

# Medizinische Indikation und Notwendigkeit zahnärztlich-implantologischer Maßnahmen

*Jeder von uns hat in seiner zahnärztlichen Praxis und nachfolgend gutachterlichen Tätigkeit die Frage zu beantworten, was ist im Sinne implantologischer Versorgung als notwendige Heilbehandlung anzusehen? Der folgende Artikel gibt Antworten.*

PROF. DR. DR. ROLF SINGER/LUDWIGSHAFEN UND  
DR. HANS-JÜRGEN HARTMANN/TUTZING

Der Begriff „notwendige Heilbehandlung“ tritt zunehmend bei den PKVen als grundsätzliche Frage auf. Im Rahmen des Solidarvertrages bei den GKVen ist er festgeschrieben. In verschiedenen Vorgesprächen, die wir im Gutachterausschuss und in einem erweiterten Ausschuss mit anderen Berufs- und wissenschaftlichen Verbänden geführt haben, besteht die Absicht, durch das Gutachtergremium der Berufsverbände eine eindeutige Definition des Begriffes „notwendige Heilbehandlung“ zu verabschieden. Wir sind uns bewusst, dass in verschiedenen Urteilen über den Begriff „notwendige Versorgung“ mittlerweile befunden wurde. So bestätigte u.a. das BGH Urteil Karlsruhe vom 29.11.1978, dass die medizinische Notwendigkeit nicht von der Auffassung des Patienten und auch nicht von der des behandelnden Arztes abhängt, sondern von der Auffassung eines neutralen Sachverständigen.

Die notwendige Heilbehandlung ist als eine solche Maßnahme anzusehen, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen vertretbar ist, sie als notwendig anzusehen. Der Begriff der „medizinisch notwendigen Versorgung“ scheint offensichtlich juristisch ausreichend definiert. Aus den vielen Diskussionen mit den privaten Versicherungsträgern ist aber bekannt, dass gerade bei totaler Zahnlosigkeit von Seiten der Versicherungsträger immer wieder eine Indikationseinschränkung gewünscht wird.

Nun kann es nicht Aufgabe sein, sich um die wirtschaftlichen Verhältnisse der Versicherungsträger zu kümmern. Ziel sollte sein, unsere Patienten im Mittelpunkt der Versorgung zu sehen. Dennoch dürfen wir auf Grund unserer Aufgabenstellung, einen Patienten zu versorgen, die wirtschaftlichen Verhältnisse nicht außer Acht lassen. Alternativversorgung, die möglicherweise auch die konventionelle Versorgung beinhalten, müssen dem Patienten zur Auswahl angeboten werden. Im Extremfall muss der Zahnarzt auch nachweisen, dass diese Alternativtherapien besprochen wurden. Auch wenn wir als Zahnärzte verpflichtet sind, die wirtschaftlichen Interessen des Patienten bzw. seinen Versicherungsstatus zu beachten, so können wir den Versicherungsgesellschaften nicht in ihrem Dilemma beistehen, das durch die Unterschrift unter die Gebührenordnung 1988 begann.

Es war von Seiten der Versicherungsträger nicht abzusehen, so die unwidersprochene Interpretation, dass die Implantologie im Laufe der Zeit einen derart starken Zu-

spruch erfahren würde. Die Kostenseite für implantologische Versorgung ist, auch dieses ist in der allgemeinen Einschätzung bekannt, weniger von der ärztlichen als mehr von der zahntechnischen Seite bestimmt. Die Erkenntnisse, dass die zahntechnischen Leistungen implantatgetragener Versorgung wesentlich aufwändiger sind (3/4) und vielfach sogar 2/3 des gesamten Honorars beinhalten, hilft uns in der Argumentation allerdings nicht.

Da die privaten Versicherungsgesellschaften sowohl in der Zukunftserwartung der Implantologie als auch in der Abschätzung der Kosten erhebliche Fehler gemacht haben, versuchen sie jetzt durch die immer restriktiver werdenden Bezuschussungspraktiken auf die so genannte Minimallösung zu kompensieren. Dies ist nach unserer Auffassung genausowenig rechtens, wie eine exzessive Ausweitung der Implantatzahlen. Im Rahmen der gemeinsamen Gremien der Berufsverbände und verschiedener Diskussionen war man sich einig, dass ein Grundkonzept erarbeitet werden sollte, das die funktionelle Wiederherstellung der Kaeinheiten beinhaltet. Wir müssen uns allerdings davor hüten, die funktionelle Wiederherstellung nur und ausschließlich in der implantatgetragenen Versorgung zu sehen, da wir ansonsten in Konflikte mit der Lehrmeinung über herausnehmbaren Zahnersatz und deren Funktionstüchtigkeit geraten.

