

»» Leitfaden für den implantologischen Gutachter

im System der gesetzlichen
Krankenversicherung

3. Auflage, 2014
aktualisiert am 01.07.2018

»» Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

KZBV



»» Leitfaden für den implantologischen Gutachter

im System der gesetzlichen
Krankenversicherung

3. Auflage, 2014
aktualisiert am 01.07.2018

» 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	10
2.1 Verfahren bei (Erst-)Gutachten	10
2.2 Verfahren bei Obergutachten	11
3. Durchführung der Begutachtung	12
3.1 Vorbereitung des Gutachtens	12
3.2 Prüfung der Unterlagen auf Vollständigkeit	13
3.3 Prüfung der Ausnahmeindikation	13
3.4 Prüfung konventionelle Versorgung	14
3.5 Prüfung medizinische Gesamtbehandlung	15
3.6 Prüfung Wirtschaftlichkeit	15
4. Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen	16
4.1 Erläuterungen zu den Indikationen	16
4.2 Keine Ausnahmeindikation: Kriterium „Atrophie“	19
4.3 Keine Ausnahmeindikation: Ausnahmefall im Festzuschussystem	20
5. Medizinische Gesamtbehandlung	22
5.1 Begriffsbestimmung durch Bundessozialgericht	22
5.2 Individuelle Prüfung	23
6. Aufbau des Gutachtens	26
6.1 Formularblatt „Begutachtung“	26
6.2 Schriftliche Begründung	27
7. Gutachtergebühren	28
Anhang 1: Rechtsgrundlagen für den implantologischen Gutachter	30
1. Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V)	30
2. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	32
2.1 Behandlungsrichtlinie	32
2.2 Zahnersatz-Richtlinie	33
3. Gutachtervereinbarung BMV-Z	35
Anhang: Begutachtungsvordruck	38
Anhang: Abrechnung der Begutachtung (Vordruck 6d der Anlage 14a zum BMV-Z)	40
Anhang 2: Ausgewählte Urteile	42
Impressum	49

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

vor nunmehr fast 20 Jahren wurden implantologische Leistungen durch den Gesetzgeber für einen besonders hart betroffenen Personenkreis in die vertragszahnärztliche Versorgung einbezogen. Für die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bedarf es bei diesen Patienten allerdings besonderer Voraussetzungen. So müssen sie seltene, besonders schwere Erkrankungen vorweisen, die als Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) konkretisiert wurden. Neben dem Vorliegen einer der Ausnahmeindikationen müssen weitere Voraussetzungen erfüllt sein, um einen Anspruch des Patienten zu begründen: Eine konventionelle Versorgung ohne Implantate darf nicht möglich sein und die Versorgung muss im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erfolgen. Hier hat das Bundessozialgericht in zwei Urteilen aus den Jahren 2013 und 2014 das Vorliegen einer medizinischen Gesamtbehandlung in besonderer Weise konkretisiert und, man kann sagen, die Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen deutlich verschärft. Näheres hierzu ist dem Kapitel 5 der vorliegenden Broschüre zu entnehmen.

Bei bestehendem Anspruch werden alle notwendigen Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung zu Lasten der Krankenkasse erbracht.

Um der Intention des Gesetzgebers gerecht zu werden, die Solidargemeinschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung nur ausnahmsweise mit den Kosten für implantologische Leistungen zu belasten, müssen die Krankenkassen sämtliche Fälle, bei denen eine Ausnahmeindikation in Betracht kommt, gutachterlich prüfen lassen.

Der Leitfaden der KZBV für den implantologischen Gutachter gibt einen Überblick über die Rechtsvorschriften und Verfahrensgrundsätze, erläutert die Ausnahmeindikationen ebenso wie die weiteren Voraussetzungen zur Leistungspflicht der Krankenkassen und informiert über die formalen Anforderungen an ein implantologisches Gutachten. Die nun vorliegende dritte Auflage berücksichtigt die Änderungen durch die zum 1. Juli 2018 in Kraft getretene neue Gutachtervereinbarung in der vertragszahnärztlichen Versorgung.

