

## KOSTENERSTATTUNG

## PKV lehnt geplante prothetische Behandlung ab – was tun?

**FRAGE:** „Wir haben mit einer individuell adjustierten Unterkieferschleife zur Veränderung der vertikalen Relation vorbehandelt. Die Patientin hat die untenstehende Therapieplanung bei ihrer privaten Krankenversicherung (PKV) eingereicht. Von der PKV hat sie nun einen ablehnenden Bescheid erhalten. Bei der Begutachtung erfolgte unserer Meinung nach keine Trennung zwischen Sachverhalt und eigener Wertung (siehe untenstehende Aussagen der PKV). Welche Vorgehensweise könnten Sie in unserem Fall empfehlen?“

### ■ Eingereichte Therapieplanung

1. Extraktion der Zähne 18, 17, 12, 22, 27 und 28
2. Versorgung des Oberkiefers mit einer Interimsprothese in Abstimmung mit der Vorbehandlung
3. Cadiaxschreibung
4. Präparation der Zähne 15, 13, 11, 21, 23 und 24 für eine teleskopierende, abnehmbare Brücke (B-17, 16, 14, 12, 22, 25–27)
5. Versorgung der Zähne 47–44 und 34–37 mit therapeutischen Kauflächen im Sinne von Table Tops

### ■ Auszug aus dem Bescheid der PKV

„Nicht nachvollziehbar ist die Anfertigung eines herausnehmbaren Provisoriums im Oberkiefer. Es ist für die Versicherte viel angenehmer, wenn das Beschleifen der sechs Pfeilerzähne in einer Sitzung zusammen mit der Entfernung der Zähne 12 und 22 erfolgt. Dann ist nämlich möglich, sofort ein festsetzendes Provisorium von Zahn 15 auf Zahn 24 einzusetzen. (...) Das Provisorium muss zudem nicht über die gesamte Ausheilzeit der Wunden 12 und 22 getragen werden, (...) sodass der definitive Oberkieferzahnersatz bereits kurz nach der Zahnentfernung eingesetzt werden kann. (...) Ebenfalls nicht erforderlich sind elektronische Bemessungen der Unterkieferbewegungen, da diese keinen Zusatznutzen erkennen lassen. (...) Das Beibehalten der vorhandenen Bisslage ist einem erfahrenen Prothetiker ohne solche Hilfsmittel möglich.“

**ANTWORT:** Ihre Patientin sollte zunächst bei der PKV eine Kopie der Stellungnahme des beratenden Zahnarztes nach § 202 Versicherungsvertrags-gesetz (VVG) verlangen (siehe auch PA 11/2020, Seite 7). Es wäre von Interesse zu erfahren, wer der Verfasser dieser „Therapievorschlüsse“ ist. Grundsätzlich steht es einem Versicherer nicht zu, Therapievorgaben zu machen. Er kann die medizinische Notwendigkeit einer Behandlung oder Gebührenfragen prüfen lassen.

Darüber hinaus aber gilt die Therapiefreiheit des behandelnden Zahnarztes: Dieser hat in Absprache mit seinem Patienten die durchzuführenden medizinisch notwendigen Behandlungsmaßnahmen festzulegen. Nach allgemein anerkannter Rechtsprechung wird dem behandelnden (Zahn-)Arzt bei der Auswahl und Anwendung von Behandlungsmethoden in objektivierten Grenzen ein Ermessens- und Entscheidungsspielraum eingeräumt. Er darf das medizinische Vorgehen bestimmen, die geeignete Methode auswählen und anwenden, solange dies gemessen am Behandlungserfolg vertretbar ist (vgl. Landgericht Frankfurt, Urteil vom 16.07.1998, Az. 2/24 S 394/97).

Beantwortet von RAin Doris Mücke, Bad Homburg

Therapievorschlüsse stehen Versicherern nicht zu