In diesem Spannungsfeld zwischen medizinischer Indikation und vertretbarer medizinischer Notwendigkeit findet sich zunehmend die zahnärztliche Implantologie. Alle Gutachter für implantatgetragenen Zahnersatz werden ständig damit konfrontiert, ob eine implantologische Behandlung medizinisch angezeigt sei oder ob das Maß des Notwendigen überschritten wurde. Wer 14 oder mehr Implantate in den Oberkiefer einsetzt, wobei in vielen Fällen noch so genannte knochenvermehrnde Maßnahmen im Sinne von Sinus-Elevation notwendig werden, begründet dieses Konzept mit dem sog. Zahnwurzelersatz nämlich damit, dass bei einem vollbezahnten Patienten 14 bis 16 Zähne pro Kiefer vorhanden sind.

Solche implantologischen Maximalforderungen werden auch im Hinblick auf die so genannten biodynamisch günstigen Effekte begründet, weil der rein implantatgetragene Zahnersatz dem physiologischen Knochenschwund entgegenwirke und die Atrophie des Kiefer-

kamms in ihrer Progression günstiger beeinflusst wird, als bei einer schleimhautgetragenen Versorgung, z.B. bei einer Totalprothese.

### *Der funktionstüchtige Zahnersatz aus prothetischer Sicht*

KAYSER (1993) analysierte aktuelle Forschungsergebnisse zur Einschätzung der verkürzten Zahnreihe (fehlende Molarenstützzone) hinsichtlich Kaufunktion, Ästhetik, Stabilität der Zahnreihe, Kiefergelenkbeschwerden und oralem Wohlbefinden. Er fand, dass eine Zahnreihe, die im Bereich der Prämolaren abgestützt ist, in der Regel zu einer ausreichenden klinischen Funktion führe. Er kommt u. a. zu dem Ergebnis, dass die völlige Wiederherstellung von 28 Zähnen in einem Lückengebiss eine umfangreiche und komplizierte Behandlung sei, hohe Kosten entstünden, diese Behandlung zu teuer für viele Patienten sei und es nicht gesichert sei, dass dadurch bessere Ergebnisse erzielt werden.

Gestützt auf eigene Erfahrungen und Auswertung der in der Literatur mitgeteilten Fakten, vertreten wir die Auffassung der teilweisen Wiederherstellung von 24 Zahneinheiten, die eine weniger ausgedehnte und komplizierte Behandlung darstellen, geringere Kosten verursachen, bei vielen Patienten anwendbar sind und bei denen schlechtere Ergebnisse gegenüber der vollständigen Wiederherstellung nicht gesichert wären. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass die eingeschränkte Zahl der Zahneinheiten auch abhängig ist vom Alter des Patienten und von der Rekonstruktion der Zähne. Es gilt die parodontalen Verhältnisse genauso zu beachten wie Restaurationen mit Einzelkronen oder Brückenverbänden. Ist eine festsitzende abstützende Okklusion gegeben, so können diese Ausnahmeindikationen in Erwägung gezogen werden. Im Fall der Rekonstruktion eines total zahnlosen Patienten stellt sich die Frage nach dem voraussichtlichen Langzeitergebnis, Dauer der Therapie, die bei Patienten im höheren Alter sicher eingeschränkter ist als bei Patienten in jüngerem Lebensalter.

Als optimaler Funktionsgrad werden zwölf Antagonistenpaare angesehen. Damit findet sich KAYSER in Übereinstimmung mit KOECK (1985), wenn dieser schreibt:

- „Fehlen der 2. und 3. Molar, so wird nicht versorgt,
- fehlt zusätzlich der 1. Molar, so kann versorgt werden,
- fehlt zusätzlich der 2. Prämolare, so sollte versorgt werden.“

KAYSER schreibt dann, dass dies damals (1985) auf die unilateral verkürzte Zahnreihe abgestellt war und es im Jahr 1993 vernünftig erscheine, diesen Gedanken auch auf die beidseitig verkürzte Zahnreihe anzuwenden. Als Behandlungsalternativen der verkürzten Zahnreihe werden aufgezeigt (s. 2. Spalte oben).

Bei Freundbrücken müsse bedacht werden, dass die Zahl der Freundglieder aus konstruktiven Gründen

1. Erhalt der Situation
2. Freiendersatz
  - a) herausnehmbare Modellgussprothese
  - b) festsitzende Extensionsbrücke
3. Distal abgestützter Zahnersatz
  - a) Implantat mit herausnehmbarer Teilprothese/Brücke
  - b) kieferorthopädisch bewegter Zahn als Brückenanker

limitiert sei. Extensionsbrücken führten zu besserer Langzeitstabilität als herausnehmbarer Zahnersatz und benötigten zudem weniger Okklusaleinheiten, um die gleiche oder sogar eine verbesserte Funktion zu erzielen, implantatgetragene Brücken würden immer populärer. Trotz der erheblichen Kosten könne auch hier ein Trend zur Überversorgung beobachtet werden. Alle implantologisch erfahrenen Gutachter stellen zunehmend fest, dass dieser Trend auch heute weiterhin anhält.

