

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin

der Universität Würzburg

Vorstand: Professor Dr. med. Dr. phil. Michael Stolberg

Die Geschichte der Implantologie in der Bundeswehr

Die Einführung neuer Therapiemethoden und Verteilungsgerechtigkeit in einem „geschlossenen“ Gesundheitssystem

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der

Medizinischen Fakultät

der

Bayerischen Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg

vorgelegt von

Matthias Beneke

aus Hilgert

Würzburg, April 2017

Referent: Professor Dr. med. dent. Ralf Vollmuth

Koreferent: Professor Dr. med. Dr. med. dent. Alexander Kübler

Dekan: Professor Dr. med. Matthias Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 19. März 2018

Der Promovend ist Zahnarzt

Inhaltsverzeichnis:

1	Einleitung	1
1.1	Aufgabenstellung und methodischer Ansatz	3
1.2	Literatur und Quellenlage	6
2	Die Geschichte der zahnärztlichen Implantologie im Überblick	9
2.1	Die Entwicklung der zahnärztlichen Implantologie bis zum Ende des 19. Jahrhunderts	9
2.1.1	Zahnersatz in der römischen Antike	10
2.1.2	Funde südamerikanischer Kulturen	12
2.1.3	Transplantationen im Mittelalter und in der Frühneuzeit	13
2.1.4	Das 18. Jahrhundert	14
2.1.5	Die erste Implantation eines Zahnes	17
2.1.6	Die ersten Implantationen künstlicher Zähne	18
2.2	Die Entwicklung der modernen Implantologie	20
2.2.1	Erste Weiterentwicklungen der Implantationsmethoden im 20. Jahrhundert	21
2.2.2	Die subperiostalen Implantate	22
2.2.3	Schraubenimplantate	24
2.2.4	Das IMZ-Implantat	25
2.2.5	Die Entwicklung des Frialit-Systems	25
2.2.6	ITI-Hohlzylinderimplantate	26
2.2.7	Nadelimplantate und Blattimplantate	27
2.2.8	Die transdentale Fixation	28
3	Die fachliche Etablierung der zahnärztlichen Implantologie in Deutschland innerhalb der letzten 50 Jahre	29
3.1	Die Entwicklung der modernen Implantologie in Deutschland	30
3.2	Qualitätsgesicherte Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten in Deutschland	32
3.3	Berufsverbände und Fachgesellschaften	33
3.3.1	Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V. (BDIZ EDI)	33
3.3.2	Berufsverband Deutscher Oralchirurgen -BDO- e.V.	34
3.3.3	Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG)	34
3.3.4	Deutsche Gesellschaft für Implantologie im Zahn-, Mund- und Kieferbereich e.V. (DGI)	35
3.3.5	Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Implantologie e.V. (DGZI)	35
3.3.6	Die Bedeutung der Fachgesellschaften und Berufsverbände	36

4	Die zahnärztliche Implantologie im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung von Soldaten der Bundeswehr	38
4.1	Die Organisation der zahnärztlichen Versorgung in der Bundeswehr von den Anfängen bis heute	38
4.2	Der Beginn der Bestrebungen zur Einführung der zahnärztlichen Implantologie	45
4.3	Gesetzliche Grundlagen, administrative Grundlagen	48
4.4	Die administrative Einführung der zahnärztlichen Implantologie in der Bundeswehr	52
4.5	Implantologie in zahnärztlichen Behandlungseinrichtungen der Bundeswehr	66
4.6	Genehmigungsverfahren	68
4.7	Qualitative und quantitative Entwicklungen bei der Implantatversorgung seit der Einführung	88
4.7.1	Qualitative Entwicklungen (heute auch Indikationsklassen)	88
4.7.2	Die Entwicklung der Indikationsklassen	89
4.7.3	Entwicklungen der Implantatsysteme	98
4.7.4	Quantitative Entwicklungen im Bereich der Bundeswehr	100
4.8	Finanzielle Ressourcen und Verteilungsgerechtigkeit als beeinflussende Größe	104
4.8.1	Finanzielle Ressourcen bei der Implantatversorgung	105
4.8.2	Die Verteilungsgerechtigkeit als bestimmende Größe im Rahmen der Einführung implantologischer Leistungen bei der Bundeswehr	107
5	Kritische Bewertung der fachlichen und rechtlichen Vorgaben zum Versorgungsanspruch im kontrastiven Vergleich zum zivilen Gesundheitswesen (GKV, PKV, Beihilfe)	109
5.1	Die zivilen Krankenversicherungssysteme in Deutschland	110
5.1.1	Die Gesetzliche Krankenversicherung	111
5.1.2	Die Private Krankenversicherung	118
5.1.3	Die Beihilfe	120
5.2	Vergleich der Finanzierungskonzepte und Möglichkeiten in den verschiedenen Kostenträgerbereichen	123
5.2.1	Finanzierungskonzepte im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherungen	124
5.2.2	Finanzierungskonzepte im Bereich der Privaten Krankenversicherungen	126
5.2.3	Finanzierung medizinischer Leistungen im Rahmen der Beihilfe sowie der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung	129
5.3	Geschlossene Systeme? Möglichkeiten des Wechsels zwischen den unterschiedlichen Versicherungssystemen und Einführung der Portabilität	130

5.4	Vergleich der fachlichen Vorgaben für eine implantologische Versorgung innerhalb der unterschiedlichen Kostenträgersysteme	134
5.5	Bewertung des durch die Kostenträgersysteme gewährten Leistungsumfangs implantologischer Versorgungen	135
6	Verteilungsgerechtigkeit medizinischer Maßnahmen am Beispiel der Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten	140
6.1	Begriffsbestimmung und Einleitung in die Diskussion	142
6.1.1	Allokation	142
6.1.2	Rationalisierung	143
6.1.3	Rationierung	143
6.1.4	Priorisierung und Posteriorisierung	144
6.2	Das Grundproblem der Finanzierbarkeit einer umfassenden medizinischen Versorgung im Kontext demographischer Entwicklungen in Deutschland	146
6.3	Rationalisierung und Rationierung als Mittel der Ausgabenbegrenzung	149
6.4	Priorisierung medizinischer Maßnahmen als notwendiger Schritt und Darstellung möglicher Kriterien	152
6.5	Grenzen und Umsetzbarkeit von Leistungsbegrenzungen	155
6.6	Aspekte der Verteilungsgerechtigkeit im Rahmen der Gewährung von zahnärztlich-implantologischen Leistungen	157
7	Diskussion und Zusammenfassung	162
8	Quellen- und Literaturverzeichnis	165
8.1	Quellenverzeichnis	165
8.2	Literaturverzeichnis	170
9	Abbildungsverzeichnis	176
10	Anhang:	178
	Danksagung	
	Lebenslauf	

1 Einleitung

Die zahnärztliche Implantologie, seit jeher ein Fachgebiet, das die zahnärztliche Chirurgie mit der zahnärztlichen Prothetik verbindet, wird bestimmt vom Bestreben, den Verlust eines natürlichen Zahnes durch eine in Funktion und Ästhetik möglichst gleichwertige, funktionstüchtige und körperverschträgliche Konstruktion zu ersetzen. Dieser Menschheitstraum, nach Zahnverlust eine neue Wurzel wieder in den Kiefer einzusetzen, die in Funktion und Haltbarkeit einem natürlichen Zahn entspricht, wird schon seit vielen Jahrhunderten verfolgt und wurde in Abhängigkeit der zur Verfügung stehenden technischen und materiellen Möglichkeiten in vielen Varianten vollzogen. Wenn man heutzutage die Diskussion über neueste Verfahrenstechniken und moderne Materialien mit immer wieder innovativen Oberflächenstrukturen und Beschaffenheiten verfolgt, beeindruckt es umso mehr, dass die zahnärztliche Implantologie schon seit Jahrhunderten in immer wieder veränderten Verfahren und mit unterschiedlichen Behandlungsansätzen vorangetrieben wurde.

Insbesondere in den letzten Jahrzehnten hat die zahnärztliche Implantologie zunehmend an Bedeutung gewonnen. Dieses Therapieverfahren ist zwar zu einer bewährten und qualitätsgesicherten Behandlungsmethode gereift, dennoch wurde und wird diese Versorgungsart nur in Ausnahmefällen von Seiten der Kostenträger in vollem Umfang übernommen. Dadurch hat eine Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten noch immer den Nimbus einer Luxusversorgung und steht aufgrund der vergleichsweise hohen Kosten grundsätzlich nur demjenigen Patientenkreis zur Verfügung, der bereit und in der Lage ist, diese Kosten außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zu übernehmen oder sich im Rahmen einer Vollversicherung bei einem privaten Kostenträger entsprechend zu versichern.

Inzwischen hat in der Zahnmedizin bezüglich der Implantologie ein Paradigmenwechsel stattgefunden. Nachdem die Entwicklung und Anwendung von Implantaten insbesondere im letzten Jahrhundert vorwiegend durch Praktiker vorangetrieben wurde und sich die Universitäten zunächst nur zögerlich dieser Behandlungsmethode zugewandt haben, ist die Behandlungsform inzwischen wissenschaftlich bestätigt und wird als bewährtes Therapieverfahren seitens der Wissenschaft anerkannt.

Diese zusätzlich zur Verfügung stehende Therapieform hat aufgrund eines damit verbundenen erweiterten Therapiespektrums auch deutliche Einflüsse auf andere Teilberei-

che der Zahnmedizin. Die zahnärztliche Prothetik konnte sich in puncto Vielfalt der therapeutischen Planungs- und Lösungsansätze dieser Möglichkeit zur Veränderung der prothetischen Basis anpassen und neue, befundorientierte Versorgungskonzepte entwickeln. Die Supraversorgung von Implantaten hat hierbei eine besondere Bedeutung in allen Bereichen der prothetischen Versorgung (festsitzender und herausnehmbarer Zahnersatz) gewonnen.

Die zahnärztliche Implantologie stellt somit eine Grundlage für ein neues System der zahnärztlich prothetischen Behandlung und Versorgung dar. War man als Zahnarzt in seinen Therapieansätzen zuvor unmittelbar abhängig vom Ausgangsbefund des Patienten, so kann durch die zahnärztliche Implantologie in nahezu allen Fällen bei Bedarf der Ausgangsbefund hinsichtlich der prothetischen Basis positiv beeinflusst werden, wodurch erweiterte prothetische Versorgungskonzepte ermöglicht werden.

In dieser Arbeit soll die Einführung der zahnärztlichen Implantologie bei der Bundeswehr beschrieben werden, deren gesundheitliche Versorgungsstrukturen (unentgeltliche truppenärztliche Versorgung) aufgrund ihrer Charakteristika als in sich „geschlossenes Gesundheitssystem“ betrachtet werden können. Anhand der Einführung dieser Behandlungsmethode soll im Anschluss an die medizingeschichtliche Aufarbeitung eine Diskussion der Rahmenbedingungen und Problemstellungen erfolgen, die eine Erweiterung des Behandlungsspektrums um neue Therapiemöglichkeiten in einem Gesundheitssystem mitbestimmen. Insbesondere vor dem Hintergrund limitierter finanzieller Ressourcen innerhalb des Gesundheitssystems in Deutschland soll in dieser Arbeit auch auf ethische Aspekte der Verteilung von medizinischen Leistungen eingegangen werden. Zukünftige Entwicklungen, wie beispielsweise der demographische Wandel in Deutschland und in Europa, bedingen zwangsläufig eine Anpassung des Gesundheitssystems in Deutschland und somit eine vorausgehende öffentliche Diskussion über Verteilungssystematiken von medizinischen Leistungen und über entsprechende Kriterien zur Festlegung des Leistungsumfangs. Eine Beibehaltung des status quo wird gemäß allen Voraussagen von Finanz- und Gesundheitsexperten nicht zukunftsicher gelingen.

1.1 Aufgabenstellung und methodischer Ansatz

Das Gesundheitsversorgungssystem der Freien Heilfürsorge, das bei der Bundeswehr in Form der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung gewährt wird, unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von den Kostenträgersystemen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen.¹

Dieses Versorgungssystem hat einen eindeutig festgelegten Personenkreis von Anspruchsberechtigten, den aktiven Soldaten, und ermöglicht keinen Eintritt von extern bzw. Wechsel in eine andere Versicherungsform.

Somit ist es zumindest für die Dauer des aktiven Dienstes der Soldatin bzw. des Soldaten als ein in sich geschlossenes Gesundheitssystem zu betrachten, das sehr überschaubar ist, weil es ausschließlich statusbezogen zur Geltung kommt. Diese Versorgungsform ist damit keinem Wettbewerbsdruck unterlegen und dient ausschließlich der Gesundheitsvorsorge und -fürsorge sowie dem Erhalt und gegebenenfalls der Wiederherstellung der Gesundheit sowie der Dienst- und Auslandsdienstverwendungsfähigkeit der Soldatinnen und Soldaten.

Die Umfänge der medizinischen Versorgung, medizinische Entwicklungen und neue Therapieverfahren werden bei den zivilen Kostenträgersystemen in unterschiedlicher Weise anerkannt und die Kostenübernahme wird in verschiedenen Formen und Angeboten geregelt. Das Gesundheitssystem der Bundeswehr ist hinsichtlich des Anspruchsumfanges zwar an die Entwicklungen des zivilen Kostenträgerbereichs angelehnt, der Anspruchsumfang wird jedoch in einer eigenen Verwaltungsvorschrift² festgelegt und unterliegt somit strukturell keiner Bindung an zivile Vorgaben der übrigen Kostenträgerbereiche. Die dennoch stattfindende starke Orientierung insbesondere an den Vorgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung ist darauf zurückzuführen, dass der Umfang der Kostenübernahme für medizinische Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich das von der Gesellschaft und der Politik anerkannte Maß einer medizinischen Standardversorgung darstellt. Auch wenn eine offene gesellschaftliche und vor allem politische Diskussion um eine Begriffs- und Umfangsdefinition einer medizini-

¹ Die Vorgaben der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung sind festgelegt in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zu § 69 Abs 2 des Bundesbesoldungsgesetzes in der jeweils gültigen Fassung. Vergleiche hierzu VwV BBesG 1986, VwV BBesG 1999 sowie VwV BBesG 2009.

² Siehe hierzu VwV BBesG 1986, VwV BBesG 1999 sowie VwV BBesG 2009.

schen Basisversorgung in Deutschland bisher nicht wirklich erfolgt ist, so stellt der Versorgungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung die Grundlage hierfür dar.

Über dieses Maß an Standardversorgung hinausgehende Kostenerstattungen für medizinische Leistungen sind im zivilen Gesundheitssektor durch den Patienten bzw. die Private Krankenversicherung zu tragen. Im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung gibt es hinsichtlich des Versorgungsumfanges jedoch auch deutliche Abweichungen vom gesetzlichen Kostenträger.

Im Bereich der Streitkräfte finden sich spezielle Anforderungen an den militärisch notwendigen und somit geforderten Gesundheitszustand und auch an eine medizinische Versorgung der Soldatinnen und Soldaten. Vor diesem Hintergrund ist es in einzelnen medizinischen Bereichen unerlässlich, bestimmte Versorgungs- und Therapieformen zu wählen und somit die Kosten auf Bundesmittel zu übernehmen, um eine Dienst- und Einsatzfähigkeit nicht zu gefährden.

Die Festlegung des Versorgungsumfanges im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung unterliegt somit dem Zusammenspiel der Faktoren Einsatzbereitschaft der Soldaten in Verbindung mit den zur Verfügung stehenden finanziellen Rahmenvorgaben sowie auch der gesellschaftlichen Akzeptanz für eine medizinische Versorgung von Soldaten, hierbei insbesondere vergleichbarer Statusgruppen (Beamte).

Dazu kommt, dass ein staatlicher Kostenträger nicht so flexibel und schnell auf neue medizinische Entwicklungen eingehen kann und wird, wie dies ein auf privatärztlichen Leistungen basierendes Kostenträgersystem kann, welches zudem im Wettbewerb um Kunden steht. Die staatlichen Kostenträgersysteme mit ihren limitierten finanziellen Möglichkeiten beobachten daher medizinische Entwicklungen und deren Wirksamkeit auch insbesondere unter ökonomischen Aspekten, bevor sie diese diagnostischen oder therapeutischen Verfahren in den Leistungsumfang übernehmen.

In dieser Arbeit soll die Einführung einer neuen, im zivilen Bereich schon seit längerer Zeit bewährten und etablierten Behandlungsmethode in das Gesundheitssystem der Bundeswehr untersucht werden.

Es gilt hierbei darzustellen, welche Schwierigkeiten und Regelungen mit solch einer Neueinführung einer Behandlungsmethode und der damit verbundenen Kostenübernahme einhergehen.

Des Weiteren ist zu untersuchen, welche Unterschiede in Bezug auf die zivilen Kostenträgersysteme hierbei entstanden sind bzw. bestehen und wo die Vorzüge der einzelnen Systeme liegen.

Hierzu soll zunächst eine historische Übersicht über die Entwicklung der zahnärztlichen Implantologie bis in die Gegenwart gegeben werden. Basierend auf der geschichtlichen Entwicklung und insbesondere auf dem Stand der Implantologie zu Zeiten der letztendlichen Einführung der Implantologie in der Bundeswehr folgt ein kurzer Überblick über die Rahmenbedingungen der Implantatversorgung im zivilen Bereich, um einen Vergleich zu dem Versorgungssystem der Bundeswehr zu ermöglichen. Eine Übersicht über die Organisationsstrukturen des zahnärztlichen Dienstes der Bundeswehr und eine Beschreibung der gesetzlichen und administrativen Grundlagen führen in das System der Gesundheitsversorgung in der Bundeswehr ein.

Qualitative und quantitative Entwicklungen sowie eine Betrachtung der Rahmenbedingungen bei der gesundheitlichen Versorgungsstruktur der Bundeswehr runden schließlich die Beschreibung der Implantologie bei der Bundeswehr ab.

Anschließend werden die fachlichen und rechtlichen Vorgaben und der Anspruch innerhalb der jeweiligen Kostenträgersysteme gegenübergestellt. Hier wird herausgearbeitet, inwieweit sie sich untereinander und auch im Vergleich zur unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung hinsichtlich des Leistungsanspruchs am Beispiel der zahnärztlich implantologischen Versorgung unterscheiden. Zudem wird auf die unterschiedlichen Finanzierungskonzepte eingegangen. Abschließend erfolgt eine ethische Diskussion über die Rahmenbedingungen und Problemstellungen für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung in Deutschland am Beispiel der Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten. Das Grundproblem der nachhaltigen Finanzierbarkeit einer umfassenden medizinischen Versorgung wird ebenso diskutiert wie die möglichen Konzepte zur Realisierung einer gerechten Verteilung von medizinischen Maßnahmen in einem zukunftsfähigen Gesundheitssystem.

1.2 Literatur und Quellenlage

Für die Untersuchung und Aufbereitung der dieser Arbeit zu Grunde liegenden Fragestellungen wurde für die verschiedenen Abschnitte auf unterschiedliche Formen von Literatur und Quellen zurückgegriffen. Diese reichen von Lehrbüchern, über Dissertationen und Forschungsarbeiten sowie Veröffentlichungen und Internetrecherchen, bis hin zu persönlichen Interviews mit beteiligten Verantwortungsträgern.

Für die Beschreibung der Geschichte der zahnärztlichen Implantologie stehen zahlreiche Veröffentlichungen in Form von Lehrbüchern, Dissertationen und Fachartikeln zur Verfügung. Hier ist als Standardwerk sicherlich zunächst das Lehrbuch zur Geschichte der Zahnheilkunde von Walter Hoffmann-Axthelm³ zu nennen, in dem selbstverständlich auch zahlreiche Hinweise zur Implantologie zu finden sind.

Eine gute Übersicht über die Entwicklungen der Implantologie der letzten Jahrzehnte in Deutschland liefern Brinkmann⁴ und zeitgenössische Artikel in der Deutschen Zahnärztlichen Zeitschrift.

Des Weiteren wurden zur Darstellung des geschichtlichen Überblicks der allgemeinen Entwicklung der zahnärztlichen Implantologie hauptsächlich Dissertationen von Schwarz⁵, Tänzler⁶, Zensen⁷ und Brinkmann⁸ sowie weitere Veröffentlichungen⁹ zu Grunde gelegt.

Bezüglich der Einführung der zahnärztlichen Implantologie bei der Bundeswehr liegen bisher kaum Veröffentlichungen vor. Einzelne Artikel in Fachzeitschriften zur implantologischen Versorgung bei der Bundeswehr aus früheren Jahren geben zumindest einen Einblick in die damaligen Versorgungskonzepte.¹⁰ Aus neuerer Zeit existieren zahlreiche Artikel bezüglich der heutigen Implantatversorgung bei der Bundeswehr.

Als Quellen aller verwaltungstechnischen Maßnahmen und Vorgaben dienen Erlasse und Weisungen des Bundesministeriums der Verteidigung sowie der fachlich zuständigen Stellen der Bundeswehr, die ihrerseits wiederum auf der bestehenden Gesetzes- und Weisungslage des Bundes basieren.

³ HOFFMANN-AXTHELM 1985.

⁴ BRINKMANN 1995.

⁵ SCHWARZ 1984.

⁶ TÄNZLER 1998.

⁷ ZENSEN 1994.

⁸ BRINKMANN 1993.

⁹ VOLLMUTH 2002 und VOLLMUTH/BENEKE 2004.

¹⁰ VOLLMUTH 1997; HEIN 1999; HEIN 2000; VOLLMUTH 2005; VOLLMUTH 2007.

Diese Erlasse wurden bis zum Jahr 2012 von dem für den Bereich der Zahnmedizin bei der Bundeswehr zuständigen Fachreferat I 3 des Verteidigungsministeriums erstellt. Mit Neugliederung des Bundesministeriums der Verteidigung existiert nunmehr kein eigenes Fachreferat Zahnmedizin, sondern die Wahrnehmung der fachlichen ministeriellen Grundlagenarbeit im Bereich der Zahnmedizin wird durch einen Referenten im Referat III 6¹¹ des Führungsstabes der Streitkräfte wahrgenommen. Zur Verdeutlichung der Inhalte dieser Erlasse sind in den jeweiligen Abschnitten Auszüge daraus angeführt, zusätzlich sind diese Erlasse im Anhang dieser Arbeit beigelegt.

Als weitere fachlich zuständige Stelle im Verwaltungsverfahren hat das Sanitätsamt der Bundeswehr zusätzliche, erläuternde Weisungen herausgegeben, welche ebenfalls als Quelle dienen.

Persönliche Interviews mit an der Einführung der Implantologie bei der Bundeswehr beteiligten Verantwortungsträgern dienten als zusätzliche Informationsquelle und konnten spezifische Fragestellungen näher klären. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es sich hierbei um „Oral History“ in Form eines Fragebogen-gestützten Interviews handelt, in welchem die Befragten zu für diese Arbeit relevanten Punkten frei erzählt haben. Auf die grundsätzliche Kritik an diesem Verfahren hinsichtlich persönlicher Beeinflussung der Geschichte wird verwiesen.¹² Die gewonnenen Informationen dienten zur näheren Erforschung der Rahmenbedingungen bei der Etablierung des Verfahrens sowie der Entstehung der Grundlagendokumente.

Für die Darstellung der implantologischen Versorgung im zivilen Bereich stehen in der Hauptsache Veröffentlichungen in Fachbüchern, Fachzeitschriften und im Internet zur Verfügung.

Lehrbücher und Forschungsarbeiten zur Ethik in der Medizin und Zahnmedizin sowie diesbezügliche Veröffentlichungen in Fachzeitschriften sowie im Internet bilden die Basis für die kritische Bewertung des Anspruchs und der Vorgaben im kontrastiven Vergleich der verschiedenen Gesundheitssysteme. Dieser Bereich der Auseinandersetzung mit der Medizin hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen, was sich auch in einer Vielzahl von aktuellen Forschungsarbeiten und Veröffentlichun-

¹¹ Das Referat III 6 im Führungsstab der Streitkräfte des Bundesministeriums für Verteidigung (BMVg FüSK III 6) ist zuständig für die Erarbeitung und Bearbeitung von Fachaufgaben des Gesundheitswesens, des vorbeugenden Gesundheitsschutzes und öffentlich-rechtlicher Aufgaben im Geschäftsbereich BMVg.

¹² Vergleiche SCHREIBER 2009.

gen widerspiegelt.¹³ Für diese Arbeit sind vor allem zwei Felder der medizinischen Ethik von besonderer Bedeutung: zum einen die Form und der Umfang des Anspruchs auf medizinische Versorgung und zum anderen die Art einer zukünftigen Ausgestaltung unter den zu erwartenden Rahmenbedingungen.

¹³ Vergleiche dazu BAHRO/KÄMPF 2001; BESKE 2011A; BESKE 2011B; GROß 2002; GROß 2006; GROß 2012; KERSTING 2012; MARCKMANN 2006; MARCKMANN 2012; SCHÖNE-SEIFERT 2007.

2 Die Geschichte der zahnärztlichen Implantologie im Überblick

Das Ziel der zahnärztlichen Implantologie, nach Zahnverlust aus optischer und funktio-
neller Sicht möglichst einen annähernd gleichen Gebisszustand wie vor dem Zahnver-
lust wiederherzustellen, ist älter als allgemein angenommen.

