

Interview zur medizinischen Notwendigkeit

Wichtig: Diagnose dokumentieren!

Die medizinische Notwendigkeit fehlt – dies ist ein sehr unangenehmer Satz, mit dem Versicherungen oftmals die Kostenübernahme einer zahnärztlichen Behandlung ablehnen. Prof. Dr. Jörg Neugebauer, Vorstandsmitglied des BDIZ EDI, hat in seinem Webinar „Die Versicherung lehnt ab? Praxisbeispiele für die Begründung der medizinischen Notwendigkeit!“ im April aufgeklärt, auf was die/der Behandler*in achten muss, um die geplante (Implantat-)Therapie durchführen zu können. Im Interview erläutert er die wichtigsten Aspekte.

Die Implantatbehandlung ist nicht Gegenstand des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. Gibt es Ausnahmen?

Ja, aber sie sind sehr selten und in § 28 SGB V geregelt: „Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben. Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert. Ebenso gehören funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen nicht zur zahnärztlichen Behandlung; sie dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden. Das Gleiche gilt für implantologische



Prof. Dr. Jörg Neugebauer

Leistungen, es sei denn, es liegen seltene, vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistung einschließlich der

Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt...“

Dann ist es wohl einfacher im PKV-Bereich. Wird hier die Implantatbehandlung übernommen?

Nicht immer. Bei privat versicherten Patienten legt der Versicherungsvertrag den Umfang der Erstattung fest und bei beihilfeberechtigten Patienten regelt die jeweilige spezifische Beihilfeverordnung die Kostenübernahme. Wir müssen unseren Patienten vor Behandlungsbeginn darauf hinweisen, dass er mit seiner Versicherung keinen Blanko-Schein hat, um eine umfangreiche Implantattherapie zu erhalten. Ein beträchtlicher Teil der Patienten schließt inzwischen eine Zahnzusatzversicherung ab. Allein im



Aus dem Webinar mit Prof. Dr. Jörg Neugebauer, das Mitte April lief und jetzt als Videolink im Archivbereich der BDIZ EDI-Webseite steht.

¹ BGH, 10. Juli 1996, IV ZR 133/95

Jahr 2020 gab es in Deutschland rund 17 Millionen Menschen, die in ihrem Haushalt eine Zahnersatzversicherung abgeschlossen haben. Aber auch hier kommt es auf den Leistungsumfang an.

Die Leistungspflicht besteht also auch im Bereich der PKV grundsätzlich nur für medizinisch notwendige Maßnahmen. Wie wird dieser Begriff definiert?

Die Behandlungsmaßnahme ist laut BGH-Urteil aus dem Jahr 1996¹ medizinisch notwendig, wenn nach objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung es vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen.

Was ist vertretbar?

Der Versicherungsfall tritt dann ein, bzw. hängt von den objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Vornahme der Behandlung ab. Dann ist es notwendig, dass unser Patient eine Krankheit aufweist. Gerade in den vergangenen Monaten haben wir erlebt, wie wichtig die zahnärztliche Behandlung ist. Wer sie verschiebt, riskiert die Mundgesundheit.

Wo fängt die Krankheit an und wie muss der Behandler vorgehen?

Wenn der Zahn fehlt, haben wir eine Pathologie. Wichtig ist, dass wir diese Pathologie im Rahmen der entsprechenden Dokumentation auflisten; dass wir also den Befund notieren, von dem Befund die Diagnose ableiten, und die Diagnose ist natürlich Grundlage der Therapie. Diese Abfolge vermisste ich häufiger bei den Fällen, die zur Begutachtung auf dem Tisch liegen. Es fehlt die Dokumentation, es fehlt zum Teil die Diagnose-Erhebung. Vielmehr wird in den Fällen die Therapie le-

diglich nach einem Röntgenbild eingeleitet. Damit ist die Therapie nicht begründet und die medizinische Notwendigkeit ist nicht nachvollziehbar. Ergo: Für die Versicherung ist es ein Leichtes zu sagen: hier liegt ja gar kein Versicherungsfall vor, weil hier keine entsprechende Dokumentation gegeben ist.

Kommen wir nochmals zurück auf die Vertretbarkeit der Maßnahmen. Können Sie erklären, was der Beurteilung zugrunde liegt?

Sehr gerne! Wie wir ja wissen, ist jeder unserer Eingriffe eine geduldete Körperverletzung. Unser Justiziar, Professor Ratajczak, hat hier in der Vergangenheit ausführlich auf unsere unterschiedlichen Aufklärungspflichten hingewiesen. Wir müssen das, was wir tun, mit dem Patienten besprochen haben. Für die Beurteilung der entsprechenden Vertretbarkeit gibt es einen sogenannten Beurteilungskorridor, der nicht unbedingt wissenschaftlich gesichert oder anerkannt sein muss. Dies ist durch das bereits genannte BGH-Urteil abgesichert. Wenn wir also die medizinische Notwendigkeit einer Heilbehandlung berücksichtigen müssen, sind die gesamten medizinischen Erkenntnisse zu berücksichtigen – und somit haben wir also durchaus auch die Möglichkeit, alternative Methoden und Außenseiter-Methoden anzuwenden.

Trifft Ihre Aussage auch auf die orale Implantologie zu?

Es ist in der modernen „normalen“ Implantologie sicherlich nicht mehr der Fall, dass wir von Außenseiter-Methoden sprechen können. Aber es zeigt uns den Weg, nicht jede Maßnahme, die wir am Patienten vornehmen, durch randomisierte prospektive Studien belegen zu müssen, und

es erlaubt uns, das, was wir vertreten können, auch entsprechend anzuwenden. Neueres Urteil, wenn auch bereits 20 Jahre alt, ist die Ausführung, dass die Erstattungspflicht auch dann ausgelöst wird, wenn die Kosten nicht zu berücksichtigen sind. Konkret heißt das: Wir müssen uns nicht an den Kosten orientieren, wenn wir eine Behandlungsmethode haben, die zur Verfügung steht, um das Leiden und den pathologischen Zustand des Patienten zu minimieren.