Im Hinblick auf die Implantatzahl gilt es zu berücksichtigen, dass das Maß des medizinisch Vertretbaren nicht überschritten wird. Das Maß der vertretbaren medizinischen Notwendigkeit hängt mit dem Therapieziel zusammen. Als oberstes Ziel zahnärztlicher Tätigkeit wird die Wiederherstellung der Kaufunktion angesehen. Was ist nun ein voll funktionstüchtiger Zahnersatz?

Wir kennen:

- die totalprothetische Versorgung,
- die Teilprothese,
- den kombiniert festsitzend/ausnehmbaren Zahnersatz und
- den festsitzenden Zahnersatz.

Ein herausnehmbarer Zahnersatz stellt nicht schon für sich genommen eine funktionsuntüchtige Versorgung dar. Dies hieße ja, dass die Mehrzahl der Patienten, die in zahnärztlichen Praxen und prothetischen Abteilungen bundesdeutscher Hochschulen versorgt würden, einen funktionsuntüchtigen Zahnersatz erhielten. Es muss hinterfragt werden, ob bei einem zahnlosen Ober- oder Unterkiefer sechs, acht oder mehr Implantate als medizinisch notwendig angesehen werden, um eine volle Funktionstüchtigkeit des Kauorgans wiederherzustellen. Allein die Implantation reicht in vielen Fällen nicht aus. Es kommen noch zusätzlich augmentative Verfahren oder Sinuselevationen und Nervverlagerungen hinzu, um das implantologische Konzept überhaupt durchführen zu können. Es muss in jedem Einzelfall überprüft werden, ob bei dem Patienten eine derart aufwändige chirurgische Restauration überhaupt medizinisch indiziert ist oder das Maß des medizinisch Notwendigen überschritten wird. Wir sind der Auffassung, dass eine pauschale Beurteilung hier nicht möglich ist. Vielmehr sind individuelle Begutachtungen unumgänglich. In der Diskussion um die Implantatanzahl bei den Versorgungen der zahnlosen Ober- und Unterkiefer gibt es folgende Tendenzen:

- Ein festsitzender Zahnersatz erfordert im Oberkiefer bis zu acht Pfeiler und im Unterkiefer bis zu sechs Pfeiler.
- Ein herausnehmbarer Zahnersatz ist im Oberkiefer auf

bis zu sechs, im Unterkiefer auf bis zu vier Implantaten möglich.

- Das implantologische Basiskonzept im Oberkiefer beinhaltet vier Pfeiler.
- Die absolute Minimalversorgung unter ganz besonderen Voraussetzungen sieht zwei Implantate im Unterkiefer vor. Diese Versorgung ist in Abhängigkeit vom Alter des Patienten, vom Knochenangebot und vom Implantatsystem, von der Überkonstruktion und von zusätzlich weiteren Faktoren. Deshalb kann sicher davon ausgegangen werden, dass diese Versorgung in den seltensten Fällen eingesetzt wird.

Die immer wiederkehrenden Einschränkungen der privaten Versicherungsgesellschaften bezieht sich auf die Indikation. Es handelt sich bei Diskussion um die Implantatanzahl, die Implantatregion oder die notwendige Augmentation.

Es gibt durchaus Fälle, wo zusätzliche Implantate notwendig sind, die bei einer festsitzenden Versorgung im Oberkiefer über die Regelfallversorgung hinausgehen, z.B. wenn die Knochenqualität schlecht ist oder wenn sehr kurze Implantate eingesetzt werden müssen. Zu beachten ist auch die intermaxilläre Distanz, die natürlich, je größer sie wird, größere Hebelkräfte auf die Implantate in horizontaler Richtung überträgt. Es stellt sich die Frage nach Bisshebungen oder anderen individuellen therapeutischen Besonderheiten. Die oben genannten Angaben gelten für eine Regelfallversorgung, zu der es viele Ausnahmeindikationen gibt, die eine Erhöhung der Implantatanzahl nach sich ziehen.

Bei der Diskussion um die Pfeilerzahl bei ein- oder beidseitigen Freiendsituationen im Ober- und Unterkiefer ist im Hinblick auf die medizinisch vertretbare Notwendigkeit auf Grund der obigen Ausführungen zu beachten, dass pro Quadrant sechs ersetzte oder zu ersetzende Zahneinheiten eine volle Funktionstüchtigkeit erlauben, d.h. z.B. wenn die Zähne 41 bis 43 vorhanden sind, so reichen zwei bis maximal drei Implantate aus, um die volle Funktionstüchtigkeit des vierten Quadranten wiederherzustellen. Die Zähne 47 und 48 implantologisch zu ersetzen, mag medizinisch indiziert sein, überschreitet aber die medizinisch vertretbare Notwendigkeit. Dies eben nicht nur aus Gründen der Wirtschaftlichkeit, sondern auf Grund der Lehrmeinung zur Indikation der prothetischen Versorgung verkürzter Zahnreihen.