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 freundlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. Günter Dhom
Fachberater der KZBV für Implantologie

Martin Hendges
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes der KZBV

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 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 der GKV-Spitzenverband in einer Gutachtervereinbarung festgelegt, die als Bestandteil des Bundesmantelvertrages-Zahnärzte (Anlage 7 zum BMV-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. Für die Bestellung zum implantologischen Gutachter müssen diese in der Regel über eine vierjährige Kassenzulassung verfügen. 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. Die Krankenkassen können entsprechend § 4 Abs. 9 BMV-Z neu anstelle des vertraglichen Gutachterverfahrens das Begutachtungsverfahren des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) wählen. Die Verfahren stehen gleichberechtigt nebeneinander.

Die beiden unterschiedlichen Begutachtungsverfahren dürfen allerdings nicht vermengt werden. Somit ist es nicht zulässig, nach einem MDK-Gutachten in zweiter Instanz das vertraglich vereinbarte Obergutachterverfahren durchzuführen. Umgekehrt kann auch ein Vertragsgutachten nicht durch den MDK zweitbegutachtet bzw. überprüft werden.

Im Sinne der Erhaltung planbarer Verhältnisse für alle am Begutachtungswesen Beteiligten können die Gesamtvertragspartner auf Landesebene vereinbaren, dass die Krankenkassen in der Regel das vertraglich vereinbarte gutachterliche Verfahren oder das MDK-Verfahren wahrnehmen (vgl. auch „Gemeinsames Rundschreiben von KZBV und GKV-SV“, 19. Juni 2018).

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 seit dem 1. Juli 2018 gültigen Fassung. Danach gilt für die Einleitung des Verfahrens:

Der Vertragszahnarzt 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 – gegebenenfalls über den Versicherten – die Behandlungs- und Kostenplanung.

Die Krankenkasse hat innerhalb von sechs Wochen ab Antragseingang zu entscheiden, ob sie die Kosten übernimmt. Dabei muss sie die Behandlungsfälle einer Begutachtung zuführen, 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 Vertragszahnarztes. Gleichzeitig unterrichtet sie den Zahnarzt über den beauftragten Gutachter und übersendet den gemäß Gutachtervereinbarung vorgesehenen Begutachtungsvordruck (siehe Anhang 1) in zweifacher Ausfertigung.

Der Vertragszahnarzt 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 Vertragszahnarztes über das Vorliegen der Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle, wie sie in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt sind, verbunden. Bejaht der Vertragszahnarzt 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 Vertragszahnarzt 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 ist verpflichtet, die Aufträge innerhalb von vier Wochen zu bearbeiten. Eine Verlängerung dieser Frist kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der Kasse rechtzeitig anzuzeigen. Ein begründeter Ausnahmefall liegt beispielsweise vor, wenn der behandelnde Zahnarzt die

erforderlichen Befundunterlagen nicht rechtzeitig übersendet. Der Gutachter sollte die Krankenkasse darüber informieren, wenn ihm die Befundunterlagen nicht innerhalb einer Woche zur Beurteilung übersandt werden. Dann hat die Verzögerung nicht der Gutachter zu verantworten.

Der Gutachter nimmt sowohl zu der implantologischen als auch zu der prothetischen Behandlungsplanung – auch hinsichtlich Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit – Stellung.

2.2 Verfahren bei Obergutachten

Nach Durchführung des Gutachtens können gemäß der Gutachtervereinbarung entweder der Vertragszahnarzt 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.

Für die Einhaltung des vereinbarten Verfahrens spricht auch, dass die KZBV vorgelegte Obergutachtenanträge einer ersten Prüfung auf Vollständigkeit und formale Richtigkeit unterzieht und offensichtlich fehlerhafte Anträge unmittelbar zurückweist. Dies trägt zur Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit im Verfahren bei.

3 Durchführung der Begutachtung

3.1 Vorbereitung des Gutachtens

Nach Erhalt des Gutachtauftrages 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 enthält keine diesbezügliche Regelung. Im Allgemeinen Teil der Vereinbarung über das Gutachterwesen ist lediglich bestimmt, dass bei der Auswahl des Gutachters die Ortsnähe 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 Unfällenhaben,
- 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, weist sie die Anträge mit entsprechenden Hinweisen an die Antragsteller zurück.

3.5 Prüfung medizinische Gesamtbehandlung

Gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V hat die Krankenkasse in Ausnahmefällen implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung „im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung“ zu erbringen. Eine Leistungspflicht der Kassen besteht demnach nur, wenn die zahnärztlichen Leistungen Teil einer medizinischen Gesamtbehandlung sind.