In Analogie zu anderen Teilbereichen der Medizin kann die zahnärztliche Implantologie
auf eine lange Geschichte zurückschauen, wobei man erkennen kann, dass die Ansätze
und die daraus abgeleiteten Verfahren sich sehr stark ähneln und lediglich die eingesetz-
ten Materialien, aufgrund der immer weiter voranschreitenden technischen Entwicklun-
gen, stärkeren Veränderungen unterworfen waren.

Wo man zu Beginn der zahnärztlichen Implantologie auf Materialien wie Holz, Elfen-
bein, Knochen und in besonderem Maße auf menschliche Zähne zurückgreifen musste,
nimmt heutzutage die Entwicklung von Materialien und Materialverbänden sowie hier-
bei insbesondere der Oberflächenbeschaffenheit einen hohen Stellenwert in der Diskus-
sion über die Funktionsfähigkeit und Haltbarkeit von zahnärztlichen Implantaten ein.

Im Folgenden soll nun zunächst ein chronologischer Überblick über die Entwicklung
der zahnärztlichen Implantologie gegeben werden, bevor die Einführung und Verbrei-
tung dieses Verfahrens in Deutschland genauer beschrieben werden sollen. Eine kurzge-
fasste Übersicht über die Entwicklung von verschiedenen Implantattypen in den letzten
Jahrzehnten bildet dann zunächst den Abschluss einer medizingeschichtlichen Standort-
bestimmung der seinerzeitigen Rahmenbedingungen für eine Einführung der zahnärztli-
chen Implantattherapie in den Versorgungsumfang der Soldatinnen und Soldaten der
Bundeswehr.

2.1 Die Entwicklung der zahnärztlichen Implantologie bis zum Ende des 19. Jahrhunderts

Schon in der römischen Antike war das Bestreben vorhanden, entstandenen Zahnverlust
durch intraorale prothetische Konstruktionen zu ersetzen. Wenngleich auch Funde aus
dem zweiten Jahrhundert n. Chr. vorliegen, bei denen Schädel mit implantierten Zähnen
entdeckt worden sind, wurde Zahnverlust bis ins 18. Jahrhundert hinein fast ausschließ-
lich durch unterschiedliche prothetische Konstruktionen versorgt. Im 18. Jahrhundert

begann dann die Entwicklung implantologischer Behandlungsmaßnahmen in der Hauptsache durch Re- und Transplantationen und es erfolgten erste wissenschaftliche Untersuchungen dieser Methoden. Das 19. Jahrhundert leitete durch eine umfassende Weiterentwicklung auf dem Gebiet der Naturwissenschaften und der Medizin den Übergang in ein modernes Zeitalter der medizinischen Versorgung ein. Zahlreiche Entwicklungen auf dem Gebiet der Medizin führten zu einer weiteren Vervollkommnung der Operationstechniken. Im Jahr 1846 verwandte der Amerikaner William Thomas Green Morton (1819–1868) erstmalig im Rahmen einer Zahnextraktion Äther als Narkotikum. Auf die Bedeutung der Antisepsis für die Zahnheilkunde verwies als Erster Adolph Witzel (1847–1906) im Jahre 1874.

Die erste Implantation eines Zahnes in ein künstlich geschaffenes Zahnfach erfolgte erst im Jahr 1881 durch den deutschen Zahnarzt Carl Sauer (1835–1892). Zum ersten Mal in der Geschichte der Zahnheilkunde verwendete der amerikanische Zahnarzt Charles Nash im Jahre 1884 Kokain zur Leitungsanästhesie.¹⁴

2.1.1 Zahnersatz in der römischen Antike

Die Römer konstituierten kurz vor 500 v. Chr. die Republik und unterwarfen im Laufe des 4. Jahrhunderts die Etrusker.

Über die Zahnheilkunde dieses Zeitalters ist zwar nicht viel überliefert, jedoch wurden schon zu dieser Zeit fehlende Zähne durch Menschen- oder Tierzähne ersetzt. Die Römer hatten die Technik der Goldbandprothetik von den Etruskern übernommen. Hierbei wurden die fremden Zähne durch Goldbänder mit den eigenen verbunden.¹⁵

In der folgenden Abbildung sind die feinen Goldbänder, die die Ersatzzähne in Position halten, deutlich erkennbar.

¹⁴ TÄNZLER 1998, S. 4, sowie HOFFMANN-AXTHELM 1985, S. 384.

¹⁵ HOFFMANN-AXTHELM 1985, S. 77.

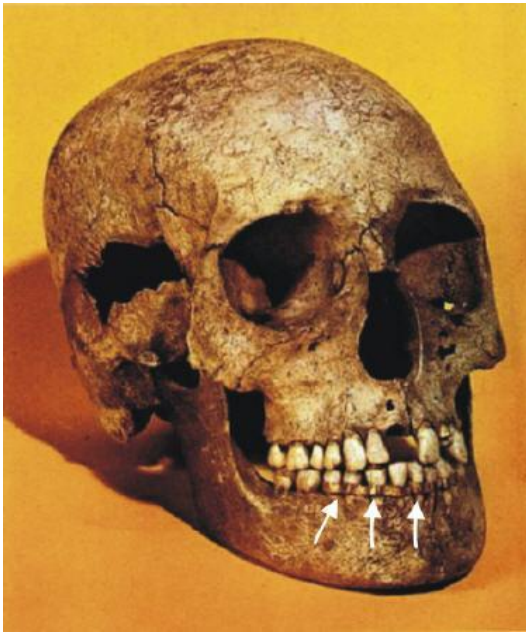


Abbildung 1: Schädel aus der Zeit der Etrusker¹⁶

In der folgenden Abbildung zeigt sich der Versuch des Lückenschlusses mit Hilfe des Einbindens eines Tierzahnes durch eine Goldstreifentechnik.



Abbildung 2: Goldstreifentechnik¹⁷

Es gibt zwar Hinweise auf Zahnverpflanzungen zu Zeiten der Herrschaft des römischen Reiches, jedoch ist nicht eindeutig geklärt, ob es sich dabei um Transplantationen oder um prothetischen Ersatz mit menschlichen Zähnen gehandelt hat.¹⁸ Bemerkenswert in diesem Zusammenhang ist, dass diese Art des Ersatzes nur den vornehmen Schichten

¹⁶ Abbildung aus www.implantat-wissen.de (<http://www.implantat-wissen.de/implantate/diegeschichte/1vomwunschzaehnezuersetzen/index.php>) [21. Juni 2015].

¹⁷ Abbildung aus www.implantat-wissen.de (<http://www.implantat-wissen.de/implantate/diegeschichte/1vomwunschzaehnezuersetzen/index.php>) [21. Juni 2015].

¹⁸ Siehe ZENSEN 1994, S. 44.

vorbehalten war und die ärmeren Schichten bzw. Sklaven als „Lieferanten“ für zu ersetzende Zähne dienten.¹⁹ Diese Zusammenhänge werden sich später in den Hochzeiten der Transplantationen von Zähnen in besonderem Maße wiederholen.

2.1.2 Funde südamerikanischer Kulturen

Im Rahmen von archäologischen Ausgrabungen in Ecuador Ende des 19. Jahrhunderts wurden Schädel von Angehörigen der Prä-Inka-Stämme gefunden, die ungefähr auf das zweite Jahrhundert n. Chr. datiert wurden.

In diesen Schädeln befanden sich neben Goldinlaytechniken zur Dekoration auch implantierte Zähne.

Hierbei weckte ein Schädel besonderes Interesse, da in dessen Oberkieferfront in der Alveole des rechten mittleren Schneidezahnes ein rechter seitlicher Schneidezahn gefunden wurde, welcher nicht zu diesem Kiefer gehörte und ersatzweise implantiert worden war. Dieser Zahn saß exakt in der Alveole, reichte jedoch in der Länge nicht aus.

Der Zahnarzt Samuel Fastlicht (1902–1983) ging jedoch davon aus, dass diese Transplantation erst nach dem Tode des Individuums im Rahmen eines religiösen Ritus für die Beisetzung durchgeführt worden war.²⁰ In der Forschungsliteratur wird dieser Fund dennoch als einer der ersten Fälle einer Zahntransplantation von einem Individuum auf ein anderes bezeichnet.²¹

1893 stieß man bei der Suche nach Tempeln in Copan (Honduras) auf Grabstätten, die ca. im 8. und 9. Jahrhundert n. Chr. erbaut worden waren. Hier fand man Skelette und bezahnte Totenschädel. In einem dieser Schädel steckte in der Alveole des linken unteren Schneidezahns ein Ersatzzahn aus einem feinen dunklen Gestein. Dieser Ersatzzahn saß neben noch anderen erhaltenen Zähnen und schien ohne irgendwelche Bänder oder Klammern fest gewesen zu sein. Ablagerungen von Zahnstein deuten sogar darauf hin, dass er lange Zeit dem Gebrauch ausgesetzt gewesen war.²²

¹⁹ ZENSEN 1994, S. 46.

²⁰ ZENSEN 1994, S. 46, vergleiche hierzu BRINKMANN 1993, S. 10, und HOFFMANN-AXTHELM 1985, S. 65, welche ebenfalls Fastlicht anführen, der die Annahme von Saville, es handele sich hierbei um eine Transplantation zu Lebzeiten, eher als eine Fälschung ansah.

²¹ WEINBERGER 1948.

²² BRINKMANN 1993, S. 10, siehe auch ZENSEN 1994, S. 47–48, sowie SCHWARZ 1984, S. 49.

Im Jahre 1931 wurde im Ulúa Tal in Honduras ein Unterkieferfragment von Maya-Eingeborenen entdeckt, welches auf die Zeit um 600 n. Chr. datiert wurde. Dieses Fragment wurde von Amadeo Bobbio, einem Implantologen aus São Paulo (Brasilien), untersucht. Er stellte fest, dass an Stelle der unteren Inzisiven drei zahnförmige Stücke einer Muschel in die Alveolen gesetzt worden waren und konnte durch radiologische Untersuchungen nachweisen, dass sich kompakter Knochen um die Implantate gebildet hatte. Bobbio schloss daraus, dass dieses das früheste enossale, alloplastische Implantat sei, das jemals entdeckt wurde.²³

2.1.3 Transplantationen im Mittelalter und in der Frühneuzeit

In der zweiten Hälfte des 10. Jahrhunderts war der arabische Arzt Abu l-Quasim az-Zahrawi (um 936 bis um 1013) ein herausragender Vertreter der Medizin im arabisch-islamischen Mittelalter.²⁴ Im Zusammenhang mit dem Verflechten lockerer Zähne mit Silber- bzw. Golddraht berichtete Abu l-Quasim auch über den Ersatz von verlorenen Zähnen mit Hilfe von zahnförmigen Schnitzungen aus Kuhknochen, die mit Hilfe von eben solchen Drähten fixiert wurden. Demeisi weist jedoch wohl richtigerweise darauf hin, dass es sich hierbei nicht um eine echte Implantation handelte, da diese „Kuhknochen-Implantate“ lediglich durch das Drahtgebilde befestigt waren.²⁵

Im 16. Jahrhundert beschrieb der französische Chirurg Ambroise Paré (1517–1590/92) als einer der ersten den Vorgang der Transplantation von Zähnen. Doch hierbei stützte er sich nicht auf eigene Erfahrungen, sondern berichtete über erfolgreiche Operationen seiner Kollegen.²⁶

Im 17. Jahrhundert beschrieb Charles Allen (um 1685/87) die Möglichkeit der Transplantation von Zähnen und war, basierend auf eigenen Erfahrungen, davon überzeugt, dass die allogene Überpflanzung von Zähnen durchaus möglich sei. Er empfahl jedoch, Tierzähne zu verpflanzen, da ihn moralische Bedenken davon abhielten, menschliche Zähne für eine Transplantation zu verwenden.²⁷

²³ ZENSEN 1994, S. 47, siehe auch GERHARDT 2009, S. 2.

²⁴ DEMEISI 1998.

²⁵ Vgl. hierzu DEMEISI 1998, S. 85.

²⁶ ZENSEN 1994, S. 48.

²⁷ HOFFMANN-AXTHELM 1985, S. 212.

Im Jahr 1647 verfasste Dupont, seines Zeichens „Allgemeiner Operateur des Königs (Ludwig XIII.) für alle Fälle von Leiden und Unfällen der Zähne“, in Frankreich eine Reklameschrift und berichtete, dass er nach Extraktion eines schmerzenden Zahnes sofort natürliche Zähne von toten oder lebenden Menschen in die frische Alveole einbrachte.²⁸

2.1.4 Das 18. Jahrhundert

Das späte 18. Jahrhundert mündete im Zeitalter der Aufklärung. Diese Epoche zeichnet sich durch das Bestreben nach Erwerb neuen Wissens aus. So fand dieses Umdenken Einzug in nahezu alle Bereiche des Lebens. Zum Programm der historischen europäisch-nordamerikanischen Aufklärung im 17. und 18. Jahrhundert gehören die Berufung auf die Vernunft als universelle Urteilsinstanz, der Kampf gegen Vorurteile, eine Hinwendung zu den Naturwissenschaften in der philosophischen Erkenntnistheorie, in Religionsfragen das Plädoyer für Toleranz gegenüber anderem Glauben sowie in Moral- und Rechtsphilosophie die Orientierung am Naturrecht. Gesellschaftspolitisch zielte Aufklärung auf die Ausdehnung der persönlichen Handlungsfreiheit (Emanzipation), auf eine neue Pädagogik, die Schaffung von Pressefreiheit und die Garantie bürgerlicher Rechte unter Zugrundelegung allgemeiner Menschenrechte sowie die Verpflichtung moderner Staaten auf das Gemeinwohl. Viele Vordenker der Aufklärung hegten einen ausgeprägten Zukunfts- und Fortschrittsoptimismus. Sie folgten der Vorstellung, dass sich die wesentlichen Probleme des menschlichen Zusammenlebens in einer vernunftorientierten Gesellschaft schrittweise lösen würden. Vor diesem Hintergrund wurde die Weiterentwicklung der Medizin und Zahnmedizin in Verbindung mit den Naturwissenschaften massiv vorangetrieben.²⁹ Den entscheidenden Aufschwung fand die Zahnheilkunde vor allem in England und Frankreich sowie in der Folge in Amerika. In England war John Hunter (1728–1793)³⁰ Wegbereiter der wissenschaftlichen Zahnmedizin und es gelang ihm als erstem, durch wissenschaftliche Methoden einen Zusammenhang zwischen Anatomie, Physiologie und Pathologie der Zähne zu beschreiben und wissen-

²⁸ TÄNZLER 1998, S. 1–2, vergleiche auch ZENSEN 1994, S. 49, sowie HOFFMANN-AXTHELM 1985, S. 212–213.

²⁹ HOFFMANN-AXTHELM 1985, S. 221–224.

³⁰ Tiefergehende Informationen zu John Hunter finden sich in der Arbeit ZENSEN 1994 sowie bei VOLLMUTH 2002.

schaftliche Aspekte in die Behandlung mit einzubeziehen.³¹ In Frankreich lebte und arbeitete der Wundarzt Pierre Fauchard, der als erster ein systematisches Lehrbuch der Zahnheilkunde verfasste, das in der Hauptsache Themen der Zahnersatzkunde behandelte und viele weitere Veröffentlichungen auslöste. In diesem Buch fasste er das gesamte Fachwissen seiner Zeit, basierend auf Publikationen von Chirurgen und Anatomen, zusammen und verband dies mit der Praxis der Zahnreißer.³² Bereits im Jahr 1728 war sein zweibändiges Werk „Le Chirurgien Dentiste ou traité des dents“ erschienen, es folgte im Jahr 1733 ebenfalls eine Ausgabe in deutscher Sprache, bevor 1746 eine zweite, beträchtlich erweiterte Auflage erfolgte.³³

Fauchard stellte in seinem Buch die Behauptung auf, replantierte oder transplantierte Zähne erhielten durch neue Gefäßverbindungen ihre Vitalität zurück.³⁴

Wurde im 17. Jahrhundert in England von Charles Allen noch die Transplantation von Tierzähnen empfohlen, rückte durch die Untersuchungen und Veröffentlichungen von John Hunter die Transplantation von menschlichen Zähnen immer mehr in den Vordergrund.³⁵ Ein Gegner dieser Transplantationen war der bekannte Chirurg Benjamin Bell (1749–1806), der hierbei eine große Gefahr in der Möglichkeit von Übertragungen von Krankheiten sah. Aber er beschreibt auch, dass Zahntransplantationen zu den gebräuchlichsten Operationen gehörten, die täglich ausgeführt wurden.³⁶

John Hunter war ein uneingeschränkter Verfechter der Lebendtransplantationen. In seinem Buch „Natürliche Geschichte der Zähne und ihrer Krankheiten“ aus dem Jahre 1780 beschrieb er diesen Eingriff bis ins Detail.³⁷

Er vertrat die Auffassung, dass nur lebend transplantierte Zähne zum Erfolg führen könnten. Tote Zähne hätten nie wieder die Möglichkeit, fest zu werden, da alles Leben aus ihnen verlorengegangen sei. An anderer Stelle findet sich jedoch auch einmal die Empfehlung, Zähne aus einem Totenschädel einzusetzen. Daran zeigt sich, dass er im Laufe seiner praktischen Erfahrungen seine anfangs strikte Auffassung gelockert hat. Das wohl eindrucksvollste Beispiel von Hunters Tierversuchen stellt der im Folgenden geschilderte Versuch dar.

³¹ ZENSEN 1994, S. 50, sowie TÄNZLER 1998, S. 2.

³² TÄNZLER 1998, S. 2, sowie ZENSEN 1994, S. 51.

³³ HOFFMANN-AXTHELM 1985, S. 224.

³⁴ TÄNZLER 1998, S. 2.

³⁵ VOLLMUTH 2002.

³⁶ Siehe hierzu ZENSEN 1994, S. 58.

³⁷ HOFFMANN-AXTHELM 1985, S. 249.

Hunter wählte einen gesunden lebenden Zahn, dessen Wurzelwachstum noch nicht abgeschlossen war. Den frisch extrahierten Zahn implantierte er in den stark vaskularisierten und somit gut durchbluteten Kamm eines Hahnes. Dazu setzte er mit einem Skalpell einen tiefen Schnitt und drückte den Zahn mit der Wurzel in die Wunde. Er befestigte den Zahn mit Fäden, die er durch den Kamm zog und verschloss alles mit einer Naht. Einige Monate später tötete er den Hahn und untersuchte Kopf und Kamm. Dazu injizierte er eine, wie er sagt, subtile Masse in die Gefäße des Kopfes und legte anschließend den Kamm einige Zeit in verdünnte mineralische Säure. Den erweichten Kamm und den darin eingewachsenen Zahn teilte er mit einem Längsschnitt. Er fand die Blutgefäße des Zahnes gut angewachsen und die äußere Oberfläche des Zahnes vollständig mit dem Hahnenkamm verbunden. Diese Verbindung schien in ihrem Aufbau der eines Zahnes mit dem Zahnfleisch und der Alveole zu entsprechen. Mit diesem Versuch legte Hunter einen wissenschaftlichen Grundstein für das Verfahren der Implantologie. Er gab damit den Anstoß für zahlreiche weitere Experimente, die seine späteren Kollegen in ähnlicher Form durchführten. Die physiologischen Vorgänge blieben primär unberücksichtigt. Sie wurden im Zuge der Weiterentwicklung der Erkenntnisse und der technischen Möglichkeiten im folgenden Jahrhundert untersucht.³⁸

In Frankreich bestimmte, wie bereits erwähnt, zunächst Fauchard mit seinem Werk „Le chirurgien Dentiste ou traité des dents“ die Entwicklung der Zahnheilkunde.³⁹ Weitere Vertreter in Frankreich waren Gerouldy, Lécluze und Bourdet, die große Erfahrungen auf dem Gebiet der Transplantationen sammelten und veröffentlichten.

In Deutschland erschien 1756 das umfangreiche Werk des Hofzahnarztes Philipp Pfaff „Abhandlungen von den Zähnen des menschlichen Körpers und deren Krankheiten“, in welchem er genauestens seine persönlichen Erfahrungen auf dem Gebiet der Zahnheilkunde beschreibt. Da viele seiner Patienten die Transplantation toter Zähne ablehnten, trat er uneingeschränkt für Lebendtransplantationen von Mensch zu Mensch ein.⁴⁰

Er legte als erster besonderen Wert auf die Unversehrtheit der Wurzelhaut und empfahl für eine erfolgreiche Einheilung einen apikalen Verschluss des Transplantates mit Wachs oder Blei. Die Möglichkeit der Übertragung von Krankheiten war ihm bereits

³⁸ ZENSEN 1994, S. 59–60, sowie VOLLMUTH 2002.

³⁹ HOFFMANN-AXTHELM 1985, S. 224.

⁴⁰ VOLLMUTH 2001 sowie VOLLMUTH 2007a.

bekannt und so warnte er vor skorbutischen und venerischen Säften, die vom Spender auf den Empfänger übertragen werden könnten.⁴¹

Hervorgerufen durch die Veränderungen dieser Epoche, die politischen Freiheitsbewegungen und das daraus resultierende Selbstbewusstsein der Bevölkerung entstand mit einem wachsenden Sinn für Ästhetik verstärkt der Wunsch nach Schönheit und Kosmetik. Dies war der Hauptgrund, warum Patienten Zahntransplantationen, unabhängig von der medizinischen Problematik, in der Hauptsache nur im Frontzahnbereich wünschten. Die Alternative einer prothetischen Versorgung befand sich noch in den Anfängen ihrer Entwicklung und konnte in kosmetischer und funktioneller Hinsicht die Ansprüche der Patienten nicht oder nur im Ansatz erfüllen.

2.1.5 Die erste Implantation eines Zahnes

Wurden bis hierher Re- und Transplantationen von Zähnen beschrieben, so war es erst 1881 der deutsche Zahnarzt Carl Sauer (1835–1892), der als Erster eine Implantation eines Zahnes in ein künstlich geschaffenes Zahnfach durchführte. Die Verfahren der Replantation, der Transplantation sowie der Implantation sind hinsichtlich Indikation, Technik und insbesondere der Wahl des Zahnersatzes deutlich zu unterscheiden. Bei der Replantation eines Zahnes wird ebendieser nach Verlust unmittelbar wieder in die vorhandene Alveole eingepflanzt (lat.: replantare – wiedereinpflanzen). Im Rahmen einer Transplantation eines Zahnes wird zumeist ein zerstörter oder durch ein Trauma verloren gegangener Zahn durch das Einsetzen eines eigenen Zahnes oder auch des Zahnes eines anderen Menschen in die vorhandene Alveole ersetzt. Als Implantation wird hingegen der Ersatz eines Zahnes durch Einbringen von Ersatzmaterial (Zahn oder heutzutage Implantatkörper) in die Mundhöhle in Verbindung mit der Schaffung einer künstlichen Verankerung im Knochen verstanden.

Dieser erste durch Carl Sauer unternommene Versuch der Implantation eines oberen Prämolaren in die Regio 36 oder 46 blieb jedoch leider erfolglos.⁴²

In Amerika hatte der Zahnarzt W. J. Younger (1840–1920)⁴³ vermeintlich große Erfolge auf dem Gebiet der Implantation von Zähnen. Er berichtete im Jahr 1886 über die

⁴¹ ZENSEN 1994, S. 62, sowie TÄNZLER 1998, S. 2.

⁴² SCHWARZ 1984, S. 19, sowie TÄNZLER 1998, S. 3.

„Transplantation eines natürlichen Zahnes“ in eine künstlich hergestellte Alveole in einem zahnlosen Kieferabschnitt. Seine Methode fand sowohl bei den niedergelassenen Zahnärzten als auch bei den Patienten großen Anklang und verbreitete sich sehr schnell in Amerika. In Europa wurde diese Methode hauptsächlich in Frankreich und England durchgeführt, wobei hier im Gegensatz zu Amerika die Zahnärzte sehr viel zurückhaltender waren, da die histologischen, physiologischen und pathologischen Verhältnisse im Verlaufe einer Implantation nur unzureichend untersucht und auch die Patienten anscheinend wenig gewillt waren, sich einer solchen Behandlung zu unterziehen. Younger belegte seine Behauptung, das Desmodont und dessen Revitalisierung in einer künstlich geschaffenen Alveole seien für eine erfolgreiche Implantation verantwortlich, nicht mit wissenschaftlichen Beweisen, was ihm massive Kritik einbrachte. Ebenfalls wurden ihm die Unmöglichkeit der Sterilisation des natürlichen Zahnes und die dadurch mögliche Infektion kritisch entgegengehalten.⁴⁴

2.1.6 Die ersten Implantationen künstlicher Zähne

Die erste Verwendung von Fremdmaterial in der zahnärztlichen Implantologie, abgesehen von den oben beschriebenen frühen Versuchen, wurde von Jourdan und Magiollo 1807 in ihrem Buch „Le Manuel de l'art du Dentiste“ beschrieben.