Auf Betreiben des BDIZ ist auch bei den Versicherungsträgern der Begriff „Einzelzahnimplantat“ einer neuen Definition unterzogen worden. Galt früher der Begriff eines einzelnen Zahnes zwischen zwei Nachbarzähnen, die geringe kariöse Läsionen aufweisen, so gilt heute, dass diese Lücke zwischen intakten Nachbarzähnen auch durchaus größer sein kann. Eine zahlenmäßige Begrenzung gibt es nicht mehr.

Ebenso ist im Seitenzahnbereich beim freien Ende eine Einzelzahnversorgung möglich, die aber auf Grund der Indikationsklasse freies Ende nicht als klassische Einzelzahnversorgung angesehen wird. Auch wenn wir uns mit dieser Definition ausschließlich im PKV-Bereich bewegen, sollten wir die Masse der GKV-Patienten, die

ebenfalls nach privatärztlichen Gesichtspunkten implantologisch behandelt werden, nicht außer Acht lassen. Sie müssen nach gleichen Gesichtspunkten behandelt werden. Es darf bei der Versorgung des Patienten keinen Unterschied geben. Es ist sicher müßig, darauf hinzuweisen, dass eine Abrechnung implantologisch-chirurgischer Leistungen über den gesetzlichen Krankenkassenvertrag nicht möglich ist. Auch wenn einige Urteile möglicherweise Argumentationshilfe für die GKVn bedeuten. Es sollte uns aber insofern nicht schrecken, da Richter in diesem Urteil keinen Bezug auf die Abrechnungsfähigkeit, sondern lediglich auf den Anspruch bestätigt haben. Auch wenn ein GKV-Patient nach diesen Urteilen Anspruch auf implantologische Versorgungen hätte, so erfolgt die Abrechnung der Chirurgie nach GOZ-Richtlinien. Entsprechend den Ausnahmefällen gemäß § 30 SGBV sind die Überkonstruktionen über implantologische Versorgungen definiert. Dies gilt für den Einzelzahnersatz und die totale Prothese über Implantate.

Wenn im ärztlichen Schrifttum jetzt schon wegen der steigenden Kosten gefragt wird, ob eine kostspielige Tumorchemotherapie sinnvoll und medizinisch vertretbar ist, wenn man vielleicht nur eine 70-tägige Verlängerung der Überlebenszeit erreicht (z.B. beim kleinzelligen Bronchialcarcinom) oder ob es sinnvoll ist, einer 84-jährigen Patientin eine Totalendoprothese noch einzugliedern, obwohl sie bettlägerig ist und sein wird, dann müssen wir Zahnärzte es uns gefallen lassen, dass auch an unser Tun die Messlatte der Wirtschaftlichkeit gelegt wird.

Wenn Maximalforderungen erhoben werden, so muss man sich darüber im Klaren sein, dass diese Patienten nicht von vornherein mit einer Bezuschussung rechnen können. Die Frage der Funktionstüchtigkeit des bestehenden Zahnersatzes wird in aller Regel durch einen Gutachter beurteilt. Trotz der uneingeschränkten Tatsache, dass Implantate kieferkamm- oder strukturerhaltend sind, kann daraus nicht in allen Fällen eine Maximalforderung abgeleitet werden.

Zur Problematik der Verletzung der wirtschaftlichen Aufklärungs- und Dokumentationspflicht durch den Behandler ist ein Urteil des Kammergerichts Berlin vom 21.09.1999 zu erwähnen (Az.: 6-U-261/98). Wenn der Zahnarzt/Arzt vor Beginn der Behandlung wusste, dass die Versicherung Bedenken hatte, ob die geplante Behandlung des Versicherungsnehmers tatsächlich medizinisch notwendig ist und der Versicherungsnehmer gleichwohl behandelt wird, ohne ihn zuvor auf das sich daraus ergebende Risiko hinzuweisen, verstößt der Behandler gegen die ihm obliegende Aufklärungspflicht. Dem Patienten steht dann gegen den Arzt ein Schadensersatzanspruch aus positiver Vertragsverletzung zu, der auf Befreiung von der Honorarforderung gerichtet ist. Das bedeutet, dass grundsätzlich vor umfangreichen implantologischen Maßnahmen dem Patienten ein Kostenvoranschlag ausgehändigt werden muss, den dieser an seine Versicherung weitergeben sollte. Erfolgen von Seiten der Versicherung Nachfragen im Hinblick auf die medizinische Notwendigkeit, sollte erst dann mit der Be-

handlung begonnen werden, wenn dieser Sachverhalt abgeklärt worden ist.

Zusammenfassend sollte jedem auf implantologischen Gebiet Tätigen und auch dem Versicherten bewusst sein – oder verdeutlicht werden, dass nicht alles, was medizinisch machbar ist, auch finanziert wird oder finanziert werden kann.

