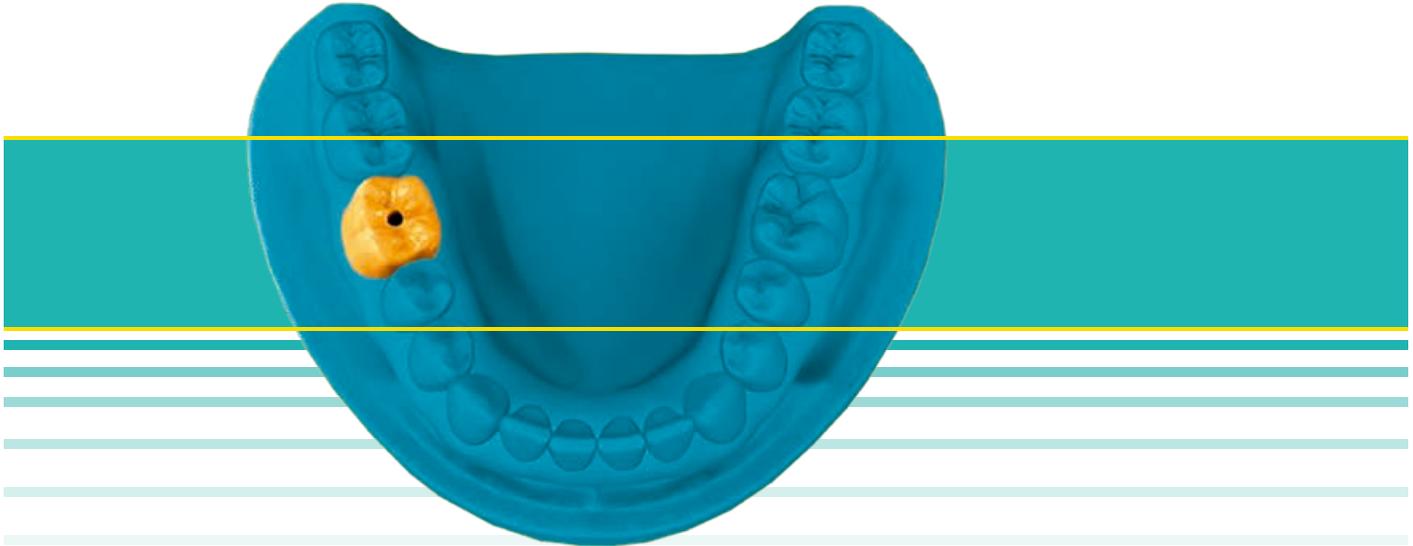


## Digitaler Workflow als sicheres Konzept in der Implantologie

# Implantatprothetische Versorgung einer Einzelzahn- lücke im Seitenzahnbereich

Alexander Vuck



**Eine Einzelzahn-  
lücke im Seitenzahnbereich gilt als häufige Indikation für die implantatprothetische Versorgung. Die Kombination eines universellen Implantatsystems mit digitalen Abläufen in Planung, Chirurgie und Prothetik ermöglicht ein sicheres sowie zugleich komfortables Vorgehen. Der Autor stellt ein praxistaugliches Konzept vor, bei dem Sicherheit höchste Priorität hat.**

Implantologie verlangt nach Konzepten. Es bedarf abgestimmter Abläufe in Chirurgie und Prothetik, um mit Sicherheit zum Ziel zu gelangen. Mit dem Etablieren digitaler Verfahrenstechnologien verändern sich auch implantatprothetische Behandlungsabläufe. Der Zahnarzt kann – basierend auf der wissenschaftlichen Datenlage – patientenspezifisch sowie entsprechend der individuellen Fähigkeiten sein eigenes Konzept etablieren. Die implantologische Therapie von der Diagnostik und Planung über die Fertigung einer Bohrschablone und die digitale intraorale Datenerfassung bis hin zur prothetischen Versorgung kann mit aufeinander abgestimmten digitalen Tools umgesetzt werden. Mit einem breiten Portfolio in Implantologie und Prothetik bietet zum Beispiel Dentsply Sirona verschiedene Wege. Digitale Bausteine können modular eingesetzt werden, wobei insbesondere bei Einzelzahn-  
lücken der komplett digitale Workflow eine sichere und reproduzierbare Möglichkeit für die implantatprothetische Therapie bietet. Anhand eines Patientenfalles wird ein mögliches Konzept dargestellt.

### Ausgangssituation

Das Etablieren digitaler Technologien in der Implantologie hat primär ein Ziel: vereinfachte, reproduzierbare Prozesse bei gleichzeitig erhöhter Sicherheit. Der 43-jährige Patient konsultierte die Klinik mit dem endodontisch vorbehandelten Zahn 46 und klagte über Beschwerden in diesem Bereich.

