

Prof. Dr. Thomas Ratajczak und Christian Berger im Interview

Karlsruhe war die GOZ-Klage zu heiß

Nach der Klage ist vor der Klage: Sollte sich Katerstimmung nach der Nichtannahme der Verfassungsbeschwerde zur GOZ 2012 im BDIZ EDI breitgemacht haben, ist diese einer Aufbruchsstimmung gewichen. Präsident und Justiziar des BDIZ EDI im Interview mit Anita Wuttke, Chefin vom Dienst des BDIZ EDI konkret.

Herr Professor Ratajczak, Sie haben monatelang Fakten gesammelt, analysiert und eine Argumentationskette zur Verfassungswidrigkeit der GOZ 2012 aufgebaut, die selbst für juristische Laien nachvollzieh-

deln. Im Bereich der Zahnheilkunde trifft man immer wieder auf Entscheidungsträger, die im Wesentlichen damit argumentieren, dass es den Zahnärzten so schlecht nicht gehen könne, wenn sie nicht renitenter in der Öffentlichkeit auftreten. Bei der Ärzteschaft wird um die GOÄ ja dieselbe Diskussion geführt. Auch dort wird zu Recht ein Inflationsausgleich seit ihrer letzten Änderung 1996 gefordert. Der Marburger Bund hat wohl den richtigeren Weg eingeschlagen, um

Bundesverfassungsgerichts über das Totschlagargument der Systemstabilität der gesetzlichen Krankenversicherung im Allgemeinen und der Gesundheitsversorgung im Besonderen hinwegsetzte. Das System würde nicht instabil, wenn heilberufliche Leistungen adäquat honoriert würden. Wie das gehen würde, zeigt ein Blick in § 6 GOZ: Zeit- und Kostenaufwand sind die maßgeblichen Beurteilungskriterien. Man kann nicht auf der einen Seite beklagen, dass in den Praxen



Prof. Dr. Thomas Ratajczak und Christian Berger

bar ist. Dennoch hat das Bundesverfassungsgericht die Beschwerde nicht angenommen. Wie erklären Sie sich das?

Ratajczak: Zu erklären ist das eigentlich gar nicht, wenn man nicht politische Absichten unterstellt (Stichwort: Bürgerversicherung) und/oder die Ferne der derzeit am Bundesverfassungsgericht tätigen Richter zu den Freien Berufen beklagen mag. Der Gesetzgeber kümmert sich – wie erst jüngst wieder geschehen – sehr um das Wohl der Rechtsanwälte. Dort ist der Ausgleich von Kostensteigerungen stets ein Thema und ein Grund für gesetzgeberisches Han-

innerhalb weniger Jahre bedeutende Gehaltssteigerungen zu erzwingen: Streik auf dem Rücken der Patienten. Die Praxisferne des Gerichts, insbesondere das mangelnde Verständnis für die volkswirtschaftlich überaus bedeutsame Gruppe der Freien Berufe, hat die Bundesrechtsanwaltskammer seit vielen Jahren kritisiert und erst kürzlich in einer Pressemitteilung vom 22.03.2013 wieder gefordert, eine der frei werdenden Richterstellen am Bundesverfassungsgericht mit einer Anwältin/einem Anwalt zu besetzen. Vielleicht nützte das etwas. Aber noch mehr würde es helfen, wenn sich man seitens des

Mehrleistungen, bei den Ärzten seit einigen Jahren unter dem Namen IGeL bekannt, angeboten und teilweise auch gepuscht werden, andererseits Honorarstrukturen aufrechterhalten, die den Kernbereich der (zahn-)ärztlichen Dienstleistungen weit unter kostendeckend vergüten. Man beklagt die Anfälligkeit für die Zuweisung gegen Entgelt, statt dafür zu sorgen, dass das Leistungsentgelt stimmt. Karlsruhe war das Thema offenbar zu heiß. Aber danke, dass Sie die Verfassungsbeschwerden auch für den juristischen Laien als nachvollziehbar bezeichnen. Das sollte sie auch sein.

Sind der BDIZ EDI, alle kooperierenden Verbände sowie die Kläger damit gescheitert?