Gemäß der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts muss sich eine medizinische Gesamtbehandlung im Sinne von § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V aus human- und zahnmedizinischen notwendigen Bestandteilen zusammensetzen, ohne sich in einem dieser Teile zu erschöpfen. Die bloße Wiederherstellung der Kaufunktion sei nicht ausreichend. Der Gutachter hat deshalb zu prüfen, ob die geplante Implantatversorgung ein übergeordnetes medizinisches Behandlungsziel verfolgt. Ist eine anstehende Gesamtbehandlung nicht ersichtlich, muss der Gutachter die Versorgung ablehnen. Näheres dazu siehe Kapitel 5 „Medizinische Gesamtbehandlung“.

3.6 Prüfung Wirtschaftlichkeit

Die insgesamt geplante Versorgung muss dem in § 12 Abs. 1 SGB V verankerten Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen, also ausreichend, wirtschaftlich und zweckmäßig sein. Der Gutachter hat deshalb sowohl zur implantologischen als auch zur prothetischen Behandlungsplanung hinsichtlich des Wirtschaftlichkeitsgebots 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.

Die bei der Indikation „Operation von Zysten“ genannten Beispiele stellen klar, dass ein Leistungsanspruch auch hier 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.

Bei Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten 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 als möglich bezeichnet. Allerdings ist 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, wenn sie im Bestrahlungsfeld gelegen haben*. 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. Allerdings können selbst bei irreversibler Schädigung einzelner Speicheldrüsen andere ungeschädigte Speicheldrüsen unter Umständen noch ausreichend viel Speichel sezernieren.

Zur Klärung des Befundes ist neben der körperlichen Untersuchung und der allgemeinen Anamnese die Befragung des Patienten zu Art und Umfang der Beschwerden erforderlich. 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. Die Nichtanlage einzelner Zähne stellt dagegen keinen „schweren“ Fall im Sinne der Richtlinien dar.

* 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)

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 aus 2004 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

Muskuläre Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich, die nicht willentlich beeinflussbar sind (z. B. Spastiken) können dazu führen, dass schleimhautgetragene Totalprothesen im Munde des Patienten keinen Halt finden.

Die Aufnahme der muskulären Fehlfunktionen 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 der Ausnahmeindikation wurde bewusst verzichtet, da es hier im Einzelfall für die Beurteilung eines etwaigen Anspruchs auf Implantatversorgung als Sachleistung primär darauf ankommt, ob mit den Fehlfunktionen gesundheitliche Risiken verbunden sind, die eine konventionelle prothetische Versorgung nicht erlauben (siehe dazu auch Kapitel 3.4).

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, weist sie die Anträge mit entsprechenden Hinweisen unmittelbar an die Antragsteller zurück.

4.3 Keine Ausnahmeindikation: Ausnahmefall im Festzuschusssystem

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 (Festzuschusssystem)

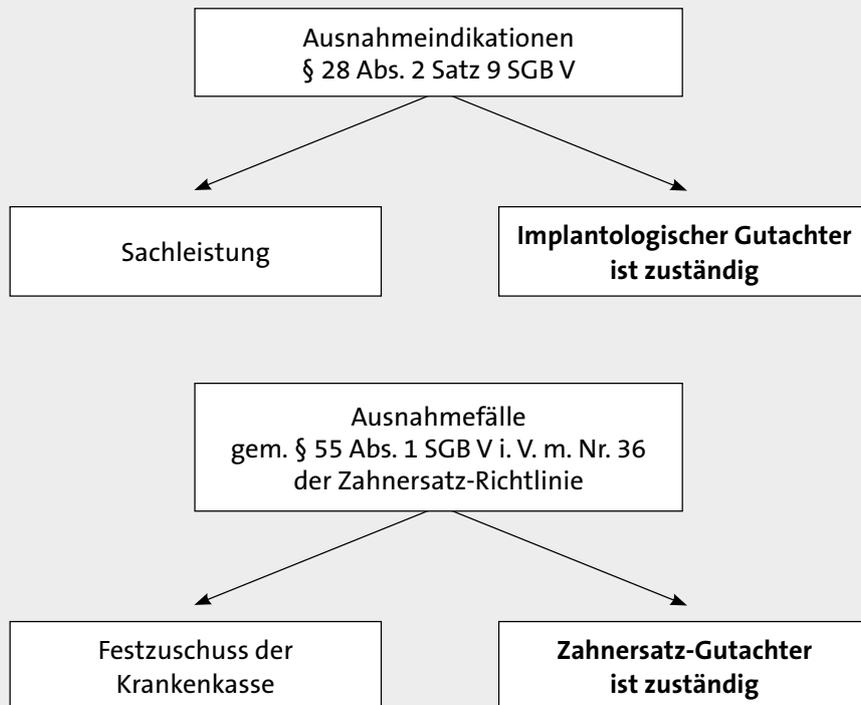
Die Ausnahmefälle sind in den Zahnersatzrichtlinien geregelt. Bei Vorliegen eines Ausnahmefalls gehört die Suprakonstruktion zur Regelversorgung, für die BEMA und BEL II die Abrechnungsgrundlage bilden. Der Patient hat Anspruch auf einen