Das Röntgenbild zeigte eine große Aufhellung im Bereich der mesialen Wurzel (Abb. 1). Die Prognose für den Zahn musste als negativ bewertet werden. Im Sinne eines bestmöglichen Ergebnisses fiel die Entscheidung nach Aufklärung des Patienten auf die Extraktion des Zahns und eine implantatprothetische Therapie. Der Patient wies keine Kontraindikationen auf. Wichtig waren ihm eine hohe Sicherheit und ein ästhetisches Ergebnis.

### Extraktion des Zahns

Mit dem Fokus, die bukkale Knochenlamelle vollständig zu erhalten, wurde der Zahn minimalinvasiv extrahiert. Im Sinne einer komplikationslosen Einheilung wurde auf das Einbringen von Knochenersatzmaterial im Rahmen des primären Wundverschlusses verzichtet. Ein stabiles Koagulum lässt in der Regel eine suffiziente Infektionsabwehr erwarten und führt erfahrungsgemäß zu einer vergleichsweise schnellen Schmerz- und Beschwerdefreiheit des Patienten. Die postoperativen Kontrollen bestätigten auch im vorliegenden Fall den komplikationslosen biologischen Heilungsprozess. Es folgte eine dreimonatige Einheilung.



Abb. 1: Röntgenbild der Ausgangssituation. Apikale Aufhellung an Zahn 46

### Sofortimplantation?

Die Insertion eines Implantates in die frische Extraktionsalveole kann eine weitere Möglichkeit für die Alveolenstabilisierung bzw. den primären Wundverschluss sein. Allerdings sprachen in diesem Fall mehrere Faktoren für das konventionelle Vorgehen einer verzögerten Implantattherapie. Die apikale Aufhellung an der mesialen Wurzel sprach gegen die Sofortimplantation. Darüber hinaus hatte der Patient zeitlich keinen Druck und war nicht auf einen möglichst schnellen Therapieerfolg fokussiert. Sobald ein Arbeitsprozess beschleunigt wird, erhöht sich das Risiko. In diesem Fall hatte Sicherheit klare Priorität.

### Planung der Implantattherapie

Basierend auf einem dreidimensionalen Bild (DVT, Sirona Galileos, Dentsply Sirona) erfolgte im 3-D-Planungsprogramm (Simplant, Dentsply Sirona) das virtuelle Positionieren des Implantats regio 46 im Kiefer. Gewählt wurde ein universelles Implantatsystem, das eine hohe Flexibilität beim chirurgischen Eingriff sowie bei der prothetischen Versorgung bietet und sich zugleich ohne Umwege in den digitalen Workflow integrieren lässt. Das Xive-Implantatsystem (Dentsply Sirona) liefert erfahrungsgemäß als „Allrounder-Implantat“ in vielen Indikationen sichere Ergebnisse und gewährleistet in allen Knochenqualitäten – auch bei etwaiger Sofortimplantation – gute Primärstabilität. Die



