

# Minimalinvasive Implantate: Begutachtung + Implantatzahl

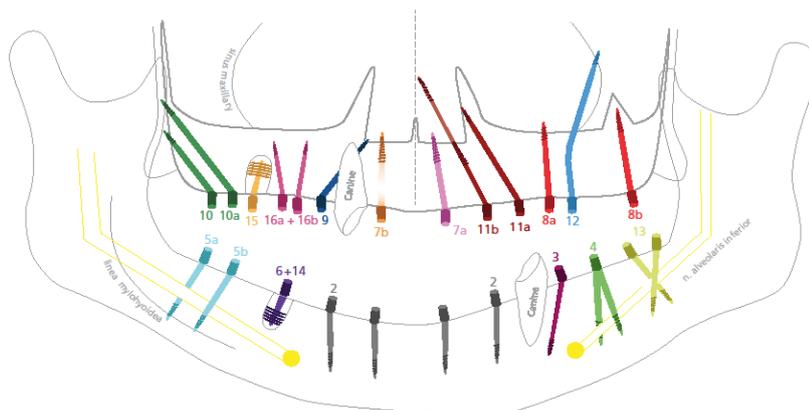
Viele Patienten entscheiden sich nach ausführlicher Information und Erörterung der Behandlungsmöglichkeiten für das von uns, neben der klassischen Implantologie, praktizierte minimalinvasive Implantationsverfahren. Als Arzt bin ich ohnehin nach dem Hippokratischen Eid: „Primum nil nocere...“ verpflichtet, den **Behandlungserfolg - in diesem Fall feste Zähne und Kaufunktion-** mit dem **geringstmöglichen chirurgischen Eingriff** zu erzielen. Umfangreiches Informationsmaterial und Fernsehberichte etc. finden Sie auf meiner Homepage unter: [www.dr-huber.de](http://www.dr-huber.de)

**Klassische Implantate mit großen Durchmessern und ggf. dadurch bedingten Knochenvermehrung** führen in bis zu **50% der Fälle** zu einer **Periimplantitis**. Durch **Bakterienanhaftung an den rauen Oberflächen** kommt es dabei zu langwierigen, **therapieresistenten Entzündungen**, damit zum **Knochenabbau** und mitunter zum **Implantatverlust**.

Dies wird mit den **dünnen, glatten, minimalinvasiven Implantaten** weitestgehend vermieden. Diese Implantate sind **nach wissenschaftlich definierten Methoden der International Implant Foundation (IF)** aus statischen Gründen wegen des geringeren Durchmessers, des festsitzenden Therapiekonzeptes und der, damit ansonsten gegebenen Bruch- bzw. Lockerungsgefahr, in **ausreichender Menge ausschließlich von autorisierten Anwendern** zu setzen:

## METHOD

- |  |  |
|--|--|
| 1a multi-directional implants under angle to each other  | 9 canine bypass palatal passing canine   |
| 1b strategic positions + stabilizing implants  | 10 tuberpterygoid  |
| 1c anchorage in 2 <sup>nd</sup> or 3 <sup>rd</sup> cortical / basal bone                         | 10a double tuberpterygoid  |
| 2 interforaminal in chin area  | 11a palatal of maxillary sinus   |
| 3 between mental nerve and root of canine  | 11b palatal in nose floor or raphe palatina mediana                                      |
| 4 distal mandible: nerve bypass lingual or buccal  | 12 zygoma-implant  |
| 5a distal mandible: lingual into linea mylohyoidea   | 13 distal mandible: crossbone from lingual or vestibular caudal of nerve                 |
| 5b distal mandible: vestibular of nerve  | 14 horizontal bicortical: wide diameter into fresh extraction sockets of lower premolars |
| 6 wide BCS palatal / lingual and vestibular corticals  | 15 palatal fresh socket of upper 6 and 7: medium diameter                                |
| 7a floor of the nose through the maxillary bone, extraction sockets, cavities or maxillary sinus | 16a upper segment reconstruction: 2 implants in area of 1 <sup>st</sup> premolar         |
| 7b into floor of the nose palatal past the alveolar-bone   | 16b 2 implants in extraction socket of upper 2 <sup>nd</sup> premolar                    |
| 8a sinus floor cortical  |  |
| 8b intrasinusal buttresses   |  |



Diese **weltweit jahrzehntelang, millionenfach erfolgreich** angewandte und **CE - zertifizierte Behandlungsmethode** der minimalinvasiven bzw. **Strategischen Implantologie®** ist aber immer noch bei einigen klassischen Implantologen und Versicherungen unbekannt und analog in der allgemeinen Chirurgie zur sofortigen Fixierung von Knochenbrüchen etc. millionenfach als Standardverfahren angewendet wird. **Zu minimalinvasiven Strategic Implantology® liegen zudem hunderte Studien und Langzeitstudien vor** (z.B.: Lazarov, Immediate Functional Loading: Results for the concept of the strategic implant, Annals of Maxillofacial Surgery, 2019, basierend auf 4.570 Implantaten!). **Ausführliche wissenschaftliche Artikel -und Quellensammlung gerne auf Anfrage.**

