Aktuelle Stellungnahmen der Konsensuskonferenz Implantologie

Tendenzen der Privaten Krankenversicherer (PKV), im privatärztlichen Behandlungsvertrag Arzneimittel Positiv-/Negativlisten zu etablieren und, darauf gestützt, die Erstattung von Behandlungskosten zu verweigern, sind rechtswidrig.

■ Der privatärztliche Behandlungsvertrag ist eine Vertragsbeziehung zwischen Patient/in und Arzt. Daneben existieren Vertragsbeziehungen zwischen Patient/in und Versicherungsgesellschaft oder Erstattungsstellen. Wirtschaftliche Behandlungsgrundlagen implantologischer Behandlungen sind die jeweils gültigen amtlichen Gebührenverzeichnisse GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte 1988) und GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte 1982, zuletzt geändert 1999 durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz). In diesem Rahmen entscheiden Krankheitsbild bezogen Arzt und Patient nach medizinischer und wirtschaftlicher Aufklärung über die anzuwendenden therapeutischen Maßnahmen. Über die Verordnung von zugelassenen Arzneimitteln und Medizinprodukten entscheidet der behandelnde Arzt in Abstimmung mit dem betroffenen Patienten. Einschränkungen bei der Verordnungsfähigkeit von zugelassenen Arzneimitteln oder Medizinprodukten, wie sie beispielsweise als Positiv-/Negativlisten im kassenärztlichen System der gesetzlichen Krankenversicherung etabliert wurden, existieren für den privaten Behandlungsvertrag nicht. Eine Einschränkung von Seiten der privaten Versicherungsgesellschaften nach dem Muster der gesetzlichen Krankenversicherungen ist nicht statthaft. Mittlerweile leiten private Versicherungsträger aus ihren offensichtlich intern geführten Positiv-/Negativlisten für Arzneimittel und Medizinprodukte die Möglichkeit ab, implantologische Gesamtbehandlungsmaßnahmen insgesamt abzulehnen und die Erstattung zu verweigern, wenn Produkte eingesetzt werden, deren Wirksamkeit nach Meinung der entsprechenden PKV angeblich nicht belegt sei. Auf Grundlage eines privatärztlichen Behandlungsvertrages sind zugelassene Arzneimittel/Medizinprodukte ohne Einschränkung verordnungsfähig. Die Erstattungsverweigerung zu Lasten der betroffenen Patienten hat offensichtlich einen rein pekuniären Hintergrund und dient ausschließlich den wirtschaftlichen Interessen der Versicherungsgesellschaften. Das Vorgehen stellt einen grob rechtswidrigen Eingriff in den privatärztlichen Behandlungsvertrag dar.

Zahnärztliche Betreuung von Implantatpatienten nach Verabreichung von Bisphosphonaten

Bisphosphonate (BP) werden seit über 20 Jahren erfolgreich beim multiplen Myelom und bei ossärer Metastasierung solider Tumoren, aber auch bei Osteoporose und anderen Knochenstoffwechselstörungen eingesetzt. Rasch progrediente Erkrankungsverläufe können mit Erfolg behandelt werden (Rosen et al. 2004, Saad et al. 2004). Chemisch ähneln die BP dem Pyrophosphat, das u.a. als endogener Regulator der Knochenmineralisation Bedeutung hat. Im Gegensatz zu dessen Phosphor-Sauerstoff-Phosphor-Bindung (P-O-P-Bindung) weisen alle BP eine gegenüber enzymatischer Spaltung und saurer Hydrolyse resistente Phosphor-Kohlenstoff-Phosphor-Bindung (P-C-P-Bindung) im Zentrum der Strukturformel auf (Rogers et al. 2000). Sie vermindern vor allem die osteoklastäre Resorption und erzielen damit eine positive Gewebebilanz im Knochen. BP werden kovalent an den Hydroxylapatit des Knochens gebunden, die Halbwertszeit kann je nach Medikament zwischen wenigen Monaten und Jahren betragen. BP werden intravenös oder oral verabreicht. Das Nebenwirkungsprofil wird seit Jahren als günstig beurteilt (orale BP: Gastrointestinale Beschwerden; parenterale BP: Akute-Phase-Reaktion, selten nephrotoxische Nebenwirkungen u.a. [Diel et al. 2005]). Bisher liegen nur einzelne Literaturdaten als Hinweis auf ein erhöhtes Risikoprofil zur Entwicklung einer BP-ONJ durch dentale Implantate vor (Marx et al. 2005). Ein Patient mit bereits vor BP-Therapie inserierten Implantaten bedarf sicher einer intensivierten Nachsorge (Starck und Epker 1995). Bis wann vor einer geplanten BP-Therapie unkritisch implantiert werden kann, ist unbekannt. Eine Implantation unter einer laufenden BP-Therapie ist in Abhängigkeit von dem bestehenden Risikoprofil (Grunderkrankung, Art, Dauer und Dosierung der Medikation, Cofaktoren u.a.) individuell abzuwägen. So lange alternativ suffiziente Versorgungsmöglichkeiten bestehen, sollte zurzeit bei Hochrisiko-Patienten, die eine intravenöse BP-Gabe wegen einer malignen Grunderkrankung erhalten, auf Implantate verzichtet werden. Da die