- 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 Festzuschusssystems 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



5 Medizinische Gesamtbehandlung

5.1 Begriffsbestimmung durch Bundessozialgericht

§ 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V regelt eine der Voraussetzungen, die für eine Übernahme der Kosten implantologischer Leistungen durch die Krankenkasse erfüllt sein müssen: Die Leistungen müssen im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung geplant sein. Bei der Prüfung der Frage, ob die zu beurteilende Planung Teil einer medizinischen Gesamtbehandlung ist, sind die aktuellen Entscheidungen des Bundessozialgerichts (BSG) zum Thema zu beachten.

Mit Urteil vom 07.05.2013 hat das BSG entschieden, dass eine medizinische Gesamtbehandlung im Sinne von § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V sich aus verschiedenen, nämlich human- und zahnmedizinischen notwendigen Bestandteilen zusammensetzen muss, ohne sich in einem dieser Teile zu erschöpfen. Nach Auffassung des Gerichts muss ein über die bloße Wiederherstellung der Kaufunktion hinausgehendes medizinisches Gesamtziel vorliegen, das der Behandlung insgesamt ihr Gepräge gibt. Alleine die Notwendigkeit einer Implantatversorgung reiche dafür nicht aus, sondern diese müsse ein übergeordnetes medizinisches Behandlungsziel verfolgen. Nach den Ausführungen des Gerichts scheiden von vornherein Fallgestaltungen aus, in denen das Ziel der implantologischen Behandlung nicht über die reine Versorgung mit Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufunktion hinausreicht. Unerheblich soll danach auch die Erforderlichkeit eventuell weiterer zahnmedizinischer Behandlungsmaßnahmen, wie z. B. Knochenimplantationen zur Ermöglichung der Insertion eines Zahnimplantates, sein.

Das BSG hat in einer weiteren Entscheidung vom 04.03.2014 in einem Contergan-Behandlungsfall seine Auffassung bestätigt. Danach begründet eine Conterganschädigung mit Missbildungen der Arme und Hände und eine zusätzliche Einschränkung deren Motorik durch eine Unfallverletzung auch dann keinen Anspruch auf kostenfreie Versorgung mit Implantaten und Suprakonstruktionen gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V, wenn aufgrund der Behinderung eine autonome Handhabung von herausnehmbaren Prothesen nicht möglich ist. Eine Ausnahmeindikation liege nicht vor. Auch erfolge keine medizinische Gesamtbehandlung, da diese sich aus verschiedenen human- und zahnmedizinischen notwendigen Bestandteilen zusammensetzen müsse, ohne sich in einem dieser Teile zu erschöpfen. Dies sei bei einer Behandlung allein aufgrund eines zahnmedizinischen Heil- und Kostenplans nicht der Fall.

5.2 Individuelle Prüfung

Im Zusammenhang mit den Urteilen des BSG wurde bei der KZBV die Frage aufgeworfen, ob und gegebenenfalls bei welchen der in den Richtlinien genannten Ausnahmeindikationen von einer medizinischen Gesamtbehandlung ausgegangen werden darf, und in welchen Fällen der Gutachter zusätzliche ärztliche Unterlagen anfordern sollte. Nach Auffassung der KZBV ist das Kriterium der medizinischen Gesamtbehandlung bei allen Gutachtenfällen stets kritisch zu würdigen. Dies führt allerdings nicht dazu, dass in jedem Fall eine Erklärung des behandelnden Arztes zur Feststellung der medizinischen Gesamtbehandlung vorliegen muss oder anzufordern ist.

