

Sozialmedizinische Begutachtung in der Zahnmedizin

15.11.2016



Zahnmedizinische Gutachten

- Gerichtliche Gutachten (Gutachter der Zahnärztekammer)
- Privatgutachten (Gutachter der Zahnärztekammer)
- Gutachten für Berufsgenossenschaften (interne Gutachter)
- Gutachten für Sozialversicherungsträger (MDK / Gutachter der KZV)
- Gutachten für die privatrechtliche Unfallversicherung (interne Gutachter)
- Gutachten für die Haftpflichtversicherung (interne Gutachter)

Gutachten in der Zahnmedizin dienen der Kontrolle und Sicherung der Qualität sowie der Klärung von Sachverhalten.

Sie sind hilfreich für die Krankenkassen in Bezug auf ihre Leistungsentscheidung.

Gutachten gegliedert nach einzelnen **Fachdisziplinen**

1. Kieferorthopädische Gutachten (Anlage 15 zum BMV-Z / EKV-Z)
2. Parodontologische Gutachten (Anlage 16 zum BMV-Z / EKV-Z)
3. Prothetische Gutachten (Anlage 17 zum BMV-Z / EKV-Z)
4. Implantologische Gutachten bei Ausnahmeindikationen gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V (Anlage 18 zum BMV-Z / EKV-Z)
5. Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und Erkrankungen des Kiefergelenks (Anlage 7a zum BMV-Z/ Anlage 3 zum EKV-Z)
6. Behandlungsfehler Gutachten § 66 SGB V

Das **vertragliche** Gutachterwesen in der zahnprothetischen Begutachtung geregelt in Anlage 17 zum BMV-Z /EKV-Z

- in Anlage 17 zum BMV-Z / EKV-Z
- durch die KZV im Einvernehmen mit den durch die KK bestellten Gutachter
- Inhalte von Gutachterbesprechungen nach KZV-internen Auslegungen

Das **gesetzliche** Gutachterwesen gem. § 275 ff. SGB V (MDK)

- nach Anlage 17 zum BMV-Z / EKV-Z
- durch den MDK beauftragte Gutachter
- bundesweite MDK-Richtlinien (höhere Gleichförmigkeit der Gutachten)

Neuordnung des Gutachterwesens in der vertragszahnärztlichen Versorgung ab 01.04.2014

Für das vertragliche Gutachterwesen gelten seit April 2014 für **alle Kassenarten die gleichen Regeln**; siehe Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren für **vertragszahnärztliche Leistungen** (§ 2a BMV-Z / § 22 EKVZ) sowie das Gutachterwesen zwischen der KZBV, KdöR, Köln und dem GKV-Spitzenverband, Berlin. Bisher hatten Primär- und Ersatzkassen **getrennte Vereinbarungen** in Bezug auf das Gutachterwesen.

So gilt **einheitlich** für alle Leistungsbereiche und Kassenarten eine Einspruchsfrist von einem Monat nach **Zugang der Stellungnahme des Gutachters**. Der **Einspruch** ist innerhalb der genannten Frist schriftlich (für PA & KFO bei der KZBV und für ZE bei der KZV) **ein-
zulegen**.

Im Bereich der **implantologischen** Ausnahmeindikation gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V kann die Einholung eines **Obergutachtens** auch weiterhin **ohne Einhaltung** der Frist bei der KZBV beantragt werden.

Darüber hinaus sind nunmehr die **gesetzlichen Krankenkassen berechtigt**, Vertragszahnärzte als **Gutachter vorzuschlagen**.

Die **Bestellung** der Gutachter erfolgt - wie bisher - **einvernehmlich** zwischen den KZVen und den Krankenkassen und kann auch **nur einvernehmlich widerrufen** werden.

Bei **erstmaliger Bestellung** eines Gutachters kann das Einvernehmen innerhalb des **ersten Jahres** von der KZV oder den Krankenkassen **widerrufen** werden; erfolgt dies nicht, so gilt der **erstmalig bestellte Gutachter nach einem Jahr** für die **laufende Amtsperiode** als bestellt.

Bestellung und Anforderungen an den Gutachter

Das **Vorschlagsrecht** der **Krankenkasse** für die Bestellung eines Gutachters ist jetzt **ausdrücklich festgehalten**.

Anforderungsprofil und Auswahlkriterien:

In **erster Linie** wird der Gutachter nach der **Qualifikation** (bei regelmäßiger Fortbildung) und **ausreichender Erfahrung** bestellt.

Qualifikation (z. B. Fachzahnarzt KFO, FA für MKG)

- Fachkundigkeit
 - keine eigenen entwickelten Behandlungsmethoden und Versorgungskonzepte sowie **Außenseitermethoden** als „Maß der Dinge“ ansetzen;
 - zahnmedizinischen Standard kennen
- langjährige berufliche (mindestens 4 J. Vertragsz.) Erfahrungheit des Sachverständigen
- strikte Objektivität (**Objektivität geht hier vor Kollegialität**)
- Unabhängigkeit
- Neutralität
 - keine persönlichen Äußerungen,
 - kein Abwerben von Patienten,

- Kritik- und Kommunikationsfähigkeit
- keine Stellungnahme zu Rechtsfragen

- nicht von rechtlicher Haftung sprechen;
dies ist nur dem Gericht bzw. dem zuständigen
Ausschuss vorbehalten,
- sondern **Mängel, Defizite bzw. Abweichungen von
zahnärztlichen Standards objektiv beschreiben**

Zum Zeitpunkt **der Bestellung** muss der Gutachter mindestens **vier Jahre vertragszahnärztlich tätig sein** und den **Nachweis** über Berufserfahrungen / **fachbezogene Fortbildungen** (jährlich) erbringen.

Der Gutachter kann für **vier Jahre** bestellt werden.

Neu zugelassene Gutachter werden **ein Jahrlang fachlich** von der **KZV** begleitet.

Kieferorthopädische Gutachter / Obergutachter sollen **Fachärzte** für Kieferorthopädie sein.

Sind **Vertragszahnarzt oder Krankenkasse** mit der **Stellungnahme** des Gutachters **nicht einverstanden**, kann ein **Obergutachten** eingeleitet werden.

Die jeweiligen **Gesamtvertragspartner** auf Landesebene entscheiden, **welches Verfahren** durchzuführen ist.

Ziel dieser Neuregelungen

Eine **Harmonisierung** im vertraglichen Gutachterwesen zwischen Primär- und Ersatzkassen; z. B. im Obergutachter- bzw. Einigungsverfahren (Prothetikeinigungsausschuss) zu erreichen.

Auswirkungen der neuen Gutachterregelungen:

- > **Vereinfachung** durch einheitliche Fristenregelungen, **höhere Akzeptanz** aufgrund der geforderten Qualifikationen der Gutachter,
- > **mehr Transparenz** und indirekte Qualitätssicherheit bei zahnmedizinischen Gutachten.

Patientenrechtegesetz

Der **Gutachter** ist unter Berücksichtigung **des Patientenrechtegesetzes** § 13 Abs. 3a SGB V **verpflichtet**, die Gutachtaufträge innerhalb einer Frist von **vier Wochen** (KZV) / **drei Wochen** (MDK) zu **bearbeiten**.

Nur in **begrenzten Ausnahmefällen** (wie z. B. Urlaub / Krankheit des Patienten; fehlende diagnostische Unterlagen, die gutachterlicherseits angefordert werden müssen) kann eine **Verlängerung** erfolgen.

Die **Verzögerungsgründe** sind der Krankenkasse **sofort schriftlich** mitzuteilen.

Die aktenmäßige / körperliche Begutachtung

Die Begutachtung nach Aktenlage ist im zahnmedizinischen Bereich nur beschränkt anwendbar, da ohne klinische Untersuchung lediglich in wenigen Fällen eine hinreichende und lückenlose Beurteilung des vorliegenden Krankheitsbildes möglich ist. (Fredenhagen 1994)

Die aktenmäßige Stellungnahme ist in der kieferorthopädischen Vorbegutachtung indiziert. Sie erfolgt unter Zugrundelegung aller notwendigen diagnostischen Mittel, die von den zuständigen Stellen der Krankenkassen anzufordern sind.

Kieferorthopädie (KFO)

Kieferorthopädische Leistungen sind gegenüber der Krankenkasse anzuzeigen.

Behandlungen, für die die Krankenkasse aufgrund des Behandlungsplanes die Kosten übernommen hat, unterliegen keiner nachträglichen Prüfung auf **Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit**, es sei denn, die abgerechneten Leistungen gehen über den Umfang der genehmigten Leistungen hinaus.

Die kieferorthopädische Behandlung stellt dann eine vertragszahnärztliche Leistung dar, wenn bedingt durch eine Zahn- oder Kieferfehlstellung die Funktion des Kauens, Beißens, der Phonetik sowie der Mundschluss oder die Funktion der Kiefergelenke erheblich beeinträchtigt ist bzw. zu beeinträchtigen droht.

Korrekturen rein aus kosmetischer Sicht gehören nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

Kieferorthopädische Behandlungen sollen im Allgemeinen nicht vor dem Dentitionsalter von neun bis zehn Jahren begonnen werden.

Kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen bei Versicherten, die zu Beginn der Therapie das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse enthalten.

Ausgenommen von dieser Regelung sind gemäß § 28 SGB V, Abs. 2, Satz 7 sowie Abschnitt B, Nr. 4 der KFO-Richtlinien Patienten mit erheblichen Kieferanomalien, welche nur durch kombinierte kieferchirurgische / kieferorthopädische Methoden therapierbar sind.

Derartige Kieferanomalien im Sinne der genannten Richtlinien sind:

- > angeborene Missbildungen des Gesichts und der Kiefer, wie z. B. alle Formen der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, die hemifaciale Microsomie, das Nager-Syndrom etc.
- > skelettale Dysgnathien, wie z. B. Progenie, Mikrogenie, Laterognathie, alle Formen des skelettal offenen und skelettal tiefen Bisses sowie ausgeprägte skelettal bedingte Diskrepanzen der Zahnbogen- oder Kieferbreite
- > verletzungsbedingte Kieferfehlstellungen

Parodontalerkrankungen

Hierbei handelt es sich um verschiedene Erkrankungen des Parodonts, die zum Attachmentverlust und zur Zerstörung des Alveolarknochens führen. Eine mögliche Folge ist der Zahnverlust.

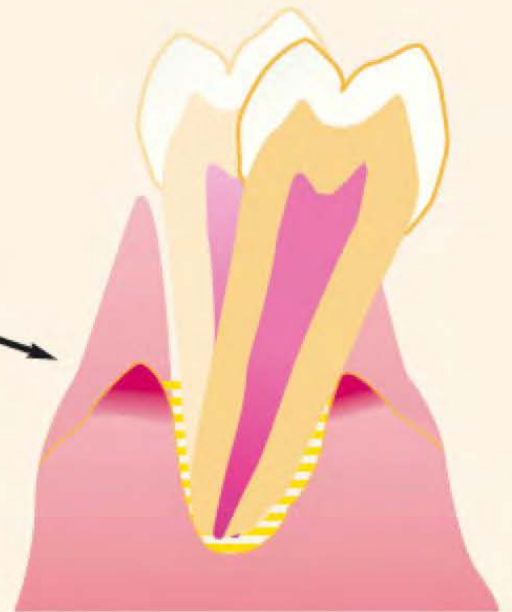




Blutung



Entzündung



Lockerung

Parodontopathien

Unter dem Begriff >> **Parodontopathien** << versteht man sowohl entzündlich bedingte als auch nicht entzündlich bedingte Erkrankungen der Gingiva und des Zahnhalteapparates.

Bei der Ätiologie entzündlicher Parodontopathien wird unterschieden zwischen einem **primären Ursachenkomplex** (Entstehung und Verlauf der Erkrankung sind primär von den Mikroorganismen in der Zahnplaque bedingt) und dem **sekundären Ursachenkomplex** (kann durch lokale und systemische Faktoren den primären Ursachenkomplex beeinflussen).

Das Spektrum dieser Erkrankung umfasst weit mehr als nur die **Parodontitis** (entzündliche Erkrankung des Zahnhalteapparates mit Alveolarknochenabbau).

Anamnese, Schilderung des Patienten hinsichtlich der Symptomatik und die eingehende Befunderhebung sind Bestandteile einer jeden Untersuchung und Voraussetzung, um die korrekte Diagnose stellen zu können.

Hilfreich ist eine entsprechende Klassifizierung, welche in acht Hauptgruppen und den dazugehörigen Untergruppen unterteilt wurde.

Bis heute gilt als Grundlage für viele praktische, wissenschaftliche sowie auch für epidemiologische Belange die auf einem Workshop (International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions von 1999; Illinois / USA) beschlossene, international geltende Klassifizierung.

Klassifizierung der Parodontalerkrankungen:

I. Gingivale Erkrankungen

- A. plaqueinduzierte gingivale Erkrankung (z. B. Auflagerungen von Plaque durch mangelhafte Mundpflege;
durch systemische Faktoren modifizierte Gingivitis, wie z. B. durch Schwangerschaft; Diabetes mellitus)
- B. nicht plaqueinduzierte gingivale Erkrankung
(z. B. allergische Reaktionen; traumatische Läsionen oder durch Arzneimittel induziert)



medikamentös induzierte Gingivahyperplasie



II. Chronische Parodontitis

(Entzündung des Zahnhalteapparates)

A. lokalisiert (< 30 % der Flächen betroffen)

B. generalisiert (> 30 % betroffen)

III. Aggressive Parodontitis

(schnell fortschreitende Gewebedestruktion)

A. lokalisiert (beginnt bereits während der Pubertät)

B. generalisiert

IV. Parodontitis als Manifestation von Systemerkrankungen

A. Bluterkrankungen (z. B. Leukämie)

B. genetische Störungen (z. B. Down-Syndrom)

C. nicht weiter spezifiziert

V. Nekrotisierende Parodontalerkrankungen

A. nekrotisierende ulzerierende Gingivitis (NUG)

(Absterben von Gingiva; an den Papillenspitzen beginnend)

B. nekrotisierende ulzerierende Parodontitis (NUP)

(Zahnhalteapparat beteiligt)

VI. Abszesse des Parodonts

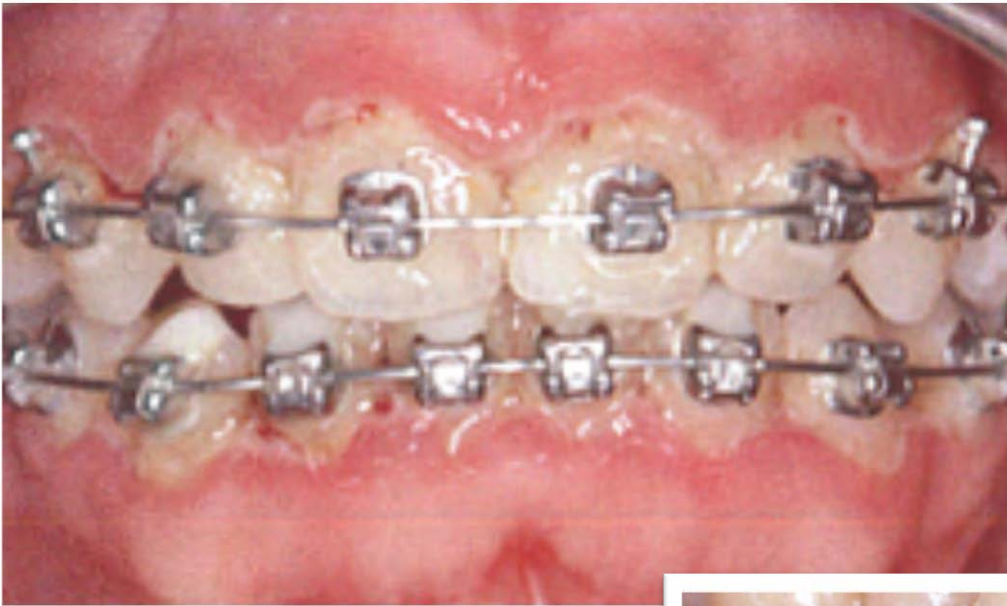
(lokalisierte eitrige Infektionen)

A. Gingivaabszess (marginale & interdentale Gingivabereiche)

B. Parodontalabszess (benachbartes Gewebe einer Zahnfleisch-
tasche mit Zerstörung des Desmodonts & des Knochens)

C. Perikoronarabszess (umgebendes Gewebe einer Zahnkrone
eines partiell durchgebrochenen Zahnes)

ulzerierende Gingivitis (NUG)



ulzerierende Parodontitis
(NUP)



VII. Parodontitis im Zusammenhang mit endodontischen Läsionen

A. kombinierte parodontal-endodontische Läsion

(eine Infektion, die sich entweder über die marginale Gingiva zur Wurzelspitze oder eine endodontische Infektion, die sich über die Seitenkanäle in Richtung Zahnkrone ausbreitet).