Das **BGH** stellte **2005** fest: „Zwar ist die **Wahl der Behandlungsmethode grundsätzlich Sache des Arztes**. Bestehen aber **mehrere, medizinisch gleichermaßen indizierte Behandlungsmöglichkeiten** mit wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Erfolgsaussichten, ist der Patient hierüber in Kenntnis zu setzen, damit er in Ausübung seines **Selbstbestimmungsrechtes** die Entscheidung für die eine oder andere Behandlungsmöglichkeit eigenverantwortlich treffen kann.“ Die **medizinische Notwendigkeit** dürfte damit wohl nach ständiger Rechtsprechung des **BGH** außer Frage stehen und wurde u.a. mit dem BGH Urteil vom 12.März 2003, (Az: IVZR278/01) bestätigt. Weiterhin haben diverse Gerichte seit 2005 bis dato zu Gunsten der Patienten bezüglich kortikal-verankerter, minimalinvasiver Implantate festgestellt und bestätigt, dass strategische Zahnimplantate als **Schulmedizin anerkannt** und damit für die jeweilige Versicherung **erstattungspflichtig** sind (LG Köln, Urteil vom 07.02.2007, 23 O 458/04, NJW-RR 2007, 1401; LG Tübingen, Urt. v. 11.05.2005, 3 O 267/03). Dies regelmäßig unter der Prämisse, die versicherten Patienten am **medizinischen Fortschritt** teilhaben zu lassen (OLG Frankfurt a.M., Urt. v. 21.20.2018, 3 U 231/16).

**Die Versicherung ist bei indirekt beabsichtigter Leistungseinschränkung beweispflichtig** (BGH, 29. Mai 1991, Az: IV ZR 151/90): „Schränkt das Versicherungsunternehmen seine Leistungspflicht ein, weil seiner Ansicht nach über das notwendige Maß hinausgegangen wurde, ist es für die tatsächliche Voraussetzung einer solchen Einschränkung der Leistungspflicht als Versicherer darlegungs- und beweispflichtig.“ Im BGH -Urteil vom 12. März 2005 (AZ: IV/ZR/278/01) heißt es: „Insoweit ist es unzulässig, dass eine Krankenversicherung eigenmächtig Wandlungen oder Streichungen der Gebührenpositionen vornimmt, ohne dies medizinisch schlüssig zu belegen.“

Häufig werden Zahnersatzplanungen von den Versicherungen zur Prüfung **anonymen Beratern** vorgelegt. Bei diesen Angestellten der Versicherung bzw. von der Versicherung bezahlten Beratern erfolgt ggf. vorsätzlich bzw. mitunter aus Unkenntnis eine Verzögerung oder Ablehnung. Diese, dann oft fälschlich als „Gutachten“ bezeichneten Stellungnahmen, sind mindestens durch die Beauftragung und Bezahlung(!) durch die Versicherungen als „**Parteigutachten**“

einzuordnen, welche rechtlich nicht bindend sind. Gemäß BGH Urteil vom 11.6.2003 (AZ: IV ZR 418/02) sind die **Versicherungen verpflichtet, Inhalte und Urheber zu nennen**. Zusätzlich zur gesetzlichen Schweigepflicht (§203 StGB) hat der Gesetzgeber das **Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten** unter besonderen Schutz gestellt, siehe Bundesverfassungsgericht Urteil IBvR 2027/02. Deshalb können wir vertrauliche Patienten- und Behandlungsinformationen nur an einen namentlich genannten Beratungszahnarzt senden und bitten höflichst vorab um Nennung von **Name, Qualifikationsgrad und ladungsfähiger Anschrift!**

**Das Zahnheilkundengesetz schreibt vor:**

### §1

Ausübung der **Zahnheilkunde** ist die berufsmäßige auf zahnärztlich wissenschaftliche Erkenntnis gegründete **Feststellung und Behandlung** von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Als **Krankheit** ist jede von der Norm abweichende Erscheinung im Bereich der Zähne, des Mundes und der Kiefer anzusehen, einschließlich der Anomalien der Zahnstellung und des **Fehlens von Zähnen**.

### § 18

Mit **Freiheitsstrafe** bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe wird bestraft,  
1. wer die **Zahnheilkunde ausübt, ohne eine Approbation** oder Erlaubnis als Zahnarzt zu besitzen...