Basierend auf den Erfahrungen der Verankerung von Stiftkronen an natürlichen Wurzeln, entwickelten sie die Idee der Schaffung und Verankerung eines künstlichen Zahnes durch Implantation von künstlichen Wurzeln.

Dieses erste zahnwurzelförmige, enossale Implantat war aus 18-karätigem Gold gefertigt und aus drei Teilen aufgebaut. Eine Kanüle bildete den Corpus, dazu kamen eine ovale, gelochte Abschlussplatte sowie ein kugelförmiges Gebilde aus vier Blattfedern. Diese Teile waren miteinander verlötet, jedoch blieb eine Feder beweglich, um den festen Sitz des Implantates in der Alveole zu gewährleisten. Das Implantat wurde mit Gewalt in die frische Extraktionswunde gepresst und diese Druckapplikation wurde etwa

⁴³ Umfangreiche Informationen über Younger finden sich in der Arbeit von SCHWARZ 1984.

⁴⁴ SCHWARZ 1984, S. 20–22, sowie TÄNZLER 1998, S. 3, wobei jedoch als Berichtsjahr 1885 angegeben ist. Als Quelle hierfür wird jedoch SCHWARZ 1984 angegeben.

zwei Wochen lang durchgeführt. Nach ungefähr einem Monat wurde dann die künstliche Zahnkrone im Lumen der Kanüle mit Hilfe eines Stiftes fixiert.⁴⁵

Die Fachwelt reagierte jedoch auf diese Methode weitestgehend ablehnend, insbesondere aufgrund der 14-tägigen Druckapplikation.

Mitscherlich definierte 1863 basierend auf Ergebnissen von Tierversuchen seine Einheilungstheorie bei Zahntransplantationen. Er hatte festgestellt, dass bei Fehlen des Periosts Zahnhartsubstanz resorbiert wird und glaubte somit fest an die Ankylosierung, die er für die Fixation des replantierten Zahnes verantwortlich machte.

Im Umkehrschluss bedeutete diese Erkenntnis für ihn, dass nicht resorbierbares Fremdmaterial nicht fest im Kiefer implantiert werden könne. Dies bewies er durch die Implantation von zwei Porzellanzähnen mit Einkerbungen, welche auch bereits nach vier Wochen aufgrund ihrer Lockerung wieder entfernt werden mussten.⁴⁶

Im Jahre 1891 erhielt die Implantologie publizistisch wieder größere Aufmerksamkeit. Hierfür verantwortlich waren insbesondere die Untersuchungen und Entwicklungen des Moskauer Dozenten und Zahnarztes Znamensky. Er hatte Untersuchungsreihen zunächst mit Hunden durchgeführt, denen er Porzellan- und Kautschukwurzeln, die mit zahlreichen Perforationen versehen waren, implantiert hatte. Nach dem erfolgreichen Abschluss dieser Versuchsreihen hat Znamensky diese Art der Implantation am Menschen vorgenommen, allerdings hat er weder über diese Behandlung noch über den noch lebenden Hund berichtet.

Doch andere Zahnärzte, wie der Wiener Hermann Theodor Hillischer, nahmen sich dieser Behandlungsmethode noch im selben Jahr an und entwickelten sie weiter. Hillischer verwendete Porzellanzähne mit angebrannter flacher Wurzelfläche, an die er eine Halbröhre aus Platin- oder Goldblech anlötete, welche der natürlichen Form der Wurzel entsprach. Somit entstand eine hohle, gefensterte Wurzel, die er zusätzlich mit Gold- oder Platindraht spiralförmig umwickelte, um eine Oberflächenvergrößerung zu erlangen.⁴⁷

⁴⁵ SCHWARZ 1984, S. 49–53, siehe auch TÄNZLER 1998, S. 4–5.

⁴⁶ SCHWARZ 1984, S. 53, siehe auch TÄNZLER 1998, S. 5.

⁴⁷ SCHWARZ 1984, S. 62–69, siehe auch TÄNZLER 1998, S. 7.

2.2 Die Entwicklung der modernen Implantologie

Basierend auf den vorangegangenen Behandlungsmethoden hat die zahnärztliche Implantologie im 20. Jahrhundert eine rasante Entwicklung hin zu einem Standardverfahren für die Versorgung von Zahnverlusten genommen. Diese Weiterentwicklung der Verfahren wurde jedoch vornehmlich durch niedergelassene Zahnärzte vorangetrieben und die Implantologie fand erst sehr spät ihre wissenschaftliche Anerkennung durch die universitären Vertreter des Fachgebietes.

Es wurden in dieser Zeit viele verschiedene Therapieansätze und Implantattypen beschrieben und vorgestellt, von denen die Wesentlichsten im Folgenden kurz dargestellt werden. Da es sich hierbei häufig um zeitlich parallellaufende Entwicklungen handelt, kann eine chronologische Anordnung nur ansatzweise erfolgen.

Neben der Frage des besten Werkstoffes stand hierbei auch die Form des Implantats im Vordergrund der Entwicklungen. Allerdings variierte auch die Art der Verankerungsmethode, denn neben Weiterentwicklungen von intraossären Implantaten traten zwischenzeitlich auch subperiostale Implantate in den Vordergrund und reiften zu einer Standardmethode. Zu Beginn der 1970er Jahre trat die enossale Implantologie jedoch aufgrund der deutlich besseren Langzeitprognose gegenüber den subperiostalen Implantaten mehr und mehr in den Vordergrund.

Zu dieser Zeit setzte auch eine sprunghafte Entwicklung der keramischen Implantatwerkstoffe ein. Diese keramischen Implantate waren zwar hinsichtlich ihrer Biokompatibilität den Metallen deutlich überlegen, benötigten jedoch aufgrund der geringeren Bruchfestigkeit einen größeren Implantatdurchmesser. Als Kompromiss wurden Titanimplantate mit Hydroxylapatitkeramik beschichtet, was jedoch auch nicht zu dem gewünschten positiven Ergebnis führte, da es sehr oft zum Ablösen der Hydroxylapatitkeramik vom Titanimplantat kam. Somit wurde in der Folge die Oberfläche der Titanimplantatkörper durch verschiedene Verfahren verändert, um dadurch eine möglichst hohe Knochenanlagerung zu erzielen.

Als wesentliche Entwicklungen im Bereich der intraossären Implantate sind Schraubimplantate, das intramobile Zylinderimplantat, das Frialit-System, ITI-Hohlzylinderimplantate sowie Nadel- und Blattimplantate zu nennen; diese werden im Folgenden kurz vorgestellt.

2.2.1 Erste Weiterentwicklungen der Implantationsmethoden im 20. Jahrhundert

Der Berliner Prothetiker Hermann Schröder (1876–1942) unternahm 1911 den Versuch, auf wissenschaftlicher Grundlage das ideale Implantat zu entwickeln. Hierbei nutzte er Tierexperimente, Röntgenbilder sowie längere Untersuchungsintervalle und entdeckte Elfenbein als Implantatwerkstoff, da er beobachtete, dass Elfenbein im Knochen in den meisten Fällen nicht resorbiert wird. Kam es dennoch zu einer Resorption des Elfenbeins, erfolgte dies jedoch unter gleichzeitiger Neubildung von Knochengewebe. Charakteristisch für Schröders Implantat war ein aus Elfenbein gefertigter, holzschraubenartiger Aufbau, in dessen Innerem sich eine Platinkanüle befand. Beide besaßen durchgehende Perforationen, um eine ausreichende Durchdringung mit Knochengewebe zu gewährleisten. Später entwickelte er Normbohrer in drei Größen und entsprechende Implantate, die nach dem Fräsen sofort eingeschraubt wurden. Schröder war der erste Zahnarzt in der Geschichte der Implantologie, der seine erfolgreichen Implantationen röntgenologisch nachweisen konnte; er veröffentlichte Röntgenbilder seiner Patienten nach einer Verweildauer der Implantate von zwei Wochen, sechs Monaten und einem Jahr.⁴⁸ Anzumerken ist hierbei, dass Wilhelm Conrad Röntgen die unsichtbaren Strahlen erst am 8. November 1895 entdeckt hatte und die diagnostische Radiologie noch in den Anfängen steckte.

Der Amerikaner Edward J. Greenfield stellte 1913 eine neue Methode mit alloplastischem Material vor, die als Vorläufer der heute zur Verfügung stehenden Versorgung mit Hohlzylinderimplantaten gesehen werden kann. Greenfield fräste mit Hilfe eines Hohlzylinderbohrers, der in drei verschiedenen Größen zur Verfügung stand, eine neue Alveole, in der ein zylindrisches Mittelstück der Knochensubstanz übrigblieb. Dann implantierte er eine entsprechend große käfigförmige künstliche Wurzel aus Platin-Iridium. Zwischen dem zentral belassenen Knochenkern und der Umgebung entstand durch das posttraumatische Exsudat und die sich anschließende Granulationsgewebsbildung eine Kallusbrücke, deren Verknöcherung bereits nach sechs Wochen abgeschlossen war. Greenfield verwendete seine Implantate auch als Brückenpfeiler. Im Gegensatz zu den massiven Fremdmaterialimplantaten verlor sein Platin-Iridium-Gerüst den

⁴⁸ SCHWARZ 1984, S. 83–86, sowie TÄNZLER 1998, S. 9.

Fremdkörpercharakter, da eine bessere Blutzirkulation und somit ein Abtransport von Bakterien aufgrund der Implantatkonstruktion möglich war.⁴⁹

J. Peter veröffentlichte im Jahr 1914 in der „Österreich-Ungarischen Vierteljahresschrift für Zahnheilkunde“ seine Erfahrungen mit einer modifizierten Implantationsmethode nach Greenfield. Hierbei wählte er mit 5–9 mm einen verkleinerten Durchmesser der Gerüste (bei Greenfield waren es bis zu 11 mm) und gestaltete die Bohrer nicht mehr rein zylindrisch, sondern konvergierend zur Basis hin. Er präziserte seine Kasuistiken sehr genau mit chronologischen Operationsverläufen und Röntgenbildern und seine Publikation erweckte auch in Amerika Interesse.⁵⁰

2.2.2 Die subperiostalen Implantate

Im Jahre 1937 wurde durch Rudolf Müller (Münster) erstmalig die Insertion von subperiostalen Implantaten beschrieben. Diese Implantatform wurde in der Folgezeit am häufigsten im Unterkiefer durchgeführt und bestand aus vier mit einem subperiostal liegenden Gerüst verbundenen und durch die Schleimhaut ragenden Pfosten, die sich aus statischen Gesichtspunkten in der Eckzahn- sowie der Molarenregion befanden. Bei diesem Verfahren wurde durch unterschiedliche chirurgische Techniken der Knochen freigelegt und subperiostal ein Gerüst, das in der Folge verschiedenste Formen aufwies, implantiert. Bei Müller handelte es sich um Drahtnetze oder ausgestanzte, perforierte Bleche mit vier in die Mundhöhle ragenden Pfeilern. In Schweden stellte Gustav Dahl in den Jahren 1940 bis 1942 ähnliche Konstruktionen aus Vitallium vor. Er benutzte einen gegossenen Bogen mit vier Zapfen. Vor der Anfertigung des Implantats wurde ein Schleimhautabdruck des Kiefers hergestellt. Das Modell wurde radiert, um die Knochenverhältnisse möglichst authentisch nachzuahmen. Dahl wurde trotz guter Behandlungsergebnisse gezwungen, diese Implantate zu entfernen, da die führenden Hochschullehrer in Schweden der Auffassung waren, dass es sich hierbei um eine unbiologische Konstruktion handele, die zu massiven Schäden führen würde.⁵¹

Die folgende Abbildung zeigt die schematische Darstellung eines subperiostalen Implantates nach Dahl.

⁴⁹ SCHWARZ 1984, S. 86–89, sowie BRINKMANN 1993, S. 12, und TÄNZLER 1998, S. 10–11.

⁵⁰ SCHWARZ 1984, S. 89.

⁵¹ TÄNZLER 1998, S. 42–43.

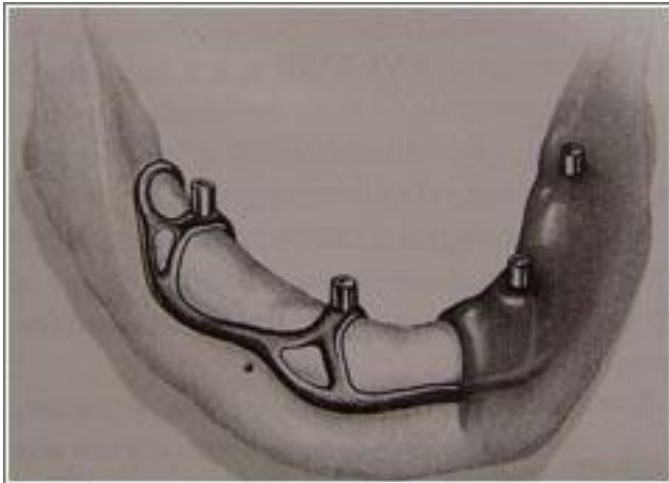


Abbildung 3: Subperiostales Implantat nach Dahl⁵²

In Amerika berichteten 1948 die Zahnärzte Norman J. Goldberg und Aaron Gershkoff über ein 1946 inseriertes subperiostales Gerüstimplantat aus Vitallium. Ihr Implantat bestand aus einer gefensterten Basis mit vier Gerüstzapfen und wurde mit Hilfe von vier Schrauben am Kiefer befestigt.

Die subperiostale Implantation wurde in den folgenden Jahrzehnten deutlich verfeinert und sollte zwischenzeitlich zu einem Standardverfahren reifen.

Die direkte Abdrucknahme der freigelegten Knochenverhältnisse, die erstmals 1951 vom Amerikaner Ogus empfohlen wurde, bedeutete eine starke Verbesserung der Passgenauigkeit dieser subperiostalen Implantatform. Allerdings wurde dadurch ein zweizeitiger operativer Eingriff notwendig, der jedoch später durch neue Abdrucktechniken und Materialien sowie durch die schnellere Anfertigung der Implantatgerüste wieder annähernd einzeitig durchgeführt werden konnte.⁵³

In Deutschland führte Heinrich Hammer die erste subperiostale Gerüsteinpflanzung an der Klinik für Kieferchirurgie der Universität Kiel im Jahre 1951 durch. Er hatte bei insgesamt 14 Implantationen in den Jahren 1951 bis 1954 lediglich einen Misserfolg.⁵⁴

Die subperiostale Implantation erlebte in den 1960er und 1970er Jahren ihren Höhepunkt, aber es stellte sich zunehmend heraus, dass dieses Verfahren keinen Dauererfolg gewährleisten kann und die Kieverhältnisse nach dem Verlust solcher Implantate auch deutlich schlechter waren als zuvor.

⁵² Abbildung aus www.implant-dent.az (http://www.implant-dent.az/implantasiya_tarix.php) [21. Juni 2015].

⁵³ TÄNZLER 1998, S. 43–46.

⁵⁴ TÄNZLER 1998, S. 51–52.

2.2.3 Schraubenimplantate

Der Amerikaner Alvin Edward Strock implantierte 1937 die ersten Schraubenimplantate aus Vitallium in frische oder chirurgisch geschaffene Alveolen. Im selben Jahr implantierte H. Schneider schraubenförmige Elfenbeinimplantate, die mit einem Goldkern zur Aufnahme der künstlichen Krone versehen waren.⁵⁵ Der Italiener Manlio Salva Formigini entwickelte 1938 eine gegossene oder gezogene Spirale aus einer Chrom-Kobalt-Molybdän-Legierung und gilt als Vater der enossalen Implantologie, da dieses Verfahren als erste enossale Implantationsmethode nach dem Spiralprinzip anzusehen ist. Die Formen und die Werkstoffe wurden in der Folge in vielen Variationen getestet, wobei letztlich das Brånemark-Implantatsystem als das wohl bekannteste aus diesen Entwicklungen hervorging.⁵⁶ Seit 1952 hatte Per-Ingvar Brånemark sich mit der Grundlagenforschung auf dem Gebiet der Knocheneinheilung von Implantaten beschäftigt. Er entdeckte bereits zu Beginn der 1960er Jahre die hohe Akzeptanz und Verbindungsfähigkeit von Titan mit menschlichem Knochengewebe und beschrieb diese Art der Einheilung als Osseointegration. Brånemark standardisierte sein Verfahren sehr stark und legte höchsten Wert auf die Implantatoberflächenbehandlung und die chirurgische Technik. Er erzielte dadurch bis dahin unerreichte Langzeiterfolge mit enossalen Implantaten.⁵⁷ Das ITI-Implantatsystem (Internationales Team für Implantologie)⁵⁸ wurde 1974 ebenfalls als Hohlschraube entwickelt. Die bevorzugte Indikation war der atrophierte zahnlose Kiefer in der Regio interforaminalis.

1985 wurden von ITI um Prof. Schroeder die ITI-Bonefit-Implantate entwickelt, welche unter gewissen anatomischen Minimalvoraussetzungen für alle Indikationsbereiche geeignet erschienen.⁵⁹

Das Ankylos-Implantatsystem bietet eine Implantatform mit einem speziell für eine schonende Lasteinleitung in den Knochen entwickelten Gewinde. Als Implantatwerkstoff wird Reintitan verwendet, dessen Oberfläche im enossalen Bereich durch ein Strahlverfahren angeraut wird.⁶⁰

⁵⁵ TÄNZLER 1998, S. 94–95; BRINKMANN 1993, S. 22.

⁵⁶ TÄNZLER 1998, S. 95; BRINKMANN 1993, S. 15.

⁵⁷ TÄNZLER 1998, S. 97–98; BRINKMANN 1993, S. 32.

⁵⁸ Siehe hierzu auch Abschnitt 2.2.6

⁵⁹ TÄNZLER 1998, S. 103–104.

⁶⁰ TÄNZLER 1998, S. 104–105.

1984 wurde das erste doppelt steril verpackte Implantatsystem Steri-Oss eingeführt, das mit genormtem Instrumentarium und einfacher chirurgischer Technik alle Indikationsbereiche abdecken sollte.

Als weitere Formen der Schraubenimplantate sind das Cristalline Bone Screw-Implantat nach Sandhaus (C.B.S.-Implantat), das Schraubenimplantat nach Brinkmann und Dörre, die monokristalline Bioceram-Schraube nach Mrochen sowie die helikoidale Tantal-schraube nach Heinrich zu nennen.⁶¹

2.2.4 Das IMZ-Implantat

Mit dem intramobilen Zylinderimplantat (IMZ) wurde versucht, die physiologische Bewegung des Zahnhalteapparates nachzuempfinden. Diese Implantatform und insbesondere dieses „Implantatinnenleben“ wurden zunächst durch Lutz Koch in Deutschland im Jahr 1976 inauguriert und in der Folge mehrfach verbessert. Als ursprünglicher Werkstoff diente Titan, welchem ab 1978 eine Tital-Plasma-Beschichtung (Titan und Aluminium) und seit 1985 eine Hydroxylapatitbeschichtung zugefügt wurde. Das intramobile Element war zunächst aus Kunststoff und musste jährlich ausgetauscht werden. Später wurde ein intramobiler Connector (IMC) entwickelt, der „wartungsfrei“ war und durch die Distanzhülse nach supragingival verlegt wurde.⁶²

Die Poliklinik für zahnärztliche Chirurgie der Universität Mainz führte eine retrospektive Untersuchung an 2.017 IMZ-Implantaten, die im Zeitraum 1978 bis 1991 dort inseriert worden waren, durch und ermittelten eine statistische Überlebensrate von 93,3 % nach 5 Jahren und 69,9 % nach 10 Jahren.⁶³

2.2.5 Die Entwicklung des Frialit-Systems

Willi Schulte und Günther Heimke konzipierten 1976 in Tübingen ein Sofortimplantat aus reiner Aluminiumoxidkeramik. Als Implantatform wurde ein Stufenzylinder gewählt, da dieser in spannungsoptischen Untersuchungen die günstigsten Voraussetzungen für eine optimale Krafteinleitung in den Knochen zeigte. Durch eine erhebliche

⁶¹ TÄNZLER 1998, S. 98–100.

⁶² TÄNZLER 1998, S. 87–89, sowie BRINKMANN 1993, S. 30.

⁶³ DIETRICH 1993.

Oberflächenvergrößerung mittels einer lakunenartigen Oberfläche versuchten sie, eine direkte Lasteinleitung in den Knochen zu ermöglichen und somit das Desmodont in seinen Eigenschaften nachzuempfinden. Durch die hervorragende Schleimhautverträglichkeit der Aluminiumoxidkeramik wurde entgegen der bis dahin bevorzugten grazilen Gestaltung der gingivalen Durchtrittsstelle der Durchtrittsquerschnitt deutlich vergrößert und somit pflegegünstiger gestaltet. Das Tübinger Sofortimplantat wurde von 1976 bis 1981 an deutschen Universitätskliniken erprobt und nach einer Erfolgsquote von 90 % für die allgemeine Anwendung freigegeben.

Auf dem gleichen Prinzip basierte das Münchner Spätimplantat, das 1982 entstand. Dieses war jedoch im Durchtrittsbereich am Limbus alveolaris zierlicher gestaltet und besaß somit seinen Indikationsbereich im teiltrophierten Kiefer.

Das erfolgreiche Frialit I-System wurde von 1988 bis 1990 unter Einbeziehung weltweiter Erfahrungen weiterentwickelt und hauptsächlich hinsichtlich des Werkstoffes verändert, da aus der Aluminiumoxidkeramik keine sinnvollen Aufbauten oder prothetischen Hilfsteile hergestellt werden konnten. Frialit II-Implantate standen daraufhin als titanplasma-flame-spray oder hydroxylapatitbeschichtete Implantate zur Verfügung.

Für die zweiphasig zu inserierenden Implantate sind verschiedene Formen der Suprastrukturteile verfügbar.⁶⁴

2.2.6 ITI-Hohlzylinderimplantate

Das ITI (Internationales Team für Implantologie) entwickelte 1974 ein Hohlzylinderimplantatsystem, welches auf einem Forschungs- und Entwicklungsprojekt der Klinik für Zahnerhaltung der Universität Bern und dem Institut R. Straumann AG Waldenburg (Schweiz) basierte. Da die ersten Formen der Hohlzylinderimplantate eine Anwendung im Seitenzahnbereich schmaler Kiefer nicht zuließen, wurde Anfang der 1980er Jahre ein neues Hohlzylinderimplantat entwickelt, das aus zwei Außen- und einem zentralen Hohlzylinder besteht, die miteinander durch einen Steg verbunden waren.⁶⁵

⁶⁴ TÄNZLER 1998, S. 89–92; BRINKMANN 1993, S. 37.

⁶⁵ BRINKMANN 1993, S. 38–39, sowie TÄNZLER 1998, S. 92–93.

2.2.7 Nadelimplantate und Blattimplantate

Im Jahr 1960 entwickelte der Franzose J. Scialom die Anwendung der ersten Nadelimplantate. Er implantierte hierbei Nadeln, zu Beginn aus Kunststoff, später aus Tantal, in Schräglage und untereinander nicht parallel nach Möglichkeit bis in die Gegenkortikalis. Die Nadelenden wurden dabei zur Aufnahme einer Teflonkappe parallelisiert.

Scialom bevorzugte hierbei ein Dreibein, das aus drei räumlich divergierenden Nadeln mit einem optimalen Spreizwinkel von 45° bestand. Die Nadeln konnten auch in Reihe angeordnet sein, um die Indikation, wie Pruin (Bremen) 1969 beschrieb, auch auf schmale zahnlose Kiefer zu erweitern.⁶⁶

Leonard Linkow entwickelte Ende der 1960er Jahre die Blattimplantate, die lange Zeit das Bild der enossalen Implantologie prägten. Diese Implantatform bestand aus einem oder zwei Implantatpfosten, dem Blatt und dem verbindenden, konkav gestalteten Hals, der die gingivale Durchtrittsstelle darstellte. Diese Implantatform, die aufgrund der geringen Schulterbreite besonders für atrophierte Kieferkämme hervorragend geeignet war, wurde einzzeitig inseriert, wobei die definitive Versorgung erst nach der vollständigen Einheilung erfolgte. In den 1970er Jahren war das Blattimplantat die häufigste und erfolgreichste Implantatform überhaupt. Es entstanden im Laufe der Zeit viele Formvarianten. Als Implantatwerkstoff wurde zunächst eine Chrom-Nickel-Vanadium-Legierung, später auch vornehmlich Titan verwendet; erst im Jahr 1976 wurden von Mutschelknaus und Dörre auch keramische Implantatkörper vorgestellt.⁶⁷



Abbildung 4: Blattimplantate⁶⁸

⁶⁶ TÄNZLER 1998, S. 79–81, sowie BRINKMANN 1993, S. 21.

⁶⁷ TÄNZLER 1998, S. 81–85, sowie BRINKMANN 1993, S. 23.

⁶⁸ Abbildung aus www.implantat-wissen.de (<http://www.implantat-wissen.de/implantate/diegeschichte/4phasederempirieoderversuchmachtklug/index.php>) [21. Juni 2015].