Abb. 2: Situation nach sechsmonatiger Ausheilung der Extraktionsalveole

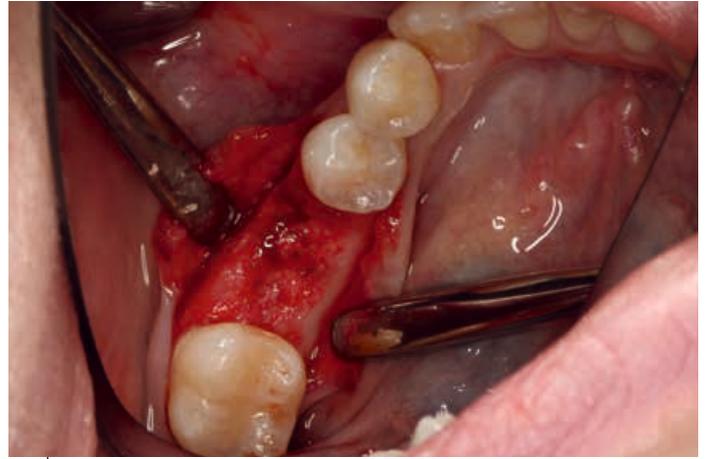


Abb. 3: Eröffnung regio 46 mit Mukoperiostlappen

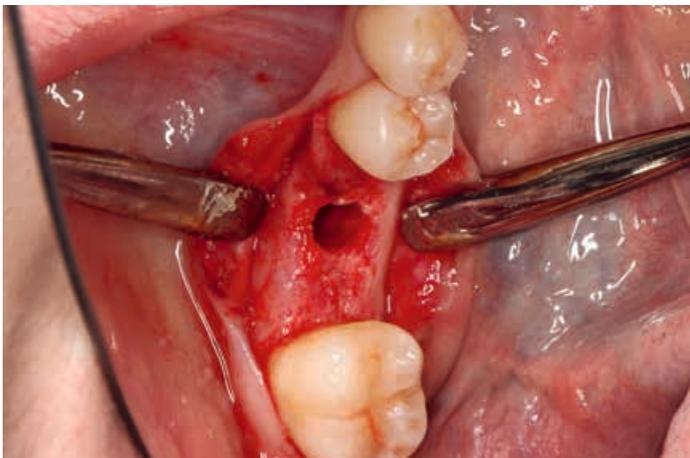


Abb. 4: Aufbereiten des Implantatbetts entsprechend dem Xive-Protokoll

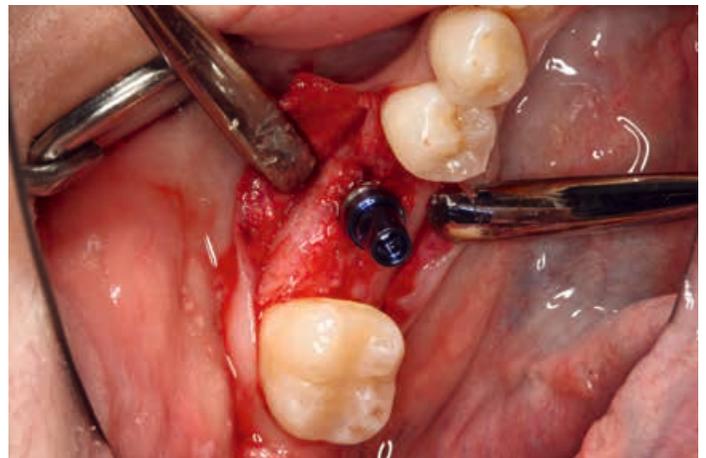


Abb. 5: Mit 30 Ncm Primärstabilität inseriertes Implantat (Xive)

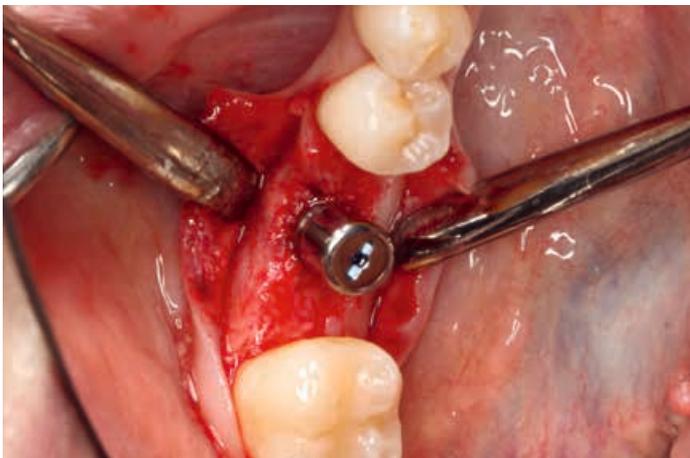


Abb. 6: Aufgeschraubter Gingivaformer



Abb. 7: Röntgenkontrollaufnahme mit Gingivaformer



Abb. 8: Spannungsfreier Nahtverschluss des Weichgewebes

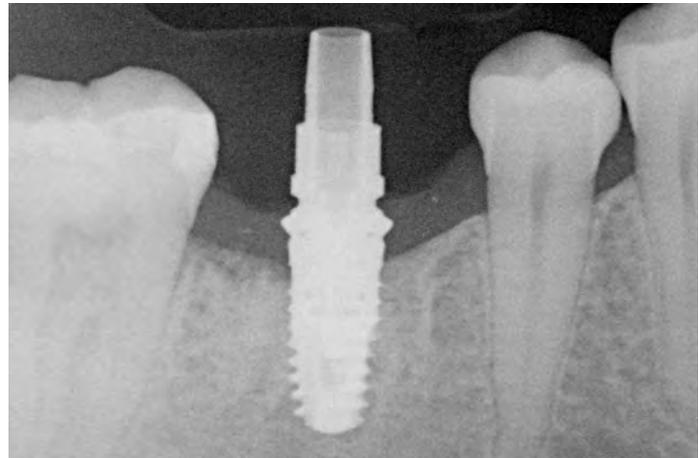


Abb. 9: Röntgenkontrollaufnahme mit Scanpfosten

einfache Handhabung mit übersichtlichem Bohrprotokoll sind weitere Argumente. An die digitale Planung der Implantatposition kann sich theoretisch der Datenexport für das Herstellen einer Bohrschablone anschließen. In diesem Fall wurde davon abgesehen, da das stabile Knochenangebot bzw. der breite Alveolarkamm für den erfahrenen Implantologen eine sichere Grundlage für die Insertion bot.

