

Gibt es Möglichkeiten, die Implantologie aus dem GKV-Vertrag herauszuhalten?

► Hans-Jürgen Hartmann



**DR. HANS-JÜRGEN
HARTMANN**

Tutzing

„Sie sagen, meine Krankenkasse bezahlt mir die Implantate nicht? Der Schalterbeamte hat behauptet, ich solle mit einem Heil- und Kostenplan für eine implantatgetragene Versorgung in die Geschäftsstelle kommen, sie werden die Therapie dann genehmigen.“ So oder ähnlich reagieren viele Patienten, wenn ihnen mitgeteilt wird, daß Implantate nicht von der gesetzlichen Krankenkasse bezuschußt werden. Ist es Zufall oder Absicht, daß der Versicherungsangestellte den Unterschied zwischen implantatprothetischen Rekonstruktionen und der implantatchirurgischen Versorgung nicht kennt, und erklärt, daß sowohl für die Chirurgie wie auch für die Prothetik von der gesetzlichen Krankenkasse ein Zuschuß gewährt wird?

Lange ist es noch nicht her, daß die Ausnahmeindikationen für Implantate im Sachkostenbereich verabschiedet wurden - wenngleich auch nur nach vorheriger Begutachtung. Aber in Ausnahmefällen wird die gesamte implantattherapeutische Versorgung bezuschußt, von der Chirurgie bis zur Prothetik. Ich denke, daß bei diesen Ausnahmefällen die Entscheidung richtig war. Zumal auch ethische Gründe die Zahnärzte dazu veranlaßt haben, dem zuzustimmen. Etwas problematischer ist jedoch die Einzelzahnversorgung, die nur nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten und nicht nach ethischen Gesichtspunkten zu beurteilen ist. Eine implantatgetragene Krone ist allemal billiger als eine vergleichbare Brücke zum Lückenschluß. Im Laufe dieser acht Jahre des Vertragswerks ist festzustellen, daß eine immer größere Ausweitung der Vertragsinhalte zu verzeichnen ist. Ein kleiner Blick zurück zeigt, welche Entwicklung die Implantologie genommen hat von einer allseits kritisierten Versorgungsform bis hin zu einer wissenschaftlich anerkannten, langlebigen Therapie. Die immer besser werdenden ästhetischen Komponenten, der hohe Anspruch an die manuelle Fertigkeit

des Zahnarztes und die immer größer werdenden Ansprüche eines Patienten an Funktionalität und Ästhetik machen es schwer, unter Kostengesichtspunkten einer breiten Bevölkerungsschicht eine vergleichbare Versorgung anzubieten. Da ist einerseits die implantatherstellende Industrie, die einen erheblichen Entwicklungsaufwand zu erfüllen hat. Auch wenn wir heute nicht mehr von „Prototypenherstellung“ sprechen können, sind die Zahlen in der Implantologie in Größenordnungen explodiert, wie sie vor 10 bis 15 Jahren nicht zu erwarten waren. Es stellt sich immer wieder die Frage, ob die Kosten für die Implantate und Implantateile so hoch sein müssen. Aus langjähriger Erfahrung muß ich sagen, daß wir in der Implantologie mit einer Mischkalkulation ohnehin schon bei Präzisionsimplantaten grenzwertig sind. Die von den Zahnärzten und Versicherungsgesellschaften nicht nachvollziehbaren Investitionen in Fertigung und Entwicklung, Qualitätsüberprüfung und Zertifizierung oder dergleichen stellen für die Industrie einen hohen Kostenfaktor dar, der von den Patienten bezahlt werden muß. Wird zudem ein langer Zeitraum mit gleicher Lieferqualität gefordert, so

muß diese von der Industrie vorgehalten und berechtigterweise auch wirtschaftlich umgesetzt werden. Die Patienten fordern ein dauerhaftes – in vielen Fällen sogar – langlebigeres System als das des natürlichen Zahnsystems. Dem ist in vielen Fällen gar nicht Rechnung zu tragen, da nie vorausgesehen werden kann, welche körperlichen Schäden auf den Patienten zukommen, wie gut die Kooperation oder Compliance des Patienten mit dem behandelnden Zahnarzt ist. Vielfach glauben die Patienten immer noch, daß ein Implantat als totes Material nicht der gleichen Pflege unterzogen werden muß wie der natürliche Zahn. Sie vergessen dabei, daß der natürliche Zahn vielfach aufgrund des von dem Patienten selber verschuldeten Fehlverhaltens verlorengegangen ist. Bei entsprechender eigener Mundhygiene und Prophylaxe sind Implantate sehr erfolgreich. Daraus stellt sich nun das Dilemma für die Zahnärzte dar, was darin besteht, ständig verbesserte Zahnpflege anzumahnen.