VIII. Entwicklungsbedingte oder erworbene Deformationen & Zustände

A. lokalisierte zahnbezogene Faktoren, welche Plaqueretentionen begünstigen (z. B. Zahnanatomie)

B. mukogingivale Verhältnisse im Bereich von Zähnen (z. B. Rezessionen der Gingiva; Fehlen von verhornter Gingiva; Fehlposition des Zungen- / Lippenbändchens)

C. Schleimhautveränderungen auf zahnlosen Alveolarkämmen (Gingiva- bzw. Weichgewebewucherungen)

D. Okklusales Tauma

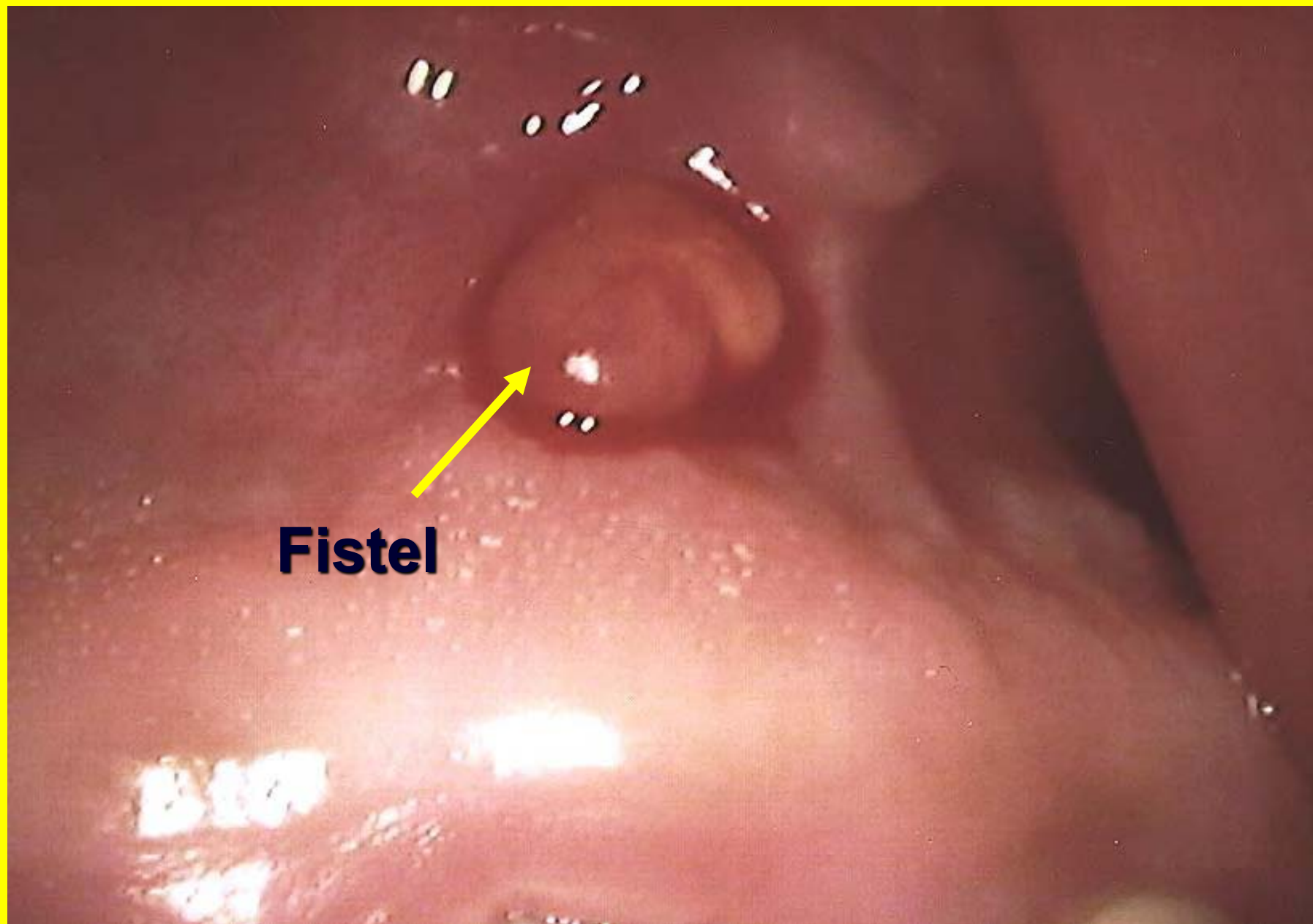
(Schädigungen durch okklusale Kräfte, die zu Veränderungen des Zahnhalteapparates führen).



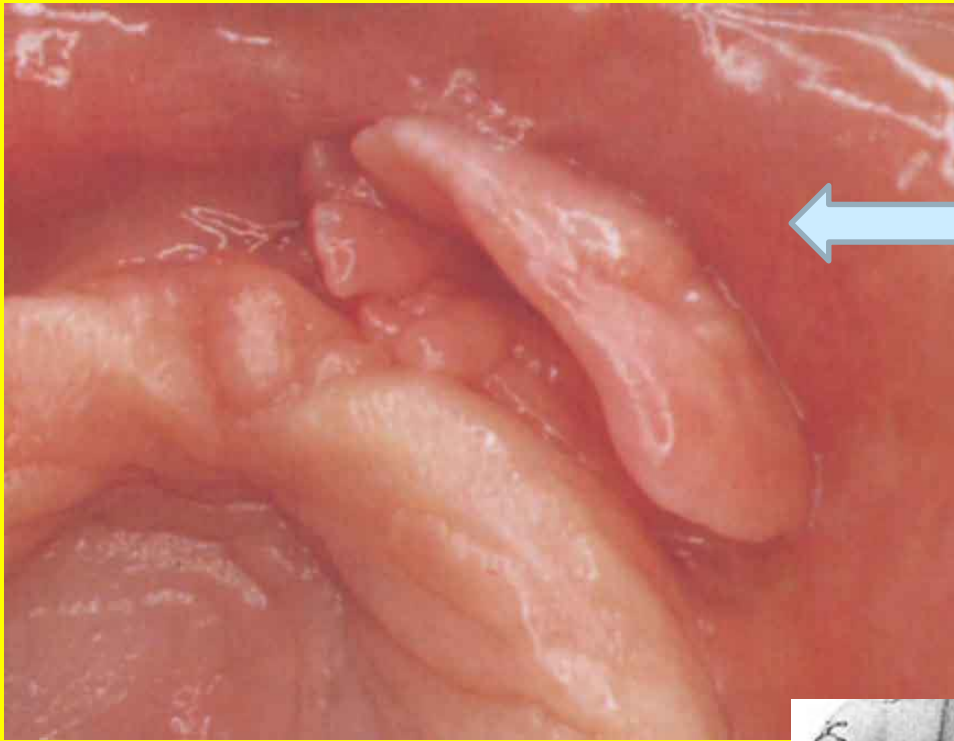
kombinierte parodontal-
endodontische Läsion

Plaqueretentionsstelle
aufgrund der Spaltbildung
zwischen Kronenversorgung
und präpariertem Zahn





Fistel



Reizfibrom; Entstehung durch
überdimensionierten Funktions-
rand der Prothese

okklusale
Störkontakte



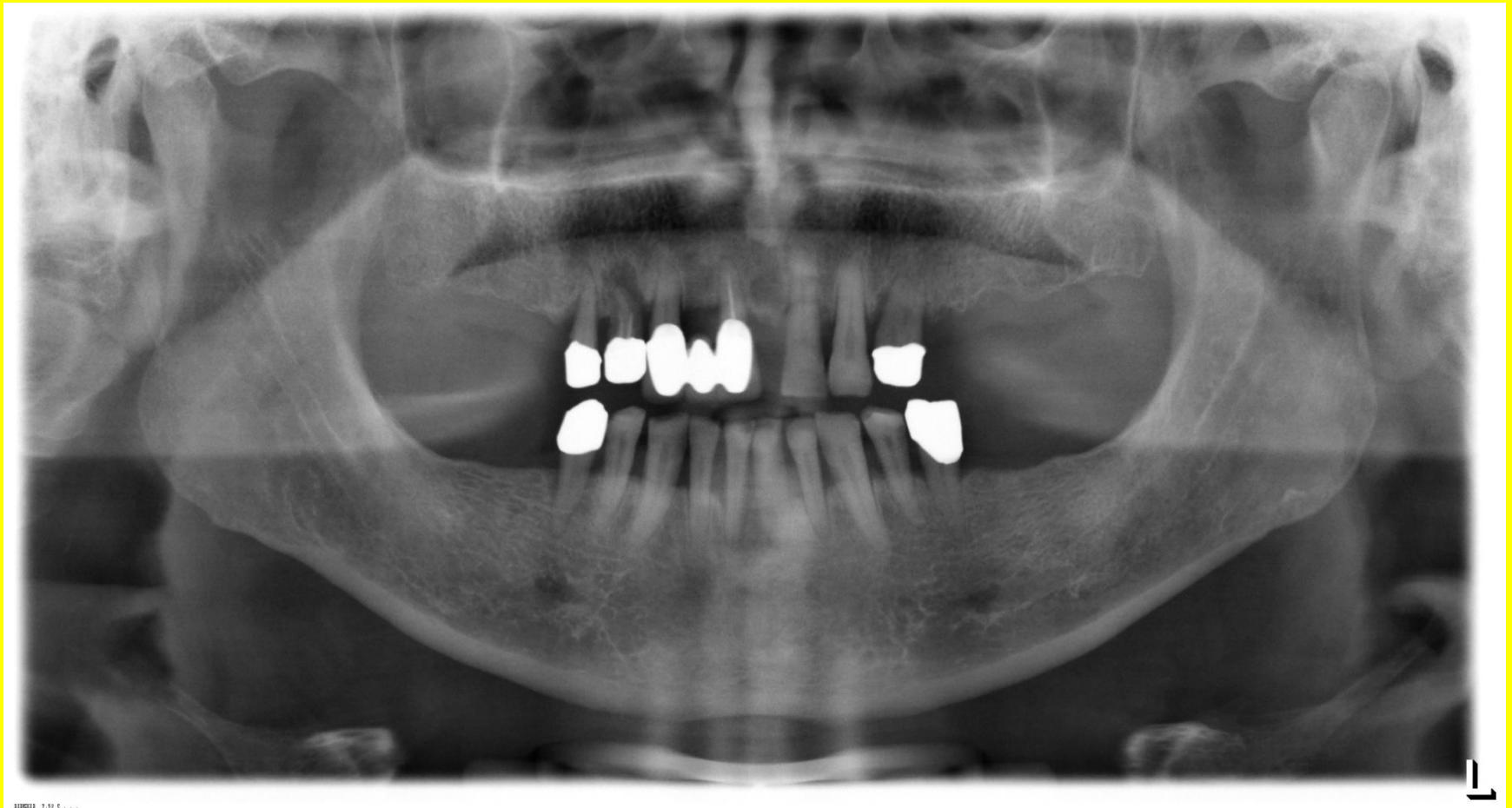
Parodontologische Begutachtung (PA)

Aktenmäßige Begutachtungen sind in diesen Fällen nicht angezeigt, da Situationsmodelle und Röntgenaufnahmen nur unzureichenden Aufschluss über das stomatognathe System geben.

Entzündungszeichen, wie z. B. Blutungen der Gingiva, Rötungen, Schwellungen, Taschensekretionen, Vorliegen von pathologischen Sondierungstiefen sowie Gingivarezessionen sind nicht beurteilbar.

Die Röntgenaufnahmen dokumentieren, dass ein horizontaler und vertikaler Knochenabbau stattgefunden hat, nicht jedoch, ob die Prozesse, die dazu führten, bereits ausgeheilt oder noch aktiv sind. Zur Bestimmung der klinischen Parameter bedarf es der körperlichen Untersuchung.

Röntgenologische Darstellung des Knochenabbaus



Ferner kann anhand von Modellen und Röntgenbildern keine Aussage über den Mundhygienestatus bzw. die individuelle Compliance des Patienten getroffen werden.

Dabei stellt die einwandfreie Mundhygiene die erste Voraussetzung für eine langfristig erfolgreiche Parodontaltherapie dar. Ebenfalls nicht beurteilbar ist, ob die notwendigen Vorbehandlungen, wie z. B. die Entfernung von Zahnsteinauflagerungen, erfolgten.



Aufgabe des Zahnarztes

PA- Vorbehandlungen

- Motivation und Anleitung zur ordnungsgemäßen Mundpflege (Interdentalbürstchen, Zahnseide, Superfloss)
- bei unzureichender Mundhygiene hat der Zahnarzt auf die Notwendigkeit der Mitwirkung hinzuweisen und auf die Einschränkung bzw. den Abbruch der Behandlung aufmerksam zu machen
- Entfernung von exogenen Reizfaktoren:
 - . Zahnstein
 - . überstehende Füllungs- und / oder Kronenränder
 - . konservierende, endodontische und chirurgische Maßnahmen (z. B.: Füllungen, Wurzelfüllungen, Entfernung von Zysten und extraktionsbedürftigen Zähnen)

Aufgabe des Zahnarztes

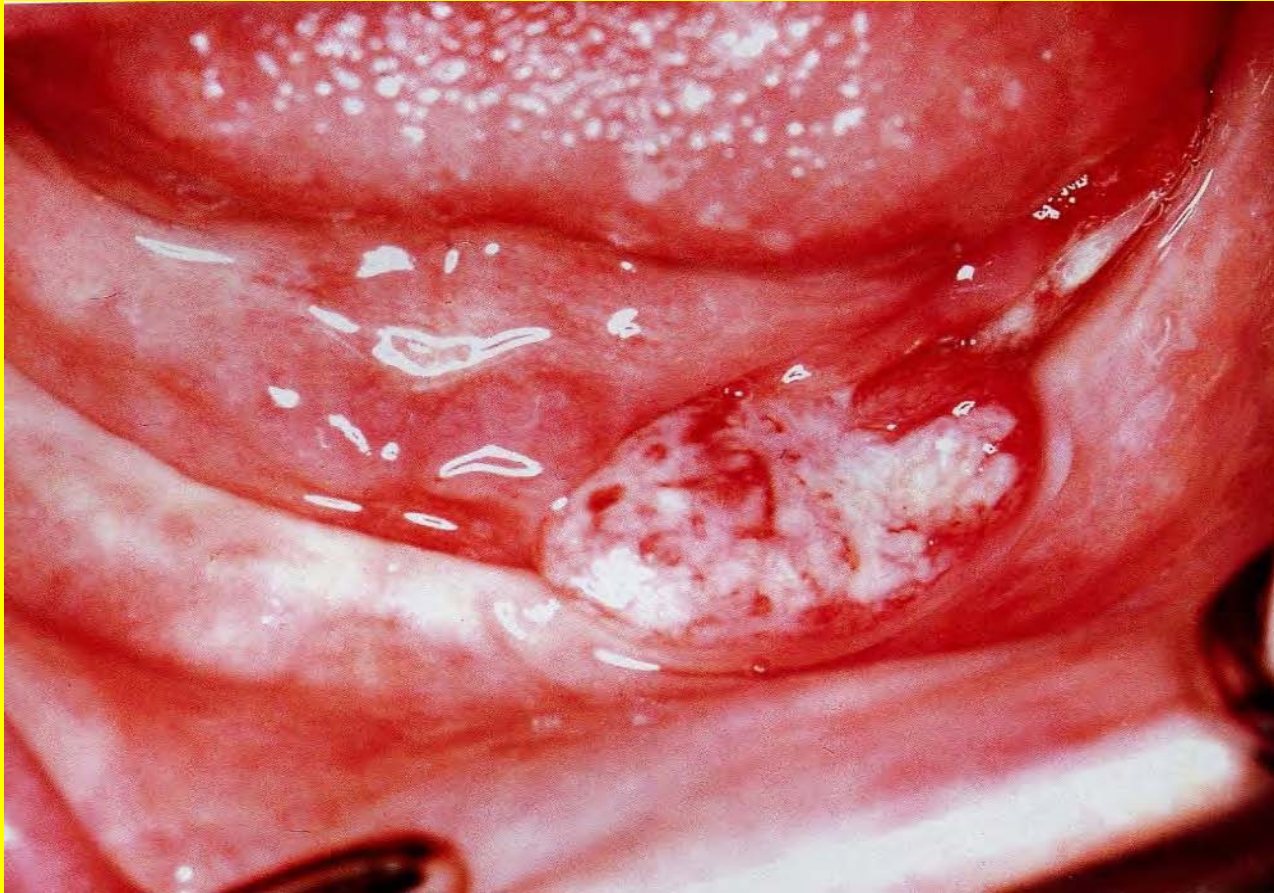
Anamnese

Allgemeinmedizinische Erkrankungen:

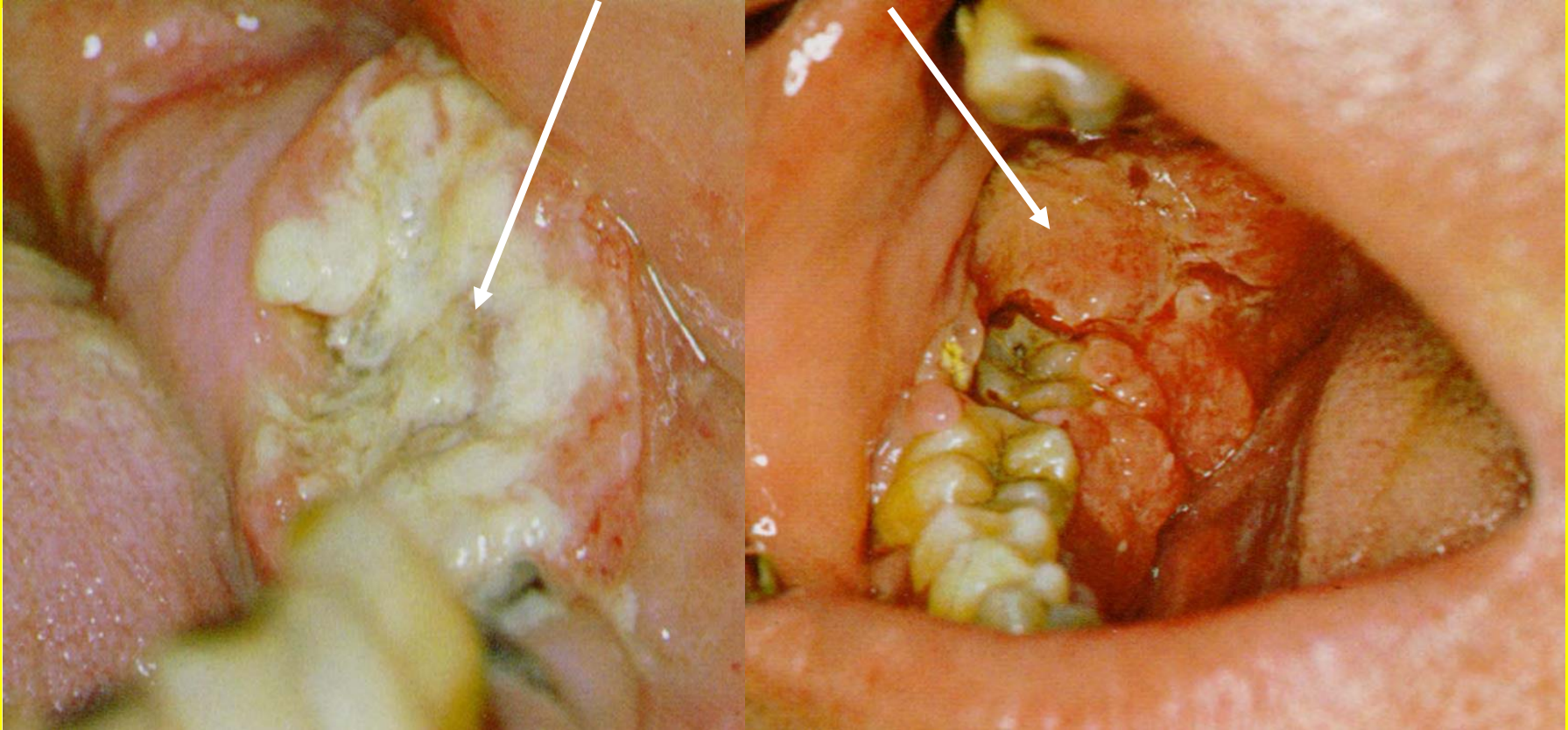
- Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes)
- Infektionskrankheiten (z. B. im fortgeschrittenen Stadium HIV-Infektionen)
- immunsuppressive Therapie
- Tabakkonsum, Alkoholmissbrauch
- spezielle Anamnese

! Auffällige Veränderungen der Mundschleimhaut bedürfen dringend der Abklärung, um schnellstmöglich die entsprechende Therapie einleiten zu können

Veränderung der Mundschleimhaut; Diagnose Plattenepithelkarzinom



Karzinome der Mundschleimhaut



Erhebung des Parodontalstatus:

- Taschentiefen messen; Blutung auf Sondierung dokumentieren
- parodontale Rezessionen ermitteln
- Furkationsbefall
Grad 1 = bis 3 mm in horizontaler Richtung
Grad 2 = mehr als 3 mm in horizontaler Richtung
Grad 3 = durchgängig
- Zahnlockerung
Grad 1 = gering horizontal (0,2 mm bis 1 mm)
Grad 2 = moderat horizontal (mehr als 1 mm)
Grad 3 = ausgeprägt horizontal (mehr als 2 mm) und in vertikaler Richtung

PSI (Parodontaler Screening – Index) :

Der PSI bietet einen orientierenden Überblick über die Schwere einer parodontalen Erkrankung und den Behandlungsbedarf.

Die Messung erfolgt bei Kindern und Jugendlichen an Indexzähnen (11, 16, 26, 31, 36, 46).

Bei Erwachsenen an allen Zähnen, außer an den Weisheitszähnen, wobei das Gebiss in Sextanten eingeteilt wird.

I. Sextant: Zähne 18 - 14

III. Sextant: Zähne 24 - 28

V. Sextant: Zähne 33 - 43

II. Sextant: Zähne 13 - 23

IV. Sextant: Zähne 34 - 38

VI. Sextant: Zähne 44 - 48

Der PSI wird angegeben in Code 0 – Code 4

(Messung mit speziellen Sonden)

Code 0 = entzündungsfrei, kein Zahnstein, keine überstehenden Füllungs- oder Kronenränder

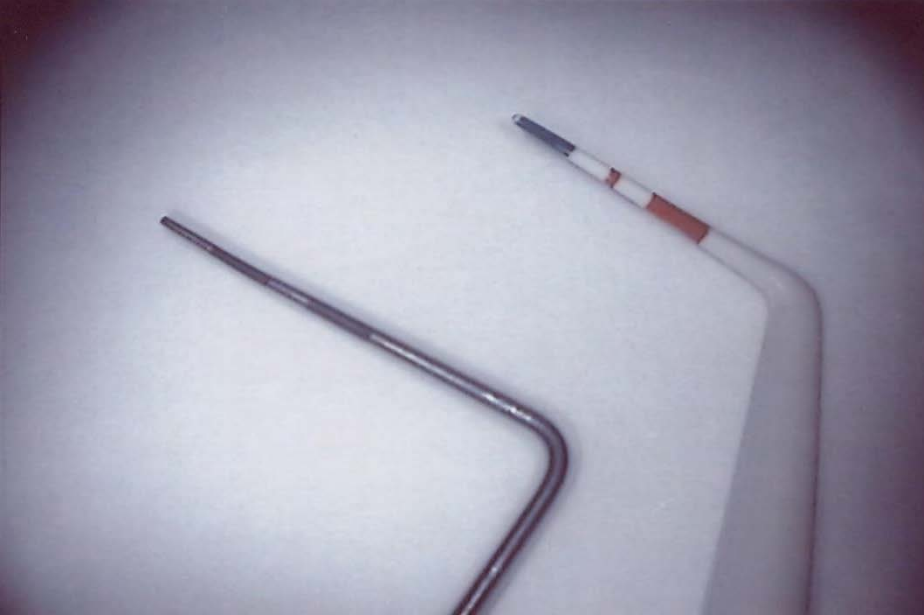
Code 1 = Blutung nach vorsichtigem Sondieren

Code 2 = Blutung nach vorsichtigem Sondieren, supra- oder subgingivale Plaque und Zahnstein und / oder überstehende Füllungs- oder Kronenränder

Code 3 = Sondiertiefe 3,5 bis 5,5 mm (schwarzes Band teilweise sichtbar)

Code 4 = Sondiertiefe 6 mm oder mehr (schwarzes Band nicht mehr sichtbar)

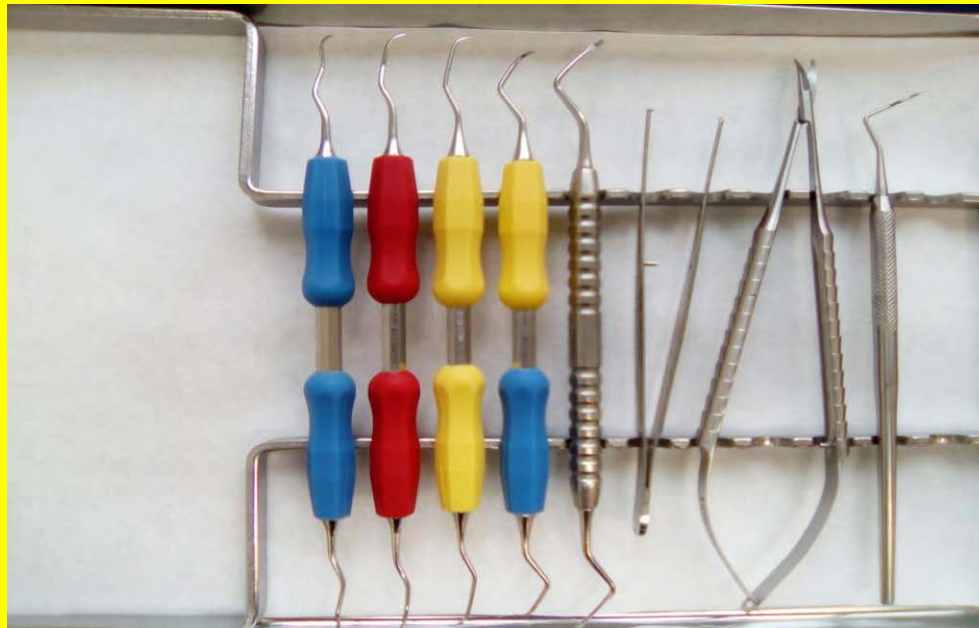
Eine PA-Behandlung ist indiziert bei Code 3 und 4.



parodontale Messsonden



Parodontometer



parodontales Behandlungsset

Ungünstige Prognose

Keine Behandlungsbedürftigkeit im Sinne der vertragszahnärztlichen Leistung; ist gemäß BEMA-Z abhängig:

1. Knochenabbau (ab 75 %)
2. Lockerung der Zähne (ab LG III)
3. Furkationsbefall (Grad 3)
4. ggf. Taschentiefen über 8 mm

Furkationsbefall Grad 3, durchgängige Bifurkation



Erfolge einer PA-Behandlung sind nur dann zu verzeichnen, wenn:

- > die Compliance des Patienten (Motivation und Mitwirkungspflicht) bezüglich einer einwandfreien Mundhygiene gegeben ist.
- > eine Reduzierung bzw. Beseitigung exogener Risikofaktoren (z. B.: Nikotinkonsum, Alkoholabusus) erfolgt

Ziel der systematischen Behandlung von Parodontopathien

- Beseitigung der entzündlichen Erscheinungen an den Parodontien,
- Reduktion der Sondierungstiefen,
- Stabilisierung der Zähne zum langfristigen Erhalt und / oder zur Aufnahme von Kronen / Teleskopkronen / Halteelementen etc.

Prothetik (ZE)

Bei **zahnmedizinisch-prothetischen Versorgung**en handelt es sich um sehr komplexe, aufwendige, kostenintensive Versorgungsformen.

Einführung der Festzuschüsse für Zahnersatz

Befundbezogene Festzuschüsse gelten seit dem 01.01.2005 (SGB V)

§ 55 / Abs. 1 Leistungsanspruch

Unabhängig von der tatsächlich erfolgten Versorgung erhalten Versicherte einen Festzuschuss, der sich auf die vom GB-A (Gemeinsamen Bundesausschuss) festgelegten Befunde bezieht.

§ 56 Festsetzung der Regelversorgungen

Dem jeweiligen Befund wird eine zahnprothetische Regelversorgung zugeordnet.

Bei der Regelleistung handelt es sich um eine Grundversorgung, die der ordnungsgemäßen Wiederherstellung der Kaufunktion dient.

Differenzierung der Versorgungsformen

1. **Regelversorgung** (RV)

> Vertragsleistung auf der Grundlage der Befunde

2. **Gleichartige Versorgung** (RV und TP)

> Vertragsleistung plus außervertragliche Zusatzleistung
(z. B. Keramikverblendungen außerhalb des Kassenrahmens)

3. **Andersartige Versorgung** (TP)

> außervertragliche Leistung mit anderem Charakter als die Regelversorgung (z. B. Brücke anstelle Prothese)

Härtefallregelung (§ 55 Abs. 2 SGB V)

In Härtefällen nach § 55 Abs. 2 SGB V wird der doppelte Festzuschuss an die Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten angepasst.

(Erreichen die Kosten den doppelten Festzuschuss nicht, zahlt die Krankenkasse lediglich die tatsächlichen Kosten.)

Bei Wahl einer gleich- oder andersartigen Versorgung im Härtefall wird **nur** der doppelte Festzuschuss zur Verfügung gestellt.

Einige prothetische Versorgungsmöglichkeiten
gemäß Regelversorgung



Insgesamt vier fehlende Zähne
16, 15, 25, 26



Brückenversorgungen von 17 – 14 und
von 24 – 27; vestibuläre Verblendungen
nur an 14, 15, 24, 25 ansonsten Gussteile



Insgesamt fehlen fünf Zähne
16, 15, 24, 25, 26



Regelversorgung: Modellgussprothese
(Hier können Brücken als „andersartige
Versorgung“ eingegliedert werden, unter der
Voraussetzung, dass der Patient die Versorgung
finanzieren kann. Die Mehrkosten sind dann
vom GOZ-Steigerungssatz abhängig.)



Restzahnbestand 13 – 23

Patient erhält Zuschuss für zwei vestibulär verblendete Teleskopkronen für 13, 23 und eine Modellgussprothese zum Ersatz der fehlenden Seitenzähne

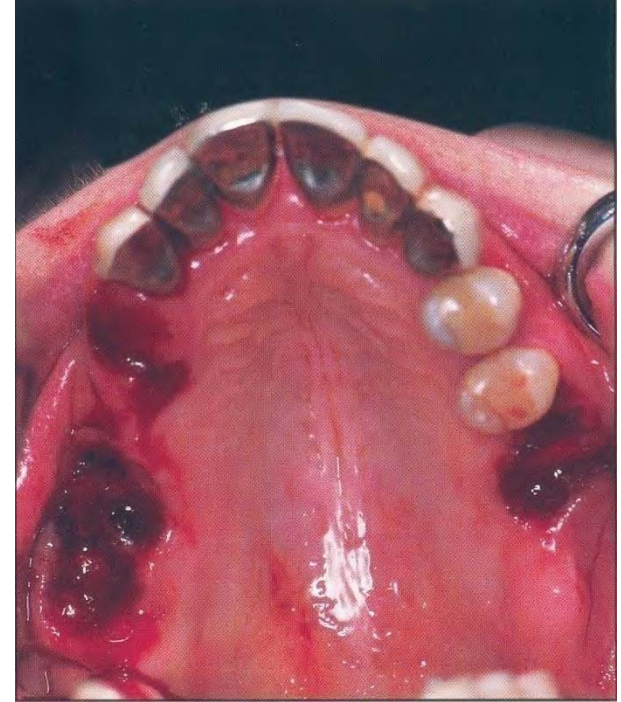


Restzahnbestand 13 – 24

Ab 01.01.08: Zuschuss für zwei Teleskopkronen auf 13, 24 und eine Modellgussprothese zum Ersatz der fehlenden Zähne

**Darstellung der klinischen Situation
nach Extraktion der nicht erhaltungs-
fähigen Oberkieferzähne**

**Eingliederung einer partiellen Kunst-
stoffprothese (Interimsersatz für die
Dauer der Ausheilphase)**



Totale Prothesen für den Ober- und Unterkiefer



**Beispiele weiterer Versorgungsmöglichkeiten
(Regelleistung, gleichartiger und andersartiger Zahnersatz)**

Restorationen in Form von Teilkronen



Kronenrestauration aus reiner Keramik & Klebebrücke mit Metallgerüst zum Ersatz eines fehlenden Frontzahn



Versorgung mit einer Brücke

**Schaltlücke
in regio 36**

↑
↑
präparierte Zahnstümpfe







Zustand nach Eingliederung
der Brücke 35-37

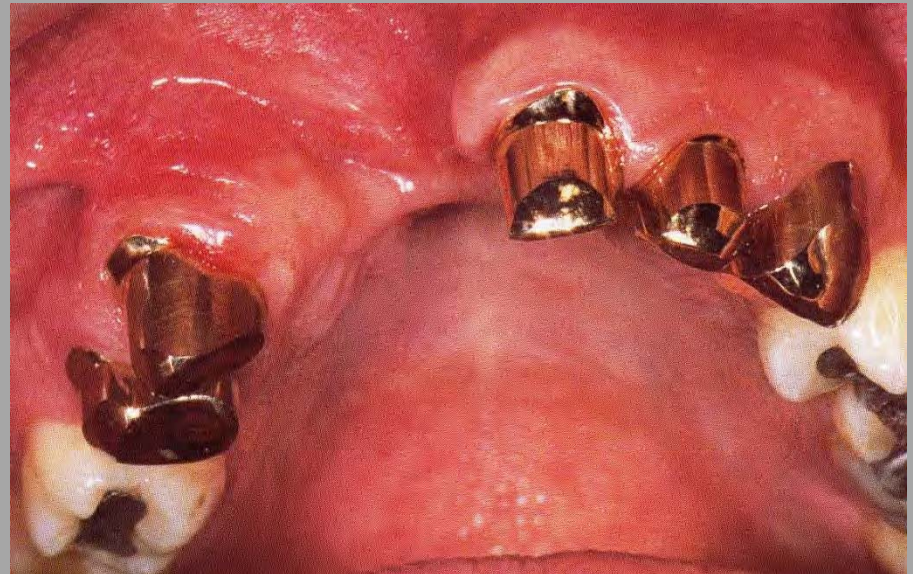
Doppelkronen (Konuskronen, Teleskopkronen)

Konuskronen haben eine **konische Passform**. Der Halt kommt in der Endlage zur Auswirkung. Sie kommen zur Anwendung bei mehreren vitalen Zähnen **mit langen klinischen Kronen** und geringem Attachment z.B. nach PA-Sanierung.



Teleskope sind **parallelwandige** zylindrische Körper. Sie weisen annähernd parallelwandige friktive (auf Reibung beruhende) Zonen auf.