### Implantatinsertion

Über einen Mukoperiostlappen wurde der Kieferkamm regio 46 eröffnet, um intraoperativ entsprechend flexibel agieren zu können (Abb. 2 und 3). Die krestale Inzision wurde vorsichtig um einen Zahn erweitert. Mit dem Spiralbohrer erfolgten die Vorbohrung und anschließend entsprechend dem Xive-Protokoll die knochenspezifische Aufbereitung des Implantatbettes (Abb. 4). Da die Bohrtiefe der Krestalbohrung bei den Xive-Implantaten an die Knochendichte angepasst wird, schafft die aufbereitete Kavität ideale Verhältnisse für eine möglichst geringe Belastung des kortikalen Knochens. Das Implantat wurde mit 30 Ncm Primärstabilität eingebracht (Abb. 5). Nach der Insertion bietet das Xive-Implantat verschiedene Möglichkeiten der Einheilung. Die Auswahl erfolgt patientenspezifisch: gedeckte Einheilung mit Verschlusschraube, transgingivale Einheilung mit Gingivaformer (ggf. Sofortversorgung), Sofortbelastung.

### Transgingivale Einheilung

In diesem Fall erfolgte eine transgingivale Einheilung mittels Gingivaformer. Vorteil gegenüber der gedeckten Einheilung ist, dass ein zweiter chirurgischer Eingriff vermieden wird. Zugleich werden Heilungsprozess des Weichgewebes und Ausformung eines Emergenzprofils unterstützt. Auf das Implantat regio 46 wurde der Gingivaformer (Xive, Dentsply Sirona) aufgeschraubt (Abb. 6). Eine radiologische Kontrollaufnahme bestätigte die präzise Passung auf dem Implantat (Abb. 7). Durch eine enge Anlagerung der Gingiva an die strukturpolierte Oberfläche gewährleistet der Gingivaformer eine zirkuläre Ausformung des periimplantären Weichgewebes. Das Weichgewebe wurde spannungsfrei adaptiert und vernäht. Nach zehn Tagen erfolgte das Entfernen der Nähte (Abb. 8).

### Prothetische Versorgung

Vier Monate später war das Implantat regio 46 osseointegriert. Die prothetische Restauration konnte angefertigt werden. Hier spielt der digitale Workflow seine ganze Stärke aus. In der Regel erfolgt die Fertigung der prothetischen Komponenten (Aufbauten, Restauration) im Dentallabor CAD/CAM-gestützt. Logische Schlussfolgerung ist, bereits die Datenerfassung im Mund zu digitalisieren. Aufwendige und fehlersensible Umkehrprozesse (konventionelle Abformung, Modellherstellung,



Abb. 10: Anlegen des Patientenfalles in der CAD-Software des Dentallabors (CEREC inLab, Dentsply Sirona)



