

Verankerung von Epithesen. Epithesen sind künstliche Gesichtsteile, die einen Gesichtsdefekt fast naturgetreu ersetzen.

Primäres Ziel ist es hierbei, die Defekte operativ zu decken. Dies kann bei Tumoroperationen, Unfällen oder genetisch bedingten Nichtanlagen der Fall sein. Eine rein operative Rehabilitation mittels plastischer Chirurgie ist nicht immer möglich. Insoweit muss mittels alloplastischer Materialien eine Wiederherstellung der Gesichtskontinuität erfolgen. Ist eine Verankerung mit Fixierungsmethoden, wie z.B. Halt durch chirurgisch geschaffene Retentionen, Befestigung durch Verwendung von Klebstoffen oder Befestigung durch mechanische Verankerungsmittel, nicht möglich, ist eine Verankerung durch Implantate angezeigt (Abb. 6.17 bis Abb. 6.22).

Bei einer Begutachtung stellt sich die Frage, ob die Implantate im Einzelfall aus medizinischen und oder zahnmedizinischen Gründen alternativlos erforderlich sind oder ob eine konventionelle prothetische Versorgung ausreicht.



Abb. 6.17 Zustand nach Plattenepithelkarzinomentfernung und Epithesenverankerung auf implantatgetragendem Gerüst.



Abb. 6.18 Zustand nach Entfernung eines Plattenepithelkarzinoms im Bereich des rechten Oberkiefers (spätere Epithesenfixierung mittels Implantaten).



Abb. 6.19 Zustand nach Implantatinsertion zur Fixierung einer Epithese.

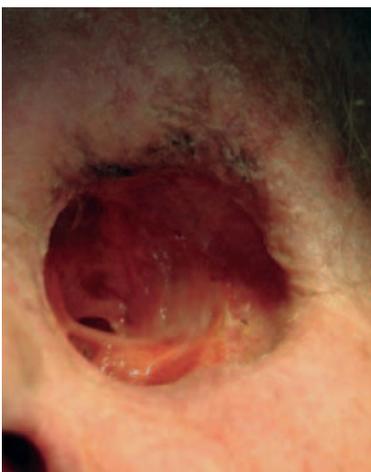


Abb. 6.20 Zustand nach Exenteratio orbitae links aufgrund eines Basalioms und Plattenepithelkarzinoms (spätere Epithesenfixierung mittels Implantaten).



Abb. 6.21 Zustand nach Exenteratio orbitae rechts nach Unfall (spätere Epithesenfixierung mit Implantaten, magnetisch).

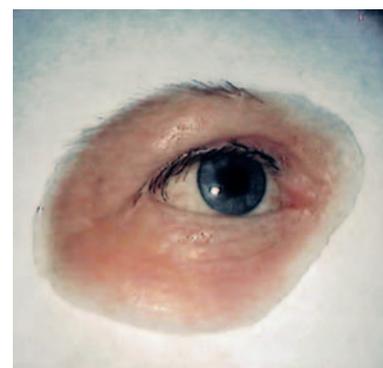


Abb. 6.22 Augenepithese mit Magneten.

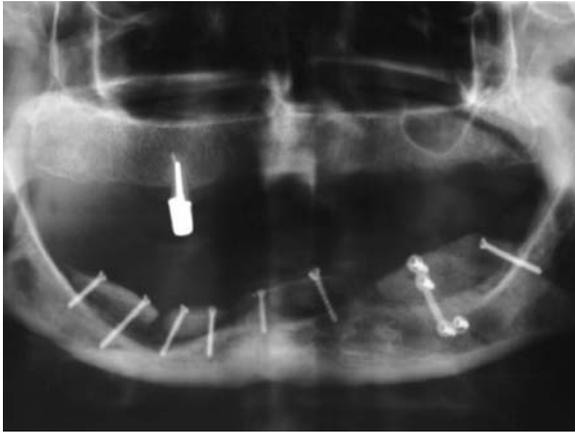


Abb. 6.23 Stark atrophierter Kieferkamm, insbesondere im Unterkiefer, mit fast freiliegenden Foramina mentalia. Absolute Kieferkammerhöhung mittels Beckenkammknochens und Fixierung durch Osteosynthesematerial.



Abb. 6.24 Titannetz zur Fixation von autologem Beckenkammaufbau in der Regio 12–22.

Präimplantäre chirurgische Behandlungen bei Ausnahmeindikationen

Bei den vorliegenden Ausnahmeindikationen gemäß § 28 SGB V, welche eine Bezuschussung durch die Krankenkasse hinsichtlich der Versorgung mit Implantaten zulassen, können präimplantär chirurgische Behandlungen, wie z. B. augmentative Maßnahmen für einen Knochenaufbau (Abb. 6.23–Abb. 6.24) (ggf. Distractionsosteosynthese) sowie Weichteilemanagement notwendig sein. Hierzu stehen als Entnahmeorte für den autologen Knochen z. B.

