicht nur die Frage zu beantworten, ob eine Ausnahmeindikation vorliegt, sondern auch ob bei Vorliegen einer Ausnahmeindikation eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist. Nur wenn **beide** Voraussetzungen gegeben sind, d. h.

- eine Ausnahmeindikation nach dem Katalog des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen vorliegt und
- eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist, darf der Gutachter die Übernahme von Kosten durch die Krankenkasse befürworten.

Der Gutachter beurteilt, ob auf der Grundlage seiner Feststellungen in dem vorliegenden Behandlungsfall, ob er die eingereichte Behandlungsplanung ggf. mit Änderungen befürwortet. Der Gutachter hat seine Gesamtbeurteilung schriftlich zu begründen.

- Die Krankenkasse trifft die leistungsrechtliche Entscheidung gegenüber dem Versicherten unter Berücksichtigung des Gutachtens.
- Der Zahnarzt oder die Krankenkasse können bei der KZBV ein Obergutachten beantragen. **Die Kosten des Obergutachtens gehen stets zu Lasten desjenigen, der das Obergutachten beantragt hat.**
- Gutachter und Obergutachter erhalten Gebühren, die bundeseinheitlich festgelegt worden sind.
 

- Gutachten ohne Untersuchung des Patienten	€ 77,00
- Gutachten mit Untersuchung des Patienten	€ 97,00
- Obergutachten ohne Untersuchung des Patienten	€ 164,00
- Obergutachten einschließlich Untersuchung des Patienten	€ 184,00

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

Für jedes Gutachten und Obergutachten wird eine Kostenpauschale von € 10,20 für die durch die Begutachtung entstehenden baren Auslagen gezahlt.

## 5. Vergütung zahnärztlicher Leistungen

Die KZBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen verhandeln zurzeit darüber, wie die implantologischen Leistungen, die Suprakonstruktionen und die Epithesen honoriert und abgerechnet werden. Sobald hierüber Einigkeit erzielt worden ist, erfolgt eine weitere Unterrichtung.

Anlagen