

# Implantologische Indikationsklassen in der Praxis

Kaum ein Regulativ steuert so maßgeblich die Therapiefreiheit des Implantologen, die zahnärztliche Aufklärungspraxis und das Erstattungsverhalten der Kostenträger wie der Beschluss der Konsensuskonferenz Implantologie zu den Indikationsklassen in der Implantologie vom 07.10.2014. Dabei belässt der Beschluss dem Behandler in den maßgeblichen Punkten ganz erhebliche Entscheidungsspielräume.



Bildquelle: Quelle: Maxx-Studio/shutterstock.com

## Zahnersatz: Je Zahn ein Implantat

Der Beschluss legt als Grundsatz fest, dass die optimale Therapie des Zahnverlustes der Ersatz eines jeden einzelnen Zahns durch ein Implantat ist. Hiervon ausgenommen sei aus anatomischen Gründen der Zahn 8 eines jeden Quadranten. Die Notwendigkeit des Ersatzes des jeweils 7. Zahns sei individuell kritisch zu würdigen und im Rahmen einer Abwägung durch den Zahnarzt zu entscheiden. Bei dieser Würdigung sei insbesondere zu berücksichtigen, dass das Knochenangebot im Bereich der 7er-Zähne in aller Regel besser sei als im Bereich der 5er und zwar mit einer Differenz von mehreren Millimetern. Dies könnte im Einzelfall im Rahmen der Abwägung den Ausschlag dafür geben, die Indikation und Ersatzwürdigkeit einer Implantation eines 7er-Zahns zu bejahen. Hier ist das zahnärztliche Ermessen ausdrücklich eröffnet und falsch wäre der Einwand eines Kostenträgers, dass die Ersetzung eines 7er-Zahns niemals in Betracht kommen könne. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass manche Versicherungstarife

der privaten Krankenversicherungen die Ersetzung des 7er-Zahns durch ein Zahnimplantat kategorisch ausschließen – offenbar motiviert durch den tariflichen Leistungsausschluss für die prothetische Verblendung dieses Zahns. Die Ersetzung des Zahns 17 kann aber beispielsweise dann geboten sein, wenn die Kaufläche des Antagonisten dies erfordert, auch wenn hierzu ein vorheriger Knochenaufbau in dieser Region erforderlich wird (LG Köln, Urt. v. 05.03.2014, AZ 23 O 264/10).

## Keine schematische Deckelung der Implantatanzahl

Gleichwohl kann die optimale Therapie, d. h. die Ersetzung eines Zahns durch jeweils ein Implantat, aus verschiedensten Gründen nicht immer durchgeführt werden oder wird nicht immer gewünscht. Zur Orientierung hat die Konsensuskonferenz Implantologie für den zahnlosen Oberkiefer (Indikationsklasse III A) 8 Implantate vorgesehen und für die Versorgung mit festsitzendem Zahnersatz im zahnlosen Unterkiefer 6 Implantate (Indikationsklasse III B). Diese quanti-

tativen Angaben können einen gewissen Richtwert darstellen, der freilich die Entwicklung hin zur Zahnlosigkeit des Einzelfalls hingegen niemals berücksichtigt. Sind die einzelnen Zähne über die Jahre hinweg sukzessive ausgefallen oder gezogen worden und wurden sie zeitnah jeweils durch Einzelimplantate ersetzt, besteht kein Zweifel daran, dass ein jedes Implantat von einer klaren medizinischen Indikation getragen ist. Nichts anderes kann gelten, wenn sämtliche Zähne durch Unfall oder Extraktion unactu verloren gehen, insbesondere ist das Therapieermessen nun nicht darauf beschränkt, die Lücken mit Implantatkonstruktionen zu überbrücken und mit anderen Worten statt der idealen Therapie einer 1:1-Ersetzung nun Überbrückungen vorzusehen.

## Keine Verweisung auf Überbrückung der Lücken

Die pauschalisierende Vorgabe der Konsensuskonferenz ist letztlich durch Wirtschaftlichkeitserwägungen motiviert, da zum Zeitpunkt der Versorgung häufig bereits mehrere Zähne fehlen und die Überlegung entsteht, ob diese wirklich in jedem Zahnbett durch ein eigenständiges Implantat versorgt werden müssen oder aber prothetische Überbrückungen medizinisch möglich und wirtschaftlich eher vertretbar sind. Ausgehend von dem Grundsatz, dass überall dort, wo ein Zahn fällt, auch ein Implantat hinkommt und der so verstandene optimale Dentalzustand umso eher erreicht wird, je mehr Implantate je ausgefallenem Zahn gesetzt werden, darf von einer Deckelung und Einschränkung des medizinischen

Versorgungsanspruchs des Patienten indes nur mit Zurückhaltung Gebrauch gemacht werden. Denn ansonsten würde der Patient auf die prothetische Versorgung (mit Hilfsmitteln) verwiesen werden, obwohl eine originäre Heilung (mit Implantaten) möglich wäre. Zu bedenken ist bei einer quantitativen Begrenzung stets, dass bei einem sukzessiven Einzelversagen der Zähne auch sukzessive Implantate zur Ersetzung des gerade entfallenen Zahns indiziert wären. Der Umstand einer erforderlich werdenden Gesamtversorgung rechtfertigt also nicht eine Reduktion der an sich und aus medizinischen Gründen gebotenen Implantatanzahl.