Bei der Prüfung, ob die implantologischen Leistungen im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erfolgen, sind je nach Ausnahmeindikation insbesondere folgende Aspekte zu beachten:

a) Größere Kiefer- oder Gesichtsdefekte mit Ursache

1. Tumoroperationen

Bei Defekten, die im Zusammenhang mit Tumoroperationen stehen, kann grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass eine medizinische Gesamtbehandlung vorliegt und zwar unabhängig davon, ob eine begleitende Radiatio oder Chemotherapie erfolgt.

2. Entzündungen des Kiefers

Hierunter sind Krankheitsbilder vorstellbar, die in extremen Ausprägungen zu Kieferteilresektionen und damit zu einer medizinischen Gesamtbehandlung führen können, z. B. bei ausgeprägter Osteomyelitis.

3. Operationen infolge von großen Zysten

(z.B. große follikuläre Zysten oder Keratozysten)

Derartige Operationen können dazu führen, dass die Wiederherstellung der Kaufunktion Teil des medizinischen Gesamtziels ist. Bei einer beispielsweise durch Keratozysten bedingten Unterkieferteilresektion dient die zahnmedizinische Versorgung dem übergeordneten medizinischen Behandlungsziel der Rekonstruktion des Gesichtsschädels.

4. Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt

Ohne skelettale Beteiligung und ohne Vorliegen eines „übergeordneten“ Syndroms ist eine medizinische Gesamtbehandlung nur in sehr engen Grenzen denkbar.

5. Angeborene Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien)

Zweifellos handelt es sich bei der Therapie einer Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte, in deren Rahmen implantologische Leistungen anfallen, um eine

medizinische Gesamtbehandlung. Implantate sind allerdings in der Regel in solchen Fällen erst nach Abschluss des Körperwachstums indiziert.

6. Unfälle

Auch bei unfallbedingten Defekten muss die angestrebte Versorgung mit Implantaten einem übergeordneten medizinischen Behandlungsziel dienen. Der Gutachter hat dies jeweils im Einzelfall zu prüfen und sollte im Zweifel eine Erklärung des behandelnden Arztes anfordern.

b) Dauerhaft bestehende extreme Xerostomie

Diese Ausnahmeindikation tritt häufig nach Radiatio bei Tumorpatienten auf. Die zahnmedizinischen Leistungen sind in diesen Fällen als Teil einer medizinischen Gesamtbehandlung anzusehen.

c) Generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen

In den Fällen der generalisierten Nichtanlage dürfte das Vorliegen einer medizinischen Gesamtbehandlung eher selten sein. Allerdings können übergeordnete Syndrome vorliegen, deren Therapie auch zahnmedizinische Leistungen erfordert, die dann im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbracht werden.

d) Willentlich nicht beeinflussbare muskuläre Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (z. B. Spastiken)

Bei muskulären Fehlfunktionen kann von einer medizinischen Gesamtbehandlung ausgegangen werden, da die Behandlung des Grundleidens im ärztlichen Bereich vorausgesetzt werden kann. Die Grunderkrankung sollte jedoch durch ärztliche Befundberichte nachgewiesen sein.

Hinweis

Neben dem Kriterium der medizinischen Gesamtbehandlung muss der Gutachter/Obergutachter auch die weitere Voraussetzung der konventionellen Nichtversorgungsfähigkeit mit Zahnersatz prüfen.

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). 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,
- Vorliegen einer medizinischen 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 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 vgreifende Leistungsentscheidungen vermieden werden.

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

1. Briefkopf (Anschrift, Absender), auch auf Anlageblättern
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 medizinische Gesamtbehandlung vorliegt,
 - d) 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 Gutachtergebühren

Gutachter und Obergutachter erhalten Gebühren, die bundeseinheitlich festgelegt worden sind (siehe Anlage 7 zum BMV-Z). Die Kosten für das Erstgutachten trägt grundsätzlich die Krankenkasse, die Kosten für das Obergutachten grundsätzlich der Antragsteller. Der Gutachter kann seit dem 01.07.2018 folgende Gebühren¹ in Rechnung stellen:

• Gutachten ohne Untersuchung des Patienten	103,61 €
• Gutachten mit Untersuchung des Patienten	130,53 €
• Obergutachten ohne Untersuchung des Patienten	220,69 €
• Obergutachten mit Untersuchung des Patienten	247,60 €

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

Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von 12,20 € je Gutachten und Obergutachten abgegolten.