### Fazit

Eine medizinische Indikation ist nicht gleichzusetzen mit einer medizinisch vertretbaren Notwendigkeit. Das Ziel der Wiederherstellung der Funktionstüchtigkeit des Kauorgans kann auch durch konventionelle prothetische Möglichkeiten erreicht werden, und die Tendenz der Rechtsprechung geht derzeit dahin, die kostengünstigere Methode als Messlatte der Belastung der Solidargemeinschaft anzulegen. Dabei ist es nicht Aufgabe der Versichertengemeinschaft, für die umfangreiche Komforterhöhung einzelner aufzukommen.

Die durchgehende Rechtsprechung der letzten Jahre hat einen sog. Honorar-Korridor aufgezeigt. Beispielhaft sollen zwei OLG-/LG-Urteile aufgeführt werden:

1. OLG Köln vom 13. 07. 95 Vers. R. 1995, 117

Das OLG Köln hatte die Implantatversorgung als zwingend notwendige Heilbehandlung verneint, da es auch eine kostengünstigere Alternative gab. Es ging um die Kostendifferenz einer teleskopgetragenen Unterkieferprothese mit 4.294,85 € gegenüber einer implantatgetragenen Versorgung mit einem Kostenumfang von 39.880,77 €. Eine Kostenrelation von 1:9 war für das Gericht nicht akzeptabel, um dem Patienten einen höheren Kaukomfort zu verschaffen.

2. Das OLG Karlsruhe (12-U-168/95) erließ am 21. März 1999 ein rechtskräftiges Urteil, wobei es um eine hochwertige prothetische Versorgung im Unterkiefer konventionell 8.589,70 € versus implantatgestützten Zahnersatz (14.622,95 €) ging. Da der Unterschied einer konventionellen Versorgung nicht einmal das Doppelte und damit in jedem Fall nicht ein Vielfaches (vgl. allgemeine Versicherungsbedingungen) der alternativen Versorgung betrug, verpflichtete das OLG Karlsruhe die Versicherung, die Kosten für die implantatgetragene Versorgung zu übernehmen.

Die beiden Urteile sollen beispielhaft erkennen lassen, dass es nicht mehr umstritten ist, dass für den Begriff der Vertretbarkeit auch der Kostenaufwand der Maßnahme eine Rolle spielt. Vernachlässigt der Patient nun schuldhaft Kostenerwägungen, riskiert er den Verlust des Versicherungsschutzes. Zusammenfassend sollte jedem auf implantologischem Gebiet Tätigen und auch dem Versicherten klar sein – oder verdeutlicht werden –, dass nicht alles, was medizinisch machbar ist, auch finanziert werden kann.

*LG Dresden, Urteil vom 06.05.1999 – 110 7277/97*

1. Eine Oberkieferversorgung mit neun Implantaten mit vorausgegangener Sinusbodenelevation ist von der Krankenversicherung zu übernehmen, wenn sie dazu

dient, die Gefahr späterer sprachfunktioneller Beeinträchtigungen zu beseitigen. Der Patient kann eine Behandlung wählen, die eine langfristige Funktionsfähigkeit garantiert.

2. Der Zahnarzt kann die Kosten für Implantatbohrersatz, Spiralbohrer, Versenker und Abdeckset gesondert in Rechnung stellen. § 4 Abs. 3 GOZ als Spezialnorm zu § 3 GOZ steht dem nicht entgegen.

3. Die Kosten für sterile OP-Handschuhe sind nicht gesondert nach § 4 Abs. 3 GOZ erstattungsfähig.

4. § 4 Abs. 3 GOZ erfasst lediglich Kleinmaterial und die Anwendungskosten für Instrumente und Apparate, nicht die Kosten für Einmalinstrumente.

5. Nr. 905 GOZ betrifft das Auswechseln von Sekundärteilen bei einem zusammengesetzten Implantat und damit nur von solchen Teilen, die Bestandteil des fertiggestellten Implantats sind. Zur Heilung oder weiteren Behandlung angebrachte Teile sind nicht erfasst.

Kurze Zusammenfassung:

Das Urteil betrifft den Fall einer sehr umfangreichen und entsprechend teuren Implantatversorgung des Oberkiefers. Der Krankenversicherer hatte nur 6 statt zunächst geplanten 8 und später dann eingesetzten 9 Implantaten akzeptiert und als Versorgung nur eine Totalprothese. Das Landgericht folgt den Ausführungen des zahnmedizinischen Sachverständigen.

*LG Oldenburg, Az.: 13 O 2695/96, 20.11.1998*

Als weiteres Beispiel soll eine Entscheidung des LG Oldenburg am 20.11.1998 dienen. Es ging dabei um einen Deckungsprozess, mit dem ein Teil aus Gesamtkosten für eine implantatprothetische Versorgung in Höhe von 120.000,- DM geltend gemacht wurden. Das Gericht gab der Klage des Patienten statt. Die weitere Versorgung wurde daraufhin vom Versicherer anstandslos übernommen.