Ratajczak: Nein, es geht halt auf den umständlichen und meines Erachtens auch nicht sachgerechten verwaltungsgerichtlichen Wegen weiter.

Haben die Kritiker einer Verfassungsbeschwerde Recht behalten, die den Weg durch die Instanzen bevorzugen?

Ratajczak: Der Weg durch die Instanzen über die Zivilgerichtsbarkeit ist meines Erachtens nicht wirklich gangbar. Welchem Zahnarzt ist es zuzumuten, seine Rechnung mit einem von ihm ausgedachten Punktwert zu versehen und zu behaupten, von Verfassungswegen sei genau dieser Wert der richtige? Das Verfahren kann bis zuletzt jederzeit durch die private Krankenversicherung unterlaufen werden, indem sie, wenn es für sie kritisch zu werden droht, „ohne Anerkennung einer Rechtspflicht“ die Rechnung bezahlt und damit der Klage die Grundlage entzieht. Dieses prozessstrategische Verhalten sieht man als Reaktion des PKV-Verbandes auf das für seine Mitgliedsunternehmen „verheerende“ Urteil des Bundesgerichtshofs vom 12.03.2003 immer wieder.

Wird es nun wieder Gespräche mit der Politik, beziehungsweise dem Bundesgesundheitsministerium geben?

Berger: Wir waren immer gesprächsbereit und haben auch immer versucht, den Kontakt herzustellen – sowohl mit den Schreiben an die Mitglieder des Bundestags, das Bundesgesundheitsministerium und natürlich bei offiziellen Gesprächen im Ministerium als auch und am Rande von Wahlveranstaltungen, Empfängen in Berlin und Zahnärztetagen. In die Gespräche mit dem Bundesgesundheitsministerium wieder einzutreten, war auch ein Anliegen, das uns *Prof. Dr.*

Helge Sodan, der für das Gutachten im Auftrag der Bayerischen Landeszahnärztekammer zur GOZ 2012 verantwortlich ist, ins Stammbuch geschrieben hat. Leider ist es in einem Wahljahr schwierig, Politiker dazu zu bewegen, sich deutlich zu positionieren, wenn sie dadurch fürchten müssen, in der Wählergunst abzufallen. Erst kürzlich hatte ich mich in München am Rande einer Wahlkampfveranstaltung mit Bundesgesundheitsminister *Daniel Bahr* (FDP) getroffen – noch bevor uns Klägern die Nichtannahme der GOZ-Verfassungsbeschwerde zuging.

Die Richter und Staatsanwälte Nordrhein-Westfalens hatten kürzlich angekündigt, wegen der geplanten Nullrunde ihrer Besoldung zu demonstrieren. Die Richterbesoldung sei nach mehreren Nullrunden nicht mehr angemessen und damit verfassungswidrig. Kommt uns das bekannt vor? Auch wenn man die freiberuflichen Zahnärzte nicht mit den Staatsbeamten vergleichen kann, wäre das eine Option für die Zahnärzte?

Berger: Ich erinnere mich noch gut an das Jahr 2004, als 3000 Zahnärztinnen und Zahnärzte aus ganz Bayern in einem großen Demonstrationszug vor das Zahnärztheaus gezogen sind, um gegen den von der damaligen bayerischen Gesundheitsministerin *Christa Stewens* eingesetzten „Staatskommissar“ zu demonstrieren. Hintergrund war die Gesetzesänderung, die mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz alle KZV-Vorsitzenden zu hauptamtlichen Angestellten gemacht hat. Dass die deutsche Zahnärzteschaft in Gänze auf die Straße geht, um gegen den Stillstand beim Punktwert in der GOZ seit fast 50 Jahren zu demonstrieren, wäre sicher wünschenswert, ist aber eher unwahrscheinlich. Dagegen steht, dass wir Zahnärzte ein Helfersyndrom haben und unsere Patienten nicht im Stich lassen wol-



len. Den Weg über die Instanzen ist zwar ein mühseliger, aber wie ich hoffe, letztlich erfolgreicher.

Die Verfassungsbeschwerde hat eineinhalb Jahre Vorbereitungszeit gekostet. Muss jetzt völlig neu argumentiert werden?