2.2.8 Die transdentale Fixation

Die transdentale Fixation nimmt im Vergleich zu den eigentlichen Implantationssystemen sicherlich eine Sonderstellung ein und soll hier nur zur Vervollständigung erwähnt werden. Das Ziel der transdentalen Fixation ist die Festigung eines aufgrund parodontaler oder apikaler Erkrankung gelockerten Zahnes.

Die Brüder Alvin Edward Strock und Moses Strock berichteten im Jahr 1939 über eine erste transdentale Fixation mit Hilfe von Vitalliumstiften.⁶⁹ Zahlreiche Autoren haben sich in der Folge mit diesem Thema beschäftigt und verschiedene Methodiken und Therapiekonzepte entwickelt. Da es sich bei diesem Verfahren nur im entferntesten Sinne um eine Implantation handelt, soll in dieser Arbeit nicht vertieft darauf eingegangen werden.

⁶⁹ TÄNZLER 1998, S. 108.

3 Die fachliche Etablierung der zahnärztlichen Implantologie in Deutschland innerhalb der letzten 50 Jahre

Die Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten gehört heute zu den Standardverfahren im Rahmen einer umfassenden zahnärztlichen Versorgung im zivilen Gesundheitswesen. Nahezu jede zivile Zahnarztpraxis in Deutschland bietet im Bedarfsfall eine Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten an. Diese Implantate werden in der Hauptsache durch Zahnärzte in den jeweiligen Zahnarztpraxen selbst oder in Kooperation mit niedergelassenen Fachzahnärzten für Oralchirurgie bzw. Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie inseriert. Die Suprakonstruktion erfolgt dann überwiegend durch den jeweils behandelnden Zahnarzt.

Wie bereits in Kapitel 2 dargestellt, haben sich die Qualität und auch die Quantität implantologischer Leistungen in den letzten Jahrzehnten in Deutschland enorm gesteigert. Die Behandlungsmethode ist inzwischen wissenschaftlich vollständig anerkannt und stellt auch auf Seiten der Patienten aufgrund umfangreicher Informationen in allen Medien eine bekannte und angefragte Versorgungsform dar. Der Markt der Implantathersteller hat sich diesem Bedarf entsprechend angepasst und somit werden zahlreiche Implantatsysteme von vielen verschiedenen Herstellern angeboten, die zur Versorgung der verschiedenen Indikationsbereiche zur Verfügung stehen. In Deutschland sind zurzeit über 100 verschiedene Implantatsysteme erhältlich. Diese Systeme unterscheiden sich trotz gleicher Grundidee und meist gleichem Werkstoff (Titan) teilweise erheblich durch ihr Design, die Oberflächenbeschaffenheit und auch durch die Vielfalt der Aufbaukonstruktionen.

Bereits seit den 1970er Jahren wurde insbesondere durch den späteren Vorsitzenden des Berufsverbandes der niedergelassenen implantologisch tätigen Zahnärzte (BDIZ), Egon Brinkmann, versucht, durch das Festlegen von Indikationsklassen wichtige Grundsätze zur Qualitätssicherung dieser neuen Behandlungsmethode zu schaffen. Auch wird einer qualitätsgesicherten Ausbildung im Bereich der Durchführung dieser Therapieform eine immense Bedeutung beigemessen.

3.1 Die Entwicklung der modernen Implantologie in Deutschland

Die zahnärztliche Implantologie als fachliches Teilgebiet der Zahnmedizin hat inzwischen eine besondere Bedeutung gewonnen, da die Behandlungserfolge hinsichtlich ihrer Langfristigkeit mit den rein prothetischen Zahnersatz-Versorgungskonzepten vergleichbar sind und die prothetischen Versorgungsmöglichkeiten durch diese Therapieform immens erweitert wurden.

Doch der zeitliche Startpunkt der enormen Verbreitung und Akzeptanz liegt in Deutschland lediglich wenige Jahrzehnte zurück, denn erst in den 1970er Jahren begann der Aufschwung dieser Behandlungsmethode über die Grenzen einzelner Praktiker hinaus. In der Zeitschrift *Quintessenz* erschienen die ersten Veröffentlichungen zum Thema Implantologie und im Rahmen des Bayerischen Zahnärztetages im Jahr 1972 wurden die Hauptthemen „Replantate, Transplantate, Implantate in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ präsentiert.⁷⁰ Die Fachzeitschrift *Orale Implantologie* wurde im Jahr 1974 erstmalig als Organ der Deutschen Gesellschaft für zahnärztliche Implantologie verlegt und sie wurde in immer stärker werdendem Maße von Hochschullehrern für ihre Veröffentlichungen genutzt.⁷¹ Die universitären Fachvertreter hatten sich bereits seit Ende der 1970er Jahre vermehrt der Forschung in diesem Teilbereich gewidmet und die implantologischen Verfahren wurden in den 1980er Jahren an den Hochschulen eingeführt.

Zu diesem Zeitpunkt wurde jedoch deutlich, dass die universitären Vertreter dieser Behandlungsmethode noch sehr skeptisch gegenüberstanden. Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) verlieh erst 1982 der Implantologie das Signum der Wissenschaftlichkeit, was in der Folge zu einer beschleunigten Entwicklung der Implantologie in Deutschland führte.

Die wissenschaftliche Anerkennung der zahnärztlichen Implantologie in Deutschland begann im Jahre 1982 auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Garmisch-Partenkirchen. Am Ende dieser Tagung wurde durch den Präsidenten der Gesellschaft folgende Erklärung abgegeben:

„Die Ergebnisse der Grundlagenforschung und die klinischen Erfahrungen der letzten 10 Jahre lassen die Aussage zu, dass enossale Implantate in bestimmten Behandlungsfällen erfolgreich in die zahnärztliche Therapie einbezogen werden

⁷⁰ BRINKMANN 1995, S. 146–148.

⁷¹ BRINKMANN 1995, S. 151.

können und bei entsprechend kritischer Abwägung unter Umständen anderen Behandlungsmethoden vorzuziehen sind.“⁷²

In die Stellungnahme der DGZMK 2/82⁷³ zur zahnärztlichen Implantologie flossen zudem die Grundlagen der Indikationsgebiete erstmalig im Rahmen einer fachlichen Stellungnahme mit ein.

Im Jahr 1983 erfolgte im Rahmen des Bayerischen Zahnärztetages wiederum eine Beschäftigung mit dem Themengebiet unter dem Hauptthema: Implantate in der Praxis.⁷⁴

Basierend auf dieser Veranstaltung hat auch die Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift das Thema Implantologie zu ihrem Hauptthema im Heft 2 des Jahres 1983 gemacht und

⁷² Zitiert nach BRINKMANN 1995, S. 156.

⁷³ DGZMK 1982, Der Inhalt lautet wie folgt: „Thema: Implantologie Stellungnahme der DGZMK 2/82. Diese vom Vorstand der DGZMK verabschiedete Stellungnahme entspricht dem Wortlaut, mit dem der Tagungsleiter die Ergebnisse der Vorträge und Diskussionen zum Hauptthema ‘Implantologie‘ auf der 107. Jahrestagung in Garmisch-Partenkirchen am 24.9. 1982 zusammenfaßte. Die Vorträge zum Hauptthema ‘Implantologie‘ und die Diskussion am Runden Tisch erschienen im Tagungsheft, Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 2/1983.

1. Die Ergebnisse der Grundlagenforschung und die klinischen Erfahrungen der letzten zehn Jahre lassen die Aussage zu, daß enossale Implantate in bestimmten Behandlungsfällen erfolgreich in die zahnärztliche Therapie einbezogen werden können und bei entsprechend kritischer Abwägung unter Umständen anderen Behandlungsmethoden vorzuziehen sind.

2. Enossale Implantate können indiziert sein:

- bei Einzelzahnlücken des Frontzahnbereiches im jugendlichen Gebiß mit weitgehend abgeschlossenem Kieferwachstum,
- bei Einzelzahnlücken des Frontzahnbereiches im sonst klinisch intakten Gebiß,
- bei uni- und bilateralen Frendlücken im Unterkiefer,
- bei großen Schaltlücken im Unterkiefer,
- bei zahnlosem, prothetisch auf konventionellem Wege nicht funktionstüchtig zu versorgendem Unterkiefer (hier Implantation lediglich im frontalen Bereich).

3. Nach dem bisher verfügbaren, wissenschaftlich gesicherten und über mehr als fünf Jahre kontrollierten Erfahrungsmaterial belaufen sich die Erfolgsaussichten über diesen Zeitraum mit den heute im Vordergrund stehenden Implantationssystemen auf 70 bis 90%, je nach Art und Aufgabe der Implantate zum Ersatz einzelner Frontzähne oder als künstliche Pfeiler im zahnreduzierten oder zahnlosen Unterkiefer.

4. Entscheidende Voraussetzungen für ein optimales Behandlungsergebnis sind:

- die richtige Indikation. Sie schließt die gewissenhafte Mitarbeit des Patienten durch gründliche Mundhygiene ebenso ein wie die Bereitschaft zu regelmäßigen Nachkontrollen. Dadurch engt sich die Indikation weiter ein.
- die Verwendung eines für den speziellen Behandlungsfall geeignetes Implantattyps.
- ausgereifte Kenntnisse und Erfahrungen des Operateurs, die funktionsgerechte prothetische Versorgung.

5. Während gründliche tierexperimentelle Studien heute weitgehend abgeschlossen sind, bedarf es weiterer Forschungen und der kritischen Sichtung klinisch praktischer Erfahrungen auf der Grundlage vergleichbarer, zuverlässiger und zahlenmäßig ausreichender Daten, um über den Zeitraum von fünf Jahren hinaus längerfristige Erkenntnisse zu sammeln und Wege zu suchen, Mißerfolg noch weiter zu mindern.

6. Die auf der 107. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Garmisch-Partenkirchen mitgeteilten Erfahrungswerte bilden einerseits für den bereits implantologisch tätigen Zahnarzt eine Leitlinie. Andererseits stellen diese Erfahrungswerte für denjenigen Kollegen, der sich neu mit der Implantologie beschäftigen möchte, eine Verpflichtung dar, sich zunächst intensiv mit den theoretischen und praktischen Grundlagen vertraut zu machen, bevor er selbst enossale Implantate setzt.“

⁷⁴ BRINKMANN 1995, S. 147.

sowohl umfassende Artikel zu der Veranstaltung als auch zum Themenbereich Implantologie veröffentlicht.⁷⁵ In den letzten Jahrzehnten etablierte sich die zahnärztliche Implantologie in Deutschland zu einem auch von Seiten der Wissenschaft anerkannten Standardverfahren im Rahmen der prothetischen Versorgung nach Zahnverlust.

Heutzutage besteht ein vollständiges Versorgungsnetzwerk in Deutschland, das die Möglichkeiten einer implantologischen Versorgung in allen Regionen abdeckt.

3.2 Qualitätsgesicherte Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten in Deutschland

Eine qualitätsgesicherte Versorgung kann im zivilen Gesundheitswesen nicht umfassend sichergestellt werden, da eine Kontrolle der entsprechenden Ausbildungen und der Ergebnisqualität der implantologisch tätigen Zahnärzte nicht oder nur schwer erfolgen kann. Die unterschiedlichen Fachgesellschaften bieten Curricula zum Erlernen aller notwendigen theoretischen und praktischen Kenntnisse im Bereich der zahnärztlichen Implantation an, in denen niedergelassene Zahnärzte die Qualifikation erwerben können und dadurch einen entsprechenden Tätigkeitsschwerpunkt zuerkannt bekommen. Diese qualitätsgesicherte Ausbildung stellt jedoch keine zwingende Grundvoraussetzung für das Inserieren von zahnärztlichen Implantaten dar. Implantathersteller bieten ebenfalls Seminare an, nach deren Teilnahme man die entsprechenden Systeme bestellen und inkorporieren darf. Die Qualität der Implantatversorgung liegt somit in erster Linie in der Verantwortung des behandelnden Zahnarztes und hängt maßgeblich von dessen Ausbildung und Erfahrung ab. Das Erlernen der Behandlungsmethode an sich bedarf hinsichtlich Planung, Vorbereitung und Durchführung einer abgestimmten und zielgerichteten Ausbildung im theoretischen und auch im praktischen Bereich.

Dieser Anspruch an ein verantwortungsbewusstes Handeln eines jeden Arztes und Zahnarztes bezieht sich natürlich nicht nur auf die Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten, sondern findet seine Gültigkeit in allen Teilbereichen der Heilkunde und der Zahnheilkunde.

⁷⁵ DZZ 1983, S. 76–138.

3.3 Berufsverbände und Fachgesellschaften

Zur fachlichen Begleitung und Weiterentwicklung dieses Fachgebietes und hierbei insbesondere zur Sicherstellung einer qualitätsgesicherten Fortbildung haben sich in den letzten Jahrzehnten in Deutschland verschiedene Fachgesellschaften und Berufsverbände gebildet. Die bedeutendsten haben sich zur fachlichen Abstimmung in der „Konsensuskonferenz Implantologie“ zusammengeschlossen und dort insbesondere die Grundlagen und Eckdaten für Indikationsklassen erarbeitet und festgelegt.

3.3.1 Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V. (BDIZ EDI)

Der Verband ist am 20.12.1989 als „Bundesverband der niedergelassenen implantologisch tätigen Zahnärzte in Deutschland e.V.“ gegründet worden und wurde im November 2002 mit dem Ziel der erweiterten Ausrichtung auch auf alle europäischen Zahnärzte umbenannt. Zweck des Verbandes ist es, die beruflichen Interessen der auf dem Gebiet der oralen Implantologie tätigen Zahnärzte und Ärzte zu vertreten. Die Interessenvertretung erfolgt europaweit und der Verband setzt sich auch für die Studierenden der Zahnmedizin und die Zahntechniker ein.⁷⁶ Dem Verband gehören zurzeit etwa 5.500 Mitglieder an. Als Leistungen werden unter Anderem angeboten:⁷⁷

- Umfassende Interessenvertretung auf berufspolitischer, wissenschaftlich-fachlicher und unternehmerisch-wirtschaftlicher Ebene
- Vermittlung qualifizierter Rechtsberatung
- Aufnahme in das Zentralregister für Patientenfragen (Implantologensuche)
- Hilfe bei der Erstellung und Überprüfung von Liquidationen und bei der Durchsetzung der daraus abgeleiteten Ansprüche
- Vergabe des Tätigkeitsschwerpunkts Implantologie

⁷⁶ Aus BDIZ 2010.

⁷⁷ Zitat aus Intranet-Homepage BDIZ EDI

(https://www.bdizedi.org/bdiz/web.nsf/id/pa_de_leistungen.html) [22. Juni 2015].

3.3.2 Berufsverband Deutscher Oralchirurgen -BDO- e.V.

Am 28. Februar 1983 wurde in Frankfurt der „Bundesverband Deutscher Oralchirurgen e.V.“ gegründet. Auf Wunsch der Bundeszahnärztekammer wurde 1986 der Name des Verbandes in „Berufsverband Deutscher Oralchirurgen –BDO– e. V.“ geändert. Im Gegensatz zum BDIZ EDI erfordert die ordentliche Mitgliedschaft in diesem Verband eine anerkannte Weiterbildung im Bereich Oralchirurgie. Das berufspolitische Ziel des Verbandes ist die Vertretung der chirurgischen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde innerhalb nationaler und internationaler medizinischer und zahnmedizinischer Organisationen, Standesorganisationen, der Politik und in der Öffentlichkeit. Der BDO versteht sich nicht nur als Vertreter der in zahnärztlicher Chirurgie weitergebildeten Zahnärzte für Oralchirurgie, sondern nimmt die Interessenvertretung aller Zahnärzte für die zahnärztliche Chirurgie wahr. Der BDO tritt dabei für eine umfassende, sich an nationalen und internationalen Standards orientierende Definition des Fachgebietes unter besonderer Berücksichtigung europäischer Entwicklungen ein.⁷⁸

3.3.3 Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG)

Die „Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie“ wurde am 29. April 1951 gegründet und umfasst aktuell über 1.300 Mitglieder. Die Aufnahme in die Gesellschaft als ordentliches Mitglied setzt die Doppelapprobation als Arzt und Zahnarzt sowie eine fünfjährige Facharztausbildung voraus.

Im Jahre 2000 fusionierte die Deutsche Gesellschaft für Mund, Kiefer- und Gesichtschirurgie zur Bündelung der wissenschaftlichen und standespolitischen Interessen mit dem Berufsverband der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen.⁷⁹

⁷⁸ Aus Intranet-Homepage: (http://www.oralchirurgie.org/zahnarzt/berufsverband/aufgaben_ziele) [26.05.2014].

⁷⁹ Aus Intranet-Homepage DGMKG: (<http://www.patienteninformation-mkg.de/dgmkg/patienteninfo.nsf/E/F7594482372EF76EC125764E0050D770?openDocument>) [22. 06.2015].

3.3.4 Deutsche Gesellschaft für Implantologie im Zahn-, Mund- und Kieferbereich e.V. (DGI)

Die DGI ist im Jahre 1994 durch die Fusion zweier implantologischer Gesellschaften (AGI und GOI) entstanden und heute mit über 8.000 Mitgliedern die größte deutsche und europäische implantologische Gesellschaft. Die AGI (Arbeitsgemeinschaft Implantologie in der DGZMK) war universitär und wissenschaftlich orientiert, die GOI (Gesellschaft für orale Implantologie e.V.) war praxisorientiert. Die Fusion wurde herbeigeführt, um den obengenannten Aufgaben in der Wissenschaft, der Wissensvermittlung und der praktischen Aufbereitung besser gerecht zu werden und eine Zersplitterung der Kräfte zu vermeiden. Ärzte und Zahnärzte können ordentliche Mitglieder werden. Als Leistungen werden unter anderem angeboten:⁸⁰

- Umfangreiche Fortbildungsmaßnahmen zum Master Implantologie
- Ausbildungsmaßnahmen im Bereich Implantatprothetik
- Qualifikationserhalt
- Vergabe von Tätigkeitsschwerpunkten
- Bereitstellung von fachlichen Informationen

3.3.5 Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Implantologie e.V. (DGZI)

Die Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie (DGZI) wurde 1970 gegründet und ist damit die älteste implantologische Fachgesellschaft in Europa. Sie umfasst etwa 4.000 Mitglieder in Deutschland. Die DGZI sieht sich als Vertretung der niedergelassenen implantologisch tätigen Zahnärzte. Als Leistungen werden unter anderem angeboten:

- Qualifizierte Weiterbildung Curriculum Implantologie
- Qualifizierte Weiterbildung Curriculum Implantatprothetik für prothetisch orientierte Zahnärzte und Zahntechniker
- Masterkurse für implantologisch erfahrene Zahnärzte
- Internationale Qualifikation zum Expert in Oral Implantology DGZI und Specialist in Oral Implantology DGZI durch GBOI (German Board of Oral Implantology)

⁸⁰ Zitat aus Intranet-Homepage DGI:

{<https://www.dginet.de/documents/10164/1532263/14-08-19-IMAGE-BROSCH%C3%9C+2014.pdf/9603a76e-7078-4b9f-ad9c-c2ff1fe0442a>} [22.06.2015].

- Spezialist Implantologie DGZI – Qualifikationsurkunde für geprüfte Implantologen⁸¹

3.3.6 Die Bedeutung der Fachgesellschaften und Berufsverbände

Durch das Wirken der Fachgesellschaften und Berufsverbände erscheint die Qualitätssicherung der implantologischen Versorgung zumindest hinsichtlich der Möglichkeit einer wissenschaftlich fundierten Ausbildung sichergestellt. Die angelegten Qualitätsstandards sind sehr hoch, zertifizierte Nachweise bedürfen umfassender Ausbildung und auch Auffrischungsmaßnahmen. Ein über diesen wissenschaftlichen Sicherstellungsansatz hinausgehendes Bemühen um Qualitätssicherung im Sinne einer weitergehenden Festlegung in der zahnärztlichen Praxis kann es vor dem Hintergrund der freien Ausgestaltung der zahnärztlichen Tätigkeit gemäß Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde⁸² nicht geben. Würde der Gesetzgeber hier durch weitergehende Regelungen hinsichtlich notwendiger Qualifikation und Anzahl von Behandlungsfällen Beschränkungen der medizinischen Leistungserbringung einführen, hätte dies weitreichende Folgen für den gesamten Bereich der Medizin und Zahnmedizin. Dies würde bedeuten, dass für jede medizinische Maßnahme festgelegt werden müsste, ob diese zu einer Standardbehandlungsmaßnahme (Qualifikation durch universitären Abschluss/Approbation erworben) oder zu einer Spezialbehandlungsmaßnahme zählen, für die besondere Ausbildungszertifikate zu erwerben wären.

Abgesehen von dem immensen administrativen Aufwand würde eine entsprechende Regelung insbesondere die medizinische Entwicklung dadurch gefährden, dass neue medizinische Maßnahmen gar nicht erst durchgeführt werden dürften, da zunächst keine gesetzliche Genehmigung vorliegt.

Betrachtet man die Weiterbildungsordnungen im Bereich der Medizin und der Zahnmedizin sowie die zur Verfügung stehenden zertifizierten Fortbildungsmaßnahmen, ist festzustellen, dass bereits jetzt umfangreiche Ausbildungsvorgaben bestehen und diese durch das Angebot zertifizierter Fortbildungen mit durch Fachgesellschaften definierten Inhalten ergänzt werden. Da Verantwortungsbewusstsein eine Grundvoraussetzung für ärztliches Handeln darstellt, ist davon auszugehen, dass die breite Ausbildungs- und

⁸¹ Aus Intranet-Homepage DGZI: <http://www.dgzi.de/uns> [22.06.2015].

⁸² ZAHNHLKGES 1987.

Fortbildungslandschaft im Bereich der Medizin und der Zahnmedizin umfassend geeignet ist, um jeden Arzt und Zahnarzt angemessen für seine Tätigkeit vorzubereiten, solange er diese Möglichkeit nutzt. Ein Zwang zur Wahrnehmung von Qualifizierungsmaßnahmen für bestimmte Behandlungsmethoden, unabhängig von der ohnehin bestehenden Fortbildungsverpflichtung gemäß Berufsrecht und § 95d SGB V, erscheint somit weder zielführend noch angemessen.

Die Standesorganisationen sowie die Fachgesellschaften wirken als Organe der medizinischen Qualitätssicherung, die Kostenträger stellen zudem durch ihre Vorgaben weitere Anforderungen an den medizinischen Leistungserbringer, was einen gesetzlichen Anpassungsbedarf entbehrlich macht.

4 Die zahnärztliche Implantologie im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung von Soldaten der Bundeswehr

Nachdem das „Amt Blank“ am 3. November 1950 gegründet worden war, wurde dieses im Juni 1955 in das „Bundesministerium für Verteidigung (BMVg)“ umbenannt. Nach der Grundgesetzänderung vom 26. März 1954 wurde ab dem 5. Mai 1955 mit dem Aufbau der Bundeswehr begonnen. Zunächst versahen nur Freiwillige ihren Dienst, am 21. Juli 1956 wurde mit dem Wehrpflichtgesetz die allgemeine Wehrpflicht eingeführt. Die offizielle Aufstellung der Bundeswehr begann am 1. Januar 1956. Die ersten Freiwilligen hatten zunächst auf der Basis des Erlasses „Besondere Anordnung für das Sanitätswesen zum Aufstellungsbefehl Nr. 1“ vom 28. Dezember 1955 keinen Anspruch auf freie Heilfürsorge. Das „Gesetz über die Rechtsstellung der Soldaten (Soldatengesetz)“ vom 19. März 1956 führte dann zu der Form der unentgeltlichen truppen(zahn)ärztlichen Versorgung von Soldaten und später auch Soldatinnen der Bundeswehr. Gleichzeitig schloss das Bundesministerium für Verteidigung einen Vertrag mit der „kassenzahnärztlichen Vereinigung“ über die zahnärztliche Versorgung der Soldaten der Bundeswehr.⁸³

4.1 Die Organisation der zahnärztlichen Versorgung in der Bundeswehr von den Anfängen bis heute

Im Jahr 1957 wurde im Bundesministerium für Verteidigung beim „Inspekteur des Sanitäts- und Gesundheitswesens“ ein Referat Zahnmedizin eingerichtet, dessen Aufgabe in der Erarbeitung von Grundsätzen und Richtlinien zur zahnärztlichen Versorgung bestand.⁸⁴

Beginnend mit dem 1. Januar 1958 wurden die ersten Zahnstationen zur zahnärztlichen Behandlung von Soldaten der Bundeswehr zunächst noch in alten Einrichtungen der ehemaligen Besatzungsarmeen eingerichtet. Im Januar 1959 existierten bereits 40 Zahnstationen, acht weitere befanden sich im Aufbau. Der Aufstellungsbefehl von 1961 sah insgesamt die Einrichtung von 57 Zahnstationen vor.

⁸³ MÜLLERSCHÖN 2004, S. 104.

⁸⁴ MÜLLERSCHÖN 2004, S. 105.