### Gesamtabwägung: Implantattyp, -länge, -durchmesser und -anzahl

Ein weiteres Kriterium in der Abwägung bildet die eventuell kürzere Länge und der geringere Durchmesser des vom Behandler gewählten Implantats dergestalt, dass diese Implantatbesonderheiten ausgeglichen werden können durch eine therapeutische Entscheidung, z. B. für eine höhere Implantatanzahl. Zum Teil können hierbei zur Abstützung einer zirkulären Brücke im Unterkiefer 8 und im Oberkiefer 10 oder mehr Implantate erforderlich sein.

Schließlich ist im Rahmen der Abwägung des Behandlers zur Anzahl der einzubringenden Implantate auch zu berücksichtigen, dass der Umfang des Knochen-Movements durch die Planung einer erhöhten Implantatanzahl reduziert werden kann. Das besondere Gewicht, das die Konsensuskonferenz Implantologie der Reduzierung von Knochen-Movement beigemessen hat, ergibt sich aus dem expliziten Hinweis darauf, dass der Behandler sich entscheiden kann, gerade solche Implantate zu verwenden, die das vorhandene Kieferknochenange-

bot vermehren und chirurgische Eingriffe vermeiden. Sofern er aus diesem Grund kurze, angulierte oder durchmesser-reduzierte Implantate verwendet, kann dies durchaus eine gegenüber der im Regelfall vorgesehenen Implantatdichte eine erhöhte Anzahl von Zahnimplantaten rechtfertigen (LG Stuttgart, Urt. v. 10.03.2022, AZ 3 O 511/20, betreffend 19 bikortikal-basale Implantate mit Osseofixation [BSC]).

### Gesamtplanung durch virtuelle Implantation

Wird die Implantation präoperativ vom Chirurgen virtuell durchgegangen, dann ist dies nicht mehr der initialen Diagnostik zugeordnet werden, sondern bereits der Therapie, dies allerdings aufgrund der zeitlichen Vorverlagerung und des virtuellen Charakters in verselbstständigter Weise, sodass eine eigenständige Abrechenbarkeit aufgrund einer Analogie nach § 6 GOZ gegeben ist (GOZ-Ausschuss der LZK Baden-Württemberg, 1/22 Zahnärzteblatt Baden-Württemberg). Hierzu bietet sich die analoge Abrechnung der Ziffern 5370/5377 GOÄ an, da die direkte Anwendung dieser Ziffern ausschließlich die Anfertigung und die Befundung der DVT-Aufnahme erfasst. Es erscheint auch angemessen, die virtuelle Implantation als dynamischen Vorgang aufgrund ihrer weichenstellenden Bedeutung für die Operation mit zumindest demselben Honorar zu belegen, wie die Befundung der statischen Bildgebung.

### Fazit

Nur selten setzen sich private Krankenversicherungen vor Gerichten mit dem Argument durch, dass eine zu große Anzahl von Zahnimplantaten vorgesehen ist. Sie könnten sich hierbei jedoch durchaus

auf die quantitativen Regelvorgaben der Konsensuskonferenz Implantologie berufen. Sie verkennen dabei aber schnell, dass es sich hierbei letztlich um eine regelhafte Empfehlung ohne Bezug zu einem konkreten Versorgungsanspruch handelt. Abweichende Versorgungsformen etwa im Hinblick auf das Design, Implantatdurchmesser und -länge sowie unterschiedliche Verankerungstechniken (Osseointegration oder -fixation) werden ausdrücklich in das therapeutische Ermessen gestellt. Gleichwohl verstehen Versicherer diese Regelvorgaben als schematisch anzuwendende Regulierungsmuster und verkürzen so unzulässig den Versorgungsanspruch ihrer Versicherten.



**Michael Zach**

Kanzlei für Medizinrecht  
Rechtsanwalt Michael Zach  
Volksgartenstraße 222a  
41065 Mönchengladbach  
Tel.: +49 2161 688 74 10  
Fax.: +49 2161 688 74 11  
Mobil: +49 172 257 18 45  
www.rechtsanwalt-zach.de  
info@rechtsanwalt-zach.de  
E-Mail: info@rechtsanwalt-zach.de