In den Entscheidungsgründen des Urteils finden sich folgende bemerkenswerte Aussagen:

Der Patient kann vom Krankenversicherer nicht darauf verwiesen werden, die Versorgung mit Teleskopen sei immer noch weit verbreitet, weshalb man die Frage der medizinischen Notwendigkeit einer Implantatversorgung verneinen müsse. Eine solche Auslegung des Begriffs der medizinischen Notwendigkeit würde den Versicherungsnehmer von Fortschritten der medizinischen Erkenntnisse und Behandlungsmethoden weitestgehend ausschließen.

Das LG Oldenburg weist zu Recht darauf hin, dass es nicht sein kann, über eine restriktive Erstattungspraxis der privaten Krankenversicherer Patienten von den Fortschritten der Zahnmedizin fernzuhalten. Zu den großen Fortschritten der Zahnmedizin gehört neben der Implantologie zweifellos gerade die ästhetische Zahnheilkunde.

*OLG-Urteil von Celle, Az.: 1 U 100/98*

Das OLG Celle hat in zwei wesentlichen Entscheidungen neue Akzente gesetzt. Es hat sich einmal für die Beibehaltung der BEB-Liste bei den Laborkosten ausgespro-

chen. Nach Auffassung des OLG Celle kann die BEL-Liste als Höchstpreisliste im Rahmen der gesetzlichen Krankenkassenversicherung nicht auf die privatärztliche Versorgung übertragen werden. Das gilt auch und insbesondere für Leistungen, die im implantologischen Therapiespektrum anfallen. Nachdem die implantologische Versorgung keinen Eingang in die gesetzlichen Krankenkassen gefunden hat, kann auch eine Leistungsbeschreibung bei den Laborkosten für implantatgetragene Prothetik nicht nach BEL abgerechnet werden. Eine weitere für die Zahnärzte wichtige Entscheidung wurde über die Lagerkosten gefällt. Die Richter sind der Auffassung, dass 17% bis 20% Mehrkosten gegenüber dem Einkaufsbeleg gängige Praxis sei und zu erstatten wäre. Dieses Urteil setzt die Reihe der Urteile fort, die die Lagerhaltungskosten zu Gunsten der Zahnärzte bestätigt. Auch wenn dies noch keine Bundesgerichtsentscheidung ist, so hat es doch für die Zahnärzte richtungweisende Bedeutung und widerspricht den immer wieder von den Versicherungsgesellschaften abgelehnten Lagerhaltungskosten.

*BGH Entscheidung vom 29.07.2003, Az.: 4 ZR 418/02*  
Hierin bejaht das BGH den Auskunftsanspruch gegenüber privaten Versicherungsgesellschaften. Die Richter führten dazu im Einzelfall aus, dass ein Patient gegenüber einer privaten Versicherungsgesellschaft das Recht hat, bei Reduzierungen der Behandlungskosten ein dafür maßgebliches ärztliches Gutachten offen zu legen. Der Name des Gutachters gehört genauso dazu, wie der Inhalt des Gutachtens. Das Versicherungsgesetz, so die Richter weiter, gewähre dem Kunden einen Auskunftsanspruch und zwar auch dann, wenn der von den Versicherungen beauftragte Facharzt den Patienten nicht persönlich untersucht hat, sondern lediglich versicherungsintern eine Bewertung des Antrags auf Kostenübernahme vorgenommen hat. Damit ist auch höchstrichterlich entschieden worden, dass auch nur mündliche Auskünfte des Beratungszahnarztes protokolliert und dem Patienten zur Verfügung gestellt werden müssen. Der Weigerung der Versicherungsgeber, den Namen des Beratungszahnarztes nicht nennen zu wollen, da er z.B. Telefonate oder Kritik fürchte, ist damit endgültig eine Absage erteilt.

*BGH-Urteil vom 12.03.2003, Az.: 4 ZR 278/01*

Er erteilt der bisher in der Rechtsprechung vorherrschenden, den Interessen der PKVen weit entgegenkommenden Auffassung, dass eine Heilbehandlung nicht nur nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen im Zeitpunkt der Behandlung, sondern zusätzlich unter Kostenaspekten vertretbar sein müsse, eine klare Absage.

Die Einbeziehung von Kostengesichtspunkten lasse sich § 1 Abs. 2 1 MB/KK 76 im Wege der Auslegung nicht entnehmen. Aus der dafür maßgeblichen Sicht eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers sei die Notwendigkeit der Heilbehandlung allein aus medizinischer Sicht zu beurteilen. Er verstehe die Klausel so, dass ihm nicht

die Kosten für jede beliebige Behandlungsmaßnahme erstattet werden, sondern nur für eine solche, die objektiv geeignet ist, sein Leiden zu heilen, zu bessern oder zu lindern. Ihm erschließe sich nicht, dass der Versicherer seine Leistungspflicht auf die billigste Behandlungsmethode beschränken wolle.