Anwendung: **unterbrochene Zahnreihen mit kurzen klinischen Kronen**



Teleskopierende Modellgussprothese zum Ersatz der fehlenden Oberkieferzähne



Teleskopierende Cover-Denture-Prothese (Deckprothese)

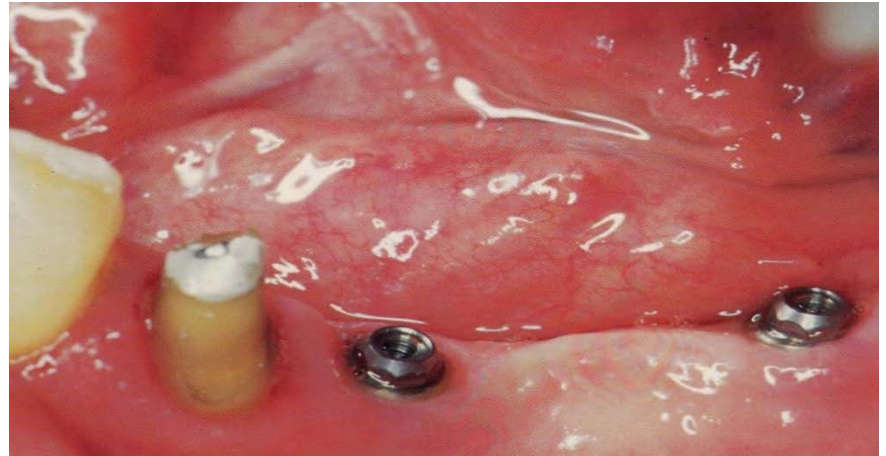
(bei geringer Pfeilerwertigkeit und Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen je Kiefer;
Prothesenhalt erfolgt über Saughaftung)



Kombinierter Zahnersatz in Form von Riegelkonstruktionen



**Implantatgetragene Versorgungen (Suprakonstruktionen);
z. B. in Form einer Brücke oder einer stegretinierten Prothese**



Notwendigkeit einer geplanten Versorgung

- Sie wird bestimmt **durch die Befunde** und durch die **Eignung der Zähne** für die geplante Versorgung.
- Die Befunde und Umsetzung in die Symbole des Heil- und Kostenplanes geben allein noch keinen Aufschluss über die Indikation einer Versorgung.
- Die Darstellung des Befundes durch Symbole liefert allein die formale Voraussetzung für eine Regelversorgung.
- Allerdings kann mit der Eintragung eines Befundes tatsächlich keine Aussage über die prothetische Wertigkeit eines Zahnes getroffen werden.

Langfristig werden die **Kosten** in der Zahnersatzversicherung beeinflusst **von der Indikationsstellung** für die Zahnersatzversorgungen.

- Je **besser** die **Prognose** für eine Versorgung ist, **desto langlebiger** wird sie sein.
- Je ungünstiger die Prognose ist, desto kurzlebiger ist eine prothetische Restauration.
- Je häufiger Zahnersatz repariert, erweitert oder sogar neu angefertigt werden muss, desto öfter gewährt die gesetzliche Krankenkasse Festzuschüsse (kostenintensiv).

Unter Kostengesichtspunkten muss deshalb die KK ein Interesse an der Indikationsstellung haben.

Die Beurteilung der **Indikation einer Versorgung** orientiert sich an **fachlich zahnmedizinischen Aspekten** und nicht an formale Kriterien (ggf. Begutachtung)

Eine Begutachtung muss stets auf den spezifischen Einzelfall bezogen sein und unter Berücksichtigung zahnmedizinischer, allgemeinmedizinischer und werkstoffkundlicher Aspekte erfolgen.

Die Begutachtung dient dem **Schutz des Versicherten** vor: z. B. zu aufwendiger und / oder nicht zwingend notwendiger Versorgung (Fürsorgepflicht der Krankenkasse gegenüber ihren Versicherten).

Sie trägt zur Klärung von Sachverhalten bei und dient der Prüfung,

- ob der **klinische Befund** zutreffend ist,
- ob die **Notwendigkeit** einer prothetischen Versorgung besteht,
- ob die erforderlichen Vorbehandlungen abgeschlossen sind,
- inwieweit die geplante Versorgung **zahnmedizinischen Erkenntnissen** gerecht wird,
- inwieweit die **Mitwirkungspflicht des Versicherten** gegeben ist.

Ziel der prothetischen Vorbegutachtung ist es,

das erstellte, vorliegende Behandlungskonzept mittels gutachterlichen Sachverständes im Rahmen einer körperlichen Untersuchung zu überprüfen.

Hierbei sind folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. die klinisch- spezifische Situation des Patienten,
(Befunderhebung und Planung nach den anatomischen, physiologischen, pathologischen sowie hygienischen Gegebenheiten des Kauorganes)
2. die Zahnersatz-Richtlinien,
3. die Ansprüche des Patienten an Funktion und Ästhetik,
4. das Behandlungskonzept, um eine optimale langfristige prothetische Versorgung zu erreichen,
5. außerdem soll hier eine nochmalige neutrale Beratung des Patienten und Beantwortung evtl. offener Fragen erfolgen.

Voraussetzung für prothetische Versorgung (ZE-Richtlinie C 11)

Die Richtlinien setzen eindeutig die Verpflichtung zur abgeschlossenen Vorbehandlung voraus. Der Versorgung mit Zahnersatz hat die notwendige konservierend-chirurgische und parodontale Behandlung des Restgebisses voranzugehen, z. B.:

- a) Tiefkariöse Zähne müssen auf ihre Erhaltungswürdigkeit geprüft sein
- b) Pulpentote Zähne müssen mit einer nach den Behandlungsrichtlinien gemäß B. III. 9.3 erbrachten, röntgenologisch nachzuweisenden Wurzelfüllung versorgt sein.
Cave! Die Wurzelfüllung soll die apikale Konstriktion erreichen.
- c) Zu überkronende Zähne sind auf ihre Sensibilität zu überprüfen.
- d) Bei Zähnen mit krankhaften Prozessen müssen Maßnahmen zur Ausheilung eingeleitet sein. An diesen Zähnen dürfen vorerst nur **Interimsmaßnahmen** durchgeführt werden. Endgültiger Zahnersatz ist erst nach Ausheilung angezeigt.

- e) Notwendige Parodontalbehandlungen müssen bereits vorgenommen sein.
- f) Bei Verdacht auf krankhafte Prozesse an den Zähnen und im Kieferknochen muss eine röntgenologische Überprüfung erfolgen.
- g) Nicht erhaltungswürdige Zähne und Wurzelreste müssen entfernt sein.
- h) Retinierte und impaktierte Zähne, die im räumlichen Zusammenhang mit geplantem Zahnersatz stehen, sollen vor Beginn der Behandlung entfernt werden.
- i) Voraussetzung für die Versorgung mit Suprakonstruktionen ist die Osseointegration der Implantate.

Die Mitwirkung des Patienten ist eine wesentliche Voraussetzung für die Erreichung des Behandlungsziels. Regelmäßige Zahnpflege und der Nachweis der zahnärztlichen Untersuchungen nach § 55 Abs. 1 SGB V sind wichtige Kriterien für die Festlegung der im Einzelfall notwendigen Form der Versorgung mit Zahnersatz.

Ist die **Mundhygiene** des Patienten **unzureichend** und / oder lehnt der Patient die Mitwirkung einer notwendigen Parodontalbehandlung ab, ist das **Behandlungsziel neu zu bestimmen**.









**notwendige chirurgische
Therapie nicht erfolgt**

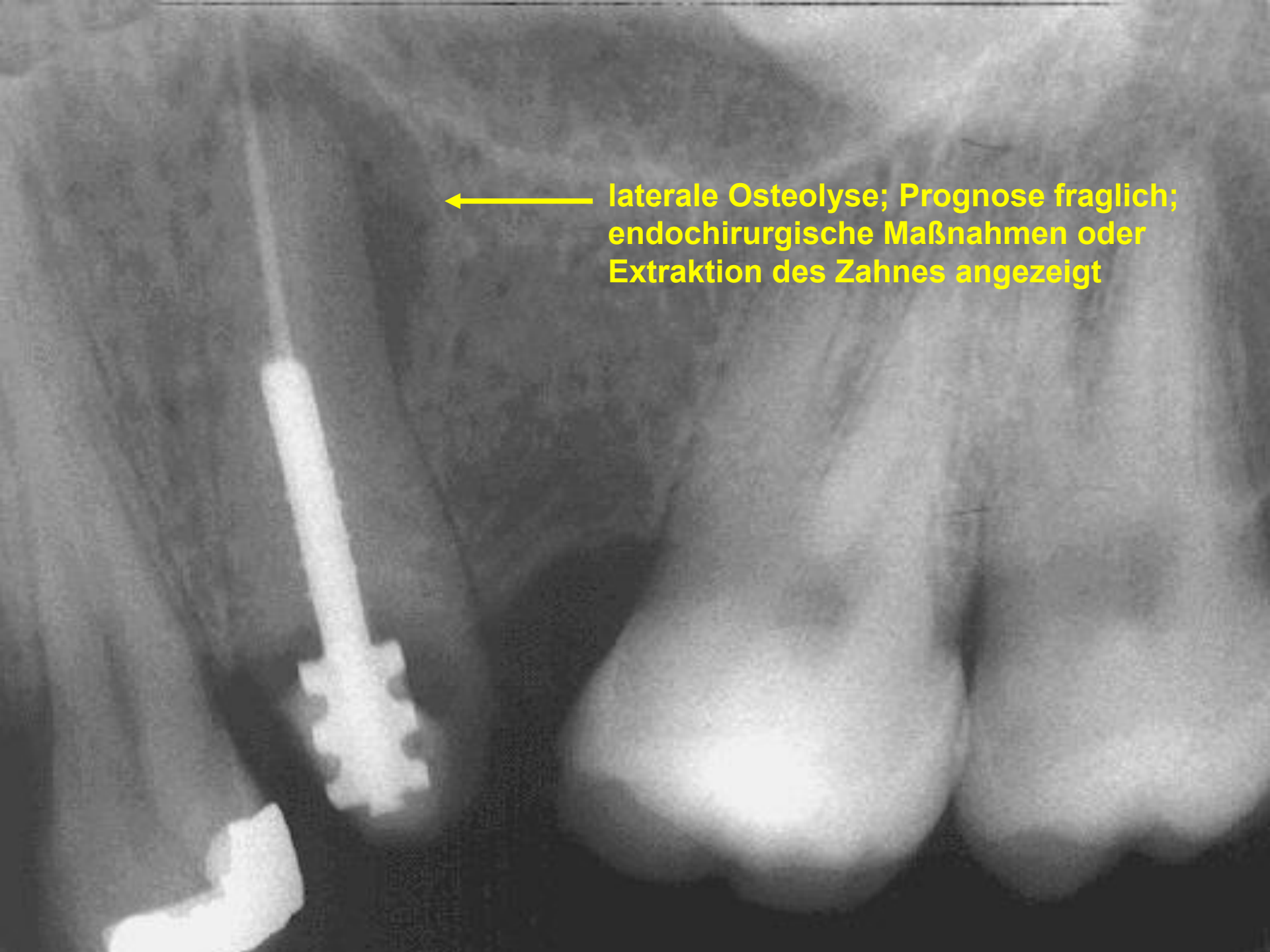


massive Exostosen im Unterkiefer



Keine parodontalen Therapiemaßnahmen vorausgegangen



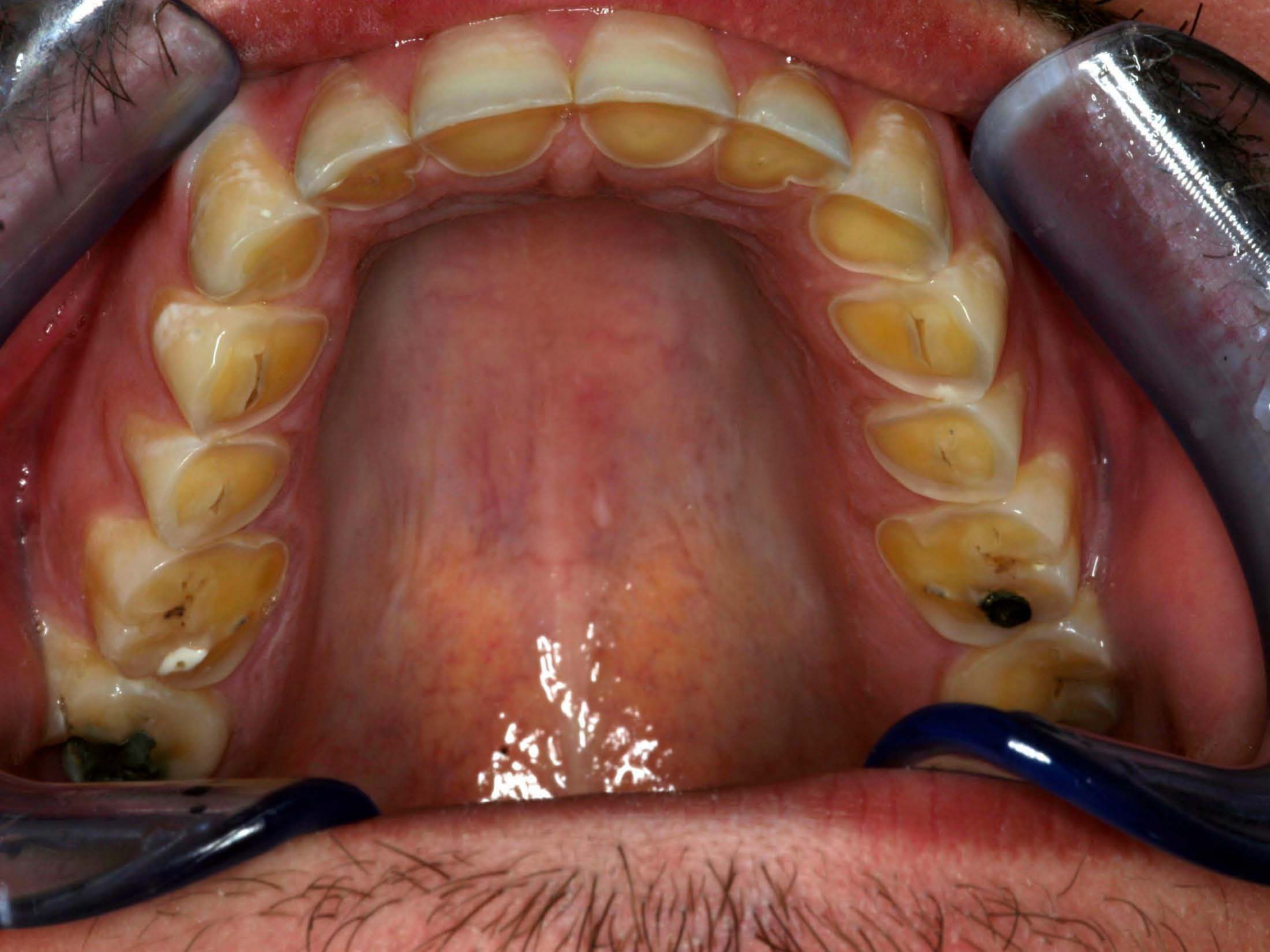


← laterale Osteolyse; Prognose fraglich;
endochirurgische Maßnahmen oder
Extraktion des Zahnes angezeigt



starkes Abrasionsgebiss mit sekundärer Bissenkung

Schientherapie präprothetisch notwendig











Aufbissbehelfe und Kieferbruch

- K1 Aufbissbehelf **mit** adjustierter Oberfläche (Michigan-Schiene)
- Unterbrechung Okklusionskontakte (Knirscherschienne, Myoarthropatie)
 - Aufbissschiene bei PA
 - Bissführungsplatte bei ZE
- K2 Aufbissbehelf **ohne** adjustierter Oberfläche (Drum-Schiene)
- akute Schmerzzustände
- K3 Umarbeitung Prothese zum Aufbissbehelf **mit** adjustierter Oberfläche
- K4 Semipermanente Schienung (Ätztechnik / Interdentalraum)
- K6 Wiederherstellung bzw. Unterfütterung Aufbissbehelf

**Anhand röntgenologischer und klinischer
Befunde
nicht nachvollziehbares Behandlungskonzept**

B = Befund

Der Befund ist bei Wiederherstellungsmaßnahmen nicht auszufüllen!

XNEM

Die Krankenkasse übernimmt die nebenstehenden Festzuschüsse, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Zahnersatz innerhalb von 6 Monaten in der vorgesehenen Weise eingegliedert wird.

