

Implantate – politisch tut sich einiges

In diesem Heft

Zwischenbericht des Q+R-Ausschusses zum BDIZ-Explantationsregister: Fraunhofer-Untersuchungen geben Hinweise zur Qualitätssicherung **6**

Dr. M. Fleiner zur Implantatversorgung mit einer Cerec-3-Krone: Moderne Aufbauten erlauben die ästhetisch vorteilhaftere vollkeramische Versorgung **10**

DZW-Interview mit Dr. Dr. Robert Kah und ZTM Olaf Lehmann: Die IDS Köln 2003 und die Implantologie **17**

PD Dr. H.-L. Graf, Leipzig, über ein neues, voll resorbierbares Knochenersatzmaterial aus Hydroxylapatit: Nanokristalliner Charakter bringt entscheidende Vorteile **23**

Fakten, Meinungen und Zukunft der Dentalnavigation: Vergleichbare Genauigkeit ist freihändig nicht zu erreichen **34**

Termine **4, 5, 49**

Herstellernachweis **48**

Impressum **49**



Der Titel dieser Ausgabe zeigt das ITI TE®-Implantat der Firma Straumann, Freiburg.

Ein Teil dieser Ausgabe enthält eine Beilage der Firma Thommen Medical GmbH, Weil am Rhein. Wir bitten unsere Leser um Beachtung!

Es gibt kein besseres Beispiel als die Implantatversorgung dafür, dass es sich bei der von Rot-Grün vorgeschlagenen Festzuschussregelung im Entwurf für ein Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) nur um den Versuch einer Begriffsverwirrung handelt. Was da im neu definierten Paragraphen 30 als Festzuschuss beschrieben wird, eröffnet eben gerade nicht das, was von den Zahnärzten gefordert wird. Dafür müsste es nämlich ermöglichen, dass ein Patient, zum Beispiel beim Befund „Lücke“, den Festzuschuss einer kleinen Brücke oder bei mehreren fehlenden Zähnen für eine Modellgussversorgung bekommt, aber selbst entscheiden kann, wie therapiert wird – ob der Lückenschluss über ein oder mehrere Implantate erfolgt, die vielleicht als Pfeiler etc. dienen. Aber Implantate bleiben im Gesetzentwurf von der Zuschussmöglichkeit fast völlig ausgeschlossen, ausgenommen sind nur die bereits bekannten, vom Bundesausschuss sehr eng begrenzten Ausnahmefälle.

Damit betreibt die Bundesregierung Fortschrittsbehinderung, schadet den Versicherten, wenn sie ihnen bessere Versorgung vorenthält, nur weil sie durch Zuschussverweigerung Therapiesteuerung zu betreiben sucht. Vielleicht verursacht sie damit dem Solidarsystem noch größere Kosten wegen insuffizienter anderer ZE-Versorgungen.

Sind die Bürger als Patienten so unmündig? Bei der Implantation entscheiden sie nicht nur darüber, dass sie mehr bezahlen müssen, sondern auch, dass sie verstärkt präventiv selbst mitzuarbeiten haben, auch darüber also einen wichtigen Beitrag für die Gesunderhaltung leisten.

Auch die privaten Krankenversicherungen haben seit Jahren den Versuch gemacht, den medizinischen Fortschritt aufzuhalten, indem sie Implantate als Luxusversorgung oder medizinisch nicht notwendig abzutun suchten und so die Verweigerung der Kostenübernahme begründeten. Hier hat nun Mitte März der Bundesgerichtshof (BGH) den Implantatversorgungen weit jene Tür geöffnet, die die PKVen ja lange versuchten geschlossen zu halten. Steht „eine wissenschaftlich anerkannte Behandlung zur Verfügung, die geeignet ist, Krankheiten zu heilen oder zu lindern“, dann ist sie „medizinisch notwendig“ und zu erstatten, meint der BGH. Eine solche „wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode“ ist die Implantologie längst. Besonders in Deutschland, wo sie nicht nur von der Zahl her, sondern auch von der wissenschaftlich-klinischen Begleitung am tiefsten verankert und untersucht ist.

Damit muss kein Implantologe mehr umfangreiche Begründungen zur medizinischen Notwendigkeit schreiben und nachweisen, dass Implantate gleichwertig oder sogar die bessere Ver-

sorgung sind. Er hat einfach die Therapiefreiheit, sich mit dem Patienten für Implantate zu entscheiden und die PKV muss ihren Kostenerstattungszuschuss leisten.

Wo die PKVen also eher zurückblickten, wollen viele Kassen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) längst ihren Versicherten Implantate zukommen lassen. Einige der Kassen basteln sogar konkret an „Netzwerk-Vertragsmodellen“ für Implantatversorgungszuschüsse, weil sie sich – zur Bindung ihrer Versicherten – einer zeitgemäßen ZE-Versorgung öffnen wollen. Allerdings knüpfen sie daran auch besondere Anforderungen an den Behandler. So, dass er als „Spezialist“ nachweisbar ausgewiesen ist – also nicht in einer selbst ernannten Qualifikation oder irgendwelchen nicht-evaluierbaren Zertifizierungen einzelner Interessensgruppen.

Für die Lösung Festzuschüsse mit Kostenerstattung müssen alle an einem Strang ziehen

Am sichersten ist hier natürlich zum Beispiel ein universitär erworbener akademischer Grad, zum Beispiel als „Master of Science Implantologie“ (MSc) oder eine qualifizierte Anerkennung durch die Kammern, die dafür von der Berufsordnung her die Verantwortung tragen und durch entsprechende Zertifizierungsordnungen Ordnung schaffen müssten. Diese wirklich qualifizierten Zertifizierungen durch die Kammern gibt es aber nicht und sie werden so schnell auch nicht kommen. Der akademische MSc steht dann immer noch darüber.

Gerade angesichts der Haltung der PKVen zur Implantologie ist es sehr fraglich, ob es sich für die Implantologen auszahlen würde – wie die CDU es vorschlägt –, bei Ausgrenzung der Zahnmedizin aus der GKV in einem Aufwasch in der PKV als „privat zu versichernde Sachleistung“, verbunden mit einem GOZ-Basistarif, zu landen. Eher eine Gräueltat. Nein, gerade die Implantologie braucht Therapiefreiheit – und das impliziert Vertragsgestaltungsunabhängigkeit. Die einzige Lösung sind hier Festzuschüsse mit Kostenerstattung. Dafür sollen alle gemeinsam, die vielen wissenschaftlichen, die Berufs- und sonstige Verbände in der Implantologie mit anderen Einflussgruppen an einem Strang ziehen.

Ihr

Jürgen Pischel