Abb. 11: CAD-Daten mit Scanpfosten regio 46 für das virtuelle Modell

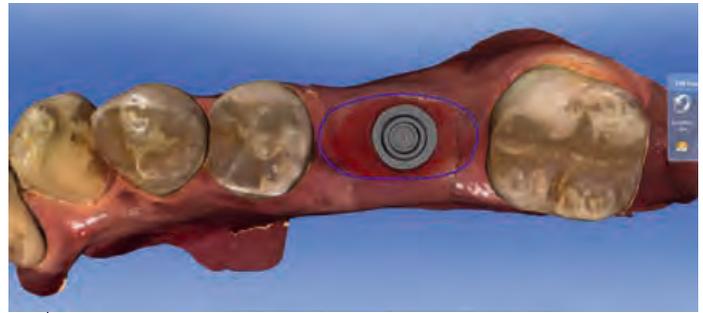


Abb. 12: Markieren des Emergenzprofils

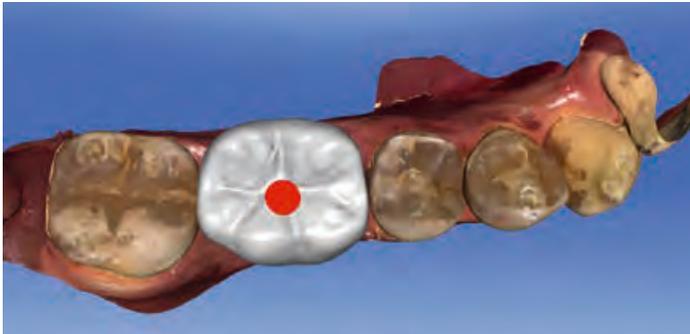


Abb. 13: Konstruktion der basalen Bereiche der Implantat-Abutmentkrone

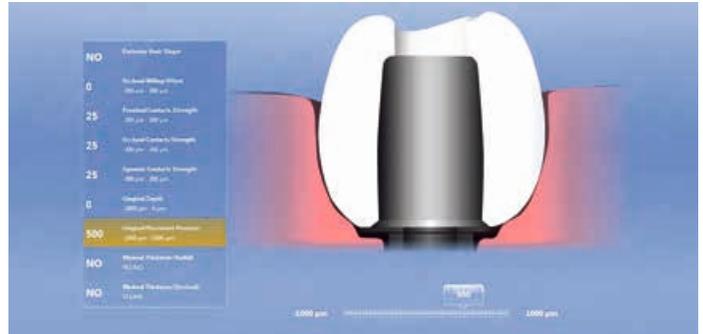


Abb. 14: Konstruierte Implantatkrone regio 46



Abb. 15: Monolithische Vollkeramikkrone (individualisiert) auf dem 3D-gedruckten Modell



Abb. 16: Implantat-Abutmentkrone zum Verschrauben vorbereitet



Abb. 17: Auf dem Implantat verschraubte Krone



Abb. 18: Implantatkrone regio 46 mit geschlossenem Schraubenkanal

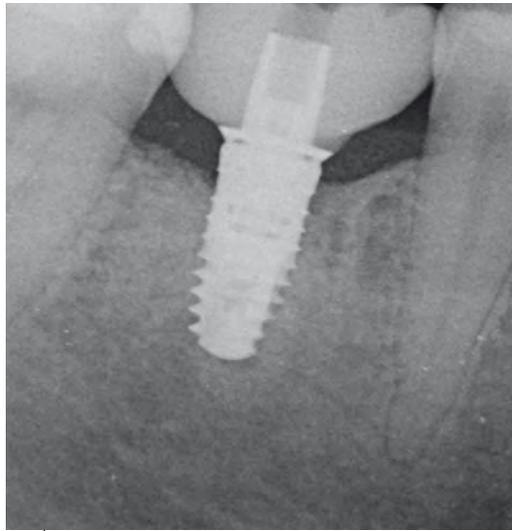


Abb. 19: Röntgenkontrollbild zum Abschluss der Behandlung



Abb. 20: Gelungene Integration der Krone und stabiles, gesundes Weichgewebe regio 46

Scannen des Modells und Generieren des digitalen Modells) werden mit der intraoralen 3-D-Erfassung umgangen. Dies bringt mehr Sicherheit in das Konzept und für den Zahnarzt eine enorme Erleichterung im Arbeitsprozess. Nach Entfernen des Gingivaformers wurde der Übertragungs- bzw. Scanpfosten mit dem Implantat verschraubt. Der sichere Sitz des Pfostens auf der Implantatschulter wurde – wie im konventionellen Verfahren – anhand eines Röntgenbilds geprüft (Abb. 9). Mit dem Intraoralscanner (CEREC Omnicam, Dentsply Sirona) wurden die Implantatsituation erfasst und zugleich ein Ganzkieferscan von Ober- und Unterkiefer vorgenommen. Über die webbasierte Plattform Sirona Connect konnten die Scandaten und alle notwendigen Auftragsdaten direkt digital von der Zahnarztpraxis an das Dentallabor übermittelt werden (Abb. 10).

In Abstimmung zwischen Zahnarzt und Zahntechniker wurde die prothetische Restauration besprochen und CAD/CAM-gestützt im Labor hergestellt. Die CAD-Software (inLab, Dentsply Sirona) bietet unter anderem in der Implantatprothetik professionelle Konstruktionswerkzeuge und Funktionen, die das Vorgehen automatisieren, ohne den Zahntechniker hierbei einzuschränken. Das zahntechnische Know-how in Verbindung mit modernen Materialien ermöglicht individuelle prothetische Versorgungen – sowohl im Bereich des Implantataustritts/ Emergenzprofil (Aufbau) als auch bei der Restauration (Krone) (Abb. 11 bis 14).

Die Möglichkeit, aus dem virtuellen Datensatz ein physisches Modell zu generieren, ist für den Zahntechniker eine gute Hilfe bei der Fertigstellung der Restauration (z. B. Kontrolle der approximalen Kontakte). In diesem Fall wurde eine sogenannte Hybridabutmentkrone gefertigt (inLab MC X5, Dentsply Sirona) (Abb. 15 und 16) und die vollkeramische monolithische Krone (individualisiert) auf einer Titanbasis (TiBase, Dentsply Sirona) dauerhaft verklebt. Gewählt wurde als Material ein Lithium-Disilikat, welches im Bereich der Glaskeramiken die höchste Biegefestigkeit hat.

