



**Christian Berger**  
Präsident des BDIZ EDI

## „Dreidimensionale“ Implantologie – Wunsch und Wirklichkeit

Eine räumliche Darstellung des menschlichen Körpers war in der Medizintechnik bis vor wenigen Jahren nur mit sehr teuren Computertomografen möglich. Heute können wir mittels dreidimensionaler digitaler Volumentomografen komplizierte Operationen im Kiefer- und Gesichtsbereich kostengünstiger bereits präoperativ bis ins Detail planen. Ein wichtiger Schritt in die Zukunft liegt bei schwierigen Fällen sicherlich in der navigationsgestützten dreidimensionalen Implantation. In modernen Implantationspraxen und Universitäten wird diese Methode bereits eingesetzt. Die navigierte, also geführte Implantation soll verhindern, dass Komplikationen während der Operation auftreten, und schützt Gefäße und Nervenbahnen – eine sehr sichere Methode für geübte Implantologen. Ebenso klar muss gesagt werden, dass sich solche Verfahren eben nicht für „Einsteiger“ eignen.

Der BDIZ EDI wird sich im Jahr 2009 intensiv mit der dreidimensionalen Diagnostik und computergestützten Implantologie sowie den bildgebenden Verfahren im Allgemeinen beschäftigen: Den Auftakt dazu bildet das 4. Experten Symposium im Februar in Köln und den Höhepunkt markiert das 13. BDIZ EDI Symposium im Oktober in München. Der BDIZ EDI will aufzeigen, wo und wann sich diagnostische und therapeutische Vorteile durch den Einsatz modernster Technik erzielen lassen. Heute werden die verschiedensten Indikationen zur radiologischen Diagnostik durch die digitale Volumentomografie (DVT) abgedeckt – angefangen bei implantologischen Fällen über Frakturen bis hin zu komplizierten Weisheitszähnen ist die DVT im Einsatz. Um das Bild abzurunden, wird auch der Vergleich zur herkömmlichen implantologischen Diagnostik mittels 2-D gezogen. Der Umgang mit 3-D in der Implantologie will allerdings gelernt sein. Der Behandler braucht radiologische Grundkenntnisse und natürlich das Wissen um die Möglichkeiten von dreidimensionalen Systemen, und er muss wissen, wo die Grenzen liegen. Dabei spielen Bedienbarkeit, Indikation, Strahlenbelastung und insbesondere der interdisziplinäre Ansatz eine Rolle. Von Bedeutung für die implantologische Praxis ist auch die Frage, welche Planungssysteme praxisreif sind. Um ein möglichst komplettes Bild zu erhalten, braucht es den Vergleich der Systeme und die klinischen Erfahrungsberichte aus Universitäten und Praxen.

Im März öffnet die IDS 2009 mit verheißungsvollen neuen Technologien ihre Tore in Köln. Die schöne neue Dentalwelt mit ihren technologischen Möglichkeiten ist die eine Seite der Medaille. Die andere Seite ist die Bezahlbarkeit dieser Innovationen. Der Referentenentwurf für eine neue GOZ ist in toto ungeeignet und Innovationsfeindlich. Auch die Implantologie hat im GOZ-Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums eine deutliche Abwertung der Leistungen insgesamt erfahren. Beispiel gefällig? GOZ 901 erfährt ein Minus von 110 Punkten und GOZ 902 sogar ein Minus von 805 Punkten. Eine „Bewertungsverbesserung“ ist nur für die „einfachen“ Implantationen erkennbar, wenn alle für nicht gesondert abrechenbar erklärten Leistungen bei der Implantatinsertion auch nicht anfallen. Bedenkt man, dass implantatgetragene Prothetik für eine zunehmend älter werdende Bevölkerung eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität bedeutet, dann nimmt das Bundesgesundheitsministerium auf die Wünsche und Behandlungserfordernisse dieses Personenkreises nicht die geringste Rücksicht. Der große Bereich der bisher analog nach GOÄ abrechenbaren Leistungen wird zwar in der neuen GOZ weitgehend abgebildet, aber mit zum Teil deutlichen Bewertungsabschlägen gegenüber der GOÄ.

Wir Zahnärzte tragen eine hohe Verantwortung für unsere Patienten. Wir müssen abwägen, mit welcher Behandlung oder mit welchem Material sich das beste Ergebnis erzielen lässt. Dabei sind alle Behandlungsaspekte einzubeziehen und insbesondere die neuen Technologien auf den technischen und eben auch den finanziellen Prüfstand zu stellen.