- der Beckenkamm (für größeren Knochenbedarf),
- die Fibula,
- die Schädelkalotte und
- der Kieferkammknochen (Tuberbereich, Kinnbereich, Retromolarenbereich)

zur Verfügung.

Auch ist eine Versorgung mit alloplastischem Knochenersatzmaterial, nicht resorbierbaren sowie resorbierbaren Membranen möglich.

Implantationen ohne Ausnahmeindikationen

Kieferkammatarophien

MERKE

Ein Leistungsanspruch scheidet bei einer Gebissituation aus, bei der zwar eine prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist, aber keine Ausnahmeindikation vorliegt (z. B. Totalprothese im stark atrophierten Kieferkamm) (Rundschreiben der KZBV zur Verabschiedung eines Ausnahmekataloges für implantologische Leistungen [Stand: Mai 2000]).

Kieferkammatarophien gehören nach wie vor nicht zur Ausnahmeindikation gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V, da eine exakte Eingrenzung auf schwerste Fälle kaum möglich ist. Sicherlich erscheint hier eine Versorgung nach Kieferkammaufbau mit einer implantatfixierten Prothese sinnvoller, um einer weiteren Knochenatrophie entgegenzuwirken. Dies ist wissenschaftlich hinreichend abgesichert, aber aufgrund der Gesetzeslage besteht kein Anspruch auf implantologische Leistungen im Rahmen der GKV.

Um diesen Patienten eine ordnungsgemäße Kaufunktion mit der konventionellen totalen Prothese zu ermöglichen, wäre ggf. nach vorheriger gutachterlicher Überprüfung abzuklären, inwieweit eine Kostenübernahme seitens der Krankenkasse für einen Kieferkammaufbau, z. B. mit autologem Beckenkammtransplantat, in stationärer Behandlung erfolgen kann.

Mögliche Ursachen für die massive Kieferkamatrophie mit all ihren negativen Begleiterscheinungen (z. B. Schlotterkambildung, dekubitale Erosionen und Ulzerationen, massiv hervorquellender Mundboden) sind (Abb. 6.25 bis Abb. 6.29):

- insuffiziente prothetische zahnärztliche Versorgung hinsichtlich Diskrepanzen zwischen Prothesenbasis und Prothesenlager bedingt durch suboptimale Gestaltung bei der Herstellung der prothetischen Versorgung bzw.
- durch Altersatrophie bedingter Knochenabbau,
- Störungen im Bereich der Okklusion und Artikulation und
- parodontologische, entzündliche, chirurgisch-invasive Ursachen.

Zur Erreichung eines ordnungsgemäßen Prothesenlagers wird bei stark atrophiertem Kieferkamm in besonders gelagerten Fällen eine absolute Kieferkammerhöhung erforderlich.



Abb. 6.25 Multiple Fibrom- und Schlotterkambildung infolge insuffizienter prothetischer Unterkieferversorgung.



Abb. 6.26 Dekubitus bei stark atrophiertem Unterkiefer.



Abb. 6.27 Massiv hervorquellender Mundboden bei starker Kieferkamatrophie.

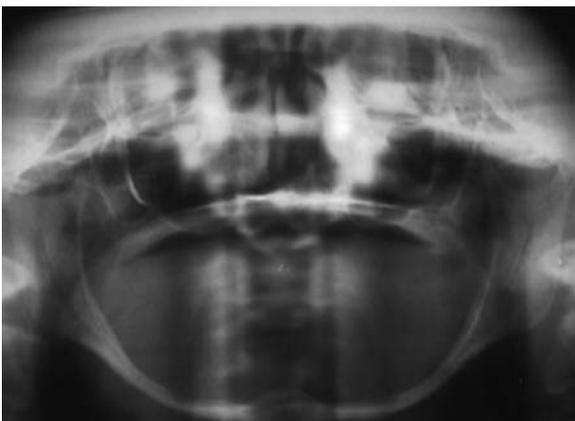


Abb. 6.28 Stark atrophierter Kieferkamm, insbesondere im Unterkiefer.



Abb. 6.29 Massive Kieferkamatrophie im Unterkieferseitenzahngelände infolge eines unsachgemäß angefertigten kombinierten Zahnersatzes zum Ersatz der Seitenzähne.

Einzelzahnimplantate. Einzelzahnimplantate sind indiziert zum Zahnreihenschluss, z. B. nach Verlust eines einzelnen Zahnes innerhalb einer intakten, füllungs- und kariesfreien Zahnreihe.