Ratajczak: Nein, nur ergänzend.

Wie sehr hat Sie die Nichtannahme der Beschwerde persönlich getroffen?

Ratajczak: Ich vertrete als Anwalt mit Herzblut die Interessen der (Zahn-)Ärzteschaft. Dass sich Richter vor den mit Händen zu greifenden Problemen wegduckten, erlebt man immer wieder, aber man gewöhnt sich nicht daran.

Berger: Sehr! Natürlich mussten wir immer damit rechnen, dass die Klage nicht angenommen werden würde. Aber dass Karlsruhe nicht einmal einen erklärenden Satz angesichts der klaren Argumente für uns hatte, ist für mich schwer verdaulich und meine Enttäuschung ist enorm groß. Aber am Ende hilft es nicht, den Kopf resignierend in den Sand zu stecken. Aufstehen und weitermachen, ist die Devise!

Vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview wurde von *Anita Wuttke* geführt. ■

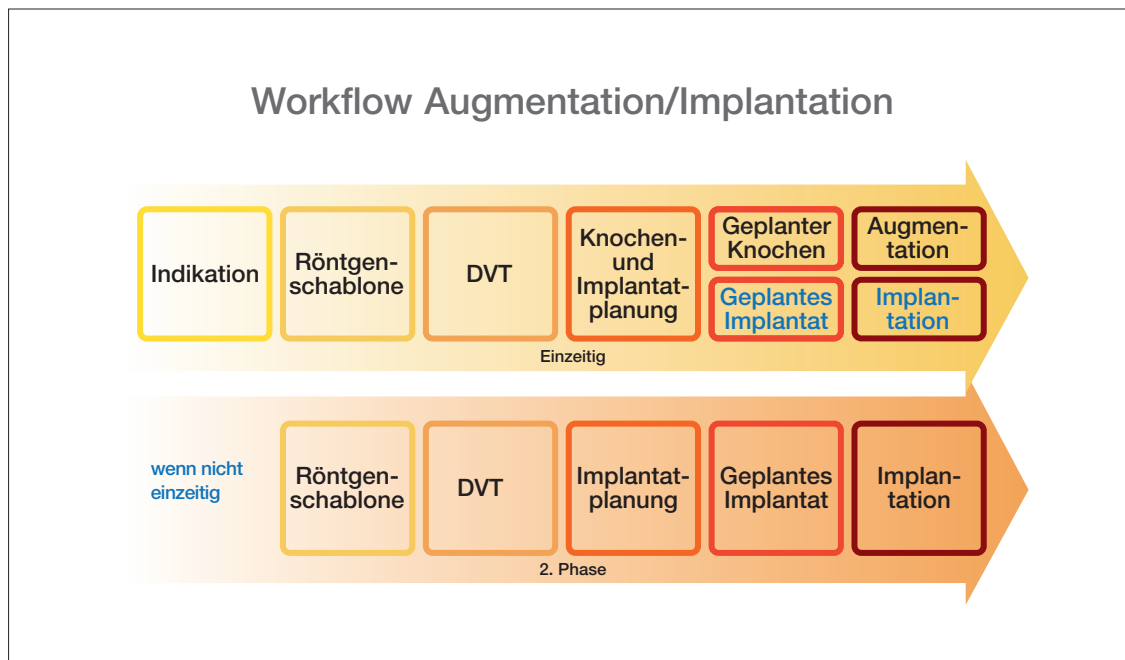


Tabelle 2 Workflow Augmentation/Implantation

igkeit von 0,1 bis 0,2 mm gefordert (Luthardt 2004), der Spalt zwischen Krone und natürlichem Zahn beträgt 0,027 bis 0,101 mm (Limkangwalmongkol et al. 2007 und 2009).

Die Genauigkeit der beiden Verfahren – analog und digital – liegt demnach in der gleichen Größenordnung, wenn man alle potenziellen Fehlerquellen berücksichtigt – DVT-interne Fehlerquellen, die Übertragung auf die chirurgische Schablone, die Neupositionierung der Schablone, der Sitz des Bohrers im Implantatbett und die Abweichungen bei der tatsächlichen Insertion des Implantats. Oberflächenscans erhöhen die Präzision. Bei der computergestützten Aufstellung entfällt das diagnostische Modell. Ein wichtiger Schritt in Richtung Digitalisierung der prothetisch gesteuerten Implantatplanung ist nunmehr realisiert und macht den Planungsprozess zuverlässiger und präziser. Leider bestehen weiterhin technische Beschränkungen bei Patienten mit teilbezahntem Kiefer oder mit umfangreichen metallischen Artefakten.