### Einsetzen der Restauration

Ohne Nacharbeit und ohne viel Aufwand konnte die vollkeramische Implantatkrone in der Praxis auf dem Implantat verschraubt werden (Abb. 17). Der Schraubkanal wurde mit einem Teflonband und zahnfarbenem Komposit verschlossen (Abb. 18). Nach Kontrolle der funktionellen Parameter sowie einer Röntgenkontrollaufnahme (Abb. 19) war die Behandlung abgeschlossen. Im Ergebnis zeigt sich eine vollkeramische Restauration, die ästhetisch sowie funktionell allen Anforderungen gerecht wird. Das Weichgewebe adaptiert sich gesund an die implantatprothetische Restauration (Abb. 20).

white<sup>®</sup>  
digital dental

Das Fertigungszentrum, das Dein Handwerk versteht

### white Desktopscanner

Die digitale Lösung für Ihr Labor



#### Ihre Vorteile:

- + Vollkieferscan innerhalb weniger Sekunden
- + exakte 3D-Datenerfassung
- + automatischer Doppelabdruck-Scan in nur einem Arbeitsschritt

#### Ihr Komplettpaket:

Ein Scanner der Identica T-Serie + exocad<sup>®</sup> white CAD Software + Basis-Schulung

### Intraoralscanner i500

Der Weg in Ihre digitale Zahnarztpraxis



#### Ihre Vorteile:

- + Reduzierung der Behandlungszeiten
- + hoher Komfort für Patient und Behandler
- + präzise digitale Abformungen

Lernen Sie unsere Neuheiten persönlich kennen!

03. November 2018

#### 4. Fachtag Implantologie

Institut für Anatomie der Universität Jena

09. + 10. November 2018

#### id infotage dental

Messe Frankfurt, Stand: F95

Das white Team berät Sie gern telefonisch unter 0800-5204 975. (kostenfrei aus dem deutschen Festnetz)

shop.mywhite.de



10/2018 © D.D. z. a. v. s. & A. Alle genannten Marken unterliegen uneingeschränkt den Bestimmungen des jeweils gültigen Verzeichnisses und den Besitzrechten der jeweiligen eingetragenen Eigentümer. Bilder: Vampir: iStockphoto 9668943 © Imagesby: fritz: iStockphoto 14617294 © maniak: © Meit Company Co., Seoul, Südkorea

### Zusammenfassung

Das konsequente Einhalten eines definierten implantatprothetischen Konzeptes sorgt für Klarheit und Nachvollziehbarkeit. Der digitale Workflow (siehe Patientenfall) integriert mehrere Bausteine, die indikationsbezogen gewählt werden können. Die digitale Planung (Simplant) und gegebenenfalls schablonengeführte Insertion ermöglichen eine hohe Sicherheit. Ein universelles Implantatsystem (wie Xive) bietet Flexibilität. Die intraorale 3-D-Datenerfassung (CEREC Omnicam) gewährleistet die verlust- und fehlerfreie Übertragung an das Dentallabor. Eine CAD/CAM-gestützte Herstellung der implantatprothetischen Komponenten (inLab MC X5) erlaubt das Verwenden moderner Materialien und das Erreichen einer hohen Präzision. Das Verschrauben der Implantatkrone ermöglicht einen hohen Komfort ohne die Gefahr potenzieller Zementreste im Sulkus.

### Fazit

Die Zuverlässigkeit, die ein konzeptionelles Vorgehen während des Therapieablaufs bietet, entspricht einem modernen implantologischen Therapiekonzept. Gerade beim implantatprothetischen Verschluss einer Einzelzahnücke ist der vorgestellte digitale Workflow komfortabel für Patient und Zahnarzt.



#### Dr. Alexander Vuck

- 2006 – 2012: Studium der Zahnheilkunde an der Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg
- 2015: Promotion zum Dr. med. dent., Ernennung zum qualifiziert fortgebildeten Spezialisten für Prothetik (DGPro)
- 2016: Zertifizierung der DGI im Fach Implantologie und Qualifizierung zum Spezialisten für Implantologie
- 2012 – 2016: Assistenz Zahnarzt und wissenschaftliche Mitarbeiter in der Abteilung für zahnärztliche Prothetik des Universitätsklinikums Freiburg
- 2016 – 2018: Oberarzt und wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik des Universitätsklinikums Düsseldorf
- seit 2019: Niederlassung in eigener zahnärztlicher Praxis in Düsseldorf

#### Kontakt:

Dr. Alexander Vuck  
Aachener Straße 160  
40223 Düsseldorf



Zahntechnische Arbeiten:  
**ZTM Sonja Ganz**  
Dentallabor Kurt Reichel,  
Hermeskeil/Trier