Das klingt nach einer guten Grundlage für die Begründung gegenüber der Versicherung, die die Behandlungsmethode in Frage stellt, bzw. die Kostenübernahme ablehnt?

So ist es! Klassisches Beispiel ist die Ablehnung der Versicherung, ein Implantat in regio 7 zu erstatten mit der Begründung, eine verkürzte Zahnreihe bis Zahn 6 sei ausreichend. Hier können wir anführen, dass es im Rahmen der durchgeführten Behandlung nicht nur auf die Anzahl der Implantate ankommt und auf irgendwelche Studien, die aufzeigen, dass eine verkürzte Zahnreihe ausreichend sei. Vielmehr müssen wir würdigen, dass der jeweilige Patient, der vielleicht funktionelle Beschwerden hat, den wir in der Vergangenheit auch schon mit einer Aufbisschiene therapiert haben und dementsprechend die Implantate in regio 37 und 47 notwendig sind, um die Stützzonen für eine kiefergelenksnahe Abstützung wie-

Link zum Online-Vortrag

Der Vortrag „Die Versicherung lehnt ab? Praxisbeispiele für die Begründung der medizinischen Notwendigkeit“ mit Prof. Dr. Jörg Neugebauer steht als Video auf der Webseite des BDIZ EDI im Seminar-Archiv.



<https://bdizedi.org/seminar/online-seminar-%c2%b7-die-versicherung-lehnt-ab-praxisbeispiele-fuer-die-begrueundung-der-med-notwendigkeit/>

derherzustellen. Wir müssen also immer die Gesamtsituation beim Patienten berücksichtigen und dürfen uns nicht durch Textbausteine der Versicherung aus dem Konzept bringen lassen. Die Möglichkeit einer verkürzten Zahnreihe ist bei Vorliegen von funktionellen Beschwerden keine Therapieoption! Wir vom BDIZ EDI empfehlen hier das Fehlen der Zähne 6-8 mit ein bis zwei Implantaten zu ersetzen.

Wodurch wird Ihre Aussage gestützt, auf wen oder was kann der Behandler seine Begründung stützen?

Der Behandler kann sich auf die Empfehlungen der Konsensuskonferenz Im-

plantologie² berufen. Hier ist auch der BDIZ EDI aktiv dabei, der vor wenigen Jahren federführend dafür gesorgt hat, dass die Indikationsklassen Implantologie überarbeitet wurden. Das Papier, in dem es darum geht, eine Indikationsbeschreibung für die Regelfallversorgung in der Implantologie vorzunehmen, zeigt in den Indikationsklassen I (Einzelzahnersatz), II (reduzierter Restzahnbestand) und III (zahnloser Kiefer) den „Goldstandard“ auf. Ich kann allen implantologisch tätigen Kolleginnen und Kollegen nur empfehlen, das Papier nicht nur zu Rate zu ziehen, sondern gegenüber den Erstattungsstellen darauf zu verweisen!

Wie bewerten Sie die gängige Praxis der Versicherungen, nachzufragen, ob eine Beratung über prothetische Alternativen zum Implantat in Hinblick auf die Kosten erfolgt sei?

Mit Kopfschütteln! Wir müssen natürlich sowieso über die prothetischen Alternativen aufklären. Aber bei einem fehlenden Zahn, z.B. 25, gesunde Nachbarzähne zu beschleifen, um eine Brücke einzugliedern, grenzt an Körperverletzung. Zum Glück gibt es auch dazu ein BGH-Urteil aus dem Jahr 2003³, wonach das von den Versicherern jahrelang bemühte Kostenargument nach dieser Rechtsprechung obsolet ist. Untermauert wird das übrigens auch vom Landgericht Köln aus dem Jahr 2001⁴, wonach Ziel einer zahnmedizinischen Behandlungsmaßnahme das Wiederherstellen der Kau- und Sprechfunktion sein muss. Zu beurteilen sei hier nur die medizinische Notwendigkeit und nicht die Kostenstruktur.

Vielen Dank für diese Übersicht, Herr Professor Neugebauer. ■

Das Interview führte
Chefredakteurin Anita Wuttke

BGH-Urteile zur Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit

BGH-Urteil vom 10.07.1996, Az. IV ZR 133/95: „Bei Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit einer Heilbehandlung können demgemäß auch solche medizinischen Erkenntnisse berücksichtigt werden, die sich im Bereich der sogenannten alternativen Medizin ergeben haben oder sich als das Ergebnis der Anwendung von sogenannten ‚Außenseitermethoden‘ darstellen.“

BGH-Urteil vom 30.10.2002, Az. IV ZR 60/01: „...auch die Bewährung in der Praxis von z.B. alternativen Methoden die medizinische Notwendigkeit begründet und damit die Erstattungspflicht auslöst.“ „...dass nur Kosten für diejenigen Behandlungsmethoden erstattet werden, die sich in der Praxis als erfolgversprechend bewährt haben, wenn solche Methoden für die zu behandelnde Krankheit zur Verfügung stehen. Das sind einerseits Methoden, die in der Schulmedizin zumindest überwiegende Anerkennung gefunden haben, andererseits Methoden der alternativen Medizin, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben.“

² Indikationsklassen Implantologie der Konsensuskonferenz Implantologie unter www.bdizedi.org > Praxis > Indikationsklassen

³ BGH, 12.03.2003, Az. IV ZR 278/01

⁴ LG Köln, 17.01.2001, Az. 23 O 298/98