Je mehr Zähne fehlen und je ausgeprägter die Weichteilreaktion ist, desto wichtiger sind die Gesichts-umrisse und funktionalen Kriterien. Bisher kann man dies nur mit einer analogen Aufstellung simulieren, die vom Zahnarzt gemeinsam mit dem Patienten beurteilt wird.

Verschiedene Indikationen – verschiedene Planungsansätze

An Einzelzahnersatz werden tendenziell die höchsten Ansprüche gestellt. Nach Möglichkeit soll postoperativ ein Zustand wie vor dem jeweiligen Zahnverlust erreicht werden. Besonders hohe Anforderungen bestehen in der ästhetischen Zone. Entscheidend für die zu wählende Versorgung sind dabei vor allem die anatomischen Voraussetzungen. So wird man bei einer Sofort- oder verzögerten Implantation in eine vorhandene Alveole weitgehend auf eine 3D-Planung verzichten können. Bei allen Spätimplantationen sind dagegen eine Zahnaufstellung und 3D-Aufnahmen sinnvoll.

Durch eine korrekt geplante Implantatneigung und eine korrekte Relation zu den Nachbarzähnen wie auch den Zähnen des Gegenkiefers können das Emergenzprofil und damit letztlich auch die Positionierung der Krone günstig beeinflusst werden. Eine schablonengeführte Implantation ist insbesondere dann sinnvoll, wenn mehrere Einzelimplantate nebeneinander gesetzt werden sollen oder wenn beengte Platzverhältnisse vorliegen.

Bei der Rekonstruktion der verkürzten Zahnreihe sind Funktion und Abstützung der Kiefergelenke wichtig. Auf die Frage „Wie viele Zähne braucht der Mensch?“ kann es keine Standardantwort geben. In den vergangenen Jahren hat sich die Tendenz entwickelt, eher mehr Zähne bereitzustellen, mit festen Brücken bis zum ersten Molaren, möglicherweise mit Extensionsbrücken jenseits der Prämolaren. Der Alveolarkammabbau ist im seitlichen Kieferbereich in der Regel horizontal am weitesten fortgeschritten, beginnend von bukkal und häufig mit entsprechendem

Planung für das Implantat in einem Defekt vor Augmentation (gleicher Defekt wie in Abbildung 1)