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

* Sofern die Verhandlungen über die Anpassung der Gutachter- und Obergutachtergebühren für 2019 nicht rechtzeitig abgeschlossen werden können, betragen die Gebühren ab dem 01.01.2019:

• Gutachten ohne Untersuchung des Patienten	100,95 €
• Gutachten mit Untersuchung des Patienten	127,18 €
• Obergutachten ohne Untersuchung des Patienten	215,03 €
• Obergutachten mit Untersuchung des Patienten	241,25 €

1. Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V)

Auszug:

§ 1 Solidarität und Eigenverantwortung

(3) Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.

§ 2 Leistungen

(4) Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

§ 12 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 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 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 Sätze 5 und 6 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 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 zahnmedizinisch 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 Seitenzahngelände 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 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

(1) 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. [...]

2. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

2.1 Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinien) in der seit dem 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 Unfällenhaben,
- 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.

2.2 Richtlinien über eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Zahnersatz-Richtlinie) in der seit dem 04.05.2016 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.

3. Gutachtervereinbarung BMV-Z

Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei implantologischen Leistungen vom 04.06.2018, in Kraft seit 01.07.2018 (Anlage 7 zum BMV-Z)

A. Gutachten

1. Vor Beginn der Behandlung ist vom Vertragszahnarzt 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 Vertragszahnarzt 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 B Ziffer VII der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie) in Betracht kommt. Der Versicherte ist hierüber zu unterrichten. In diesem Fall hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, ob sie die Kosten für die Behandlung übernimmt. Kann die Krankenkasse die Frist nach Satz 3 nicht einhalten, teilt sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit.

Die Krankenkasse erteilt einem nach § 4 Absatz 3 BMV-Z bestellten Gutachter einen schriftlichen Auftrag. Die Krankenkasse sendet die Behandlungs- und Kostenplanung des Vertragszahnarztes an den Gutachter.

Die Krankenkasse unterrichtet den Vertragszahnarzt über den Begutachtungsauftrag durch Übersendung des Vordruckes „Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)“ gemäß Vordruck 7 der Anlage 14a zum BMV-Z in zweifacher Ausfertigung.

3. Der Vertragszahnarzt 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 ist verpflichtet, die eingehenden Aufträge innerhalb von vier Wochen zu bearbeiten. Die Frist nach Satz 1 wird mit Eingang der Stellungnahme bei der Krankenkasse gewahrt. Eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist nach Satz 1 kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der Krankenkasse rechtzeitig, spätestens bis zum Ablauf der Vier-Wochen-Frist mittels schriftlicher Begründung anzuzeigen. Der Gutachter nimmt sowohl zu der implantologischen als auch zu der prothetischen Behandlungsplanung – auch hinsichtlich Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit – Stellung. Der Gutachter kann vom behandelnden Vertragszahnarzt weitere Auskünfte und Befundunterlagen verlangen.
5. Der Gutachter nimmt Stellung, ob eine Ausnahmeindikation für die Versorgung mit Implantaten nach Abschnitt B Ziffer VII der Behandlungsrichtlinie 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 Vertragszahnarzt 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.
8. Die KZBV und der GKV-Spitzenverband werten die Gutachten aus.

B. Obergutachten

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

C. Gutachtergebühren

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

• bei Gutachten ohne Untersuchung des Patienten	103,61 €
• bei Gutachten mit Untersuchung des Patienten	130,53 €
• bei Obergutachten ohne Untersuchung des Patienten	220,69 €
• bei Obergutachten mit Untersuchung des Patienten	247,60 €

Diese Beträge sind bei allen Gutachten und Obergutachten anzusetzen, die vom 01.07. - 31.12.2018 erstellt werden. Die Gebühren für Gutachter und Obergutachter für implantologische Leistungen einschließlich der prothetischen Versorgung betragen für Gutachten bzw. Obergutachten, die ab dem 01.01.2019 erstellt werden, bis zu einer Neuvereinbarung

• bei Gutachten ohne Untersuchung des Patienten	100,95 €
• bei Gutachten mit Untersuchung des Patienten	127,18 €
• bei Obergutachten ohne Untersuchung des Patienten	215,03 €
• bei Obergutachten mit Untersuchung des Patienten	241,25 €

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

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

3. Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von 12,20 € je Gutachten abgegolten.

Anhang: 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. 2 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 unverzüglich zur Verfügung.