# DIE STÄRKSTEN IHRER KLASSE



Auch als  
**Disc**  
erhältlich

## DIE STÄRKSTEN IHRER KLASSE

### Außergewöhnliche Materialien für starke CAD / CAM Restaurationen

- Zur Herstellung von definitiven Kronen, Inlays, Onlays, Veneers und implantatgetragenen Kronen
- Höchster Füllstoffgehalt (86 Gew.-%) für langlebige haltbare Restaurationen
- Zahnähnlichkeit in Perfektion
- Exzellente physikalische Werte in Biegefestigkeit und Abrasion
- Beste Polierbarkeit und Reparaturfähigkeit
- Basierend auf der Nano-Hybrid-Technologie



## Grandio<sup>®</sup> blocs Grandio<sup>®</sup> disc



**VOCO**  
DIE DENTALISTEN

# Abrechnungsbeispiel: Implantatprothetische Versorgung einer Einzelzahnücke im Seitenzahnbereich

Angelika Enderle

	re	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28	li
		48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38	
<b>Befund</b>				X															
<b>Planung</b>				SKM															

Zahn/Region	GOÄ/GOZ-Nr.	Leistungsbeschreibung	Anzahl
<b>Vorbereitende Maßnahmen</b>			
	0010	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes	1
	Ä1	Beratung auch mittels Fernsprecher	1
OK, UK	0060	Abformung beider Kiefer für Situationsmodelle und einfache Bissfixierung, einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung (Auslagen nach § 4 Abs. 3 GOZ: Abform-, Bissnahmematerial)	1
UK	0065a*	Intraorale prothetische/implantologische Planungsfotografie einschließlich diagnostischer Auswertung entsprechend: GOZ-Nr. 0065 - optisch-elektronische Abformung	1
	Ä5370	Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich	1
	Ä5377	Zuschlag für computergesteuerte Analyse - einschließlich speziell nachfolgender 3-D-Rekonstruktion	1
UK	8080a*	Virtuelle Implantationsplanung mittels DVT entsprechend: GOZ-Nr. 8080 – Diagnostische Maßnahmen an Modellen im Artikulator	1
	0030	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans nach Befundaufnahme und gegebenenfalls Auswertung von Modellen	1
UK	9000	Implantatbezogene Analyse und Vermessung des Alveolarfortsatzes, des Kieferkörpers und der angrenzenden knöchernen Strukturen sowie der Schleimhaut, einschließlich metrischer Auswertung von radiologischen Befundunterlagen, Modellen und Fotos zur Feststellung der Implantatposition, ggfs. mithilfe einer individuellen Schablone zur Diagnostik, einschließlich Implantatauswahl	1
<b>Chirurgische Leistungen</b>			
46	0100	Intraorale Leitungsanästhesie (Auslagen nach § 4 Abs. 3 GOZ: Anästhetikum)	1
46	3010	Entfernung eines mehrwurzeligen Zahnes	1
46	9010	Implantatinsertion, je Implantat (Auslagen nach § 4 Abs. 3 GOZ: Implantat Xive S (Dentsply), Einmalbohrer, steril, zur einmaligen Verwendung, Implantatteile (Gingivaformer Xive)	1
	0530	Zuschlag bei nichtstationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen, die mit Punktzahlen von 1200 und mehr Punkten bewertet sind	1
	Ä5004	Panoramaschichtaufnahme der Kiefer	1
46	3300	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff	1
<b>Definitive Versorgung</b>			
46	0065	Optisch-elektronische Abformung einschließlich vorbereitender Maßnahmen, digitale Bissregistrierung und Archivierung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	1
46	9050	Entfernen und Wiedereinsetzen sowie Auswechseln eines oder mehrerer Aufbauelemente bei einem zweiphasigen Implantatsystem während der rekonstruktiven Phase (Auslagen nach § 4 Abs. 3 GOZ: Übertragungs- bzw. Scanposten)	1
46	Ä5000	Strahlendiagnostik Zähne, je Projektion	1
46	2200	Versorgung eines Zahnes oder Implantats durch eine Vollkrone (Tangentialpräparation)	1
	Ä5004	Panoramaschichtaufnahme der Kiefer	1

\* Zahnärztliche Leistungen, die nicht in der GOZ oder in dem für Zahnärzte geöffneten Bereich der GOÄ abgebildet sind, können gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet werden. Welche nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung aus der GOZ bzw. GOÄ als "Analog-Leistung" herangezogen wird, liegt allein im Ermessen des Zahnarztes. Siehe hierzu auch die Analogliste der BZÄK, die ständig aktualisiert wird.

**Hinweis:**

Dieses Musterbeispiel basiert auf der GOZ 2012 unter Berücksichtigung des aktuellen Kommentars der BZÄK (Stand: Dezember 2017). Bei den angegebenen Leistungen handelt es sich nur um Vorschläge, es wird keine Gewähr oder Haftung übernommen.