Einerseits haben die Zahnärzte in der Vergangenheit die wissenschaftlichen Grundlagen soweit vorangebracht, daß die Erfolgsaussichten der Implantate außerordentlich günstig zu bewerten sind. Andererseits aber wird dieses Therapieverfahren einem nur gesetzlich Krankenkassenversicherten immerhin 90 % der Bevölkerung in der Bezuschussung vorenthalten. Es mehren sich überdies die Hinweise, daß implantatgetragener Zahnersatz dauerhaft gesehen kostengünstiger ist als konventioneller, zudem langlebiger ist und geringeren Erhaltungsaufwand bedarf. Wen wundert es, daß auch die Krankenkassen diese Studien nach Langlebigkeit und Wirtschaftlichkeit sehr intensiv verfolgen. Zu allem Überfluß kommt noch hinzu, daß Implantate zum jetzigen Zeitpunkt den Beweis erbracht haben, daß Abbauerscheinungen im Knochen sehr viel geringer erfolgen als bei Nichtversorgung einer Lücke. Es stellt sich fast die Frage, ob wir nicht grundsätzlich den Patienten eine implantologische Versorgung anraten müssen. Einige Gerichtsurteile gehen tendenziell schon in diese Richtung. Zum Höhepunkt der Diskussion um die neue Gesundheitsreform hat Frau Ministerin Schmidt deutlich gemacht, daß kein Unterschied mehr zwischen einem privat und gesetzlich krankenversicherten Patienten gegeben sein sollte. Die sozialpolitische Würdigung dieser Aussage soll außen vor bleiben. Es könnte jedoch daraus abgeleitet werden, daß auch unter wirtschaftlichen Verhältnissen eine implantatgetragene Versorgung kostengünstiger ist und daher zu übernehmen sei. Der unbedingte Wunsch der Politiker, mehr Leistungen kostenneutral zu integrieren, könnte die Gefahr beinhalten, daß man implantologische Versorgung stärker einbezieht. Moderne Therapieverfahren, so Frau Schmidt und ihr Staatssekretär Prof. Lauterbach, müssen auch einem gesetzlich krankenversicherten Patienten zur Verfügung stehen. Im vorweg-

genommenen Gehorsam wird bereits von seiten der Industrie mit Replicas oder kostengünstigen Implantaten geworben. In Berlin soll es Praxen geben, die eine chirurgische Einzelzahnimplantation mit prothetischer Überkonstruktion für unter 800 Euro abgeben. Billigpreise ausländischer Labors für implantatprothetische Rekonstruktionen, Franchiseketten, die implantatgetragene Versorgung kostengünstig anbieten, all dies sind Indizien, die dem Motto: „Geiz ist geil“ fröhnen.

Wenn nun die Krankenkassen die Leistungen im gesetzlichen Krankenkassenvertrag dagegen rechnen, ist zumindest eine Begehrlichkeit bei einigen implantatgetragenen Indikationen nicht zu übersehen. Nach den Beitragssteigerungen im gesetzlichen Krankenkassenvertrag werden auch die Krankenkassen unter Druck kommen, mehr Leistungen dem Versicherten zukommen zu lassen. Ob mit Beitragserhöhungen die Defizite, die bei den Krankenkassen in zweistelligem Milliardenbetrag angefallen sind, ausgeglichen werden, interessiert einen AOK-Versicherten wenig. In seiner Forderung nach Bezuschussung in der Implantologie trifft er ohnehin auf offene Ohren, indem ein Teil der Zahnärzte auch heute schon implantologische Leistungen teilweise über gesetzliche Krankenkassen abrechnen. Dies gilt insbesondere für den Beratungsaufwand, die Aufklärung, die Röntgenaufnahmen, Anästhesien und dergleichen. Mehraufwand bei der Verwaltung oder der Ärger mit den privaten Versicherungsgesellschaften, eine Bezuschussung für das Honorar zu erhalten, lassen die Zahnärzte langsam zugunsten einer Klassenmentalität weich werden. Die anfänglich kämpferische Haltung ist einer Resignation gewichen. Es ist ihnen lieber, weniger Honorar zu erhalten, als sich für höhere Honorarnoten zeitaufwendig oder streitgegenständlich einzusetzen. Die Resignation einerseits und die von den Patienten immer lauter werdende Forderung nach Kassenunterstützung bei der implantologischen Versorgung bleiben nicht ohne Wirkung. Daß dieser Markt von den gesetzlichen Krankenkassen sorgfältig beobachtet wird, davon können wir ausgehen. Ob wir den Kampf im inneren und äußeren gewinnen werden, wage ich zu bezweifeln. Ich halte unter momentanen Gesichtspunkten für sehr viel geschickter, anstelle einer weiteren Bezuschussung der Implantologie die Prophylaxe zu fördern, um damit die eigenen Zähne zu erhalten. Die kurative Zahnmedizin zugunsten der Vorsorge zu reduzieren und dafür eine Umverteilung der Kosten in Kauf zu nehmen. Eine einzige Entwicklung könnte uns dabei helfen, nämlich jene, daß der Zahnersatz in seiner Gesamtheit aus dem gesetzlichen Krankenkassenvertrag herausgenommen wird. So sehr der eine oder andere dies vielleicht kritisieren mag, so sehr ist dies die einzige Lösung, die Implantologie dauerhaft aus der Bezuschussung der gesetzlichen Krankenkassen herauszuhalten. ◆