Im Sanitätsamt der Bundeswehr, einer dem Bundesministerium für Verteidigung nachgeordneten oberen Kommandobehörde und als fachliche Stelle zuständig für die medizinisch-fachliche Zuarbeit von Grundlagen zum BMVg, wurden im Jahr 1965 der „Inspizient der Zahnmedizin“ etabliert und ein Fachdezernat Zahnmedizin eingerichtet. Dem Inspizienten oblag die fachliche Dienstaufsicht über alle zahnärztlichen Einrichtungen der Bundeswehr.⁸⁵

In der folgenden Übersicht ist die Organisation der zahnärztlichen Versorgung in den 1970er Jahren dargestellt.

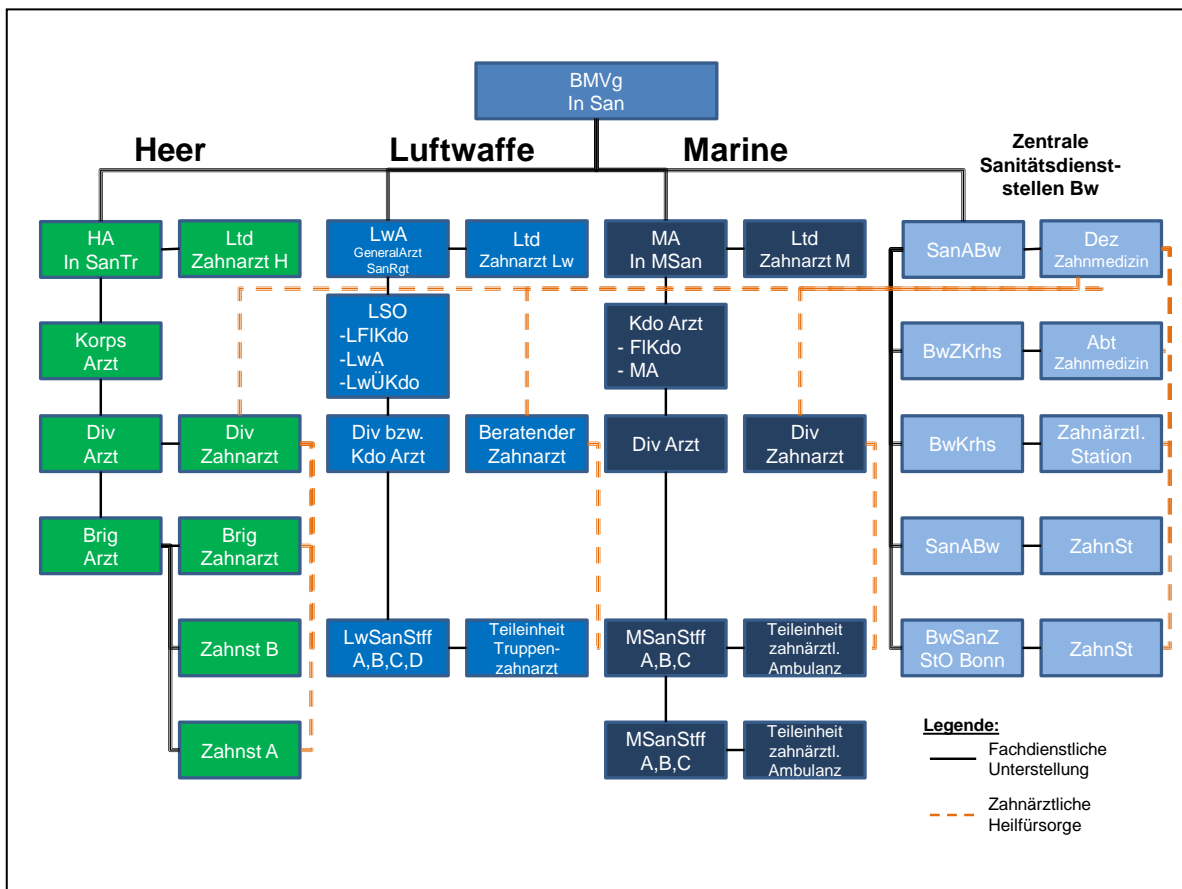


Abbildung 5: Organisation der zahnärztlichen Versorgung, Stand 1. Juni 1971⁸⁶

Die dargestellte Organisationsstruktur der sanitätsdienstlichen und zahnärztlichen Versorgung hat sich grundsätzlich bis zur Einführung des Organisationsbereiches „Zentraler Sanitätsdienst der Bundeswehr (ZSanDstBw)“ im Jahr 2000 in fast allen Bereichen in der Form gehalten.

⁸⁵ MÜLLERSCHÖN 2004, S. 106–107.

⁸⁶ Aus MÜLLERSCHÖN 2004, S. 108.

Lediglich im Bereich des Heeres wurde die Funktion der Divisionszahnärzte und Brigadzahnärzte zuvor schon nicht weiter ausgebracht, sondern es wurden Begutachtende Zahnärzte ausgeplant, die in der Hauptsache mit der Bearbeitung der zahnärztlichen Heilfürsorge im fachlichen Zuständigkeitsbereich beauftragt wurden.

In dieser Organisationsstruktur ist einerseits die fachdienstliche (Fachdienst Sanitätsdienst) sowie die truppdienstliche (Disziplinargewalt) Unterstellung von der fachlichen Unterstellung (fachliche Angelegenheiten innerhalb der Approbation Zahnmedizin sowie zahnärztliche Heilfürsorgeangelegenheiten) zu unterscheiden.

Die fachdienstliche Unterstellung erfolgte unter eine ärztliche Versorgungseinrichtung (Sanitätszentrum, Marinesanitätsstaffel/Luftwaffensanitätsstaffel). Diese Unterstellung war bei Luftwaffe und Marine grundsätzlich mit einer truppdienstlichen Unterstellung gekoppelt, beim Heer waren die zahnärztlichen Behandlungseinrichtungen (in der Regel auf Bataillonsebene) den Verbänden vor Ort angegliedert und unterstellt.

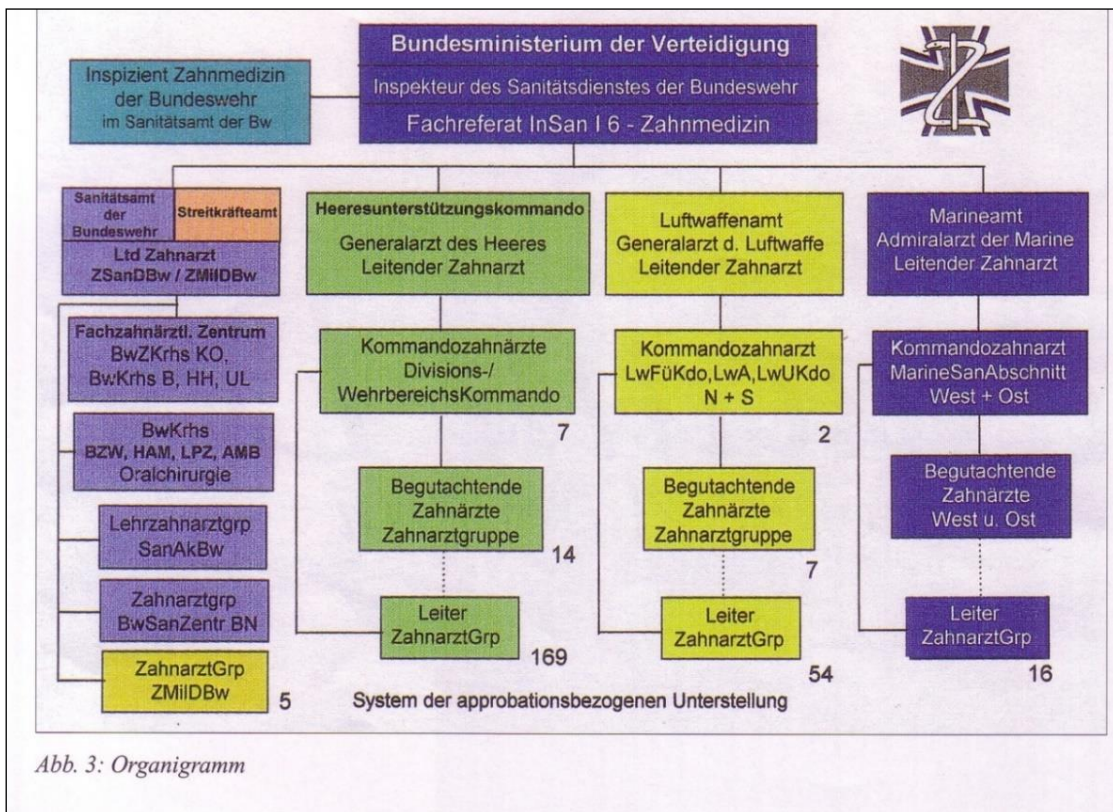


Abb. 3: Organigramm

Abbildung 6: Übersicht der organisatorischen Gliederung der Dienststellen und Funktionen im Bereich der zahnärztlichen Versorgung⁸⁷

⁸⁷ Aus SCHINDLER 1999, S. 58.

In der oben dargestellten Gliederungsübersicht finden sich die Dienststellen und Funktionsbereiche der zahnärztlichen Versorgung im Jahr 1999. Die tiefgestellten Zahlen geben dabei die Summe der Organisationselemente an.

Zu diesem Zeitpunkt, im Jahr 1999, waren 448 Sanitätsoffiziere Zahnarzt, 486 zivile Zahnarthelferinnen sowie 620 Sanitätsunteroffiziere und Mannschaften in insgesamt 299 zahnärztlichen Behandlungseinrichtungen eingesetzt.

Die Organisation der fachzahnärztlichen Versorgung wird in der folgenden Übersicht dargestellt.

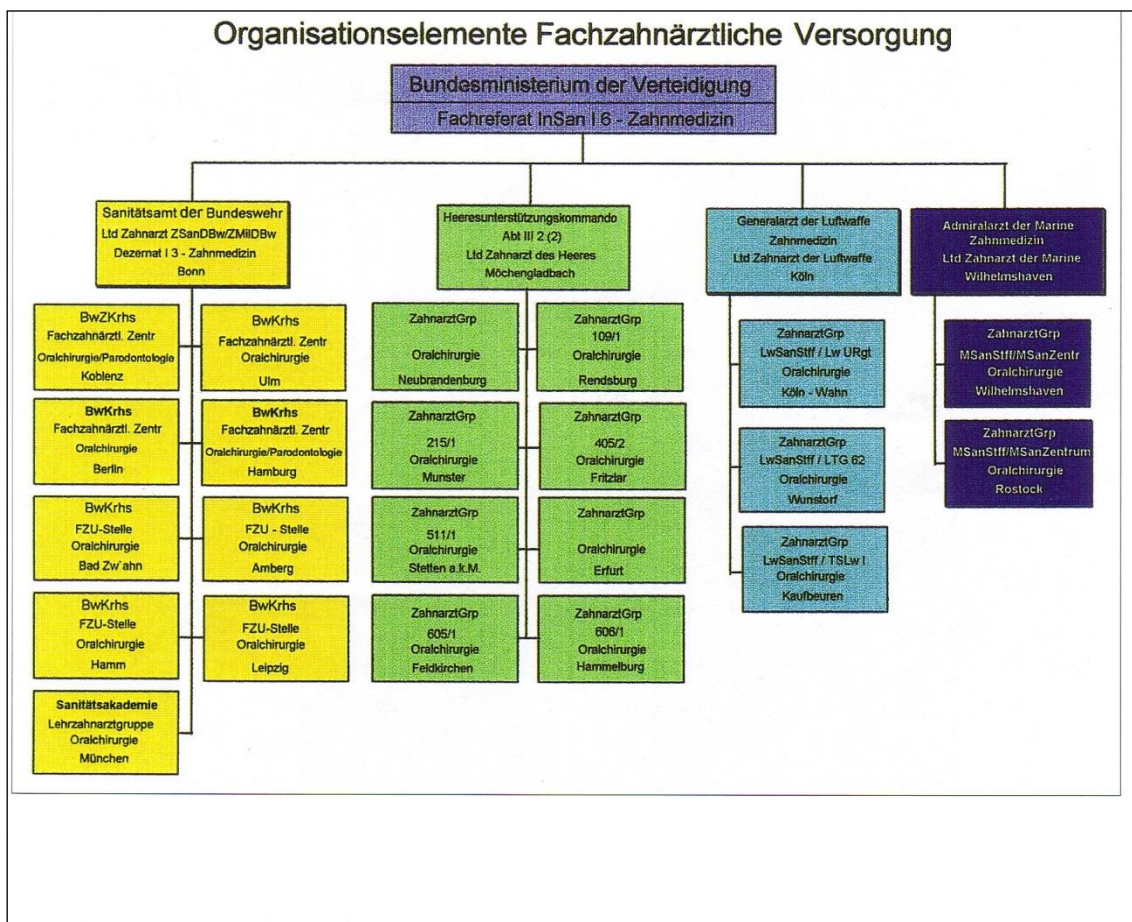


Abbildung 7: Übersicht der organisatorischen Gliederung der Dienststellen mit Auftrag der fachzahnärztlichen Versorgung⁸⁸

Hierbei sind diejenigen zahnärztlichen Behandlungseinrichtungen aufgeführt, die über einen Dienstposten für einen Fachzahnarzt Oralchirurgie sowie über die entsprechende materielle und personelle Ausstattung verfügen. Im Bundeswehrzentral Krankenhaus

⁸⁸ Aus SCHINDLER 1999, S. 55.

Koblenz sowie im Bundeswehrkrankenhaus Hamburg wurden zudem parodontologische Schwerpunkte der fachzahnärztlichen Versorgung abgebildet.

In der Übersicht nicht enthalten, da sie organisatorisch nicht der approbationsbezogenen Führung Zahnmedizin unterstellt waren, sind die Abteilungen für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Bundeswehrkrankenhäuser. In diesen Fachabteilungen sowie in den zahnärztlichen Versorgungselementen mit einem Fachzahnarzt für Oralchirurgie wurden und werden, mit nur wenigen Ausnahmefällen, die implantatchirurgischen Versorgungsvorgänge vorgenommen. Die implantatprothetische Versorgung erfolgte in den Anfängen ausschließlich ebenfalls in den fachzahnärztlichen Versorgungszentren, wird jedoch in den letzten Jahren vermehrt auch in den jeweiligen regionalen zahnärztlichen Behandlungseinrichtungen durchgeführt.

Mit Aufstellung des Organisationsbereiches „Zentraler Sanitätsdienst der Bundeswehr“ am 1. Oktober 2000 kam es zu Umgliederungen in der Organisationsstruktur der fachdienstlichen Führung.

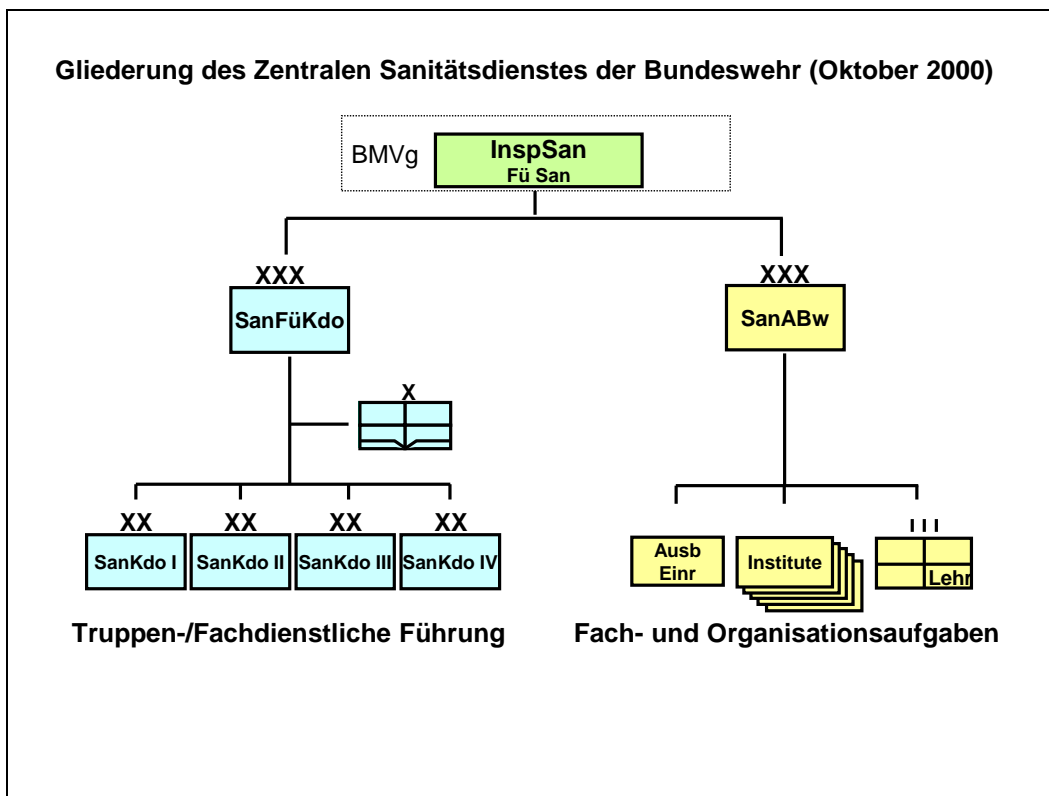


Abbildung 8: Gliederung des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr im Jahr 2000⁸⁹

⁸⁹ Grafik entnommen aus einem Vortrag Kommando Sanitätsdienst der Bundeswehr - Abteilungsleiter B (Stand Mai 2014).

Die truppen- und fachdienstliche Führung der Regionalen Sanitätseinrichtungen wurde durch das Sanitätsführungskommando in Koblenz wahrgenommen, die Fach- und Organisationsaufgaben waren dagegen im Bereich des Sanitätsamtes in München verortet. Dem Sanitätsführungskommando waren dabei als Zwischenebene zu den Regionalen Sanitätseinrichtungen vier Sanitätskommandos (Sanitätskommando I in Kiel, Sanitätskommando II in Diez, Sanitätskommando III in Weißenfels, Sanitätskommando 4 in Bogen) nachgeordnet.

Obwohl die sanitätsdienstliche Versorgung in den Regionalen Sanitätseinrichtungen durch das Sanitätsführungskommando gesteuert und geführt wurde, war die fachliche Führung der zahnärztlichen Versorgung nicht in diesem Führungskommando, sondern im Sanitätsamt, ausgebracht. In den Sanitätskommandos I – IV haben Fachdezernate I 3 Zahnmedizin lediglich die Aufgaben der fachlichen Zwischenebene, wie beispielhaft „Fachliche Dienstaufsicht“ wahrgenommen.

Die Fachabteilung VI Zahnmedizin des Sanitätsamtes hatte den Auftrag, approbationsbezogene Grundlagen in fachlichen Belangen und in der Ausbildung zu erarbeiten, spezielle Teilbereiche der zahnärztlichen Heilfürsorge zu bearbeiten sowie die Zahnärztliche Stelle [Röntgen] der Bundeswehr⁹⁰ abzubilden. Zudem war der Abteilungsleiter in Personalunion der Inspizient Zahnmedizin der Bundeswehr, in welcher Funktion er unmittelbares Vorspracherecht beim Inspekteur des Sanitätsdienstes innehatte und die zahnärztlichen Behandlungseinrichtungen hinsichtlich ihrer Auftragserfüllung inspizierte.

Für den Bereich der zahnärztlichen Heilfürsorge und des zahnärztlichen Begutachtungswesens wurde mit Einnahme einer neuen Struktur des Sanitätsamtes der Bundeswehr zum 1. Oktober 2001 die Funktion des „Begutachtenden Zahnarzt der Bundeswehr“ eingerichtet.

⁹⁰ BAIL/SCHULZ 2013, S. 45: „[...] Die Zahnärztliche Stelle Röntgen der Bundeswehr nimmt gemäß Röntgen- und Strahlenschutzverordnung die gesetzlich vorgeschriebenen Prüf- und Überwachungsaufgaben zur Qualitätssicherung des zahnärztlichen Röntgens für alle zahnmedizinischen und mund-, kiefer- und gesichtschirurgischen Röntgeneinrichtungen im Geschäftsbereich des Bundesministeriums der Verteidigung wahr. Hierzu werden die Prüfaufnahmen, die unter standardisierten Bedingungen die Funktionsfähigkeit des Röntgenstrahlers und Abbildungssystems (Entwicklungsbedingungen) testet, und die objektive Qualität von Patientenaufnahmen in einem maximal dreijährigen Turnus einer externen fachlichen Qualitätskontrolle unterzogen und die überprüften Behandlungseinrichtungen über das Ergebnis informiert.

Zudem werden die zahnärztlichen Behandlungseinrichtungen über bestehende Regelungen und Änderungen im Bereich des zahnärztlichen Röntgens informiert und beraten. [...]“.

Der Begutachtende Zahnarzt der Bundeswehr war zuständig für die Bearbeitung von genehmigungspflichtigen zahnärztlichen Behandlungsmaßnahmen von im Ausland stationierten Soldaten, für die Bearbeitung von Anträgen auf kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen sowie implantologische Versorgungsleistungen von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr. Für die Bearbeitung dieser zahnärztlichen Heilfürsorgeangelegenheiten standen zusätzlich ein erfahrener Sanitätsoffizier Zahnarzt sowie zwei Bürosachbearbeiter zur Verfügung.

Darüber hinaus war der Begutachtende Zahnarzt der Bundeswehr zuständig für die Bearbeitung von fachlichen Eingabe- und Beschwerdeangelegenheiten im Fachgebiet Zahnmedizin.

Die neue Zielstruktur 2020⁹¹ sieht wiederum eine Umgestaltung der Organisation der Dienststellen des Sanitätsdienstes vor. Die regionale sanitätsdienstliche Versorgung wird, nun einschließlich der zahnärztlichen Bestandteile, fachdienstlich durch das Kommando Regionale Sanitätsdienstliche Unterstützung in Diez geführt. Die medizinische Gesundheitsversorgung in den Auslandseinsätzen sowie die Sanitätstruppe in den jeweiligen Regimentern wird durch das Kommando Sanitätsdienstliche Einsatzunterstützung in Weißenfels geführt. Die Sanitätsakademie der Bundeswehr in München ist weiterhin die zentrale Einrichtung für Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich des Sanitätsdienstes der Bundeswehr und somit zuständig für die Qualifizierung des gesamten Sanitätspersonals. Neben den militärfachlichen Lehrgängen für alle Laufbahngruppen des Sanitätsdienstes werden an der Sanitätsakademie vielfältige fachliche Fortbildungslehrgänge in allen Bereichen der Approbationen sowie im Bereich der medizinischen Assistenzberufe durchgeführt. Zudem hat die Sanitätsakademie einen weiteren Auftrag im Bereich Forschung und Entwicklung.

Über diesen drei Fähigkeitskommandos steht das Kommando Sanitätsdienst der Bundeswehr mit dem Inspekteur des Sanitätsdienstes als Befehlshaber für den Organisationsbereich des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr. Hier liegt die oberste fachliche, fachdienstliche und truppdienstliche Führung.

⁹¹Die Realisierungsplanung der Neuausrichtung der Bundeswehr aus dem Jahr 2012 findet sich auf der Internetseite des BMVg:
(https://www.bmvg.de/portal/a/bmvg/!ut/p/c4/NYzBCsIwEET_KJsiQvFmqQcvHgTREEvbJV1sN2WzaS9-vOnBGXiXNwy8oZT9SsErRfYTvMD1dOo2081rMIn6EWVE0rTEiZQ-pss8YnpwFMOYfU5SNpo5wHM_G9D0kVF3KrJSYRCvUcwSRafdZJFiDA3gbNU2trL_VN_64S6H27G27bW5wzLP5x8aaE_T/) [17. November 2016].

Die Abteilung Zahnmedizin aus dem ehemaligen Sanitätsamt wurde als Unterabteilung III in das Kommando Sanitätsdienst überführt, einzelne Anteile der zahnärztlichen Heilfürsorge wurden an das Kommando Regionale Sanitätsdienstliche Unterstützung nach Diez übertragen.