Auf die Ermittlung des Steigerungsfaktors wurde bewusst verzichtet, da die Gebührenhöhe innerhalb des Gebührenrahmens (1,0-fach bis 3,5-fach) nach Aufwand und patienten- bzw. praxisindividuell ermittelt werden muss. Ggf. ist eine Überschreitung des 3,5-fachen Gebührensatzes erforderlich.

**Tipp: Versicherung erstattet nicht die Analogposition, die dem tatsächlichen Aufwand entspricht**

Praxen stehen regelmäßig vor dem Problem, dass private Krankenversicherer nicht die in Rechnung gestellten Analogziffern erstatten, sondern lediglich eine „hauseigene“ Abrechnungsvariante, die sich gelegentlich wirtschaftlich nicht abbilden lässt. Diese Versicherungen sind auf folgendes hinzuweisen:

Eine Analogberechnung hat nach den Vorgaben des § 6 Abs. 1 GOZ entsprechend einer nach **Art**, **Kosten-** und **Zeitaufwand** gleichwertigen Leistung der GOZ zu erfolgen. Der Art nach sind Leistungen vergleichbar, die entweder vom Leistungsziel oder vom Behandlungsablauf her der neuen Leistung verwandt sind. Dabei ist insbesondere auf solche Leistungen abzustellen, die dem gleichen Behandlungsspektrum, also z. B. den prothetischen oder den kieferorthopädischen Leistungen, zuzuordnen sind. Hinsichtlich des **Kosten- und Zeitaufwandes** ist ebenfalls darauf abzustellen, dass die der Analogabrechnung zugrunde gelegte Leistung hinsichtlich der bei der Erbringung tatsächlich anfallenden Behandlungskosten bzw. des hierfür konkret erforderlichen Zeitaufwandes mit den entsprechenden Werten bei der neuen Leistung vergleichbar ist (Quelle: Liebold/Raff/Wissing - "DER Kommentar zu BEMA und GOZ", elektronische Ausgabe, Stand 119. Lieferung, Asgard-Verlag, Siegburg, www.bema-goz.de).

Die **Bundeszahnärztekammer (BZÄK)** stellt in ihrem GOZ-Kommentar (Stand 25.04.2014) dazu fest:

*„Die Regelung stellt damit auf die Gleichwertigkeit und nicht auf die Gleichartigkeit ab. Die Gleichwertigkeitsprüfung hat demnach nicht zwingend anhand des Leistungsinhalts zu erfolgen. Für die Feststellung der Gleichwertigkeit hat der Zahnarzt Art, Kosten- und Zeitaufwand der neuen Leistung mit der hilfsweise zur Berechnung ausgesuchten Analogleistung zu vergleichen. (...) Der Zahnarzt hat bei der Analogiebewertung und der Feststellung der Gleichwertigkeit einen Ermessensspielraum.“*

Bestätigt hat diese Sicht der **Bundesgerichtshof (BGH)**, der mit Entscheidung vom 23.01.03 (Az.: III ZR 161/02) die folgende Anweisung gegeben hat:

*„Grundsätzlich gleichrangig sind jedoch Kosten- und Zeitaufwand zu berücksichtigen, da es bei der Analogberechnung darum geht, den Zahnarzt für eine nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommene Leistung leistungsgerecht zu honorieren.“*

Nach Auffassung des **Amtsgerichts (AG) Erlangen** bleibt die Auswahl der Gebührennummer dem Behandler überlassen (Urteil vom 09.08.2000, Az.: 1 C 2158/99).

Damit ist rechtlich eindeutig geklärt: Der Zahnarzt hat in eigener Verantwortung eine Leistung aus der GOZ zur Analogiebewertung heranzuziehen, die unter gleichmäßiger Berücksichtigung aller Kriterien mit der neuen Leistung noch am meisten vergleichbar ist. Eine Versicherung hingegen ist nicht berechtigt, eine analog zu berechnende Leistungsziffer vorzuschreiben, da sie nicht in der Lage ist, diese betriebswirtschaftlich stimmig – das heißt angemessen – zu ermitteln.

**Angelika Enderle**

Inhaberin Firma abrechnungs-partner, Stuttgart

*Angelika Enderle ist gelernte Zahn-technikerin. Sie arbeitete lange Zeit im Bereich der Verwaltung zahnärztlicher Praxen und leitete bei einem Abrechnungsspezialisten für Leistungserbringer im Gesundheitswesen den Bereich Erstattungsservice. Zurzeit freiberufliche Tätigkeit für das zahnärztliche Abrechnungswesen, Chefredakteurin des Internetportals Juradent sowie Autorin für verschiedene zahnärztliche Fachmagazine.*