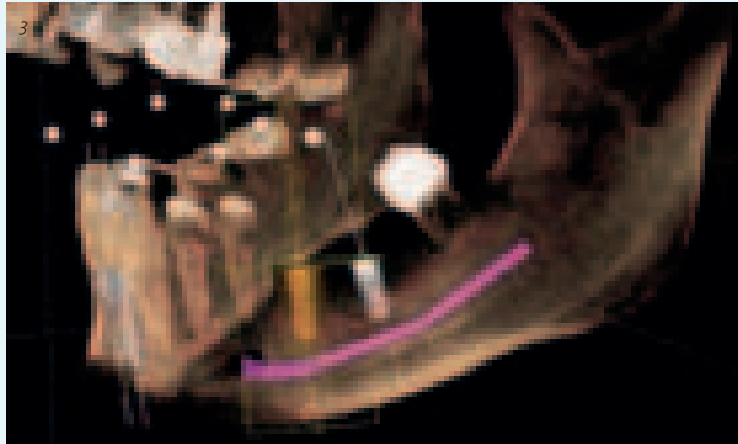


Abb. 3 3D-Planung, Vermessung

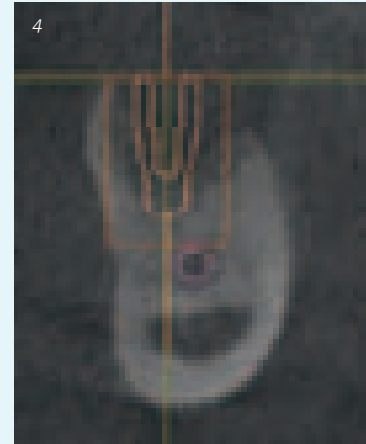


Abb. 4 3D-Planung, präoperativer Querschnitt von Zahn 36

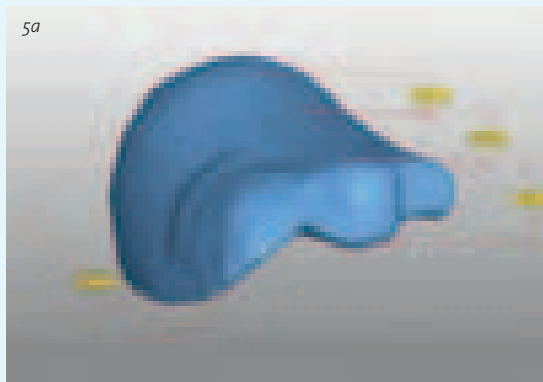


Abb. 5a und 5b Humaner Knochenblock, digital und physisch

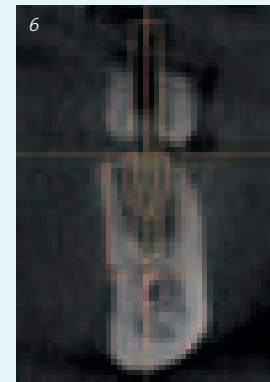
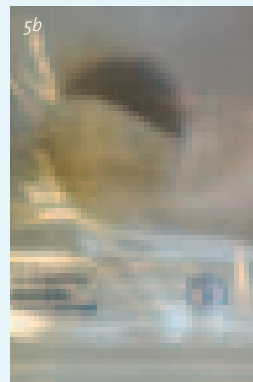


Abb. 6 3D-Planung, Querschnitt von Zahn 36, postoperative Aufstellung mit Zahnachse

Knochenabbau in der vertikalen Dimension (Abb. 2 bis 6)

Ohne oder mit nur kleineren Augmentationsmaßnahmen bedeutet dies, dass längere prothetische Rekonstruktionen bei kurzen Implantaten nötig sind und dass diese weiter lingual müssen als die natürlichen Zähne. Die Verwendung kurzer Implantate im Seitenzahnbereich unterliegt Einschränkungen (gute Knochenqualität, primäre Verblockung von Kronen und Gerüstkapfen, Vermeidung von Extensionsbrücken, keine Kontakte in der Lateralexkursion, keine Parafunktion). Auch für die Angulierung gibt es Einschränkungen; sie ist auf 20° begrenzt. In der EDI-Richtlinie (2011)

werden angulierte Implantate für die Freundversorgung nicht empfohlen. Wo natürliche Antagonisten vorhanden sind, führen implantatgetragene Kronen zu keinen funktionellen Einbußen. Anders ist dies bei Antagonisten, die nicht natürlich sind oder nicht an der natürlichen funktionellen Position stehen. Hier muss bukkal Platz gewonnen werden, selbst wenn Patienten häufiger über spontanen Wangenbiss und Bolusretention klagen. Es muss in einer solchen Situation also sehr sorgfältig abgewogen werden, ob man bei Kieferdefekten lieber den zunächst angenehmeren Weg über kurze und angulierte Implantate mit entsprechend langer Suprakonstruktion oder den

schwierigeren Weg über eine Augmentation mit distal positionierten Implantaten geht. Die 3D-Planung liefert hier unverzichtbare Entscheidungshilfen. Die Abbildungen 7 bis 10 zeigen eine typische Rekonstruktion einer verkürzten Zahnreihe bei guten Voraussetzungen mit einer Bohrschablone für die Pilotbohrungen.

Bei der implantologischen Versorgung des zahnlosen Kiefers ist die 3D-Planung bei der Wahl unter den unterschiedlichen Therapieformen eher noch wichtiger. Sind augmentative Maßnahmen erforderlich, und wenn ja, welche? Ist herausnehmbarer oder festsitzender Zahnersatz zu bevorzugen? Wenn letz-