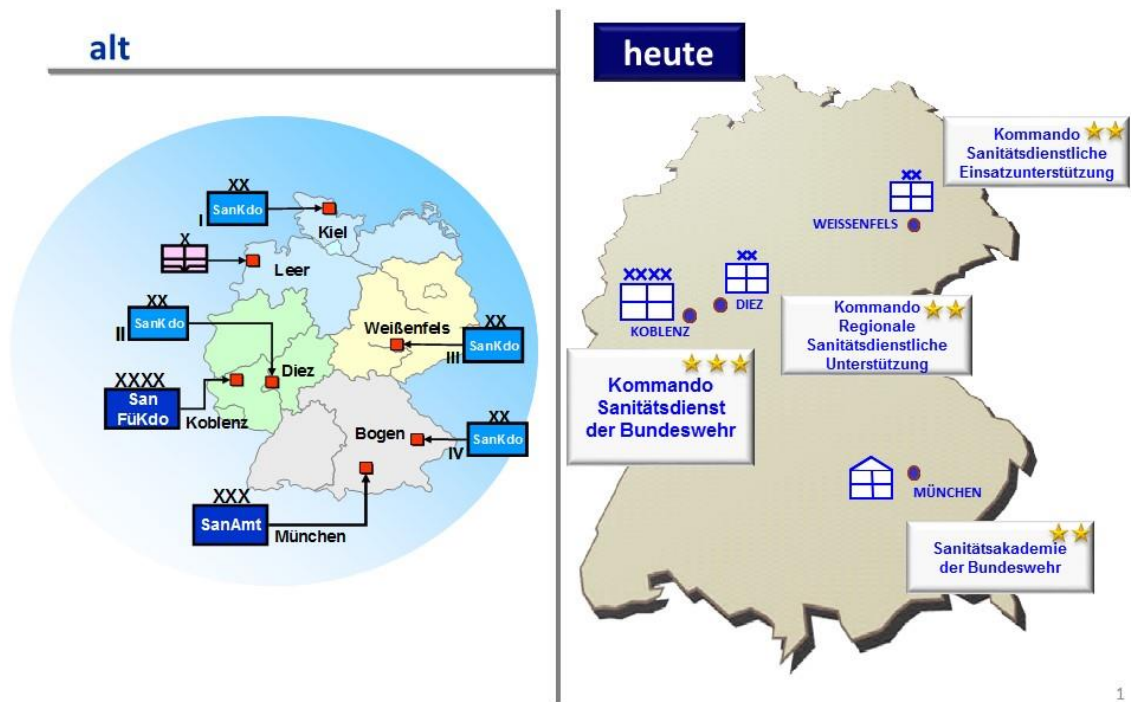


Abbildung 9: Neue Führungsstruktur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr (Struktur 2020)⁹²

4.2 Der Beginn der Bestrebungen zur Einführung der zahnärztlichen Implantologie

Für den Bereich der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung von Soldaten der Bundeswehr war die Durchführung zahnärztlicher Implantationen zwar schon zu Beginn der 1970er Jahre ein Thema, es dauerte jedoch bis zum Jahr 1988, die zahnärztliche Implantologie in begründeten Einzelfällen in den Versorgungsumfang der unentgeltlichen truppen(zahn-)ärztlichen Versorgung einzugliedern. Unabhängig von fachli-

⁹² Grafik entnommen aus einem Vortrag Kommando Sanitätsdienst der Bundeswehr – Abteilungsleiter B (Stand Mai 2014).

chen Erwägungen war hierbei sicherlich auch die Aufnahme von implantologischen Leistungen in die Gebührenkataloge der zahnärztlichen Versorgung (BEMA-Z und GOZ) und somit die erste abrechnungstechnische Anerkennung dieser Therapieform der Grund für die Aufnahme in den Versorgungsumfang der unentgeltlichen truppen(zahn-)ärztlichen Versorgung.⁹³

Bereits am 12. Juni 1972 wurde in einem Schreiben des zahnärztlichen Referates InSan I 6 des BMVg an den Leitenden Zahnarzt der Inspektion der Sanitätstruppe, Köln⁹⁴, geäußert, dass eine Einführung der zahnärztlichen Implantologie in der Bundeswehr zum damaligen Zeitpunkt verfrüht und daher nicht zweckmäßig sei. Diese Entscheidung wurde wie folgt dargestellt:

„Zur Frage der Durchführung zahnärztlicher Implantationen in der Bundeswehr hat der Inspekteur des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr wie folgt entschieden: ‘Hinsichtlich der Bewertung der Wichtigkeit bei Anwendung dieses Verfahrens im Sanitätsdienst der Bundeswehr bestehen jedoch z. Zt. noch begründete Bedenken, wie

- Fehlen exakter Erfolgsstatistiken
- Noch zu häufige Misserfolge
- Keine echten Dauererfolge und
- Daraus resultierende mögliche rechtliche Ansprüche

Angesichts dieser Bedenken, die auch von namhaften Fachvertretern geteilt werden, erscheint die allgemeine Durchführung zahnärztlicher Implantationen in der Bundeswehr, zumindest zum gegenwärtigen Zeitpunkt, noch verfrüht und damit nicht zweckmäßig.“⁹⁵

Zuvor hatte am 12. und 13. Mai 1972 der Bayerische Zahnärztetag in München stattgefunden, der als Hauptthema erstmalig in Deutschland die Thematik „Replantate, Transplantate, Implantate in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ auf der Agenda präsentiert hatte.⁹⁶

Auf dieser Veranstaltung wurde seitens der universitären Vertreter eine dem Verfahren der Implantologie gegenüber eher zurückhaltende bzw. ablehnende Position vertreten. Es wurden hierbei hauptsächlich theoretische Argumente gegen das Verfahren eingewandt, obgleich zeitlich begrenzte Erfolge eingeräumt wurden. Diese Bewertung stand

⁹³ OERDING 2004, S. 35–36.

⁹⁴ Im Jahr 1956 wurde in Köln das Truppenamt als obere Kommandobehörde des Heeres eingerichtet. Im Jahr 1970 erfolgte die Umbenennung und Umgliederung des Truppenamtes zum Heeresamt. Dem Truppenamt und später Heeresamt war die Inspektion der Sanitätstruppe nachgeordnet. Von hier aus hatte der Leitende Zahnarzt des Heeres eine entsprechende Anfrage an das BMVg gestellt.

⁹⁵ BMVg InSan I 6 1972.

⁹⁶ BRINKMANN 1995, S. 147.

im Gegensatz zu den positiven Erfahrungen und Berichten der niedergelassenen, bereits implantologisch tätigen Zahnärzte. Dennoch hat das zahnärztliche Fachreferat des BMVg die Position der wissenschaftlichen Vertreter übernommen und eine fehlende wissenschaftliche Anerkennung als Begründung für eine Ablehnung der allgemeinen Durchführung zahnärztlicher Implantationen in der Bundeswehr, zumindest zum damaligen Zeitpunkt, angeführt.

Im Jahr 1983 erfolgte im Rahmen des Bayerischen Zahnärztetages erneut eine Beschäftigung mit dem Themengebiet unter dem Hauptaspekt: Implantate in der Praxis.⁹⁷

Da dem ablehnenden Anschreiben eine Grundsatzentscheidung des Inspektors des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr zugrunde lag, war eine Etablierung dieser Behandlungsmaßnahme auch im Rahmen der zahnärztlichen Versorgung von Soldaten der Bundeswehr zum damaligen Zeitpunkt nicht zulässig. Entsprechende Anträge auf Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten waren somit nicht genehmigungsfähig.

Unabhängig davon wurden von einigen Sanitätsoffizieren Implantationen bei Privatpatienten im Rahmen der Nebentätigkeit durchgeführt und es kam in den Folgejahren vielfach zu Anfragen im Verteidigungsministerium und beim Sanitätsamt, ob und wann diese Behandlungsmethode auch für Soldaten anwendbar ist. Am Bundeswehrzentral Krankenhaus in Koblenz wurde schon im Jahr 1984 das erste zahnärztliche Implantat (subperiostal) bei einem Privatpatienten inkorporiert.⁹⁸

Im Jahr 1986 erfolgte dann die erste Implantation bei einem Soldaten ohne vorherige Genehmigung durch das Verteidigungsministerium, was wiederum eine lange Diskussion um dieses Verfahren und die Einführung bei der Bundeswehr eröffnete.⁹⁹

Diese nicht genehmigte Implantation war somit ein wichtiger Faktor für die generelle Einführung dieser Behandlungsmethode, da dadurch die fachliche Diskussion um die Genehmigungsfähigkeit von Implantaten erneut in den Vordergrund trat und zu einem bedeutenden Thema in der Führung des Sanitätsdienstes wurde. Durch die Bearbeitung des Falles einer nicht genehmigten Implantation war das Verteidigungsministerium somit gezwungen, sich intensiv mit dieser Therapiemethode und deren Einführung auseinanderzusetzen.

⁹⁷ BRINKMANN 1995, S. 147; DZZ 1983, S. 76–138.

⁹⁸ HEIN 2000.

⁹⁹ HEIN 2000; HEIN 2006.

Durch einen Erlass des BMVg wurde schließlich im Jahre 1988 die Durchführung oraler Implantationen in begründeten Einzelfällen zugelassen und somit in den Versorgungsumfang der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung von Soldaten der Bundeswehr aufgenommen.¹⁰⁰

Im Rahmen der Neufassung der „Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr“ wurde die zahnärztliche Implantologie im Jahr 1993 erstmalig auch in diese Grundlage für den Versorgungsumfang der Soldaten mit aufgenommen.¹⁰¹ Die Einführung der zahnärztlichen Implantologie als mögliche Behandlungsmethode auch für Soldaten der Bundeswehr folgte somit vermehrt dem Druck aus der Praxis.

4.3 Gesetzliche Grundlagen, administrative Grundlagen

Die unentgeltliche truppenärztliche Versorgung (utV) von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr umfasst gemäß Bundesbesoldungsgesetz (§ 69 BBesG) bzw. Wehrsoldgesetz (§ 6 WSG) alle zur Gesunderhaltung, Verhütung und frühzeitigen Erkennung von gesundheitlichen Schäden sowie zur Behandlung von Erkrankungen erforderlichen medizinischen Leistungen.

Die utV ist keine eigentliche Form einer Krankenversicherung, sondern vielmehr ein Besoldungsbestandteil. Gemäß § 10 BBesG sowie der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift (VwV) zu § 69 Abs 2 des BBesG wird der Anspruch auf utV als Sachbezug gewertet und entsprechend bei der Bemessung des Bruttogehaltes berücksichtigt.

Der Anspruch auf zahnärztliche Versorgungsleistungen ist ein Teilbereich der utV und der Leistungsumfang ist in den folgenden Grundlagen festgelegt.

Die zur Zeit der Einführung der zahnärztlichen Implantologie bei der Bundeswehr geltenden Grundlagen der zahnärztlichen Versorgung im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung von Soldaten der Bundeswehr waren die

- Allgemeine Verwaltungsvorschrift (VwV) zu § 69 Abs 2 des Bundesbesoldungsgesetzes (BBesG) in der Fassung vom 3. März 1986 (veröffentlicht im VMBI 1986, S. 119ff.)
- Allgemeine Verwaltungsvorschrift (VwV) zu § 6 des Wehrsoldgesetzes (WSG) in der Fassung vom 03. März 1986 (veröffentlicht im VMBI 1986, S. 124ff.)

¹⁰⁰ BMVg InSan I 6 1988.

¹⁰¹ BMVg InSan I 6 1993.

- Der Erlass des Bundesministeriums der Verteidigung – InSan I 6 – Az 42-75-50/51 vom 1. Juni 1987 mit dem Betreff:

1. Richtlinien für die zahnärztlich-konservierende Versorgung von Soldaten der Bundeswehr mit Einzelkronen
2. Richtlinien für die zahnärztlich-prothetische Behandlung von Soldaten der Bundeswehr
3. Richtlinien für die systematische Behandlung von Parodontopathien bei Soldaten der Bundeswehr
4. Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung von Soldaten der Bundeswehr

hier: Neufassung

- Ferner galten die inhaltlichen Vorgaben der Zentralen Dienstvorschriften (ZDv) 60/7 „Verwaltungsbestimmungen und Gebühren für Untersuchungen im Musterungs- und Annahmeverfahren und für die unentgeltliche truppenärztliche Versorgung“ sowie ZDv 46/1 „Bestimmungen für die Durchführung der ärztlichen Untersuchung bei Musterung und Dienst Eintritt von Wehrpflichtigen, Annahme und Einstellung von freiwilligen Bewerbern sowie bei Entlassung von Soldaten“.

Die Allgemeine Verwaltungsvorschrift (VwV) zu § 69 Abs 2 des Bundesbesoldungsgesetzes (BBesG) regelte den Anspruch, Umfang und einzelne Punkte der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung. Unter Punkt 8 dieser Verwaltungsvorschrift wurde der Anspruch sowie der Umfang der zahnärztlichen Behandlung festgelegt. Hier heißt es:

„(1) Die zahnärztliche Behandlung umfasst vorbeugende Maßnahmen und die Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten im Sinne des § 1 Abs. 3 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde (BGBl. I 1952 S. 221) in der jeweils geltenden Fassung einschließlich der Behandlung von Parodontopathien sowie der zahnärztlich-prothetischen Behandlung. Sie wird nach besonderen Bestimmungen entweder in zahnärztlichen Behandlungseinrichtungen der Bundeswehr oder – sofern Soldaten durch den zuständigen Zahnarzt/Arzt überwiesen werden – nach Maßgabe dieser Bestimmungen durch Zahnärzte außerhalb der Bundeswehr durchgeführt.

(2) Zahnärztlich-prothetische Behandlung wird gewährt

a) um die Funktionstüchtigkeit des Kauorgans herbeizuführen oder ihre Beeinträchtigung zu verhindern, in den ersten vier und den letzten zwei Monaten der Dienstleistung jedoch nur zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Dienstfähigkeit des Soldaten.

b) in Fällen der Nummer 2 Abs. 2¹⁰², um eine als Folge einer Schädigung anerkannte Gesundheitsstörung zu beseitigen oder wesentlich zu verbessern, eine

¹⁰² VwV BBesG 1986 (VMBI 1986 S. 119):

„2. Umfang [...] (2): Bei Behandlung einer Gesundheitsstörung als Folge einer Schädigung im Sinne des § 1 des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) – (BGBl. I 1982 S. 21) in der jeweils geltenden Fassung oder eines Gesetzes, das das BVG für anwendbar erklärt, bestehen in einzelnen Fällen Sonderregelungen (vgl. Nr. 2 Abs. 3, Nr. 5 Abs. 5, Nr. 6 Abs. 2, Nr. 8 Abs. 2, Nr. 10 Abs. 5, Nr. 14 Abs. 3, Nr. 15 Abs. 2). Vo-

Zunahme des Leidens zu verhüten oder körperliche Beschwerden zu beheben, ohne die zeitlichen Begrenzungen nach Buchstabe a.

(3) Die Versorgung von mehr als drei Zähnen mit Einlagefüllungen oder Einzelkronen, die zahnärztlich-prothetische Behandlung, die systematische Behandlung von Parodontopathien und die kieferorthopädische Behandlung bedürfen – sofern nichts Abweichendes angeordnet wird – der vorherigen Zustimmung des für die Entscheidung zuständigen Sanitätsoffiziers. Sie dürfen erst begonnen werden, wenn ein Behandlungs- und Kostenplan/Parodontalstatus vorgelegt und genehmigt worden ist. Die Genehmigung ist hinfällig, wenn die Behandlung in anderer als der genehmigten Form durchgeführt wird. Kosten hierfür werden in diesem Falle nicht auf Heilfürsorgemittel übernommen, sie sind auch nicht beihilfefähig. Dasselbe gilt für Kosten, die den genehmigten Umfang überschreiten.“¹⁰³

Die Allgemeine Verwaltungsvorschrift zu § 6 des Wehrsoldgesetzes legte die entsprechende Anwendung der VwV zu § 69 BBesG zu Grunde, wobei während des Grundwehrdienstes sowie einer Wehrübung eine zahnärztlich-prothetische Versorgung lediglich mit dem Ziel einer Erhaltung und Wiederherstellung der Dienstfähigkeit gewährt wurde.

Die im Jahr 1990 neugefassten „Richtlinien für die zahnärztlich-konservierende, zahnärztlich-prothetische, parodontologische sowie kieferorthopädische Versorgung von Soldaten der Bundeswehr“¹⁰⁴ basierten auf den oben angeführten Verwaltungsvorschriften und regelten explizit die Durchführung dieser Behandlungsmaßnahmen in Sanitätseinrichtungen der Bundeswehr und durch Zahnärzte außerhalb der Bundeswehr.

Als Ziel der Behandlung wurde unter Punkt 4 angegeben:

„Funktionstüchtigkeit:

Ziel der zahnärztlich-konservierenden Versorgung mit Einzelkronen, der zahnärztlich-prothetischen Behandlung und der systematischen Behandlung von Parodontopathien von Soldaten ist es, im Rahmen dieser Richtlinien die Funktionstüchtigkeit des Kauorgans herbeizuführen oder ihre Beeinträchtigung zu verhindern. Ein neuer Zahnersatz ist nicht angezeigt, wenn der vorhandene Zahnersatz noch funktionstüchtig ist oder die Funktionstüchtigkeit wiederhergestellt werden kann (z.B. durch Erweiterung).“

raussetzung ist, dass die Gesundheitsstörung als Folge einer Schädigung durch die zuständige Dienststelle anerkannt ist oder – außer in den Fällen der Nummer 10 Abs. 5 – das Wehrbereichsgebührenamt auf Grund einer Stellungnahme des Truppenarztes oder des behandelnden Arztes im Falle einer stationären Behandlung in einem Bundeswehrkrankenhaus festgestellt hat, dass die Gesundheitsstörung Folge einer wahrscheinlich vorliegenden Wehrdienstbeschädigung im Sinne des § 81 SVG ist. Nummer 1 Abs. 2 Satz 5 ist anzuwenden. [...]“

¹⁰³ VwV BBesG 1986 Punkt 8; VMBI 1986, S. 121.

¹⁰⁴ BMVg InSan I 6 1987.

Unter Punkt 5 wurde noch angefügt:

„Anderes Behandlungsziel:

Maßnahmen mit einem anderen als dem in Nr. 4 bestimmten Ziel können – soweit im folgenden nichts anderes bestimmt ist – nur ausnahmsweise und nur nach eingehender Begründung zugelassen werden.“

Ein fachlich wichtiger und insbesondere für die Begründung der Einführung implantologischer Maßnahmen äußerst relevanter Absatz findet sich in Punkt 9 „Grundlagen der Behandlungsplanung“. Hier heißt es:

„Art und Umfang der zahnärztlichen Behandlung richten sich nach den anatomischen, physiologischen, pathologischen und hygienischen Gegebenheiten des Kauorgans. Innerhalb des insoweit gegebenen Rahmens ist diejenige Behandlungsmethode zu wählen, die – nach fachlichem Urteil, insbesondere hinsichtlich der Zweckmäßigkeit und Dauerhaftigkeit – erwarten läßt, daß das im Einzelfall angestrebte Behandlungsziel erreicht wird; hierbei sind die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit zu beachten. Die Behandlungsplanung muß aus dem Antrag erkennbar und auf das Gesamtgebiß abgestimmt sein.“¹⁰⁵

Insbesondere diese unter Punkt 5 und 9 vermerkten Inhalte können als Grundlage für die Begründung einer Einführung implantologischer Behandlungsmaßnahmen in begründeten Einzelfällen herangezogen werden, da sie den Rahmen für eine Einzelfallbetrachtung unter den vornehmlichen Aspekten der Zweckmäßigkeit und Dauerhaftigkeit sowie auch der Wirtschaftlichkeit setzen.

Wie in den o.g. Verwaltungsvorschriften und Richtlinien schon angemerkt, war die zahnärztliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr nicht nur auf die regionalen zahnärztlichen Behandlungseinrichtungen der Bundeswehr, sondern ebenfalls auf eine Versorgung durch zivile Zahnarztpraxen abgestützt. Überweisungen in zivile Zahnarztpraxen konnten aufgrund von Kapazitätsmangel innerhalb der sanitätsdienstlichen Versorgung des Standortes oder zu Fachärzten und Fachzahnärzten ausgestellt werden. Basierend auf dem Sicherstellungsauftrag der Ärzte- und Zahnärztekammern wurden früher vereinzelt und heutzutage fast ausschließlich der ärztliche und insbesondere auch der zahnärztliche Notdienst durch die zivile, niedergelassene Ärzteschaft durchgeführt. Die Bestimmungen galten selbstverständlich auch für die Durchführung zahnärztlicher Behandlungsmaßnahmen bei zivilen Zahnärzten.

¹⁰⁵ BMVg InSan I 6 1987.

4.4 Die administrative Einführung der zahnärztlichen Implantologie in der Bundeswehr

Nachdem im Jahr 1972 erste Bestrebungen der Einführung von zahnärztlich-implantologischen Behandlungsmaßnahmen noch als verfrüht und somit als nicht zweckmäßig erachtet worden waren¹⁰⁶, wurde im Jahr 1988 durch einen Erlass des Referates I 6 der Inspektion des Sanitäts- und Gesundheitswesens im Bundesministerium der Verteidigung die Durchführung oraler Implantationen in besonders begründeten Einzelfällen zugelassen.¹⁰⁷

Da es sich bei diesem Erlass um den administrativen Startpunkt der zahnärztlichen Implantologie bei der Bundeswehr handelt, ist der Inhalt im Folgenden dargestellt¹⁰⁸ und wird anschließend kommentiert:

„1. Die Durchführung oraler Implantationen (transdentale Fixation, Inkorporation von körperfremden Sofort- und anderen Implantaten) im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung in der Bundeswehr ist grundsätzlich nicht vorgesehen.

Die Ergebnisse der Grundlagenforschung und die klinischen Erfahrungen der letzten Jahre lassen jedoch die Aussage zu, dass enossale Implantate in bestimmten Behandlungsfällen in die zahnärztliche Therapie einbezogen werden und bei entsprechend kritischer Abwägung unter Umständen anderen Behandlungsmethoden vorzuziehen sind.

In diesen besonders begründeten Einzelfällen können, wenn durch prothetische oder praeprothetisch-chirurgische Methoden kein Behandlungserfolg zu erwarten oder erbracht worden ist, bei Berufssoldaten und Soldaten auf Zeit mit einer Restdienstzeit von mindestens 24 Monaten zahnärztlich-enossale Implantationen an der Abteilung VII B des Bundeswehrzentralkrankenhauses Koblenz oder der Bundeswehrkrankenhäuser Hamburg und Ulm sowie in zahnärztlichen Behandlungseinrichtungen der Bundeswehr, deren Leiter die Gebietsbezeichnung „Oralchirurgie“ erworben haben, durchgeführt werden.

Nach erfolgreichem Abschluß der implantologisch-chirurgischen Behandlung ist die erforderliche funktionsgerechte zahnärztlich-prothetische Weiterbehandlung (auch Eingliederung einer Einzelkrone) in der Abteilung VII A bzw. den Zahnärztlichen Stationen der o.a. Bundeswehrkrankenhäuser in Zusammenarbeit mit den Abteilungen VII B, bzw. in den o.a. zahnärztlichen Behandlungseinrichtungen der Bundeswehr (Leiter: SanOffz Zahnarzt Oralchirurgie) vorzunehmen.

Die Eingliederung enossaler Implantate ist eine genehmigungspflichtige Heilmaßnahme. Vor Beginn der Behandlung ist daher die Genehmigung bei BMVg – InSan I 6 einzuholen (s. Anlage).

¹⁰⁶ BMVg InSan I 6 1972.

¹⁰⁷ BMVg InSan I 6 1988.

¹⁰⁸ Der Erlass BMVg InSan I 6 1988 sowie alle anderen Erlasse sind im Anhang in ihrer Originalform dargestellt.

Bei Sofortimplantaten im Rahmen einer Notfallbehandlung (transdentale Fixation) ist die Genehmigung nachträglich einzuholen. Die Unterlagen sind in diesem Falle nachzureichen.

2. Nach Abschluß der implantologischen und zahnärztlich-prothetischen Behandlung ist eine Erfolgskontrolle in Form eines Recall-Systems sicherzustellen und zu dokumentieren.

3. Den Bezugserlass¹⁰⁹ hebe ich mit sofortiger Wirkung auf.“

Die Anlage zu diesem Erlass regelte den Ablauf des Genehmigungsverfahrens für die zahnärztlich-implantologische sowie für die weiterführende prothetische Behandlung und wird eingehend im Abschnitt 4.5: „Implantologie in zahnärztlichen Behandlungseinrichtungen der Bundeswehr“ dargestellt und erläutert.

Punkt 1 dieses Erlasses beginnt mit der Feststellung, dass die Durchführung oraler Implantationen bis zum seinerzeitigen Zeitpunkt nicht Bestandteil der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung war. Elf Monate zuvor wurden die Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr¹¹⁰ neu erlassen und hier fand die zahnärztliche Implantologie noch keinerlei Erwähnung.

Die anschließende Feststellung, dass die Ergebnisse der Grundlagenforschung und die klinischen Erfahrungen mit der enossalen Implantationsmethode dazu Anlass geben, diese Therapieform in bestimmten Behandlungsfällen anderen Behandlungsmethoden vorzuziehen, wurde nahezu wortgleich aus dem Punkt 1 der Stellungnahme der DGZMK 2/82 zum Thema Implantologie¹¹¹ übernommen.

Basierend auf der Stellungnahme dieser Fachgesellschaft wurde somit für Berufssoldaten und Soldaten auf Zeit mit einer Restdienstzeit von mindestens 24 Monaten und einer entsprechenden, besonders zu begründenden Indikation die Durchführung von zahnärztlich-enossalen Implantationen ermöglicht.

Als Behandlungseinrichtungen wurden hierfür die in dem Erlass genannten drei Fachabteilungen für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Bundeswehrkrankenhäuser in Hamburg, Koblenz und Ulm sowie die zahnärztlichen Behandlungseinrichtungen mit einem Fachzahnarzt für Oralchirurgie gewählt. Nur in diesen ausgewiesenen Behand-

¹⁰⁹ BMVg InSan I 6 1972.

¹¹⁰ BMVg InSan I 6 1987.

¹¹¹ Vergleiche hierzu Abschnitt 3.1 sowie DGZMK 1982.

lungseinrichtungen durften und dürfen auch noch heute, mit Ausnahme weniger Sondergenehmigungen, Implantationen durchgeführt werden.