Konkret hat die, als **wissenschaftliche Fachgesellschaft** zuständige, **International Implant Foundation** 2018 im Konsensus zu minimalinvasiven, basalen Implantaten folgendes zum Gutachterwesen vorgeschrieben:

**„Gutachter, die Fälle zu beurteilen haben, bei denen basale (minimalinvasive) Implantate involviert sind, müssen über eine mehrjährige Herstellerautorisation für diese Implantate verfügen und mindestens 50 komplett abgeschlossene Behandlungsfälle nachweisen...“**

**Der Bundesgerichtshof schreibt dazu am 6.6.2019 : Bei der Auswahl von zahnärztlichen Sachverständigen sind die Gerichte gehalten, sich solcher Gutachter zu bedienen, die über die erforderliche medizinische Fachkompetenz und damit auf dem einschlägigen Fachgebiet über eine Spezialausbildung und eigene Erfahrung verfügen (BGH, Urt. III ZB 98/18).**

**Die übergeordnete Konsensuskonferenz Implantologie** der beteiligten, klassischen Fachgesellschaften: BDIZ, DGI, DGZI, DKMKG, BDO schreibt in der **Indikationsbeschreibung für die Regelfallversorgung in der Implantologie** zur medizinischen Indikation dentaler Implantate wörtlich:

**„Die optimale Therapie des Zahnverlustes ist grundsätzlich der Ersatz jedes einzelnen Zahnes durch ein Implantat...“**

Wenn eine **Pfeilervermehrung** gegenüber der Standardzahl **medizinisch notwendig** ist gibt es abweichende Versorgungsformen ... mit anderen als den ... für den Regelfall vermerkten **Implantatzahlen**, insbesondere um das vorhandene **Kieferknochenangebot vermehrende chirurgische Eingriffe zu vermeiden** (z.B. ... **durchmesserreduzierte Implantate**).“

Der **BDIZ EDI (Dachverband aller Europäischen– speziell der klassischen Implantologen!)** äußerte auf seiner **11. Konsensuskonferenz 2016:**

*Standardimplantate* erfordern bei Patienten mit *Atrophie* bzw. ausgedehnter Kieferhöhle *oft augmentative Verfahren*. Diese sind etabliert, es treten aber ...*Komplikationen auf oder sie schränken die Lebensqualität der Patienten ein.*

„**Die Vermeidung von Augmentationen durch dimensionsreduzierte Implantate und die optimale Ausnutzung des vorhandenen Knochenangebotes werden als MINIMALINVASIVE Behandlungsoption vielfach empfohlen. Die Anwendung von kurzen, angulierten und durchmesserreduzierten Implantaten bei reduziertem Knochenangebot stellt heute ... eine verlässliche Therapieoption im Vergleich zu den Risiken bei Anwendung von Implantaten mit Standarddimensionen in Kombination mit augmentativen Verfahren dar.**“

Zum 15. **Internationalen Jahreskongress der DGOI 2018** in München über die **Sofortimplantation** heißt es dazu in der DGOI Aktuell (Z Oral Implant, 4/18):

„*Während vor einigen Jahren noch die Spätimplantation mit umfangreichen Maßnahmen für die Knochen– und Weichgewebsregeneration an der Tagesordnung war, wird heute mehr und mehr die inzisionsfreie Sofortimplantation bevorzugt.* Zu den **Vorteilen zählen weniger chirurgische Eingriffe, eine kürzere Behandlungszeit** und eine bessere Weichgewebsqualität. Die **Sofortimplantation** scheint eine **sichere Behandlungsoption** zu sein, mit einer vergleichbaren Implantat- Überlebensrate wie in ausgeheilten Kieferbereichen– das stellte **Prof. Dr. Dr. Ralf Smeets, Hamburg**, dar.“

Für den Patienten ist das Setzen der Implantate **OHNE Aufschneiden** des Zahnfleisches deutlich schonender als das klassische Vorgehen. Die Heilung von quasi unverletztem Knochen und Gewebe erfolgt nahezu ungestört! Durch den *Wegfall von komplikationsträchtigen Knochenvermehrungsoperationen mit Augmentationen /Knochenersatz /Membranen* erspart sich der Patient zeit– und *schmerzintensive Behandlungen!* Für Patient und Versicherung ergeben sich zudem erhebliche **Kosteneinsparungen**. Sehr angenehm empfinden es unsere Patienten auch, dass meist **sofort nach der Implantation feste Zähne** aus Kunststoff eingesetzt werden. Wie bei jeder Operation kann es natürlich auch bei der minimalinvasiven Implantologie in sehr seltenen Fällen zu Verletzungen, Schraubenlockerungen oder Entzündungen kommen. Allgemein gilt aber wie bei der Schlüssellochchirurgie: je weniger Operationen desto weniger Komplikationen.

## **Die Vorteile Minimalinvasiver Implantate in Kurzform:**

- + sofort feste Zähne**
- + ohne Aufschneiden**
- + keine Knochenaugmentation**
- + schmerzarm**
- + kaum Periimplantitis**
- + kaum Kontraindikationen**
- + kosteneffizient**
- + jahrzehntelang millionenfach erprobt!**

### **Dr. Georg Huber**

- **Geprüfter Experte** der (klassischen) Implantologie bei der Deutschen Gesellschaft für Orale Implantologie (DGOI)
- **Teacher** für minimalinvasive, strategische Implantologie bei der International Implant Foundation (IF)