1W = einstellbares Fernrohr

tion
Zahn mit
rung
figer Zah

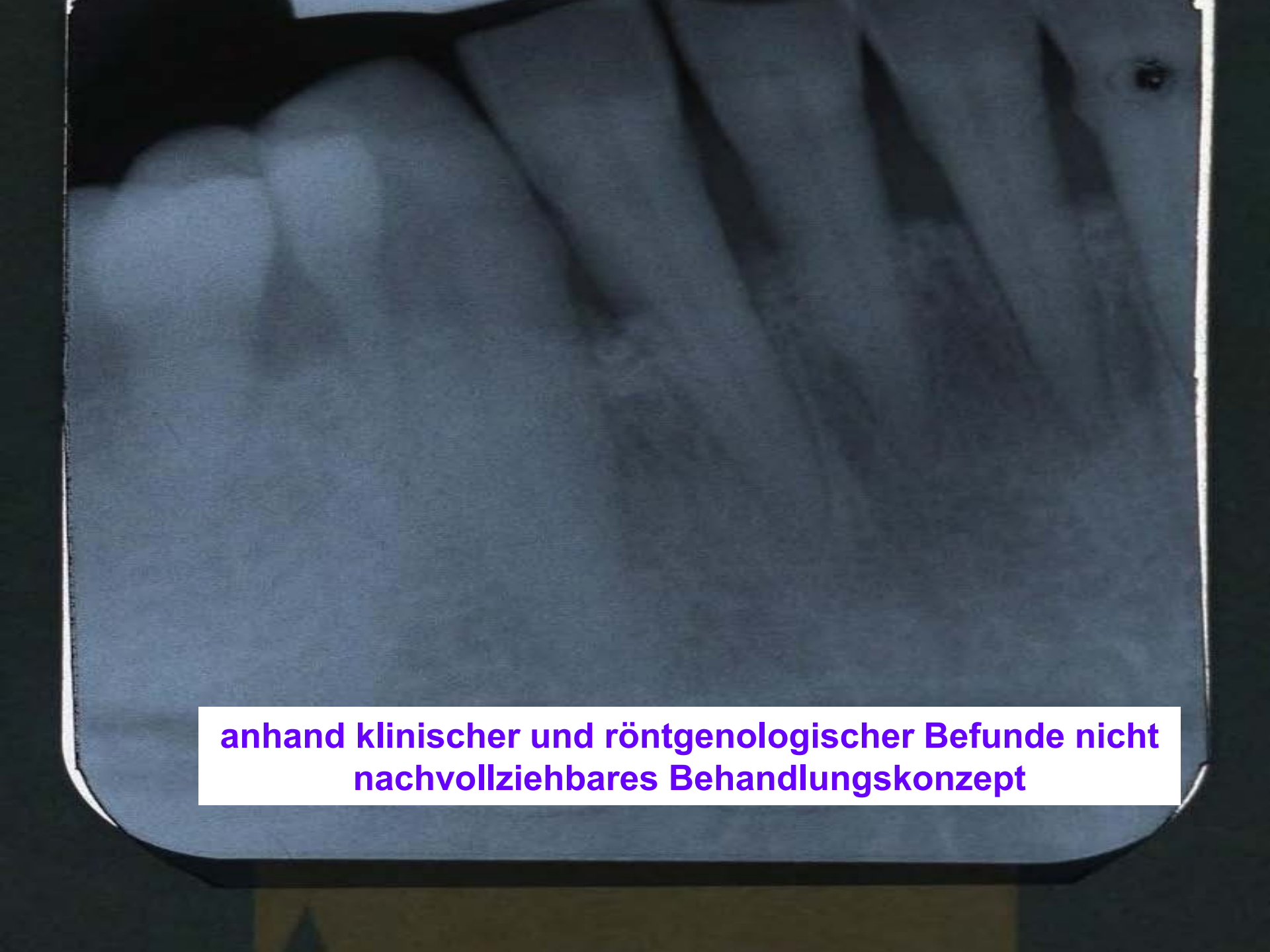
C

[illegible]

Datum/Unterschrift des Zahnarztes

see

Blockschrift schreiben



**anhand klinischer und röntgenologischer Befunde nicht
nachvollziehbares Behandlungskonzept**

Aufn.: 25.10.2011



**anhand klinischer und röntgenologischer Befunde
nicht nachvollziehbares Behandlungskonzept**

Versorgung mit Kronen

Die Schonung und Erhaltung von Zahnhartsubstanz hat Vorrang!

- vor Kronenversorgung konservierende Maßnahmen voll ausschöpfen
 - Überkronung ist angezeigt, wenn die Erhaltung eines Zahnes durch andere Maßnahmen auf Dauer nicht mehr möglich ist
- oder
- zur Abstützung eines Zahnersatzes, wenn die Abstützung und Retention auf andere Weise nicht mehr möglich ist

Beispiele einer nicht zwingend notwendigen Überkronung



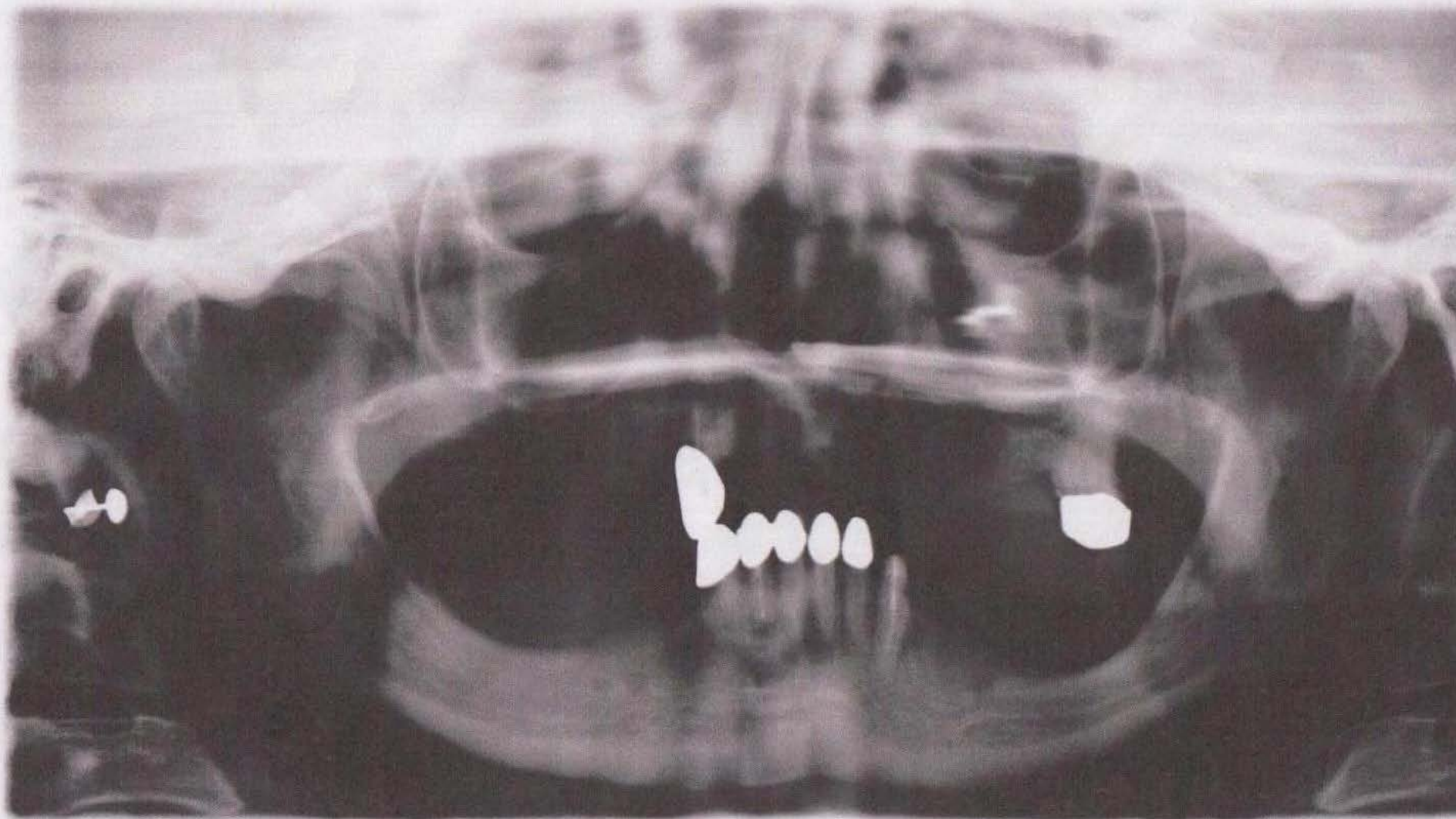


keine Indikation zur Überkronung der Frontzähne

**zur Begutachtung eingereichte, nicht
ordnungsgemäß auswertbare
Röntgenaufnahmen**

**aufgrund der Überstrahlung der Wirbelsäule;
Frontzahnggebiet nicht hinreichend beurteilbar**



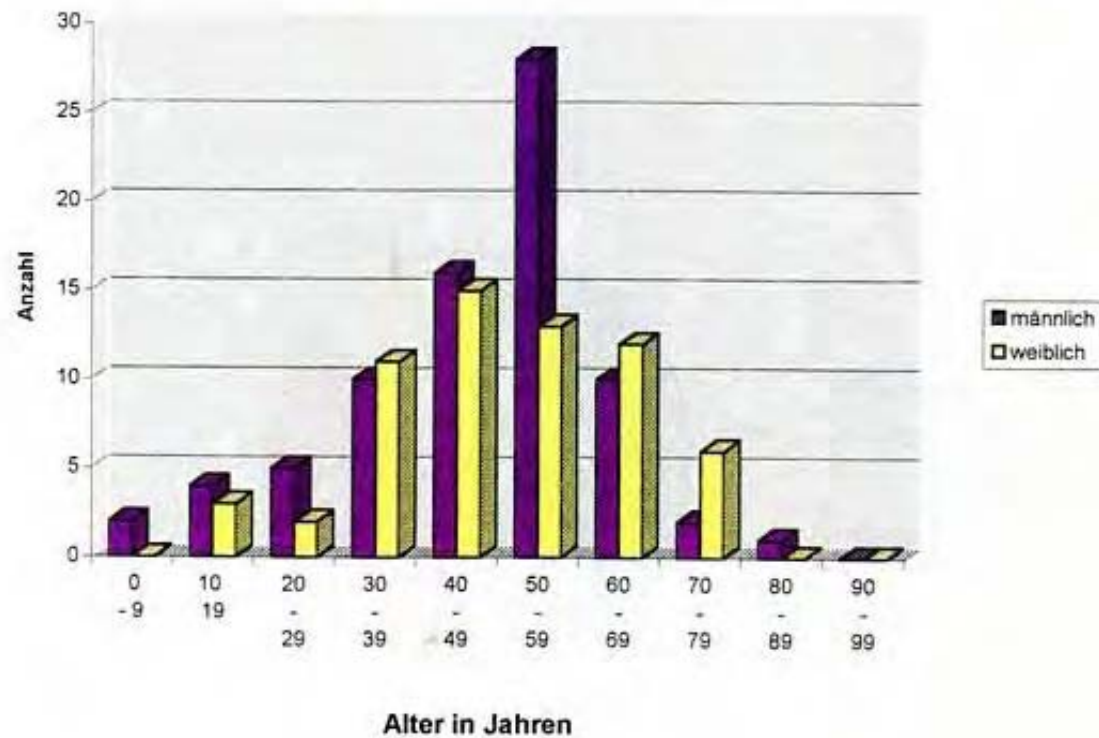


nicht ordnungsgemäß auswertbarer OPMG-Ausdruck

Statistische Auswertung (Vorbegutachtung)

Insgesamt wurden im Zeitraum Juli 1994 bis einschließlich Juli 1996 **140 Vorbegutachtungen** für prothetische Behandlungspläne entsprechend den damaligen Richtlinien des Bundesausschusses für Zahnärzte und Krankenkassen (im Auftrag des Medizinischen Dienstes Berlin) durchgeführt.

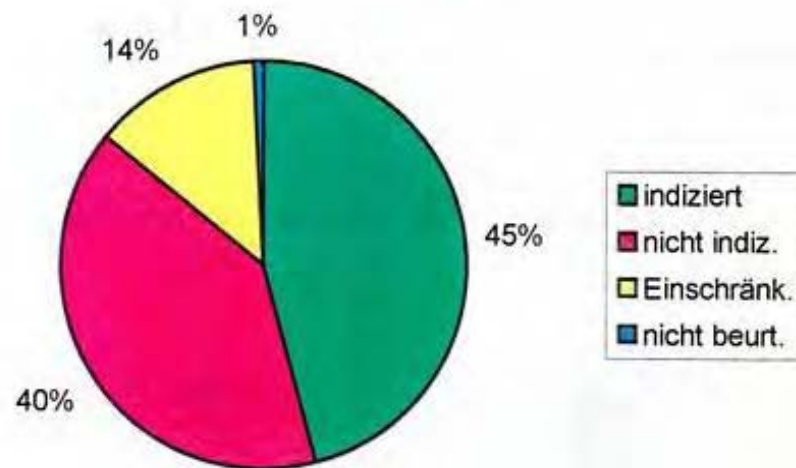
Alters- und Geschlechtsstruktur der untersuchten Versicherten der Zahnersatzvorbegutachtung



Die begutachteten Behandlungspläne wurden in ihrer Beurteilung untergliedert in die Rubriken:

- Behandlungsplan indiziert;
- Behandlungsplan nicht indiziert
- Behandlungsplan mit Einschränkung indiziert
- Behandlungsplan nicht beurteilbar

Beurteilungsergebnisse der Zahnersatzvorbegutachtung



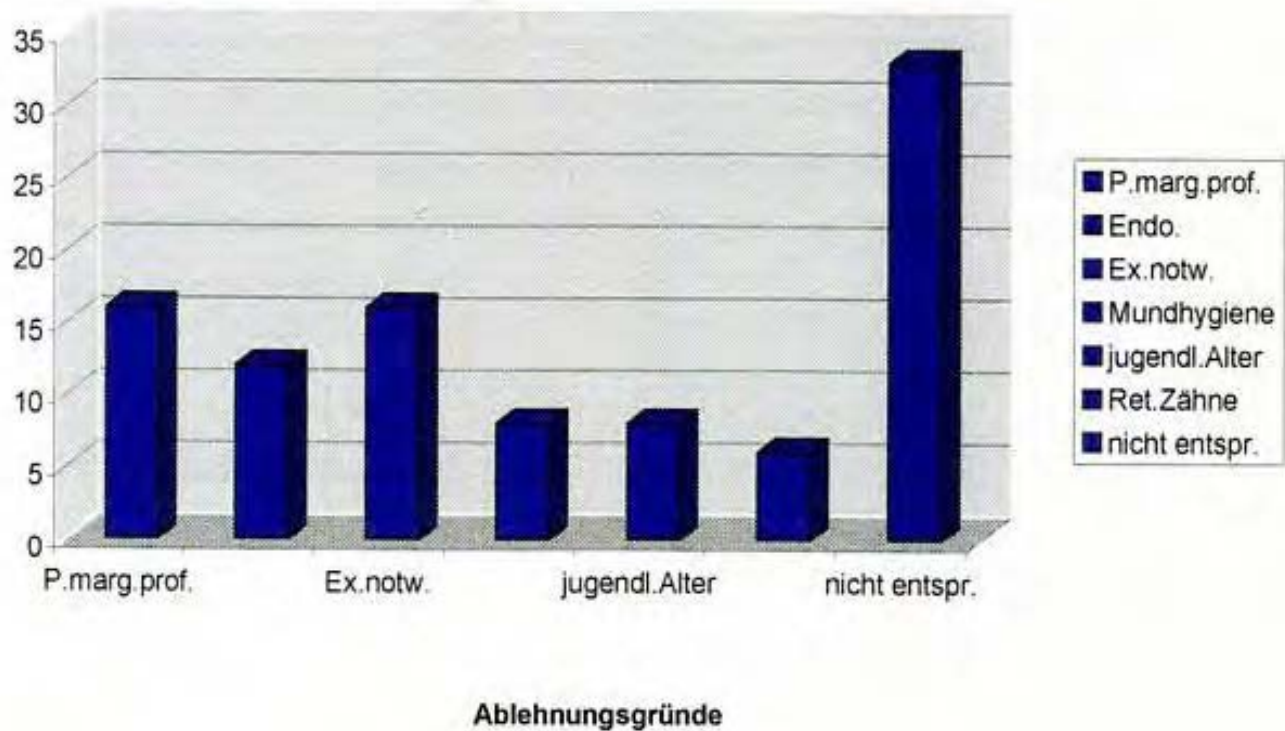
Begründungen der Ablehnungen

Der Behandlungsplan wurde abgelehnt, wenn notwendige parodontale, chirurgische, konservierende und / oder endodontische Vorbehandlungen vor der Beantragung der prothetischen Leistungen nicht abgeschlossen waren.

Andererseits konnte dem Heil- und Kostenplan nicht zugestimmt werden, wenn konservierende Maßnahmen als ausreichend, wirtschaftlich und zweckmäßig erachtet wurden.

Das prothetische Therapiekonzept wurde nicht befürwortet, wenn es der klinischen Situation nicht entsprach.

Ablehnungsgründe eines prothetischen Behandlungsplanes



(Nachbegutachtung / Mängelrüge)

- > Der **Auftraggeber** (Krankenkasse) kann in **begründeten Einzelfällen** ausgeführte prothetische Leistungen begutachten lassen, wenn **Planungs- oder Ausführungsmängel** vermutet werden.
- > Das Beschwerdegutachten wird in der Regel von der Krankenkasse auf Veranlassung des betreffenden Patienten beauftragt.
- > In beiden Fällen muss sich der Gutachter mit einer **bereits erbrachten zahnärztlichen Leistung** befassen. (*Gümpel 1980*)

Mängelgutachten

Bei **Mängelgutachten** spricht der Sachverständige von einem „Mangel“.

Damit ist **keineswegs** die Frage einer **Pflichtverletzung** geklärt und keinesfalls ein daraus resultierender Behandlungsfehler abzuleiten.

Es kann bei gerichtlichen Auseinandersetzungen gegebenenfalls zur **Beweissicherung** hinzugezogen werden.

Mängelrügen im vertragszahnärztlichen prothetischen Bereich sind in der Anlage 17 zum BMV-Z / EKV-Z geregelt.

Gewährleistungsfristen: 24 bzw. 36 Monate (andersartiger ZE / Mischfälle).

Mängelgutachten

Im Rahmen gerichtlicher, zivilrechtlicher Auseinandersetzungen wird nach dem BGB zwischen **Dienst- und Werkvertrag** unterschieden.

(Werkvertrag { § § 631 ff. BGB} 2 Jahre Verjährungsfrist / Dienstvertrag { § § 611 ff. BGB} drei Jahre Verjährungsfrist).

Bei dem **Dienstvertrag** handelt es sich z. B. um ein **Fehlverhalten** des **Behandlers** (Fehler in der Planung und Gestaltung , mangelhafte Okklusion, nicht korrekt gewählte vertikale Dimension etc.).

Bei dem **Werkvertrag** handelt es sich rein um das **hergestellte Werkstück** (Ist- und Sollzustand, technische Mängel in der Verarbeitung, z. B. Haarrisse).