Die anderen zahnärztlichen Behandlungseinrichtungen der Bundeswehr hatten somit den Auftrag, unter entsprechend kritischer Abwägung Behandlungsfälle mit der Indikation einer Implantation bei diesen o.g. „implantologisch tätigen“ Zentren vorzustellen und die vorbereitenden Maßnahmen durchzuführen.

Um eine möglichst enge Zusammenarbeit mit dem Ziel der Qualitätssicherung zu gewährleisten, wurde festgelegt, dass die Anfertigung der Suprakonstruktion jeweils entweder in den zahnärztlichen Stationen der Bundeswehrkrankenhäuser bzw. in den Behandlungseinrichtungen mit Oralchirurgen durchgeführt wird und nicht in denjenigen zahnärztlichen Behandlungseinrichtungen, die den Patienten zur Implantation überwiesen haben. Hierbei sollte besonderer Wert auf eine Abstimmung zwischen der implantologisch-chirurgischen und der zahnärztlich-prothetischen Behandlung gelegt werden, da diese, mit Ausnahme bei den Oralchirurgen, zumeist durch zwei verschiedene Sanitätsoffiziere durchgeführt wurden. Der Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie aus der Abteilung VII B des jeweiligen Bundeswehrkrankenhauses hat beispielsweise die chirurgische Insertion des Implantats vorgenommen und der Zahnarzt der Abteilung VII A bzw. der zahnärztlichen Station war dann für die prothetische Weiterversorgung zuständig. Durch diese Festlegung einer engen Arbeitsbeziehung sollte erreicht werden, dass insbesondere die Versorgung mit den Suprakonstruktionen nur von auf dem Gebiet der Implantatprothetik erfahrenen Sanitätsoffizieren vorgenommen wird. Hätte man grundsätzlich die Versorgung mit der Suprakonstruktion an den überweisenden Truppenzahnarzt delegiert, wäre eine umfassende Qualifizierung aller Sanitätsoffiziere Zahnarzt auf diesem Gebiet notwendig geworden.

Vor dem Hintergrund der geringen Anzahl an implantologischen Behandlungsfällen pro Truppenzahnarzt wäre ein Erfahrungsaufbau in diesem Bereich für den jeweiligen Sanitätsoffizier Zahnarzt sehr schwierig gewesen, was eine hohe Versorgungsqualität mit Suprakonstruktionen zumindest erschwert hätte, da eine entsprechende Versorgung aufgrund geringer Fallzahlen nicht zu einer Routinemaßnahme des jeweiligen Behandlers werden kann. Aufgrund der Vielzahl von implantologischen Fällen werden heutzutage Fortbildungsmaßnahmen für die Versorgung mit Suprakonstruktionen durch die implan-

tologisch tätigen Sanitätsoffiziere für Truppenzahnärzte angeboten, die in der Folge dann entsprechende Therapieanteile übernehmen können.

Die Genehmigungen solcher implantologischer Leistungen wurden im Rahmen von Einzelfallentscheidungen direkt durch das zahnärztliche Fachreferat I 6 der Inspektion des Sanitäts- und Gesundheitswesens des Bundesministeriums der Verteidigung erteilt.

Ein Recallsystem sollte den Erfolg dieser Therapieform zusätzlich sichern und eine Erfolgskontrolle ermöglichen.

Dieser Erlass ergänzte die Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung auf dem Gebiet der Implantologie und ermöglichte die Erweiterung des Behandlungsspektrums in begründeten Einzelfällen. Selbstverständlich wirft die Einführung einer bis dato nicht durchgeführten Behandlungsmethode auch Fragen auf. So wurde im Rahmen der Vorbereitung der „Arbeitstagung über Abrechnungs- und Gebührenfragen im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung und der sonstigen Untersuchungen und Behandlungen“ vom 10.–12. April 1990 in Edenkoben die Tagesordnung mit den geplanten Besprechungspunkten vom Bundeswehrverwaltungsamt WS 5 unter anderem an das Fachreferat InSan I 6 im BMVg übersandt.¹¹² Unter Punkt IV.4 dieses Anschreibens wurde folgende Fragestellung formuliert:

„Implantation von eigenen und künstlichen Zähnen: Die Implantation von eigenen und künstlichen Zähnen ist keine kassenzahnärztliche Leistung und fällt nicht unter den Sicherstellungsauftrag der Vergütung nach § 75 Abs. 3 SGB V. Ist die Entfernung eines Implantates im Rahmen des Anspruchs auf zahnärztliche Behandlung nach Kap 8 der ZDV 60/7 möglich? Die KZV rechnet nicht ab.“¹¹³

Das zahnärztliche Fachreferat antwortete zunächst innerministeriell an das Referat BMVg InSan I 2 im Rahmen einer Stellungnahme zu den einzelnen Tagungsordnungspunkten. Hier heißt es:

„Zu IV.4.:

Wenn eine medizinische Indikation für die Entfernung eines Implantates vorliegt, müssen m.E. die Kosten auf Bundesmittel übernommen werden. Der Soldat hat einen Anspruch, dass alle Maßnahmen, die dem Erhalt oder der Wiederherstellung seiner Dienstfähigkeit dienen und notwendig sind, im Rahmen der Fürsorgeverpflichtung des Bundes auch übernommen werden.

¹¹² BwVA 1990.

¹¹³ Die Zentrale Dienstvorschrift (ZDV) 60/7 regelt im Kapitel 8 unter anderem die Vergütung zahnärztlicher Leistungen.

Auch sollte diese Maßnahme keiner speziellen Genehmigungspflicht unterliegen. Dieser Punkt wurde bereits mit VR III 2 im Sinne einer Kostenübernahme einvernehmlich geklärt.“¹¹⁴

Unmittelbar nach dieser internen Stellungnahme wurde der Sachverhalt im Rahmen eines Erlasses¹¹⁵ eindeutig geregelt, der bereits einen Tag später unter folgendem Betreff:

1. Kostenübernahme für die Entfernung von zahnärztlichen Implantaten
2. Festlegung von Fehlerziffern bei gesetzten zahnärztlichen Implantaten

und mit folgendem Inhalt veröffentlicht wurde:

„Aus gegebener Veranlassung und zur einheitlichen Handhabung von Verfahrensfragen zu o.a. Betr. gebe ich folgende Hinweise:

1. Muß ein zahnärztliches Implantat aus medizinischer Indikation während der Wehrdienstzeit eines Soldaten entfernt werden, sind die Kosten auf Bundesmittel zu übernehmen.

Dabei ist es unerheblich, ob das Implantat vor Dienst Eintritt, unter Verzicht auf die unentgeltliche truppenärztliche Versorgung oder in Einrichtungen der Bundeswehr inkorporiert wurde.

Eine Genehmigungspflicht besteht nicht.

Eine sich daraus ergebende zahnärztlich-prothetische Behandlung unterliegt den jeweils geltenden Richtlinien.

2. Bei der Festlegung von Fehlerziffern im Rahmen der ärztlichen Untersuchung bei Musterung und Dienstantritt von Wehrpflichtigen, Annahme und Einstellung von freiwilligen Bewerbern sowie bei der Entlassung von Soldaten sind zahnärztliche Implantate und Suprakonstruktionen wie Einzelkronen bzw. Zahnersatz zu bewerten.

In der Befundaufnahme ist lediglich auf Lage und Art der Konstruktion hinzuweisen.“

Somit war neben der zivilen Abrechenbarkeit einer möglicherweise notwendigen Implantatentfernung insbesondere die Verfahrensweise einer militärzahnärztlichen Begutachtung auf der Basis der Zentralen Dienstvorschrift (ZDv) 46/1¹¹⁶ geregelt.

Auch wenn hier festgestellt wird, dass der Erlass BMVg In San I 6 vom 1. Juli 1988 den Startpunkt der Einführung der zahnärztlichen Implantologie bei der Bundeswehr darstellt, so ist nochmals anzumerken, dass das erste Implantat bei einem Soldaten bereits im Jahr 1986 im Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz inseriert worden war. Die erste Implantation fand jedoch ohne vorherige Genehmigung durch das Bundesministe-

¹¹⁴ BMVg InSan I 6 1990a.

¹¹⁵ BMVg InSan I 6 1990b.

¹¹⁶ ZDv 46/1. Die Zentrale Dienstvorschrift 46/1 regelt die Kriterien einer ärztlichen Untersuchung im Rahmen von Einstellungs- und Entlassungsuntersuchungen sowie bei Statuswechsel.

rium der Verteidigung statt und wurde durch dieses missbilligt.¹¹⁷ Diese Implantation sowie die bis 1988 weiter folgenden wurden ausschließlich im Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz durchgeführt und es entstand somit eine fachliche Diskussion über die Genehmigungsfähigkeit sowie über die fachliche Notwendigkeit zwischen der Abteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Bundeswehrzentral Krankenhauses Koblenz und dem zahnärztlichen Fachreferat des Bundesministeriums der Verteidigung. Weitere Implantationen wurden zunächst untersagt und später in Einzelfällen durch das Fachreferat InSan I 6 im BMVg genehmigt.¹¹⁸ Somit kommt wahrscheinlich dieser ohne Genehmigung durchgeführten Implantation und den dadurch anschließenden fachlichen und grundsätzlichen Diskussionen eine hohe Bedeutung auf dem Weg zur Einführung der zahnärztlichen Implantologie bei der Bundeswehr zu.

Der Leitende Arzt der Abteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Bundeswehrzentral Krankenhauses Koblenz gibt in einem Artikel der Wehrmedizinischen Monatsschrift sogar an, dass bereits im Jahr 1987 eine monatliche Implantatsprechstunde eingerichtet worden sei, diese jedoch erst im Jahr 1990 vermehrt in Anspruch genommen wurde.¹¹⁹

Durch den Einführungswillen der Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Bundeswehrzentral Krankenhauses Koblenz und deren nicht vorschriftenkonforme Vorgehensweise durch Ausübung dieser Behandlungsmethode auch ohne notwendige Genehmigung, wurde in diesem Einzelfall ein Meilenstein gelegt, der im Zuge der allgemeinen Entwicklung der Implantologie fast schon zwangsläufig in eine Verbreitung und generelle Genehmigungsfähigkeit von zahnärztlichen Implantaten führen musste.

Am 6. Dezember 1990 wurde eine Neufassung der „Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr“ durch das Fachreferat BMVg InSan I 6 erlassen.¹²⁰ Im Rahmen dieser Neufassung wurde jedoch nicht auf die Möglichkeit einer implantologischen Versorgung für Soldaten der Bundeswehr eingegangen. Der Inhalt des Erlasses vom 1. Juli 1988 „Zahnärztliche Implantologie“ wurde somit nicht in die Neufassung der Richtlinien überführt, was grundsätzlich möglich gewesen wäre.

¹¹⁷ HEIN 2006.

¹¹⁸ HEIN 2000.

¹¹⁹ HEIN 2000.

¹²⁰ BMVg InSan I 6 1990c.

Allerdings wurde dieser Erlass durch die Neufassung auch nicht aufgehoben und hatte somit weiterhin seine Gültigkeit.

Über die Gründe für die Nichtberücksichtigung der Implantologie im Rahmen der Überarbeitung der Richtlinien kann nur spekuliert werden. Als wahrscheinlichste Annahme kommt die Tatsache in Betracht, dass auf eine Eingliederung zunächst verzichtet wurde, da im Rahmen der Erarbeitung des Entwurfs der Neufassung der Richtlinien eine breite, auch ressortübergreifende Mitzeichnungspflicht vorgesehen ist. Es war davon auszugehen, dass im Rahmen dieser umfassenden Mitzeichnung durchaus massive Widerstände gegen eine entsprechende Erweiterung des zahnärztlichen Versorgungsumfangs um die Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten zu erwarten gewesen wären.

Diese Widerstände hätten wahrscheinlich darauf basiert, dass diese Therapieform zur damaligen Zeit nicht in einem entsprechenden Umfang im Rahmen der Beihilfe gewährt worden war und zudem eher als eine zahnärztliche Luxusversorgung angesehen wurde. In der Neufassung der Richtlinien existieren jedoch zwei Punkte, die in Verbindung mit dem gültigen Erlass eine Versorgung von Soldaten mit zahnärztlichen Implantaten weiterhin ermöglicht haben.

Unter Nummer 5 „Anderes Behandlungsziel“ ist folgende Regelung, die bereits in den Richtlinien von 1987 formuliert war, angegeben:

„Maßnahmen mit einem anderen als dem in Nr 4 bestimmten Ziel können – soweit im folgenden nichts anderes bestimmt ist – nur ausnahmsweise und nur nach eingehender Begründung durch BMVg – InSan I 6 zugelassen werden.“¹²¹

Diese Regelung ermöglicht weiterhin die Umsetzung des Erlasses „Zahnärztliche Implantologie“, da die darin angegebene Verfahrensweise der Einzelfallprüfung und Genehmigung im Einzelfall durch BMVg InSan I 6 vollkommen diesem Sachverhalt entspricht. Die Anwendung des Erlasses „Zahnärztliche Implantologie“ wird zudem durch den ebenfalls bereits in den Richtlinien von 1987 enthaltenen Punkt 9 „Grundlagen der Behandlungsplanung“ gestützt:

„Art und Umfang der zahnärztlichen Behandlung richten sich nach den anatomischen, physiologischen, pathologischen und hygienischen Gegebenheiten des Kauorgans. Innerhalb des insoweit gegebenen Rahmens ist diejenige Behandlungsmethode zu wählen, die – nach fachlichem Urteil, insbesondere hinsichtlich der Zweckmäßigkeit und Dauerhaftigkeit – erwarten läßt, daß das im Einzelfall angestrebte Behandlungsziel erreicht wird; hierbei sind die Grundsätze der Wirt-

¹²¹ BMVg InSan I 6 1990c.

schaftlichkeit zu beachten. Die Behandlungsplanung muß aus dem Antrag erkennbar und auf das Gesamtgebiß abgestimmt sein.“¹²²

Hierin wird auf die fachliche Bewertung des Einzelfalls eingegangen und diese Formulierung steht ebenfalls im Einklang mit der Verfahrensweise des Erlasses „Zahnärztliche Implantologie“.

Durch die Tatsache, dass die zahnärztliche Implantologie in der Neufassung der zahnärztlichen Richtlinien im Jahr 1990 keine Erwähnung fand, resultierten somit keinerlei Einschränkungen für die Möglichkeiten einer implantologischen Versorgung im genehmigten Einzelfall. Wäre die implantologische Versorgung in diese Richtlinien-Neufassung eingebunden worden, hätte dies möglicherweise nicht nur massive Diskussionen und somit Zeitverzögerungen im Rahmen der Mitzeichnung verursacht, sondern gegebenenfalls auch zu einer angewiesenen Aufhebung des Erlasses ‚Zahnärztliche Implantologie‘ geführt.

Da die Implantation von Fremdkörpermaterialien, wie auch der geschichtliche Rückblick gezeigt hat, eng mit der Transplantation von Zähnen verbunden war, soll hier auch kurz noch auf Reimplantation und Transplantation von Zähnen bei Soldaten der Bundeswehr eingegangen werden.

Zu diesem Themengebiet existiert ein Erlass aus dem Jahr 1991. Unter dem Betreff „Unentgeltliche truppenärztliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr; hier: Reimplantation und Transplantation von Zähnen“ wird folgendes Verfahren angewiesen:

„Die Reimplantation ist das Wiedereinsetzen eines durch äußerliche traumatische Einwirkung ausgefallenen oder extrahierten Zahnes. Der Erfolg ist nicht immer im Voraus einzuschätzen und hängt im Wesentlichen davon ab, ob es gelingt, den ausgestoßenen Zahn möglichst schnell und unter annähernd physiologischen Verhältnissen zu reimplantieren. Auch unter günstigen Einflüssen ist der Erfolg nicht immer von langer Dauer. Trotzdem ist diese Maßnahme im Einzelfall indiziert. Ähnliches gilt für die Transplantation von Zähnen.

Beide Maßnahmen sind unter sorgfältiger Indikationsstellung Teil der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung. Die Reimplantation von Zähnen ist keine genehmigungspflichtige zahnärztliche Behandlungsmaßnahme. Die Vergütung der Reimplantation von Zähnen wird im Gebührentarif A, der Abrechnungsgrundlage für die im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen ist, unter der Gebührennummer 55 geregelt. Eine Leistungsbeschreibung für die Transplantation von Zähnen ist im Gebührentarif A nicht enthalten. Sie wird jedoch von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen in

¹²² BMVg InSan I 6 1987, S. 6.

analoger Anwendung der Nr 55 abgerechnet. Daher kann sie im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung ebenfalls ohne vorherige Genehmigung erbracht und nach dieser Gebührennummer auf dem Vordruck San/Bw/0219¹²³ abgerechnet werden.“¹²⁴

Die Neufassung der „Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr“ vom 1. Oktober 1993 enthielt dann erstmalig eine explizite Erwähnung und Regelung der zahnärztlichen Implantologie bei Soldaten der Bundeswehr.¹²⁵ Unter Nummer 26 werden die „Richtlinien für zahnärztliche Implantologie bei Soldaten der Bundeswehr“ dargestellt.

Hierfür wurden die beiden zuvor erläuterten Erlasse zur Einführung der zahnärztlichen Implantologie¹²⁶ sowie zur Entfernung von zahnärztlichen Implantaten¹²⁷ annähernd wortgleich übernommen. Lediglich im Rahmen des Genehmigungsverfahrens fand eine Delegation der Entscheidungsbefugnis vom Fachreferat BMVg InSan I 6 an das zahnärztliche Fachdezernat im Sanitätsamt der Bundeswehr (Dezernat I 4) statt.

Somit hat die Versorgungsform der zahnärztlichen Implantologie fünf Jahre nach ihrer Einführung per Erlass auch Einzug in die Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldaten gefunden. Wurde im Jahr 1990 noch davon abgesehen, die bestehende Erlasslage in diese Richtlinien einzuarbeiten, so wurden diese Vorgaben im Jahr 1993 auch der breiten Mitzeichnungspflicht ressortübergreifend unterworfen. Die ressortübergreifende Mitzeichnung konnte erfolgreich vollzogen werden und diese Behandlungsmethode war nun Bestandteil, wenn auch nur im begründeten Einzelfall, der regulären zahnärztlichen Versorgung.

Eine weitere Neufassung der „Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr“ trat zum 1. August 1999 in Kraft. Hierin wurden die Vorgaben zur zahnärztlichen Implantologie überarbeitet und sehr stark zusammengefasst. Der Inhalt¹²⁸ stellt nunmehr eine, den anderen Kapiteln entsprechende, zusammenfassende und

¹²³ Dies ist ein Formblatt für die Übernahme einer zahnärztlichen Behandlung im zivilen Bereich.

¹²⁴ BMVg InSan I 6 1991.

¹²⁵ BMVg InSan I 6 1993.

¹²⁶ BMVg InSan I 6 1988.

¹²⁷ BMVg InSan I 6 1990b.

¹²⁸ BMVg InSan I 6 1999.

Hierbei sind die Vorgaben für die zahnärztliche Implantologie im Kapitel I festgelegt und werden im Folgenden dargestellt:

„I Zahnärztlich-implantologische Versorgung

1. Anspruchsumfang/-berechtigte

oberflächlich gehaltene Vorgabe dar. Allerdings bot diese eher offene Formulierung der Vorgaben deutlichen Spielraum für entsprechende Entscheidungen des Begutachtenden Zahnarztes der Bundeswehr im Sanitätsamt der Bundeswehr. Bemerkenswert ist auch ein Hinweis unter Besonderheiten: „Der Einsatz von Implantaten ist bei kariesfreien Pfeilerzähnen gegenüber Brücken sorgfältig abzuwägen“. Hierdurch wurde ein größerer Entscheidungskorridor eröffnet, zumal diese Vorgabe aus fachlicher Sicht mit dem Ziel des Erhalts von Zahnhartsubstanz zu unterstützen ist.

Im Jahr 2003 hat der Begutachtende Zahnarzt der Bundeswehr im Sanitätsamt der Bundeswehr den „Heilfürsorgehinweis 01/2003“¹²⁹ herausgegeben, der auf den Vorgaben der geltenden Richtlinien aus dem Jahr 1999 beruhte und weitergehende Informationen zu den einzelnen Bereichen der zahnärztlichen Heilfürsorge vermitteln sollte. Im Rahmen dieses Heilfürsorgehinweises wurde neben einer Klarstellung der Indikationsbegründungen für implantologische Versorgungen sowie der Aufklärungspflicht gegenüber den Patienten ein neuer Antragsweg für die Beantragung von zahnärztlich-implantologischen Leistungen festgelegt.¹³⁰

Berufssoldaten und Soldaten auf Zeit gemäß Kapitel A, 3., in indikationsbegründeten Einzelfällen.

2. Besonderheiten

- Durchführung grundsätzlich nur in Sanitätseinrichtungen der Bundeswehr. Ausnahmen in besonders zu begründenden Einzelfällen sind dem Bundesministerium der Verteidigung, Fachreferat Zahnmedizin, vorbehalten.
- Der Einsatz von Implantaten ist bei kariesfreien Pfeilerzähnen gegenüber Brücken sorgfältig abzuwägen.
- Eine Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten begründet nicht zwangsläufig einen Anspruch auf zahnärztlich-prothetische Versorgung. Eine entsprechende Indikation ist nach erfolgreicher Einheilung der zahnärztlichen Implantate im Regelfall nach sechs Monaten zu prüfen. Der Soldat ist nachweislich über die individuellen Möglichkeiten einer abschließenden zahnärztlich-prothetischen Versorgung aufzuklären
- Eine ggf. erforderliche Entfernung von Implantaten ist nicht genehmigungspflichtig. Die Kosten sind auf Bundesmittel zu übernehmen.

3. Beantragung/Entscheidung

- Zahnärztlich-implantologische Leistungen sind vor Behandlungsbeginn mit dem Vordruck Antrag auf Durchführung einer zahnärztlich-implantologischen Versorgung (3-fach), Röntgenaufnahmen und Modellen dem Begutachtenden Sanitätsoffizier Zahnarzt beim Sanitätsamt der Bundeswehr zur Entscheidung vorzulegen.
- Behandlungsmaßnahmen im Zusammenhang mit der Suprakonstruktion entsprechend den jeweiligen Kapiteln.

4. Vergütung/Abrechnung bei Behandlung im zivilen Bereich

- Vergütung gemäß Kapitel A, 5.5.
- Die Abrechnung genehmigter zahnärztlich-implantologischer Leistungen erfolgt gemäß Kapitel A, 5.6, direkt mit der zuständigen Wehrbereichsverwaltung. Die Abrechnung von Behandlungsmaßnahmen im Zusammenhang mit der Suprakonstruktion erfolgt nach den Bestimmungen der jeweiligen Kapitel.“

¹²⁹ SanABw BGZABw 2003.

¹³⁰ Siehe für weitergehende Erläuterungen Abschnitt 4.6.

Seit dem 1. Januar 2009 gelten die neuen „Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr“ vom 24. November 2008. Unter Punkt I ist die zahnärztlich-implantologische Versorgung geregelt.

Wird hier auch bereits in der ersten Strichaufzählung angeführt, dass die Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten grundsätzlich nicht Bestandteil der unentgeltlichen truppenzahnärztlichen Versorgung ist, so wird doch im Folgenden die Möglichkeit der Kostenübernahme auf Bundesmittel bei Vorliegen von bestimmten Ausnahmeindikationen eröffnet.

Da hierbei am Ende der Strichaufzählung Indikationen wie Schaltlückenversorgung, Versorgungen von Freiendsituationen sowie eines atrophierten zahnlosen Kiefers als genehmigungsfähige Ausnahmeindikationen genannt werden, sind auch die häufigsten fachlichen Indikationen für eine Implantatversorgung durch diese Richtlinien abgedeckt. Somit werden im Genehmigungsfalle auch weiterhin die Kosten für indizierte Implantatversorgungen auf Bundesmittel übernommen.

In Ergänzung dazu ist nun auch die Versorgung auf Wunsch des Patienten im Rahmen einer Mehrkostenvereinbarung möglich, falls eine Ausnahmeindikation nicht bestehen sollte.

Folgend ist der Abschnitt zur zahnärztlich-implantologischen Versorgung aufgrund seiner Bedeutung in voller Länge im Wortlaut wiedergegeben:

„[...]

I Zahnärztlich-implantologische Versorgung

- Die Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten ist grundsätzlich nicht Bestandteil der utV.¹³¹
- Sie ist aber in Anlehnung an die Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 92 Abs.1 SGB V bei Vorliegen folgender Ausnahmeindikationen auf Bundesmittel möglich:
 - bei größeren Kiefer- und Gesichtsdefekten, die ihre Ursache
 - in Tumoroperationen, in Entzündungen des Kiefers,
 - in Operationen infolge von großen Zysten (z.B. große folliculäre Zysten oder Keratozysten),
 - in Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
 - in angeborenen Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-Kiefer-Gaumenspalten) oder in Verwundungen oder Unfällen haben.
 - bei dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere im Rahmen der Tumorbehandlung,
 - bei generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen,

¹³¹ Unentgeltliche truppenärztliche und truppenzahnärztliche Versorgung.