*Für die Implantatversorgung bedeutet dies:*

- Eine zahnmedizinisch notwendige Implantatversorgung muss bezahlt werden. Die Kosten einer konservativen Versorgung dürfen nicht gegengerechnet werden.
- Die Entscheidung, ob es Implantate sein sollen, trifft der Patient, sachverständig beraten durch seinen Zahnarzt, nicht der Sachbearbeiter der Versicherung.
- Diese für die PKVen im Allgemeinen geltenden Grundsätze werden auch für die Beihilfe zu beachten sein, bei der ohnehin eine Änderung der Beihilferichtlinien für die Implantologie ansteht.

*BGH-Urteil vom 13.05.2004, Az.: 3 ZR 344/03*

Eine aktuelle Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) zum so genannten „Zielleistungsprinzip“ vom 13.05.2004 – III ZR 344/03 – sorgt für Verunsicherung auf zahnärztlicher Seite. Es stellt sich die Frage, ob diese Entscheidung auch für Zahnärzte relevant ist. Die Antwort ist: Im Allgemeinen ja – im Besonderen nein.

Der BGH hat über eine Rechnung aus der Allgemein Chirurgie entschieden. Es war unter anderem eine „systematische Kompartimentausräumung mit weitgehender Freilegung von Blutgefäßen und Nervenbahnen im Zusammenhang mit einer Radikaloperation der bösartigen Schilddrüsengeschwulst“ vorgenommen worden. Der Streit über die Rechnung bezog sich auf die Problematik, ob neben der GOÄ-Ziffer 2757 auch die GOÄ-Ziffern 2760, 2583 und 2803 abgerechnet werden dürfen.

Die Antwort des BGH soll an dieser Stelle vorweggenommen werden, weil aus zahnärztlicher Sicht ausschließlich die allgemeinen Ausführungen zu dem Zielleistungsprinzip interessant sind. Der BGH sprach sich zwar dagegen aus, dass neben der GOÄ-Ziffer 2757 die GOÄ-Ziffern 2760, 2583 und 2803 nicht abgerechnet werden könnten, da die letztgenannten Ziffern im Zusammenhang mit der GOÄ-Ziffer keine selbstständigen Leistungen darstellten. Gleichwohl bestätigte das Gericht eine Regelungslücke dahingehend, dass erhebliche ärztliche Tätigkeiten im Bereich der Ziffern 2583 und 2803 erbracht worden seien, die die Leistungslegende der GOÄ-Ziffer 2757 in ihrer Bewertung nicht umfasse. Deswegen sprach sich der BGH zusammenfassend für eine weitere – analoge – Abrechnung der GOÄ-Ziffer 2757 aus, um damit das auf der ärztlichen Seite entstandene Defizit auszugleichen.

Für das Zielleistungsprinzip lässt sich den Entscheidungsgründen grundsätzlich folgendes Allgemeingültiges – und auch nicht nur Neues – entnehmen: Entsprechend der Regelung des § 4 Abs. 2a GOÄ kann der Arzt für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebüh-

renverzeichnis ist, eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. Soweit der Gesetzestext, der das sog. Zielleistungsprinzip beschreibt.

Zur Umschreibung der „selbstständigen Leistung“ bleibt der Senat etwas undeutlich, bezieht sich aber auf die Ausführungen des Sachverständigen, dass „man als selbstständige Leistung nur eine solche ansehen könne, die wegen einer eigenständigen medizinischen Indikation vorgenommen werde, und nicht, um beim Erreichen des Operationsziels benachbarte Strukturen zu schonen und nicht zu verletzen.“ Das Kernproblem des zu Grunde liegenden Falles lässt sich auch ganz allgemein für das Zielleistungsprinzip formulieren: Ein einer Zielleistung zuzuordnender Einzelschritt ist nicht abrechnungsfähig, da er keine selbstständige Leistung darstellt; demgegenüber umfasst aber die Zielleistung in ihrer Bewertung (diese beschreibt der BGH als den wesentlichen Sinn ihrer Beschreibung) den ihr methodisch zuzuordnenden Einzelschritt möglicherweise nicht, etwa weil er bei ihrer Beschreibung noch nicht bekannt war. Der BGH thematisiert also die Frage des Auseinanderfallens des wissenschaftlichen Fortschrittes und der entsprechenden Anpassung der Gebührenordnung. Dabei stellt der BGH ganz klar heraus, dass es alleine Sache des Verordnungsgebers ist, die Verordnung den neuen, veränderten Begebenheiten anzupassen. Eine Ausnahme und damit eine Handlungsmöglichkeit der Gerichte soll aber in den Fällen bestehen, in denen die Gebührenordnung – dem medizinischen Fortschritt nicht angepasst – gegen höherrangiges Recht verstößt. Höherrangiges Recht ist in diesem Zusammenhang beispielsweise das Recht auf Gleichbehandlung nach Art. 3 GG und das Recht der Berufsfreiheit nach Art. 12 GG. Eine solche Verletzung wäre auf Seiten der auf Grundlage der „veralteten“ Gebührenordnung abrechnenden Ärzte gegeben, wenn die Vergütung nicht „auskömmlich“ wäre. Nach dem BGH ist die Vergütung folgendermaßen zu beurteilen: „Dass die Vergütung objektiv nicht auskömmlich wäre, könnte jedoch nur beurteilt werden, wenn Aufwand und Kostenstrukturen näher dargestellt wären. In diese Überlegungen müssten auch die Honorierung entsprechender Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung und der Umstand einbezogen werden, dass Leistungen der genannten Art für gesetzlich Versicherte und Patienten, die keine wahlärztlichen Leistungen in Anspruch nehmen, als allgemeine Krankenhausleistungen durch den Pflegesatz oder Fallpauschalen abgegolten werden.“ Im vorliegenden Fall allerdings war bezüglich einer solchen Unangemessenheit der Vergütung nichts Ausreichendes vorgebracht worden.