└

┌

Datum

Stempel der Krankenkasse und Unterschrift

Anhang: 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	

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: Abrechnung der Begutachtung (Vordruck 6d der Anlage 14a zum BMV-Z)

Name und Anschrift der Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Versichertennummer	

Abrechnung der Begutachtung

Die Erstellung des Gutachtens über

- die vorgesehene prothetische Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan vom _____
- ausgeführte prothetische Leistungen vom _____
- den PAR-Behandlungsplan nach dem PAR-Status vom _____
- die PAR-Therapieergänzung vom _____
- die Behandlungsplanung bei Kiefergelenkserkrankungen vom _____
- die KFO-Behandlung nach dem Behandlungsplan / Verlängerungs-/ Therapieänderungsantrag / KIG-Einstufung / Antrag auf nachträgliche Leistungen vom _____
- die Feststellung einer Ausnahmeindikation gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V „Implantologische Leistungen“ erfolgte am _____ Untersuchung des Patienten am _____

Kostenabrechnung des Gutachters

Art der Leistung	Punkte	x Punktwert	Beträge in EUR
Gutachten			
Untersuchung des Patienten			
Sonstige Leistungen BEMA-Nr. _____ _____ _____ _____			
Kostenpauschale für bare Auslagen (z. B. Telefon, Porto, Verpackung)			12,20
Zwischensumme			
Bei Umsatzsteuerpflicht: Höhe der Umsatzsteuer ¹		19 %	
Rechnungsbetrag			

Überweisung erbeten unter Angabe der Rechnungsnummer _____

Bankverbindung oder IK² _____

IBAN _____

Steuer-Nr. _____

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Gutachters

¹ Falls sich im Nachhinein herausstellt, dass keine Umsatzsteuerpflicht bestanden hat, ist die in Rechnung gestellte Umsatzsteuer an die Krankenkasse zurückzuzahlen.

² Gutachter, die über ein Institutionskennzeichen (IK) verfügen, können dieses an Stelle der Bankverbindung eintragen. Das IK kann auf freiwilliger Basis unter www.dguv.de/arge-ik beantragt werden.

Bei der nachfolgenden Darstellung der Urteile handelt es sich um Auszüge bzw. redaktionelle Zusammenfassungen der wichtigsten Ergebnisse.

Urteil des Bundessozialgerichts

Gericht-Art: BSG
Datum: 10.05.2017
AZ: B 6 KA 9/16 R
Rechtskräftig: Ja

Orientierungssatz:

Implantatgetragener Zahnersatz stellt bei Ausnahmeindikation die Regelversorgung dar.

Urteil:

Bei Wirtschaftlichkeits- und sachlich-rechnerischen Prüfungen ist auch dann, wenn eine Krankenkasse Widerspruchsführer ist, ein Vorverfahren durchzuführen.

Die Bestimmungen in den Zahnersatzrichtlinien des G-BA, wonach die Versorgung mit implantatgestütztem Zahnersatz in den geregelten Ausnahmefällen zur Regelversorgung zählt, sind mit höherrangigem Recht vereinbar. Daher stellen solche Versorgungen keinen andersartigen Zahnersatz dar und sind über die KZV abzurechnen. Soweit in solchen Fallgestaltungen die Krankenkasse entsprechende Planungen im HKP genehmigt, umfasst diese Genehmigung auch dann die ausgewiesenen Material- und Laborkosten, wenn diese u. a. zahntechnische Materialien oder Leistungen umfassen (hier: Verbindungselemente), die zwar evtl. nicht dem Zahnersatz, sondern dem Implantat zuzuordnen sind, ohne die aber bereits nach der ersichtlichen Planung der Zahnersatz auf der Basis des Implantats nicht hätte eingegliedert werden können. Der Forderung der Krankenkasse steht daher insoweit das Verbot des venire contra factum proprium entgegen, da die Bindungswirkung des genehmigten HKP ansonsten entwertet würde.

Urteil des Bundessozialgerichts

Gericht-Art: BSG
Datum: 04.03.2014
AZ: B 1 KR 6/13 R
Rechtskräftig: Ja

Orientierungssatz:

Conterganschädigung mit zusätzlichen Bewegungseinschränkungen der Hände stellt keine Ausnahmeindikation für eine Implantatversorgung dar.