Das Einzelzahnimplantat erspart den Verlust an natürlicher Zahnschubstanz, z. B. bei Schneidezähnen, die sonst als Brückenpfeiler verwendet werden müssten. Unter normalen Bedingungen führt ein Einzelzahnimplantat zu besseren Ergebnissen als eine entsprechende Versorgung durch die Frontzahnbrücke.

Die Voraussetzung für die sozialmedizinische Indikation von Einzelimplantaten wird sehr eng betrachtet. Der Anspruch im Rahmen der Regelversorgung ist bei zahnbegrenzten Einzahnlücken nach Nummer 36 Buchstabe a der Zahnersatz-Richtlinien auf die Versorgung mit Einzelzahnkronen begrenzt.

Suprakonstruktionen bei zahnbegrenzten Einzahnlücken gehören in Ausnahmefällen zur Regelversorgung, wenn keine parodontale Behandlungsbedürftigkeit besteht, die Nachbarzähne kariesfrei und nicht überkronungsbedürftig bzw. überkront sind (Abb. 6.30).

Die unilaterale bzw. bilaterale verkürzte Zahnreihe. Bei der einseitig/zweiseitig verkürzten Zahnreihe kann es erforderlich sein, die Kaufunktion zu sichern bzw. wiederherzustellen. Dies kann durch Pfeilervermehrung in Form von Implantaten erfolgen, um festsitzenden Zahnersatz noch zu ermöglichen. Dies stellt aber keine zwingende sozialmedizinische Ausnahmeindikation im Rahmen der GKV dar, da in nahezu allen Fällen mit vertraglich vereinbarten prothetischen Mitteln (kombiniert festsitzender/ herausnehmbarer Zahnersatz) eine ausreichende Kaufunktion erreicht werden kann. Dabei bleibt jedoch festzuhalten, dass die Versorgung mit Implantaten die komfortablere Versorgungsform darstellt und auch medizinisch indiziert wäre. Sie stellt jedoch in diesem Falle eine reine außervertragliche Leistung dar und ist im Rahmen der GKV nicht bezuschussungsfähig.

Zahnlosigkeit. In vielen Fällen lässt sich der zahnlose Ober- und Unterkiefer mittels Totalprothesen ausreichend versorgen. Dies gilt besonders für den Oberkiefer. Problematischer stellt sich in den weitaus meisten Fällen die prothetische Versorgung des totalen Unterkiefers infolge von starker altersbedingter Kieferatrophie und deren negativen Begleiterscheinungen, wie z. B. hoch ansetzende Lippen- und Wangenbänder, ein hervorquellender Mundboden, dar. Dies kann besonders ausgeprägt nach Tumoresektionen, Traumata und Fehlbildungen der Fall sein, sodass bei fehlenden anatomischen Strukturen nur ein unbefriedigender Prothesenhalt und somit keine hinreichende Wiederherstellung der Kau- und Sprechfunktion mehr möglich sind.



Abb. 6.30 Verlust von 11 bei primär gesunden Nachbarzähnen.

Hier sollte berücksichtigt werden, dass in derart gelagerten Fällen eine implantatgestützte prothetische Versorgung auf längere Sicht wirtschaftlicher ist als eine mehrfach angefertigte unbefriedigende konventionelle prothetische Versorgung mittels Totalprothesen bzw. Kieferkammaufbauten durch Beckenkammtransplantat zur Verbesserung des Prothesenlagers.

Die Indikationsklassen des BDIZ sehen für den zahnlosen Unterkiefer die Insertion von insgesamt vier Implantaten für eine herausnehmbare implantatgestützte Versorgung vor.

Begutachtung im Rahmen der Einheilungsphase

In der Einheilungsphase (chirurgische Phase) geht es hauptsächlich um die Prognose der bereits inserierten Implantate. Folgende Fragen sind diesbezüglich hilfreich:

1. Waren die notwendigen Kriterien an den chirurgisch-implantologischen Eingriff gewährleistet?
2. Ist unter den Aspekten der Vorbereitungsphase eine ordnungsgemäße Implantatauswahl hinsichtlich
 - des vorhandenen Knochenangebots in Bezug auf die Knochenqualität und -quantität sowie dessen Vaskularisation bzw.
 - des noch zu schaffenden Knochenangebots bezüglich Implantatdesigns, Durchmessers und der Länge
 - erfolgt?
3. Sind die erforderlichen Einheilungsfristen, welche eine ordnungsgemäße Osseointegration des Implantats ermöglichen, eingehalten worden (z. B. bei gedeckter Einheilung im Oberkiefer ca. 6 Monate, im Unterkiefer ca. 3 Monate)?