Ziel der prothetischen Nachbegutachtung (Mängelrüge) ist es,

eine bereits erbrachte und bemängelte prothetische Leistung durch gutachterlichen Sachverstand klären zu lassen.

Hier geht es um die gutachterliche Prüfung, inwiefern

1. der Zahnersatz mängelfrei, entsprechend der eingereichten und genehmigten Planung ordnungsgemäß eingegliedert wurde und die Anfertigung des Zahnersatzes fachtechnisch korrekt erfolgte.
2. die von dem Patienten vorgetragenen Beschwerden gerechtfertigt sind.

Dabei hat der Gutachter im Rahmen einer **körperlichen** Untersuchung die eingegliederte prothetische Versorgung nach zahnmedizinisch anerkannten Grundsätzen auf deren **Funktionstüchtigkeit und Ästhetik** zu überprüfen. Dies erfolgt unter Zuhilfenahme von **prä- sowie postprothetischen Röntgenbildern** und Modellen (Planungsmodelle, Arbeitsmodelle, Situationsmodelle) sowie unter Vorlage des **abgerechneten Behandlungsplanes**, der **Stellungnahme** des Behandlers oder im Beisein des Zahnarztes.

Hierbei soll er die von dem Versicherten vorgetragenen Beschwerden in Verbindung mit den erhobenen Befunden hinreichend berücksichtigen.

Die Anamnese und die klinischen Befunde sind wichtige Bestandteile bei der Nachbegutachtung.

Folgende Kriterien sollten dabei berücksichtigt werden:

1. die **Tragedauer** des Zahnersatzes (Kieferveränderung),
2. die **Art des Zahnersatzes** (feststehend, kombiniert feststehend-herausnehmbar oder herausnehmbar),
3. die **psychische Einstellung** des Patienten (Prothesenintoleranz),
4. das **Alter** des Patienten (Adaptationsschwierigkeiten),
5. die **individuelle Compliance** des Patienten (pathologische Veränderungen der oralen Strukturen, Funktionsuntüchtigkeit des Zahnersatzes),
6. die **unfachlichen Manipulationen** (durch den Patienten oder Dritte),

deutlich erkennbare Einschleifmarken



Vom Patienten geäußerte Beschwerden

- keine Kaufunktion
- mangelhafte Sprechfunktion
- Schmerzen
- ästhetische Aspekte
- Sonstiges:
 - **Zahnersatz nicht getragen**
 - **anderer Zahnarzt tätig geworden**
 - keine angemessene Ausheilzeit
 - psychische Aspekte (ggf. Prothesenintoleranz)

Technische Verarbeitung

- Materialfehler
- Verarbeitungsfehler
(Lunkerbildungen, Ausarbeitung fehlerhaft, ungenügende Politur)
- Zahnfarbe
- Verblendungen (ggf. Abplatzungen, Haarrisse, Srünge)

Zahnaufstellung

- **Aufstellung** aus funktioneller und ästhetischer Sicht
(Kieferkammmitte; außer Oberkieferfront aus phonetischen und ästhetischen Gründen),
ggf. Beschreibung einer nicht korrekten Aufstellung
- **Spee'sche Kurve**
- **Transversale Kompensationskurve**

Bisslage

- vertikale Dimension (zu hoch / niedrig)
- statische und dynamische Okklusion
- Frühkontakte
- Nonokklusion
- Höcker-Fissuren-Relief

**Mängel in der technischen Herstellung; fehlende Umlauffräsungen an den Kronen;
Sublingualbügel lagert sich daher zu stark ein**



Spaltbildung zwischen Mesostruktur des Implantats und Krone



zu kurz gewählter Stiftaufbau



Zirkonoxydkronen; von palatinal bis auf die Stümpfe eingeschliffen





**Keine ordnungsgemäße Okklusion,
vertikale Dimension, Basisgestaltung**

Ungenügende Herstellung der Okklusion



Nonokklusion vom I. zum IV. Quadranten



Unterdimensionierung des Ventilrandes



Reizfibrome durch überdimensionierte Funktionsränder einer nicht ordnungsgemäß gestalteten Prothese



Abschließende Beurteilung

- **Zahnersatz funktionstüchtig**
- **Zahnersatz nicht funktionstüchtig** (ausreichende Begründung, ggf. Bilddokumentation)

Vorschläge für die weitere Behandlung

- **Neuanfertigung** (überwiegend bei Kronen und Brücken)
- **Wiederherstellung durch technische Maßnahmen** (soweit möglich, bei überwiegend kombiniertem oder totalem Zahnersatz)
- **Aufklärung der Patienten über das weitere Procedere**
(z. B. Mitwirkungspflicht)

Nicht tolerierbare Mängel

Unterlassung einer vorsorglichen Testung bei Verdacht
auf eine Allergie auf zahnärztliche Werkstoffe

allergisch bedingte Rötung der Mundschleimhaut



Allergieproblematik bei prothetischer Versorgung

Bei Verdacht auf eine mögliche **Allergie auf Dentalwerkstoffe**, wie z. B.

- o Methylmethacrylat,
- o Chrom-Kobalt-Molybdän,
- o Nickel / Palladium etc.

ist **präprothetisch ein Allergietest angezeigt**. Eine Allergie muss bei korrekter Testdurchführung von einem **FA für Allergologie** nach den Kriterien der Kontaktallergiegruppe der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft mittels **Epikutantest** mit 24, 48 u. 72 Stundenablesung nachgewiesen werden.



Kontrovers diskutiert wird in diesem Zusammenhang der zur Verfügung stehende **Lymphozytentransformationstest (LTT)**. Er weist eine geringe Sensitivität sowie eine ausgesprochen **niedrige Spezifität auf zahnärztliche Werkstoffe** auf, so dass mit **zahlreichen falsch-positiven Ergebnissen** gerechnet werden muss.

Der LTT-Test

- entspricht nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse,
- berücksichtigt nicht den medizinischen Fortschritt,
- führt zur Verunsicherung der Patienten und somit zur Einschränkung der Lebensführung,
- ist daher **aus sozialmedizinischer Sicht nicht zu empfehlen**,
- ist **nicht im Leistungskatalog der GKV** enthalten.

Bei nachgewiesener Allergie mittels Epikutantestung muss darauf geachtet werden, dass keine Allergie auslösenden Bestandteile im verwendeten Produkt enthalten sind.

Alternativen

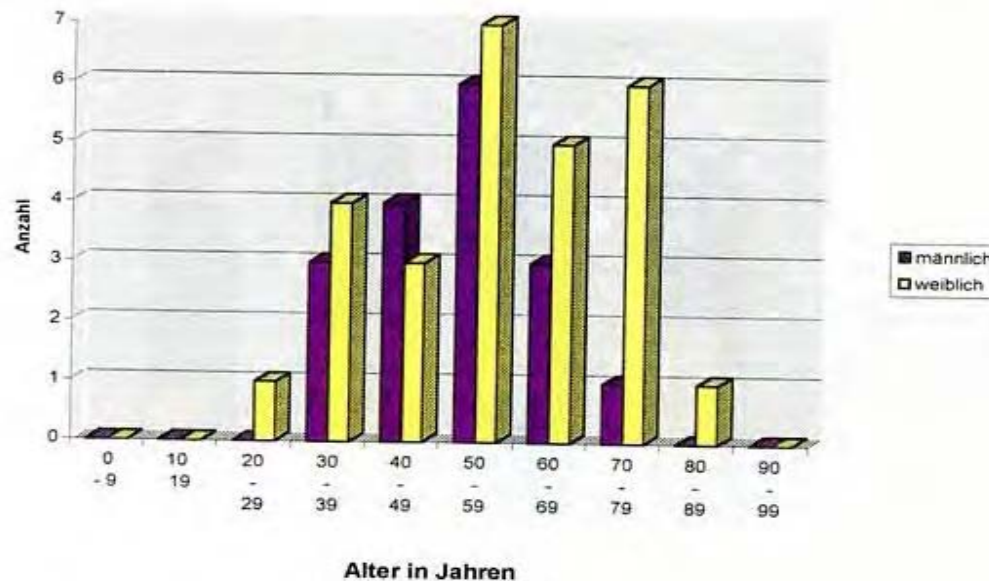
- methacrylatfreie Kunststoffe; wie z. B. „Sinomer“ ein ALLDENT®-Produkt, „Eclipse ®“ von DeguDent,
- nickel- und palladiumfreie Legierungen
- chrom- und kobaltfreie Legierungen (z. B. Modellgussgerüst aus Titan), kein vergoldetes Gerüst, aufgrund des Abriebes



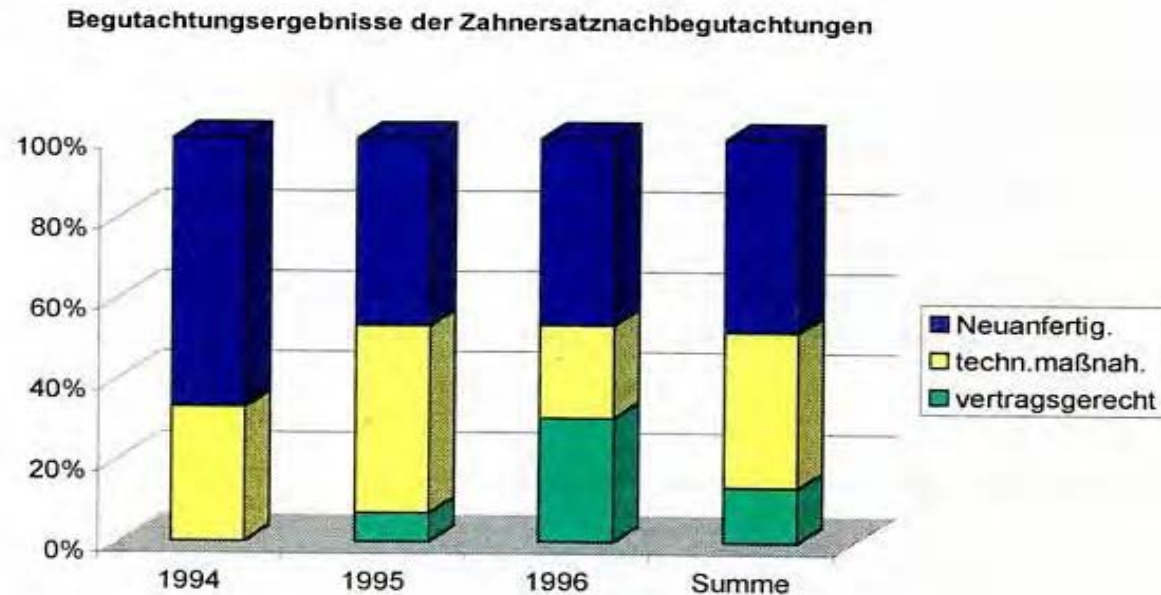
Statistische Auswertung (Nachbegutachtung)

Im Zeitraum Juli 1994 bis einschließlich Juli 1996 wurden insgesamt 44 Zahnersatznachbegutachtungen - sogenannte Mängelrügen - durchgeführt.

Alters- und Geschlechtsstruktur der untersuchten Versicherten der Zahnersatznachbegutachtungen



Diese Abbildung gibt einen Überblick der Beurteilungen bezüglich der Nachbegutachtungen. Davon war in sechs Fällen der Zahnersatz vertragsgerecht – also frei von Mängeln -. Das entspricht 13,64 %, während bei 38 Patienten die angefertigte Versorgung Mängel aufwies. Das sind 86,36 % der begutachteten Fälle.



Auffallend ist, dass die Zahl der
Mängelbegutachtungen

- im Vergleich zu den Jahren 1994 bis 1996 –
erheblich angestiegen ist.

Behandlungsfehler versus Mängelgutachten

Ein **Behandlungsfehler** ist eine Abweichung vom zahnärztlichen Standard. Die **Abweichung setzt Verschulden bzw. Pflichtverletzung voraus**. Vergleiche Dienstvertrag § § 611 ff. BGB.

A) Die Anspruchsgrundlagen des Versicherten ergeben sich aus dem **Arzt-Patientenvertrag** (Dienstvertrag-Werkvertrag)

B) bei einem **Delikt**: Einwilligung fehlt infolge schlechter Aufklärung (Aufklärungsmangel)

Fragen: Liegt eine Körperverletzung vor?

Hat Fahrlässigkeit zu der Schädigung geführt?

Es ist ursächlich zu klären, ob die **Schädigung** die Folge des **Verschuldens** durch **das ursprüngliche Krankheitsbild** bzw. die **Folge** des **Behandlungsfehlers** ist.

- Ohne Schaden keine Haftung !!
- Beim vermuteten Behandlungsfehler hat zunächst die Kausalität grundsätzlich der Patient zu beweisen!!! (Karteikartendokumentation!)

Dokumentation

- Lücken in der medizinisch gebotenen Dokumentation indizieren Unterlassung der gebotenen Maßnahme; (Urteil vom 17. Januar 2012-VI ZR336/10)
- EDV-Dokumentation ist zulässig (wichtig: Manipulationssicherheit)
- Einsichtsrecht des Patienten ohne besondere Begründung; (Urteil vom 23.3.2010 – VII ZR 249/08, VersR 2010,969)
- Aufbewahrungspflicht der Behandlungsunterlagen: Empfehlung 10 Jahre aus forensischen Gründen, Röntgenunterlagen: 10 Jahre nach der letzten Untersuchung; bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres; § 28 Abs. 3 Sätze 2, 3 RöV

Der **Praxisinhaber haftet** auch für den **Urlaubsvertreter**
(Praxisvertreter muss vom Praxisinhaber nach ordnungsgemäßer
Qualifikation ausgesucht werden)

Die Gemeinschaftspraxis haftet bei gleichartigen Leistungen
auch für die **Behandlungsfehler des Kollegen**.

Haftungsbestände

Aufklärungsfehler => Behandlungsfehler

- **Eingriffsaufklärung** = Risiko- und Selbstbestimmungsaufklärung:
ausführliche Beschreibung und Risiken des Eingriffs
 - . Dringlichkeit und Notwendigkeit
 - . Behandlung ihre Alternativen
- **Sicherheitsaufklärung** = therapeutische Aufklärung
Unterrichtung über gebotenes therapeutisches Verhalten zur Sicherung
des Behandlungserfolgs.
- **Wirtschaftliche Aufklärung** über Selbstkostenanteile

Folge der Verletzung ist nur Befreiung von der Kostenbelastung
(Arzt haftet für Zuzahlung)

- Aufklärung hat **durch** den **Zahnarzt** zu erfolgen, der den Eingriff vornimmt; **darf nicht delegiert werden**,
- Aufklärung muss in **verständlicher** Weise und rechtzeitig erfolgen.
- **bei Minderjährigen** müssen **beide Sorgeberechtigten** Einverständnis erklären.
- **Aufklärungsgespräch** muss in **der Karteiführung dokumentiert** sein.

Es wird gehaftet bei Schmerzensgeld für Gesundheitsschädigung, für Arbeitsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit.

Ein **grober Behandlungsfehler** führt zu einer gewissen **Beweislastumkehr zu Lasten des Zahnarztes**. Für viele Prozesse ist deshalb die Bejahung oder die Verneinung eines groben Behandlungsfehlers von ausschlaggebender Bedeutung.

Sachverständige müssen sich **dieser Verantwortung** bewusst sein und auf eine **genaue Formulierung** achten.

Definition: Behandlungsfehler

Ein **grober Behandlungsfehler** liegt dann vor, wenn ein Zahnarzt zweifelsfrei und eindeutig gegen gesicherte zahnmedizinische Erkenntnisse und bewährte Behandlungsregeln verstößt und einen Fehler begangen hat, der aus objektiver Sicht nicht mehr nachvollziehbar oder begründbar ist, da er dem Zahnarzt schlechthin nicht unterlaufen darf.

Die Krankenkassen können die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind, unterstützen; siehe § 66 SGB V.

Vergleiche etwa BGH, Urteil vom 19.11.1996, VI ZR 350/95; Vergleiche ferner Gutachterhandbuch Implantologie, 2. Auflage, Seite 90

Zahnmedizinischer Standard

Unter zahnmedizinischem Standard ist der nach zahnärztlicher Erfahrung bewährte, nach naturwissenschaftlicher Erkenntnis gesicherte, einem durchschnittlich befähigten Zahnarzt abzuverlangende Stand an Kenntnis und Können zu verstehen.

Er unterliegt einem stetigen Wandel – unter Berücksichtigung neuer Techniken und Methoden –; jeder Standard ist somit zeitgebunden und spiegelt sich in den jeweils geltenden Richtlinien wider.

(Oehler, K. / Zahnmed. Standard in der Rechtsprechung 2009)

Veranlassung eines Behandlungsfehlergutachtens durch die gesetzlichen Krankenkassen

- Durch die Veranlassung eines Behandlungsfehlergutachtens kommt es zur Durchführung eines Verwaltungsaktes durch die Krankenkasse.
- Die Krankenkassen können die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind, unterstützen: **siehe § 66 SGB V.**

Anforderungen an ein Behandlungsfehlergutachten

- muss **gerichtsfähig** sein
(Richter kann das Gutachten zur Beweisführung und zur Urteilsfindung zulassen)
- **hohe Qualitätsanforderungen**
(Ausführlichkeit, Fachlichkeit, zahnmedizinischer Standard, Objektivität, Diskussion unterschiedlicher, nach zahnärztlicher Erfahrung bewährter naturwissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse)
- **Ergebnis: Logische Kausalkette** die in eine abschließende Beurteilung mündet und einwandfrei nachvollziehbar ist.
- **ordnungsgemäße Quellen- und Literaturangaben**

Gestaltung des Gutachtens

Jedes Gutachten ist eine Urkunde!