Weiter führt der BGH aus, dass der Arzt zu einer Anpassung seiner Vergütung an seinen tatsächlichen – dem wissenschaftlichen Fortschritt entsprechenden – Aufwand nicht darauf verwiesen werden kann, dass er gemäß § 5 Abs. 2 GOÄ den Steigerungssatz hochschraubt. Dies gelte zumindest da, wo eine ergänzende Analogberechnung in Betracht kommt. Auch soll der Arzt nicht darauf angewiesen sein, das mögliche Regelungsdefizit durch

den Abschluss einer Honorarvereinbarung auszugleichen. Zu Recht bemerkt der BGH, dass dies den Widerstand der privaten Krankenversicherungen wecken würde und auch auf eine „scheinbare Kommerzialisierung ärztlicher Leistungen, die die Tätigkeit des Arztes unzumutbar erschweren könnte“ hinauslaufen würde. Fazit: Die Kernaussage der BGH-Entscheidung liegt darin, dass der Arzt (Zahnarzt) eine Position ein zweites Mal, dann allerdings analog gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ, abrechnen darf, wenn mehrere unselbstständige Leistungen neben einer „Zielleistung“ dergestalt vorliegen, dass erhebliche Tätigkeiten im Sinne der unselbstständigen Leistungen erbracht werden, die die Leistungslegende der „Zielleistung“ in ihrer Bewertung nicht umfasst. (Dr. Susanna Zentai, Rechtsanwältin)

*LG Chemnitz vom 13.08.2004, Az.: 6 S 4406/03*

Die Kläger: Zahnärztliche Leistung verlangen, während dem Beklagten gegenüber dem Kläger kein Anspruch von Nachweisen über die Bezugskosten hinsichtlich der ihm in Rechnung gestellten Kosten von Implantaten bzw. Implantatrechnung zusteht.

... Das gemäß § 4 Abs. 3 GOZ mit den Gebühren die Praxiskosten einschl. u.a. der reine Materialkosten, die Lohnkosten und auch die Abnutzung der Instrumente und Apparate abgegolten sind, was jedoch ausdrücklich dann nicht gilt, wenn im Gebührenverzeichnis etwas anderes bestimmt ist, wie z.B. Implantate und Implantatteile ... Das Berufungsgericht folgt dem Amtsgericht Stuttgart vom 28.08.2000, Az.: 7 C 5011/00, das ein Zuschlag von 25 % für gerechtfertigt hält.

*BVG-Urteil vom 25.10.2004, Az.: 1 BvR 1437/02*

Begründungen für den 3,5-fachen Satz müssen individuell, krankheitsbedingt und systemimmanent aufgeführt werden. Die Verfassungsrichter meinten: Eine Honorarvereinbarung sei – auch wenn sie wie in diesem Fall auf einem Vordruck festgehalten wird – auf den konkreten Behandlungsfall abgestimmt, wenn in den vorformulierten Text die individuell auf den Behandlungsfall bezogenen Gebührensatz und Steigerungsfaktoren eingetragen würden.

Es müsse nicht nachgewiesen werden, dass konkret über den Preis verhandelt wurde. Ein mit dem Patienten ausgehandelter und in seiner Gegenwart niedergeschriebener Vertragstext sei realitätsfern. Außerdem – so die Richter – stehe es dem Patienten frei, die Leistung eines anderen Anbieters „einzukaufen“, wenn ihm der Preis zu hoch erscheine. Im Übrigen konzedierten die Verfassungsrichter, dass der 2,3-fache Satz „wohl kaum noch als angemessen bezeichnet ist“.

*Korrespondenzadresse:*

*Dr. Hans-Jürgen Hartmann*

*Graf-Vieregg-Str. 2*

*82327 Tutzing*

*E-Mail: hartmantutzing@t-online.de*