Urteil:

Eine Conterganschädigung mit Missbildungen der Arme und Hände und eine zusätzliche Einschränkung deren Motorik durch eine Unfallverletzung begründet auch dann keinen Anspruch auf kostenfreie Versorgung mit Implantaten und Suprakonstruktionen gem. § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V, wenn aufgrund der Behinderung eine autonome Handhabung von herausnehmbaren Prothesen nicht möglich ist. Eine Ausnahmeindikation liegt nicht vor. Auch erfolgte keine medizinische Gesamtbehandlung, da diese sich aus verschiedenen human- und zahnmedizinischen notwendigen Bestandteilen zusammensetzen muss, ohne sich in einem dieser Teile zu erschöpfen. Nicht die Wiederherstellung der Kaufunktion im Rahmen eines zahnärztlichen Gesamtkonzepts, sondern ein darüber hinausgehendes medizinisches Gesamtziel muss der Behandlung ihr Gepräge geben. Dies ist bei einer Behandlung allein aufgrund eines zahnmedizinischen HKP auch dann nicht der Fall, wenn zur Erreichung eines zahnmedizinischen Gesamtziels evtl. zusätzliche Behandlungsmaßnahmen wie z. B. Knochenimplantationen erforderlich sind.

Es besteht auch keine Erkrankung, die eine grundrechtsorientierte Ausweitung des Leistungsanspruches rechtfertigt, da diese selbst bei einer eventuell drohenden Zahnlosigkeit vorliegend nicht wertungsmäßig mit regelmäßig tödlich verlaufenden Krankheiten i. S. des Nikolaus-Beschlusses vergleichbar ist (BSGE 96, 153; 106, 81). Verfassungsrechtlich ist dabei auch die zusätzliche Sicherung des Existenzminimums bei Contergangeschädigten durch eine Reihe gesetzlicher Sonderzuwendungen im Rahmen der Conterganstiftung und zusätzlich die Leistungen der Pflegeversicherung zu berücksichtigen, zu denen u. a. auch das Einsetzen und Reinigen von Zahnersatz zählen.

Urteil des Bundessozialgerichts

Gericht-Art: BSG
Datum: 07.05.2013
AZ: B 1 KR 19/12 R
Rechtskräftig: Ja

Orientierungssatz:

Zum Begriff der medizinischen Gesamtbehandlung als Voraussetzung für eine Implantatversorgung

Urteil:

Der Kläger hat keinen Anspruch darauf, ihn mit Zahnimplantaten nebst Knochenaufbau und Suprakonstruktionen zu versorgen. Die Voraussetzung, dass die implantologischen Leistungen im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung zu erbringen sind, ist nicht erfüllt. Eine medizinische Gesamtbehandlung verlangt, dass die Behandlung sich nicht – wie beim Kläger – in der Versorgung mit Zahnersatz erschöpft, sondern ein übergeordnetes Behandlungsziel verfolgt, in das sich die implantologischen Leistungen lediglich unterstützend einfügen.

„Implantologische Leistungen, die der Abstützung von Zahnersatz dienen sollen, sind ‚im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung‘ als Sachleistung zu erbringen, wenn sie notwendiger Teil einer medizinischen Gesamtbehandlung sind. Eine solche medizinische Gesamtbehandlung muss sich aus verschiedenen, nämlich aus human- und zahnmedizinischen notwendigen Bestandteilen zusammensetzen, ohne sich in einem dieser Teile zu erschöpfen. Nicht die Wiederherstellung der Kaufunktion im Rahmen eines zahnärztlichen Gesamtkonzepts, sondern ein darüber hinausgehendes medizinisches Gesamtziel muss der Behandlung ihr Gepräge geben.

Versicherte sollen auf implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion nicht schon dann Anspruch haben, wenn es allein oder auch nur hauptsächlich darum geht, Versicherten einen Zahnersatz zu ermöglichen, weil andere Behandlungsmöglichkeiten zur Ersetzung fehlender Zähne nicht bestehen. Der Anspruch soll nur dann bestehen, wenn darüber hinausgehende Behandlungsziele verfolgt werden.

Schließlich wird allein die Auslegung, dass mit der Gesamtbehandlung ein prägendes medizinisches Behandlungsziel verfolgt werden muss, dem die Abstützung von Zahnersatz untergeordnet ist, dem Zweck des § 28 Abs 2 S 9 SGB V gerecht, eine Begrenzung der implantologischen Leistungen einschließlich Suprakonstruktion auf seltene Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle herbeizuführen.“

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.

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.

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.

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).

Impressum

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

Gestaltung atelier wieneritsch

Titelfoto © Fotosearch.de

3., überarbeitete Auflage, Köln, Juni 2014, aktualisiert am 01.07.2018