Das Dokument sollte daher wie folgt erstellt sein:

- > aussagekräftig,
- > auf hohem Niveau,
- > logische Kausalkette,
- > nachvollziehbar,
- > für den Auftraggeber verständlich,
- > klare Formulierungen wählen,
- > juristische Bewertungen unterlassen,
- > widersprüchliche Aussagen und Mutmaßungen, wie z. B. „vermutlich“, „wahrscheinlich“, „erscheint“ vermeiden.

Implantologie

Aufnahme in die GOZ im Jahr 1988;
zudem verankert im SGB V (§ 28 Abs. 2, Satz 9)

Die Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen sind geregelt im:

- Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (BMV–Z; Anlage 18)
- Ersatzkassenvertrag – Zahnärzte (EKVZ; Anlage 18)

Die implantologische Begutachtung umfasst immer die Gesamtbehandlung (Begutachtung von Implantat und Suprakonstruktion)

Bedingungen für Implantate (gemäß § 28 SGB V):

- Ausnahmeindikationen für besonders schwierige Fälle
- eine prothetisch konventionelle Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist
- Implantatleistung muss im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung stehen
- die Behandlung sollte das Maß des Notwendigen nicht überschreiten

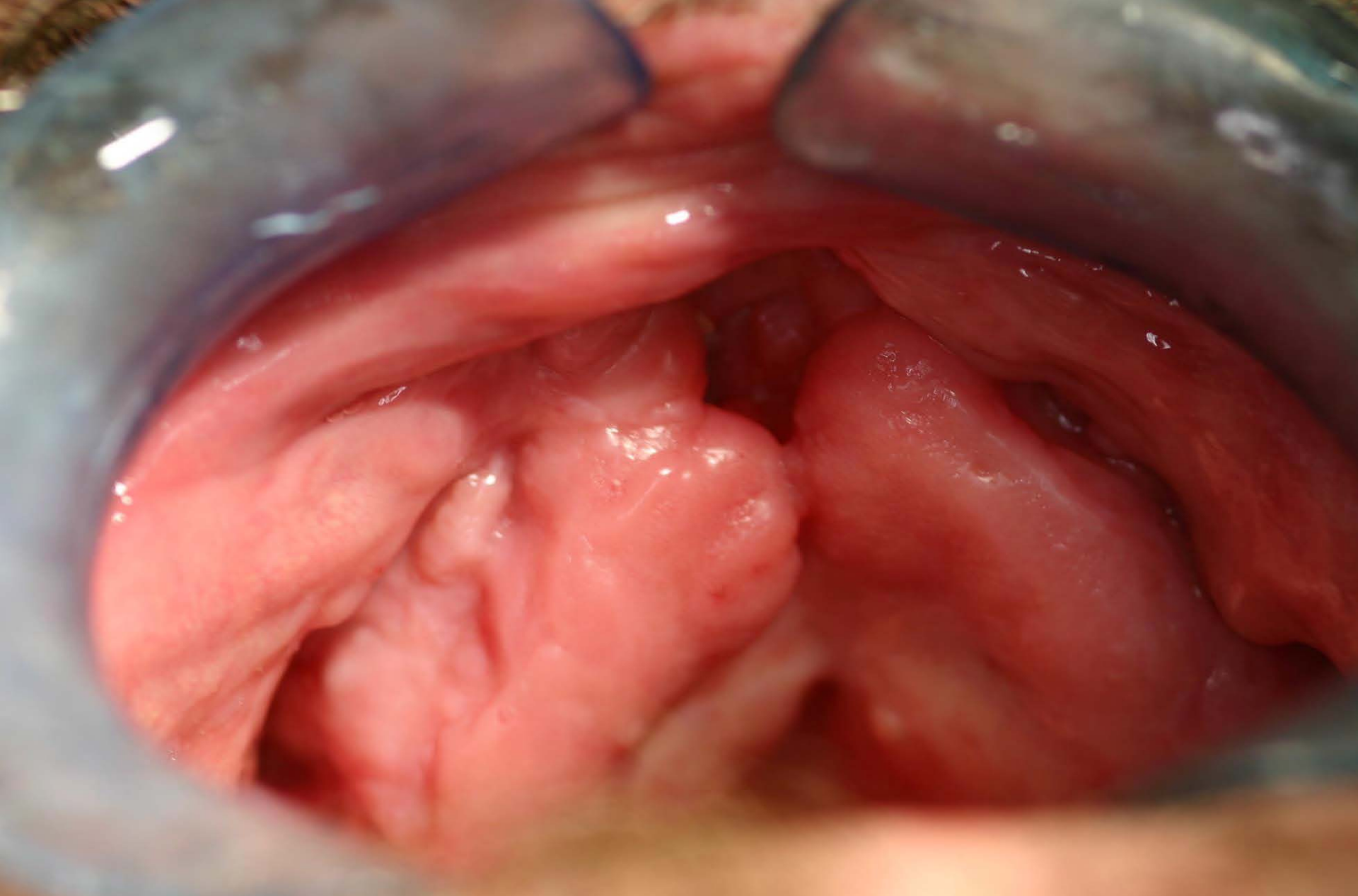
Ausnahmeindikationen zur Versorgung mit Implantaten und Zahnersatz zu Lasten der GKV gemäß § 28 SGB V.

Besonders schwere Fälle liegen vor :

- a) bei größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten, die ihre Ursache
 - in Tumoroperationen (Karzinompatienten im ZMK - Bereich)
 - in Entzündungen des Kiefers (Osteomyelitis)
 - bei Operationen infolge von großen Zysten (z. B. Keratozysten)
 - in Operationen infolge von Osteopathien
 - in angeborenen Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien)
 - in Unfällen haben
- b) bei **dauerhafter** 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).

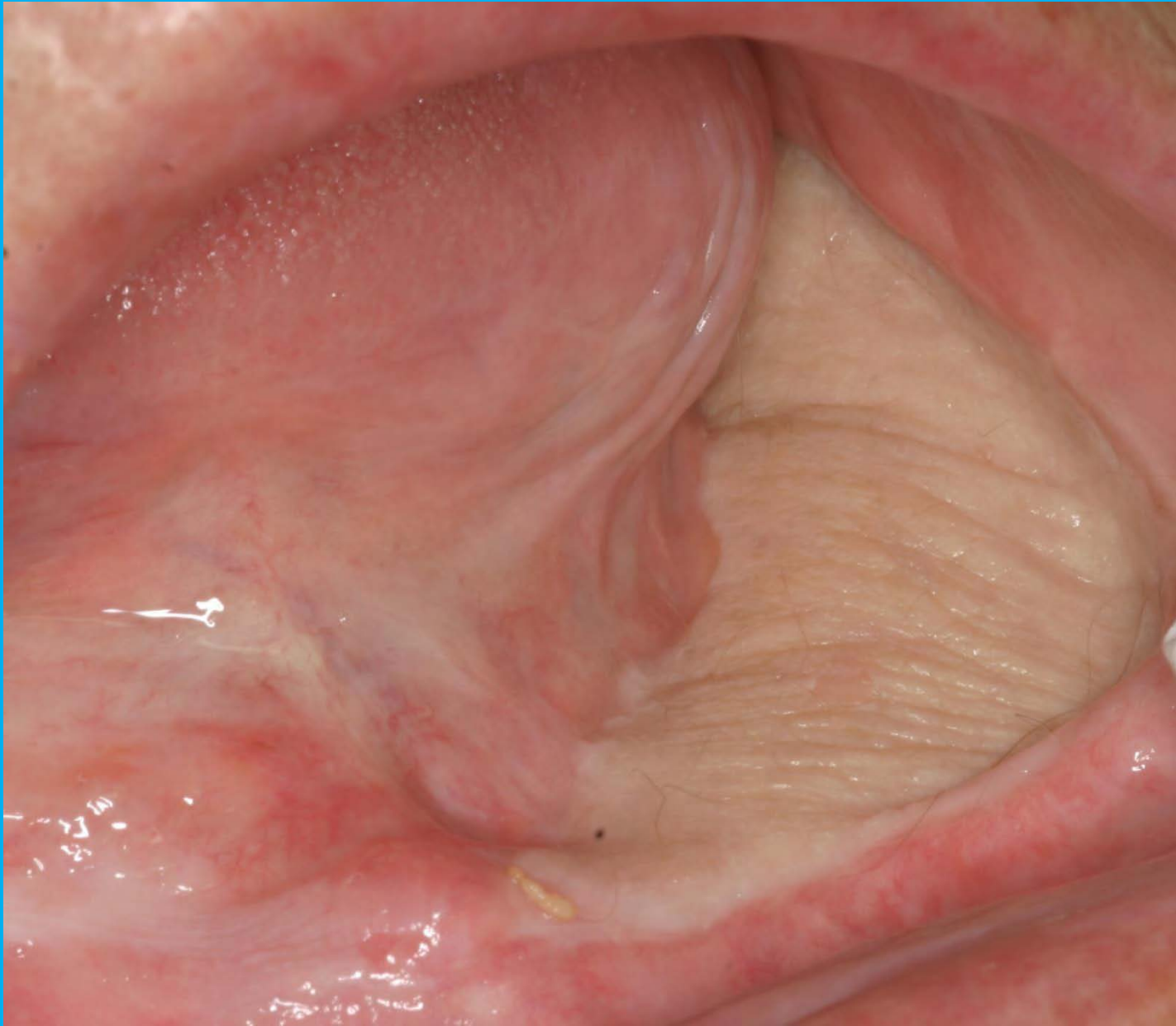


**Zustand nach mehrfach erfolgten Lippen- Kiefer- Gaumenspalten-
Operationen mit Beckenkammtransplantatfixierung**



Ungünstiges Prothesenlager, Zustand nach mehrfachen Lippen-Kiefer-Gaumenspalten-Operationen

Zustand nach Schleimhauttransplantation



Wie viele Implantate sind notwendig?

Die Konsenskonferenz Implantologie (BDIZ, EDI [European Association of Dental Implantologists etc.] hat am 05.06.2002 drei Indikationsklassen beschrieben:

Diese sind wissenschaftlich abgesichert; aber nicht unter wirtschaftlichen Aspekten zu sehen!

Präambel:“ Die optimale Therapie des Zahnverlustes ist der Ersatz jedes einzelnen Zahnes durch ein Implantat. Dabei ist der Zahn 8 eines Quadranten in der Regel nicht zu ersetzen und die Notwendigkeit des Zahnes 7 individuell kritisch zu würdigen.

Strukturelemente eines Implantats



Abb. 1142 - 1144 Strukturelemente eines Implantats

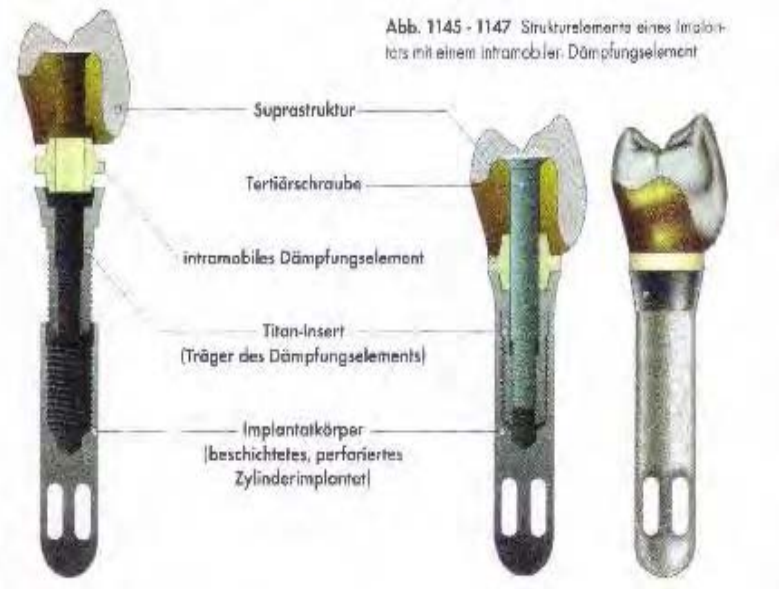


Abb. 1145 - 1147 Strukturelemente eines Implantats mit einem intracanalären Dämpfungselement

Die Implantatversorgung wird in IV Phasen unterteilt:

I. Vorbereitungsphase

(Anamnese, Diagnostik, Planung, Therapie, Aufklärung)

II. Einheilungsphase

(Chirurgisches Vorgehen)

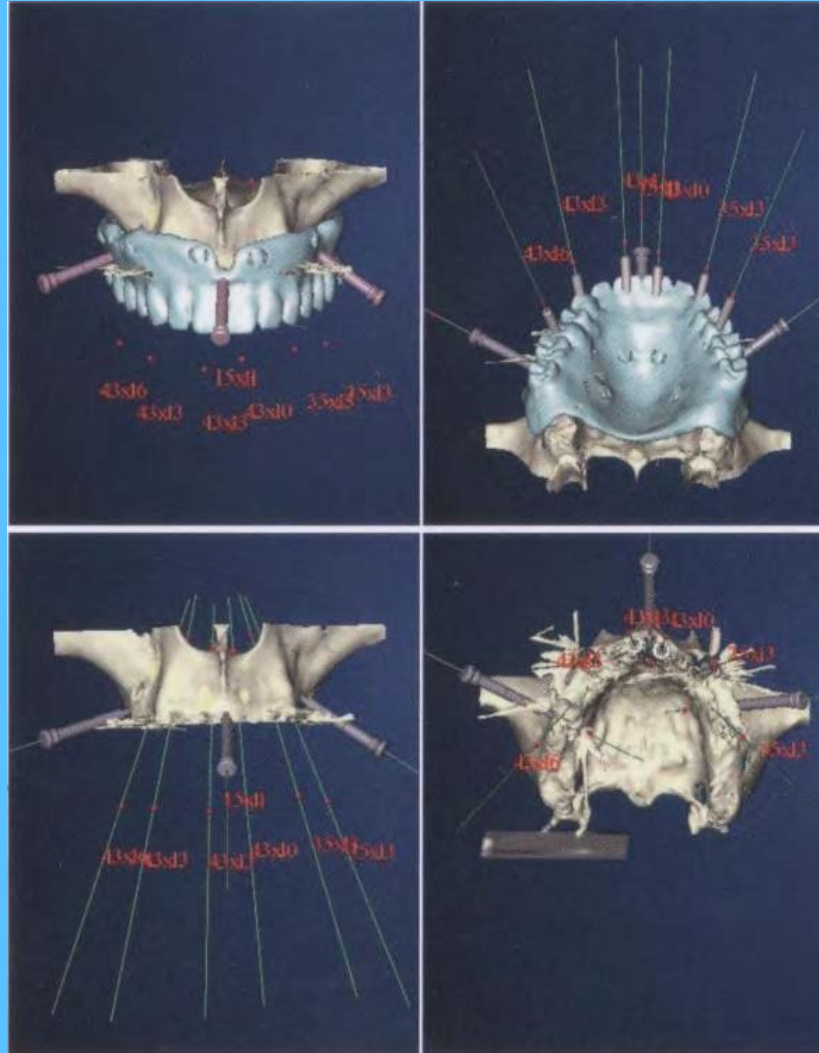
III. Funktionsphase

(Prothetische Versorgung, Suprakonstruktion)

IV. Nachsorgephase

(Recall mit Dokumentation der jeweils vorliegenden aktuellen Implantatsituation nach entsprechenden Untersuchungsparametern)

Modernes Planungssystem (Nobel Guide *) basierend auf dreidimensionalen CT- oder DVT- Daten, die gesamte prothetische Planung kann virtuell am Bildschirm bis zum Meistermodell direkt von der Operationsschablone vorgenommen werden



Vorbereitende Maßnahmen vor der Implantation:

- **Allgemeinanamnese (Ausschluss schwerer Allgemeinerkrankungen, psychologischer und neurologischer Erkrankungen)**
- **Risikoaufklärung des Patienten bei einer Implantatinserion**
- **Klärung, ob die notwendige Kooperation (Compliance) vorliegt**
- **Aufklärung über nachfolgende engmaschige Kontrolltermine (Recall)**
- **Aufklärung über alternative prothetische Versorgungsformen**
- **Diagnostik**
- **Röntgenaufnahmen**
- **Klinische Untersuchung (z.B.: Mundhygiene, Zahnstatus, Parodontalstatus, Schleimhautzustand, Okklusion, Artikulation, Mundöffnung)**

Vorbereitende Maßnahmen vor der Implantation:

- **Modellanalyse**
- **Planung der Implantatversorgung nach Auswertung der diagnostischen Unterlagen**, (ggf. mit Zahntechniker)
- **Beachtung ob besondere anatomische Bedingungen vorliegen**
(z.B.:größere Kiefer- u. Gesichtsdefekte bei Tumoren, große Zysten, Osteopathien, ektodermale Fehlbildungen, extreme Xerostomie, generalisierte Nichtanlage von Zähnen, schwere muskuläre Fehlfunktionen)
- **Besprechung der Planung mit Darlegung der Kosten**
- **Einholen der Einverständniserklärung**

Insuffiziente Vorbehandlungen vor Implantatversorgung

Keine ausreichende Patienten-Compliance für Implantate gegeben

**Keine notwendigen implantologischen beziehungsweise
präprothetischen Vorbehandlungen durchgeführt**

Misserfolg vorprogrammiert

Insuffiziente Vorbehandlungen vor Implantatversorgung



Klassifikation der Kontraindikationen:

- **Absolute Kontraindikationen:**

Blutgerinnungsstörungen, Herzerkrankungen, Kreislauferkrankungen, Stoffwechselstörungen, Erkrankungen des Immunsystems, Drogenabhängigkeit

- **Relative Kontraindikationen:** schwerer juveniler Diabetes, hämorrhagische Diathesen, Radiotherapie, Alkoholabusus, Nikotinabusus (Die Studie von Bain et. al (1996) konnte zeigen, dass es zu einer Reduktion der Vaskularisation und somit zu einer Störung der Osseointegration durch die Wirkung des Nikotins kommt).

Cave: Ein gut eingestellter Diabetes mit prä- und postoperativer antibiotischer Abschirmung führt in der Regel zu einem Implantaterfolg wie bei einem gesunden Patienten.

- **Relative lokale Kontraindikationen:** Parafunktionen, Bisslageanomalien, Bruxismus, Erkrankungen der Mundschleimhaut, unbehandelte Parodontitis

Implantation bei Allgemeinerkrankungen

- Nikotinabusus:

Da die Bestandteile des Tabaks durch die Mukosa resorbiert werden, was eine deutliche Reduktion der Vaskularisation bewirkt, wird dadurch die Knochenapposition um das Implantat und somit die Osseointegration gestört (*Bain <1996>*). Eine Woche vor und acht Wochen nach Implantation ist das Rauchen einzustellen, was zu einer Verbesserung der Komplikationen bei Rauchern führen soll.

- Alkoholabusus:

Hier besteht aufgrund vorliegender Erkrankungen der Leber ein höheres Blutungsrisiko durch Gerinnungsstörungen. Des Weiteren können Störungen im Kalziumstoffwechsel vorliegen, so dass die Osseointegration gestört ist.

Zielsetzung der implantologischen Versorgung:

- Wiederherstellung der Kaufunktion**
- Phonetik**
- Ästhetik**
- Erhalt anatomischer Strukturen (fortschreitende Kieferatrophie)**
- Vermeidung von Fehlbelastungen**
- Verhinderung eines okklusalen Traumas**
- Vermeidung von Störungen des stomatognathen Systems**

**Zustand nach Frontzahntrauma (Fahrradunfall)
mit Verlust der Zähne 12 bis 21**



**Zustand nach Frontzahntrauma (Fahrradunfall) mit Verlust der
Zähne 12 bis 21 mit Messkugelaufnahmen (Darstellung im OPMG)**



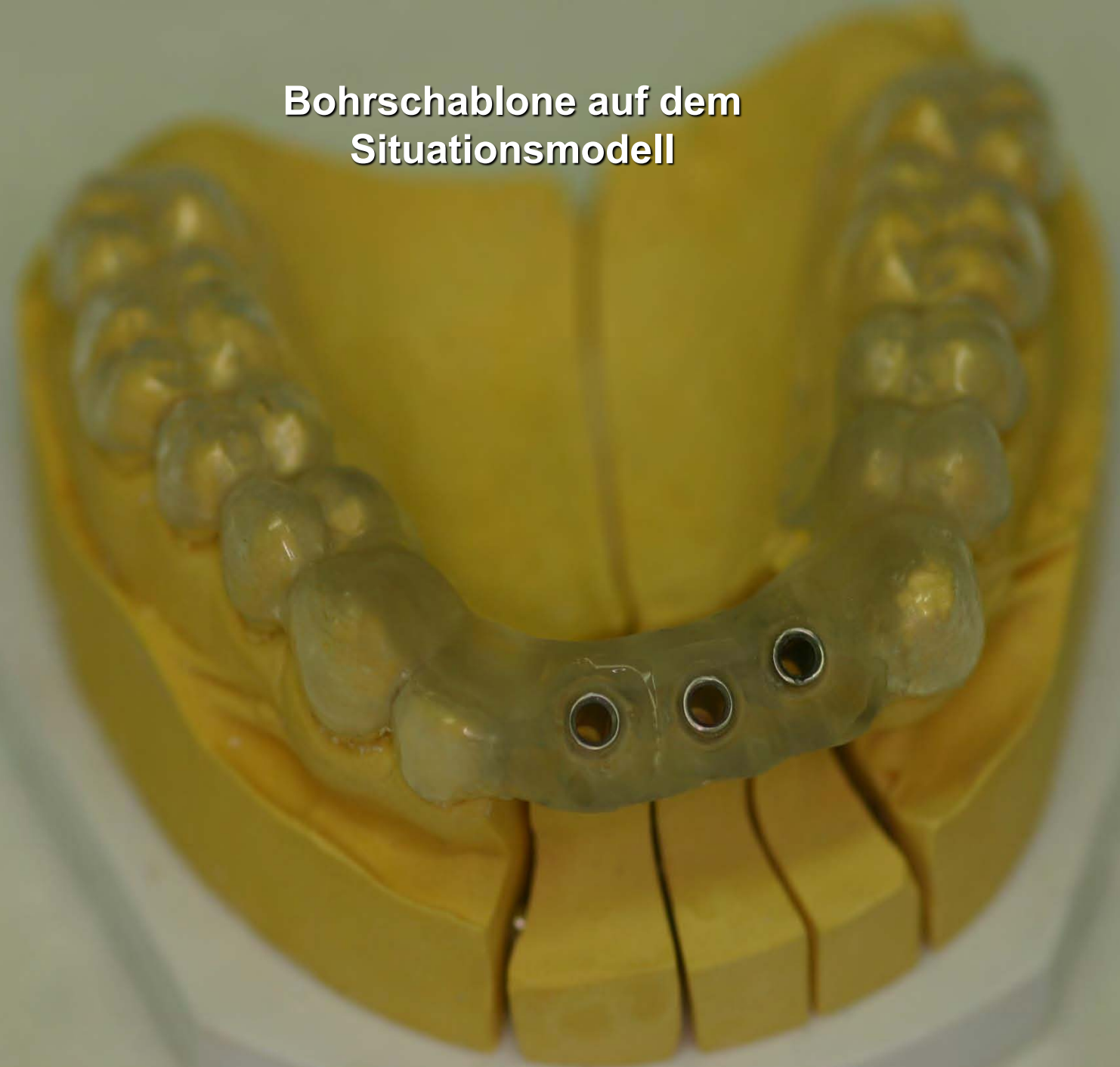
Situationsmodell mit Übertragung der Schleimhautdickenmessung



Situationsmodell zur Positionierung der Bohrhülsen



**Bohrschablone auf dem
Situationsmodell**



Bohrschablone mit Positionierungshülsen in situ



Zustand nach Implantatbettschaffung



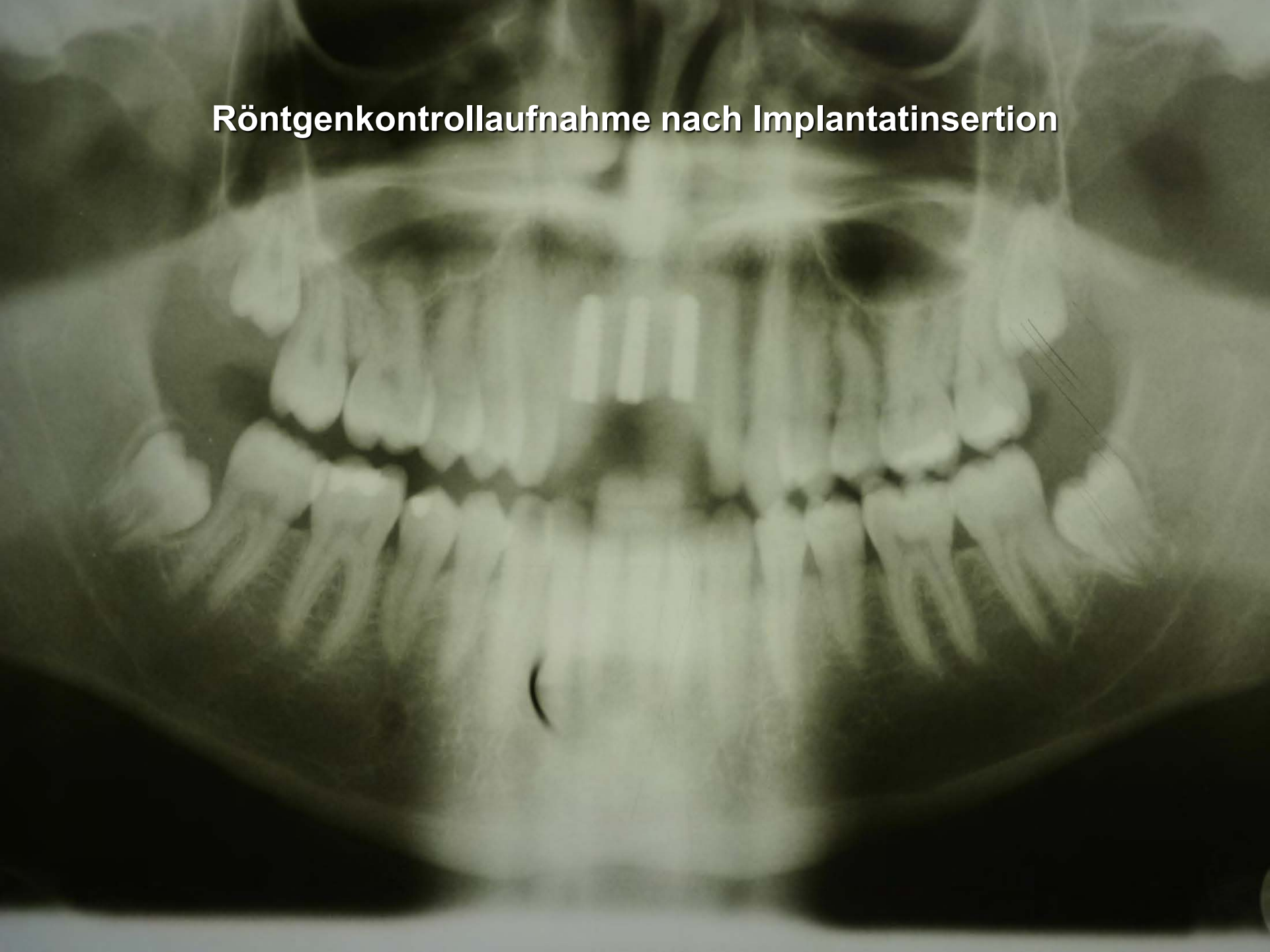
Einbringen der Implantate



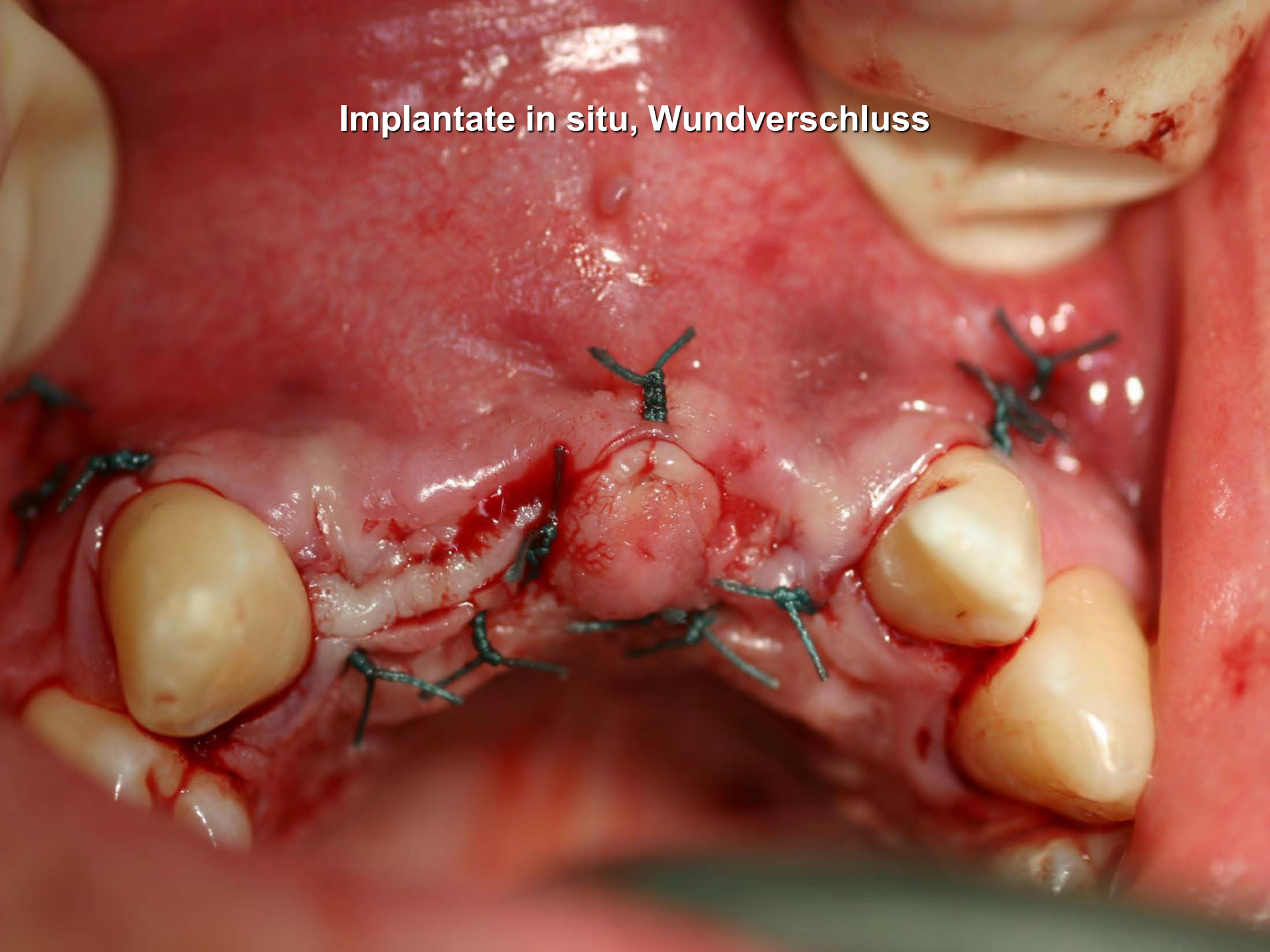
Implantate in situ



Röntgenkontrollaufnahme nach Implantatinserterion



Implantate in situ, Wundverschluss



Freilegung der Implantate und Versorgung mit Verschlusschrauben



Fehler in der Implantatversorgung:

- Knochenangebot nicht entsprechend der Implantatlänge, falscher Implantatdurchmesser, Implantatabstände (Mindestabstand 2 - 3 mm) zu gering
- Implantatpositionen in unmittelbarer Nähe der nervalen Strukturen (Verletzung des Nervus mentales)
- Implantatpositionen in unmittelbarer Nähe bzw. Perforation in die Kieferhöhle und des Nasenbodens.
- Implantatlockerung durch Überlastung
- Implantatlockerung durch Überlastung bei nicht ordnungsgemäßer Versorgung des Gegenkiefers
- Implantatfraktur
- Entzündungen am Implantatbett (benachbarte große apikale Lyse)
- Osteolysen am Implantat.

Fehlpositionierung von Implantaten hinsichtlich der Achsenrichtung und der Knochenverankerung



Periimplantäre Krankheiten

Klassifikation in: periimplantäre Mukositis und Periimplantitis

Periimplantäre Mukositis:

Bei der periimplantären Mukositis handelt es sich um eine reversible Entzündung des Implantat umgebenden Weichgewebes.

Periimplantitis:

Bei der Periimplantitis kommt es weiterhin noch zu einem Knochenabbau um das osseointegrierte Implantat (Albrektsson et al. 1994). Bezeichnend ist das Auftreten in der prothetischen Belastungsphase.

Abzugrenzen davon sind die Komplikationen, die bei der Einheilungsphase auftreten, wie z. B. Implantatbeschädigung und Operationstrauma sowie Wundheilungsstörungen.

Diagnostik einer Periimplantitis

Für die Diagnostik einer Periimplantitis ist neben den klinischen Parametern (Entzündungszeichen, Bleeding on Probing, Sondierungstiefen) eine röntgenologische Beurteilung des Knochenabbaus notwendig.

Therapie der Periimplantitis

Mit der Therapie der Periimplantitis soll die Ursache der Infektion eliminiert werden, welche zum Abbau des Alveolarknochens führt. Im Idealfall soll es zu einer Reosseointegration des Implantats kommen.



Massive Periimplantitis an den Implantaten regio 42 ,32



**Periimplantitis mit schüsselförmigem Knochenabbau insbesondere am
Implantat 32**



Bei der Herstellung der Suprakonstruktion ist auf eine einwandfreie hygienefähige Gestaltung (insbesondere Implantatversorgungen mit ausgeprägten Verblockungen und starker Einengung der Approximalräume) zu achten.

So ist es manchmal nicht einfach, den Wünschen des Patienten hinsichtlich der Ästhetik und andererseits der notwendigen parodontalhygienischen Gestaltung der Suprastruktur gerecht zu werden.

Phase der Nachsorge

Patienten mit Suprakonstruktionen sollten in das Recallprogramm aufgenommen werden.

Recall mit Dokumentation der jeweils vorliegenden aktuellen Implantatsituation nach besonders festgelegten Untersuchungsparametern z. B.:

- Prophylaxe**
- Bleeding on Probing BOP**
- Taschentiefenmessungen,**
- ggf. Röntgenkontrollen**

Nur so ist ein langfristiger Erhalt von Implantat

und

Suprakonstruktion gewährleistet !!!

und

nur ein gepflegter Mund wird selten krank !!!



**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit und
Ihr Interesse.**

**Für Ihren weiteren beruflichen Werdegang
wünsche ich Ihnen alles erdenklich Gute.**