- bei nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich,
 - bei intakten Nachbarzähnen zur Versorgung von Schaltlücken,
 - bei einseitigen/beidseitigen Frendlücken zur Vermeidung von herausnehmbarem Zahnersatz bzw. zur Verbesserung der statischen Abstützung
 - bei atrophiertem zahnlosem Kiefer.
- Die Durchführung zahnärztlich implantologischer Maßnahmen erfolgt grundsätzlich nur in Sanitätseinrichtungen der Bundeswehr. Ausnahmen sind besonders zu begründen.
- Die Entscheidung eines Antrages auf zahnärztlich-implantologische Versorgung obliegt grundsätzlich dem BGZABw.
Bei unabweisbaren Versorgungen im zivilen Bereich entscheidet BMVg - Fü San.
- Wünscht die Soldatin/der Soldat ohne Vorliegen einer der o.a. Ausnahmeindikationen die Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten, kann diese – soweit nicht fachliche Gründe entgegenstehen – durch implantologisch tätige Sanitätsoffiziere beantragt und nach entsprechender Genehmigung des BGZABw durchgeführt werden.
- Die Soldatin/der Soldat hat sich dabei vorab schriftlich zu verpflichten, dass sie/er im Rahmen einer Mehrkostenvereinbarung die Materialkosten für das zahnärztliche Implantat in jedem Fall und in vollem Umfang selbst zu tragen hat. Die Kosten für die entsprechende zahnärztlich-prothetische Folgeversorgung (Suprakonstruktion) können bei Vorliegen der fachlichen und zeitlichen Voraussetzungen auf Bundesmittel übernommen werden, wenn diese Versorgung im Vergleich zu einer nicht implantatgestützten Alternativversorgung wirtschaftlicher bzw. kostenneutral ist.
- Alle in Frage kommenden Soldatinnen/Soldaten sind vor Beginn jeglicher Behandlungsmaßnahmen nachweislich darüber zu belehren, dass nach Ausscheiden aus dem Dienstverhältnis andere Kostenträger für Leistungen im Zusammenhang mit zahnärztlichen Implantaten ggf. nicht aufkommen. Außerhalb der Ausnahmeindikationen des § 92 Abs.1 SGB V bzw. gemäß Abschnitt VII der Allgemeinen Behandlungsrichtlinien und des Abschnittes 5 der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sind Reparaturen und/oder Erneuerung der Suprakonstruktion reine Wahl- bzw. Privatleistung.
- Vor Überweisung an implantologisch tätige Sanitätsoffiziere ist grundsätzlich der jeweils regional zuständige BGZA beratend zu beteiligen.
- Die zahnärztlich-implantologische Versorgung darf durchgeführt werden von Sanitätsoffizieren Zahnarzt mit abgeschlossener Weiterbildung Oralchirurgie/Parodontologie, Sanitätsoffizieren Arzt mit abgeschlossener Weiterbildung Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Sanitätsoffizieren Zahnarzt nach Einzelfallentscheidung durch das Bundesministerium der Verteidigung.
- Die Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten begründet nicht zwangsläufig einen Anspruch auf zahnärztlich-prothetische Versorgung.
- Eine entsprechende Indikation ist nach erfolgreicher Einheilung der zahnärztlichen Implantate (im Regelfall nach 4 - 6 Monaten) zu prüfen.

- Die Planung der Gesamttherapie (implantologische Leistung und Suprakonstruktion) soll aus fachlichen Gründen grundsätzlich in einer Hand/durch einen Behandler erfolgen.
- Diese Gesamtplanung bedingt jedoch in der Regel die zeitgleiche Vorlage des Antrages auf Durchführung einer zahnärztlich-implantologischen Versorgung mit dem Antrag auf Durchführung einer zahnärztlich-prothetischen Versorgung (Heil- und Kostenplan).
- Dem BGZABw sind im Rahmen der Beantragung vorzulegen:
 - Antrag auf Durchführung einer zahnärztlich-prothetischen Versorgung (Heil- und Kostenplan) mit aktuellen Röntgenaufnahmen und Modellen,
 - Antrag auf Durchführung einer zahnärztlich-implantologischen Versorgung, ggf. mit entsprechender Mehrkostenvereinbarung für die Materialkosten für das/die zahnärztliche(n) Implantat(e)
 - Stellungnahme der/des zuständigen Truppenzahnärztin/ Truppenzahnarztes zur Behandlungsnotwendigkeit/ Indikation
 - Stellungnahme des regional zuständigen BGZA zur Therapieplanung und ggf. Therapiealternativen

Eine ggf. erforderliche Entfernung von Implantaten ist nicht genehmigungspflichtig. Die Kosten sind auf Bundesmittel zu übernehmen. [...]“¹³²

Der Inhalt dieser Richtlinien wurde ebenfalls erneut durch zwei Heilfürsorgehinweise des Begutachtenden Zahnarztes der Bundeswehr ergänzend erläutert.

Im ersten Heilfürsorgehinweis 1/2009 vom 17. Januar 2009 wurde zum Thema zahnärztliche Implantologie folgendes angewiesen:

„[...]“

Implantatversorgung:

Bei der Beurteilung der Implantatindikation stellt bei Einzelzahnlücken die Intaktheit der Nachbarzähne ein wichtiges Kriterium dar. Als intakt sind nicht nur unversehrte, sondern auch suffizient versorgte Zähne anzusehen.

Bei allen Anträgen auf zahnärztlich-implantologische Maßnahmen sind vor Vorstellung bei einer implantologischen Einrichtung durch den regionalen BGZA auch die parodontale Situation der Patientin/des Patienten und die beabsichtigte Gesamtplanung zu bewerten.

Im Rahmen implantologisch-prothetischer Versorgungen liegt die Entscheidung über die Genehmigung der Suprakonstruktion beim BGZABw.

Die Entscheidung über die Kostenübernahme für Suprakonstruktionen auf durch die Soldatin / den Soldaten außerhalb der Bundeswehr gesetzte eigenfinanzierte Implantate obliegt im Rahmen einer Einzelfallprüfung dem BGZABw. [...]“¹³³

¹³² Auszug aus BMVg Fü San I 3 2008 (Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr; Abschnitt I).

¹³³ SanABw BGZABw 2009a.

Dieser Heilfürsorgehinweis eröffnet in der Indikationsstellung neue Möglichkeiten. So wird angeführt: „Als intakt sind nicht nur unversehrte, sondern auch suffizient versorgte Zähne anzusehen“, was in der Umsetzung bedeutet, dass eine Implantatversorgung von Schaltlücken vermehrt als indiziert und somit genehmigungsfähig angesehen werden kann.

Auch hier wird wieder deutlich, dass die zahnmedizinische Indikation und der Schutz der Zahnhartsubstanz im Vordergrund der Argumentationslinie stehen, was eine auf den Patientenfall abgestimmte Versorgung sicherstellt. Des Weiteren wird darauf hingewiesen, dass eine zahnärztlich-implantologische Maßnahme immer im Kontext einer Gesamtbetrachtung und -planung zu sehen ist, was in vielen Fällen die Versorgung einer Schaltlücke durch ein Implantat eher indiziert als die Erneuerung suffizienter Versorgungen von Nachbarzähnen mit dem Ziel einer Brückenversorgung.

Der Heilfürsorgehinweis 2/2009 bezog sich in der Hauptsache auf das Genehmigungsverfahren von zahnärztlich-implantologischen Behandlungsmaßnahmen.¹³⁴

Dies war nötig, da es vermehrt zu erheblichen Verzögerungen im Beantragungswesen gekommen war. Es galt hierbei, die Zeit zwischen Feststellung der Indikation und der eigentlichen Behandlungsmaßnahme nach erfolgter Genehmigung so gering wie möglich zu halten. Aufgrund von unvollständigen Antragsunterlagen und den damit verbundenen Nachfragen und Wartezeiten kam es in Einzelfällen dazu, dass zwischen Indikationsstellung und Behandlungsbeginn 6 bis 9 Monate lagen.

Diese immensen Verzögerungen sollten durch den Heilfürsorgehinweis 2/2009 ausgeräumt werden.

¹³⁴ Siehe für weitergehende Anmerkungen zum Genehmigungsverfahren Abschnitt 4.6.

4.5 Implantologie in zahnärztlichen Behandlungseinrichtungen der Bundeswehr

Wie bereits unter Abschnitt 4.4 erwähnt, bildet der Erlass BMVg In San I 6 vom 1. Juli 1988 den Startpunkt der Einführung der zahnärztlichen Implantologie bei der Bundeswehr. In diesem Erlass wurde ebenfalls die praktische Umsetzung implantologischer Maßnahmen bei der Bundeswehr klar geregelt.

Als zur Implantation berechtigte Behandlungseinrichtungen wurden die Abteilungen für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Bundeswehrkrankenhäuser Koblenz, Hamburg und Ulm sowie zahnärztliche Behandlungseinrichtungen, deren Leiter die Gebietsbezeichnung Oralchirurgie erworben hatten, festgelegt. Dies zeigt die zunächst klar chirurgisch ausgerichtete Auswahl an zuständigen Behandlungseinrichtungen.

Da natürlich eine Implantatversorgung immer einen Teil eines zahnärztlichen Gesamtversorgungskonzeptes darstellt, war eine enge Zusammenarbeit des Zahnarztes, der später die prothetische Versorgung zu übernehmen hatte, und demjenigen, der die chirurgische Insertion des Implantats vornehmen sollte, unerlässlich für das Erreichen eines guten Behandlungsergebnisses. Optimal und anzustreben war und ist die Insertion und die anschließende Versorgung mit einer Suprakonstruktion aus einer Hand. Dies war in den genannten Bundeswehrkrankenhäusern nicht der Regelfall und die anschließende prothetische Versorgung wurde von den zahnärztlichen Stationen der Bundeswehrkrankenhäuser übernommen.

Da die generelle zahnärztliche Versorgung hauptsächlich in den zahnärztlichen Behandlungseinrichtungen der regionalen Sanitätseinrichtungen stattfand, musste selbstverständlich insbesondere hier eine gezielte Auswahl an Behandlungsbedarf für eine enosale Implantation festgestellt und dann in der Folge dieser Patient im Rahmen einer Implantatsprechstunde bei einer der o.g. Behandlungseinrichtungen vorgestellt werden.

Nachdem der zuständige Truppenzahnarzt bei einem Soldaten eine entsprechende Indikation festgestellt hatte, wurden notwendige Vorbereitungsmaßnahmen für die Vorstellung in einer implantationsberechtigten Behandlungseinrichtung unternommen. Hierzu gehörten selbstverständlich die abgeschlossene konservierende Versorgung des Patienten sowie die Umsetzung einer sehr guten Mundhygiene. Ebenfalls eine zwingende Voraussetzung für diese Vorstellung war neben der medizinischen Indikation, die eine Ge-

nehmigung in diesem begründeten Einzelfall zuließ, gemäß dem Erlass eine Restdienstzeit des Patienten von 24 Monaten.

Die Restdienstzeit des Soldaten von 24 Monaten sollte sicherstellen, dass die Behandlungsmaßnahme der zahnärztlichen Implantation in Verbindung mit der Suprakonstruktion innerhalb der Dienstzeit des Patienten abgeschlossen werden konnte. Zudem sollte ausreichend Möglichkeit der Nachsorge und eines Recalls vorhanden sein.

In der Regel waren und sind auch heute noch folgende Unterlagen zur Begutachtung im Rahmen einer Implantatsprechstunde vom Patienten mitzuführen:

- die zahnärztliche Behandlungskarte
- aktuelle Röntgenaufnahmen
- Kiefermodelle (evtl. mit Schiene für Röntgenaufnahmen)
- Mundhygienestatus (in der Regel API und SBI über einen längeren Zeitraum)

Nachdem diese notwendigen Unterlagen von dem zuständigen Truppenzahnarzt erstellt worden waren, konnte der Patient in einer implantationsberechtigten Behandlungseinrichtung vorgestellt werden. Hier wurden die Indikation und die chirurgische und prothetische Möglichkeit eine Implantatversorgung durch die jeweils zuständigen Sanitäts-offiziere überprüft und bei deren Feststellung ein Antrag auf Durchführung einer implantologischen Versorgung gestellt.¹³⁵

Nach Genehmigung der beantragten Implantatversorgung wurde der Patient zur Implantatinsertion einbestellt.

¹³⁵ Vergleiche Verlauf des Antragswegs unter 4.6.

4.6 Genehmigungsverfahren

Der Ablauf des Genehmigungsverfahrens wurde ebenfalls exakt geregelt. Die Anlage gleicht einer modernen Verfahrensanweisung mit Darstellung der notwendigen Arbeitsschritte sowie der jeweiligen Verantwortlichkeiten. Im Folgenden wird der Inhalt der Anlage¹³⁶ des Erlasses zur Einführung der Implantologie aus dem Jahr 1988 dargestellt:

„Ablauf des Genehmigungsverfahrens für die

a) zahnärztlich-implantologische Behandlung

b) weiterführende prothetische Behandlung

Zu a) Truppenzahnarzt:

- Prüfung und Herstellung der mundhygienischen Voraussetzungen
- Überweisung des Patienten zur Abteilung VII B BwKrhs / bzw. SanOffz Zahnarzt Oralchirurgie

Folgende Unterlagen sind bei der Überweisung mitzugeben:

Facharztüberweisung (San / Bw / 0205)

Zahnärztliche Behandlungsunterlagen

Röntgenaufnahmen

Evtl. Modelle

Leiter Abteilung VII B / Sanitätsoffizier Zahnarzt Oralchirurgie:

- Eingehende Untersuchung / Bewertung
- Entscheidung über Indikation der implantologischen Maßnahmen
- Aufklärung (einschl. Diskussion und gesteigerter Aufklärung) und Einholung des schriftlichen Einverständnisses des Soldaten
- Bewertung und Vorplanung in Absprache mit Leiter Abt VII A / Zahnärztliche Station hinsichtlich der prothetischen Behandlung (Bei SanOffz Zahnarzt Oralchirurgie entfällt die Absprache, da die prothetische Versorgung von ihm selbst vorzunehmen ist)
- Beantragung der Genehmigung für die zahnärztlich-implantologische Behandlung bei BMVg – InSan I 6.

Mitvorlage:

- Befund
- fachliche Beurteilung
- Plan der vorgesehenen Maßnahmen (Implantat-Typ)
- Angaben zur vorgesehenen Behandlungsdauer (implant. Maßnahmen bis zum möglichen Beginn der prothetischen Maßnahmen)
- Prognose
- Geplante prothetische Maßnahmen
- Festlegung des Behandlungstermins

Zu b) (nach Abschluß der zahnärztlich-implantologischen Behandlung)

Leiter Abteilung VII A/Zahnärztliche Station/Sanitätsoffizier Zahnarzt

Oralchirurgie:

- Erstellen des Antrages für Suprakonstruktion (San/Bw/0220 bzw. San/Bw/0221)

¹³⁶ BMVg InSan I 6 1988 – Anlage.

- Stellungnahme eines Sachverständigen in Teil V des San/Bw/0220 bzw. San/Bw/0221 entfällt
- Weiterleitung an BMVg – InSan I 6 zur Entscheidung

Mitvorlage:

Stellungnahme des Leiters Abteilung VII B/SanOffz Zahnarzt Oralchirurgie über den bisherigen Verlauf der implantologischen Maßnahmen. Röntgenaufnahmen (nach Abschluß der implantologischen Maßnahmen).“

Das zahnärztliche Fachreferat des Bundesministeriums der Verteidigung behielt es sich somit zunächst vor, die Entscheidung über eine implantologische Versorgung selbst zu treffen.

Mit dem Ziel, das schriftliche Antragsverfahren zu standardisieren und organisatorisch zu vereinfachen, hat das Fachdezernat I 4 des Sanitätsamtes in der Folge mit Weisung vom 13. August 1992 die Verwendung von einheitlichen Vordrucken angewiesen.¹³⁷

¹³⁷ Siehe hierzu SanABw I 4 1992.

Antrag auf Genehmigung einer zahnärztlich-implantologischen Behandlung von Soldaten der Bundeswehr in zahnärztlichen Behandlungseinrichtungen der Bundeswehr

Stempel (BwKrhs)

Name, Vorname, Dienstgrad			Personenkennziffer	
Truppenteil/Dienststelle				
Diensteintritt	Voraussichtliches Dienstzeitende	Status		
Tätigkeit/Verwendung				
Überwiesen von: (Name, Vorname, Dienstgrad, Ort, Einheit)				
Anamnese:				

Klinischer Befund:																	
ViPr																	
Befund																	
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
Befund	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
ViPr																	

Prothetische Versorgung Soll:																	
Beh.Plan																	
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
Beh.Plan	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

Mundhygiene:	
API:	SBI:

Röntgenologischer Befund: (Art und Datum der beigelegten Aufnahmen)

Geplanter Implantattyp: (Anzahl, Typ, Lokalisation)

Abbildung 10: Antrag auf implantologische Versorgung – Vorderseite gemäß Anlage der Weisung SanABw vom 13.08.1992

Prognose:

Anlage

Röntgenaufnahmen Modelle

Mundhygienestatus

Unterschrift SanStOffzArzt MKG-Chirurgie /
SanStOffzZahnarzt Oralchirurgie

Unterschrift SanStOffzZahnarzt

Stellungnahme (SanABw)

Die Behandlung wird
 befürwortet wie geplant befürwortet mit Änderungen nicht befürwortet Anlage

Begründung

Stempel Ort, Datum

Unterschrift

Entscheidung (BMVg)

Die Behandlung wird
 genehmigt wie geplant genehmigt mit Änderungen nicht genehmigt Anlage

Begründung

Stempel Ort, Datum

Unterschrift

Erklärung des Soldaten

Von der Entscheidung des BMVg habe ich Kenntnis genommen Datum, Unterschrift

Der Antrag ist in dreifacher Ausfertigung SanABw vorzulegen. Die erste Ausfertigung verbleibt nach Bearbeitung beim BMVg, die zweite Ausfertigung verbleibt bei SanABw, die dritte Ausfertigung ist nach Abschluß der Behandlung in der zahnärztlichen Behandlungskarte abzulegen.

Abbildung 11: Antrag auf implantologische Versorgung – Rückseite gemäß Anlage der Weisung SanABw vom 13.08.1992.

Dieser Vordruck wurde etwa ein halbes Jahr später mit Weisung vom 15. Januar 1993 modifiziert, da das Feld „Klinischer Befund“ beim Drucken nicht erfasst worden war und somit auf dem obigen Vordruck fehlte.

**Antrag auf Genehmigung einer zahnärztlich -
implantologischen Behandlung von Soldaten der
Bundeswehr in Sanitätseinrichtungen der Bundeswehr**

Stempel (BwKrhs)

ARZTSACHE !

Name, Vorname, Dienstgrad			Personenkennziffer		
Truppenteil/Dienststelle					
Diensteintritt	Voraussichtliches Dienstzeitende	Status			
Tätigkeit/Verwendung					
Überwiesen von: (Name, Vorname, DstGrad, Ort, Einheit)					
Anamnese:					

Klinischer Befund:																
ViPr																
Befund																
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Befund																
ViPr																

Mundhygiene:
API:
SBI:

Implantatlokalisierung / Prothetische Versorgung Soll:																
Beh. Plan																
Implantat																
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Implantat																
Beh. Plan																

Klinischer Befund:

Röntgenologischer Befund: (Art und Datum der beigefügten Aufnahmen)

Geplanter Implantattyp: (Hersteller und Typ; Lokalisation und Anzahl siehe o.a. Schema)

Abbildung 12: Überarbeitetes Formular Vorderseite – Antrag auf implantologische Versorgung gemäß Weisung vom 15.01.1993. In diesem Antragsvordruck findet sich nun das Feld „Klinischer Befund“. Ansonsten wurden jedoch nur marginale Änderungen vorgenommen, die inhaltliche Ausgestaltung hat sich nicht geändert.

Prognose:	
Anlage	
<input type="checkbox"/> Röntgenaufnahmen	<input type="checkbox"/> Modelle
<input type="checkbox"/> Mundhygienestatus	<input type="checkbox"/> ?
Unterschrift SanStOffzArzt MKG-Chirurgie / SanStOffzZahnarzt Oralchirurgie Datum: _____ Namensstempel	Unterschrift SanStOffzZahnarzt Datum: _____ Namensstempel
Stellungnahme (SanABw)	
Die Behandlung wird <input type="checkbox"/> befürwortet wie geplant <input type="checkbox"/> befürwortet mit Änderungen <input type="checkbox"/> nicht befürwortet <input type="checkbox"/> Anlage	
Begründung	
Stempel	Ort, Datum Unterschrift
Entscheidung (BMVg)	
Die Behandlung wird <input type="checkbox"/> genehmigt wie geplant <input type="checkbox"/> genehmigt mit Änderungen <input type="checkbox"/> nicht genehmigt <input type="checkbox"/> Anlage	
Begründung	
Stempel	Ort, Datum Unterschrift
Erklärung des Soldaten	
Von der Entscheidung des BMVg habe ich Kenntnis genommen	
Datum, Unterschrift	
Der Antrag ist in dreifacher Ausfertigung SanABw vorzulegen. Die erste Ausfertigung verbleibt nach Bearbeitung beim BMVg, die zweite Ausfertigung verbleibt bei SanABw, die dritte Ausfertigung ist nach Abschluß der Behandlung in der zahnärztlichen Behandlungskarte abzulegen.	
SanABw/ 14 /1.93/B	

Abbildung 13: Überarbeitetes Formular Rückseite – Antrag auf implantologische Versorgung gemäß Weisung vom 15.01.1993

Erst mit der Neufassung der Richtlinien¹³⁸ wurde die Entscheidung der Anträge auf implantologische Versorgungen an das Sanitätsamt der Bundeswehr – Dezernat I 4 delegiert.¹³⁹

Diese noch umfangreich und erklärend beschriebenen Inhalte auf dem Gebiet der zahnärztlichen Implantologie wurden in der Neufassung der „Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr“ in der ab 1. August 1999 gültigen Fassung reduziert und wie folgt formuliert:

„I Zahnärztlich-implantologische Versorgung

1. Anspruchsumfang/-berechtigte

Berufssoldaten und Soldaten auf Zeit gemäß Kapitel A, 3., in indikationsbegründeten Einzelfällen.

2. Besonderheiten

- Durchführung grundsätzlich nur in Sanitätseinrichtungen der Bundeswehr. Ausnahmen in besonders zu begründenden Einzelfällen sind dem Bundesministerium der Verteidigung, Fachreferat Zahnmedizin, vorbehalten.
- Der Einsatz von Implantaten ist bei kariesfreien Pfeilerzähnen gegenüber Brücken sorgfältig abzuwägen.
- Eine Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten begründet nicht zwangsläufig einen Anspruch auf zahnärztlich-prothetische Versorgung. Eine entsprechende Indikation ist nach erfolgreicher Einheilung der zahnärztlichen Implantate im Regelfall nach sechs Monaten zu prüfen. Der Soldat ist nachweislich über die individuellen Möglichkeiten einer abschließenden zahnärztlich-prothetischen Versorgung aufzuklären.
- Eine ggf. erforderliche Entfernung von Implantaten ist nicht genehmigungspflichtig. Die Kosten sind auf Bundesmittel zu übernehmen.

3. Beantragung/Entscheidung

- Zahnärztlich-implantologische Leistungen sind vor Behandlungsbeginn mit dem Vordruck Antrag auf Durchführung einer zahnärztlich-implantologischen Versorgung (3-fach), Röntgenaufnahmen und Modellen dem Begutachtenden Sanitätsoffizier Zahnarzt beim Sanitätsamt der Bundeswehr zur Entscheidung vorzulegen.
- Behandlungsmaßnahmen im Zusammenhang mit der Suprakonstruktion entsprechend den jeweiligen Kapiteln.

¹³⁸ BMVg InSan I 6 1993.

¹³⁹ Vergleiche auch Abschnitt 4.4.

4. Vergütung/Abrechnung bei Behandlung im zivilen Bereich

- Vergütung gemäß Kapitel A, 5.5.
- Die Abrechnung genehmigter zahnärztlich-implantologischer Leistungen erfolgt gemäß Kapitel A, 5.66, direkt mit der zuständigen Wehrbereichsverwaltung. Die Abrechnung von Behandlungsmaßnahmen im Zusammenhang mit der Suprakonstruktion erfolgt nach den Bestimmungen der jeweiligen Kapitel.¹⁴⁰

Bereits in diesem Kapitel I „Zahnärztlich-implantologische Versorgung“ wird auf ein Grundproblem bei der Versorgung von Soldaten mit zahnärztlichen Implantaten eingegangen. Es handelt sich hierbei um das Problem der Kostenübernahme für denjenigen Fall, dass die prothetische Versorgung eines Implantates nicht mehr innerhalb der Dienstzeit eines Soldaten abgeschlossen werden kann. Dieser Sachverhalt birgt die Gefahr in sich, dass der für den aus der Bundeswehr ausgeschiedenen Soldaten zuständige Kostenträger ggf. diese Kosten nicht übernimmt, weil eine Kostenübernahme für eine Implantatversorgung seitens der gesetzlichen Krankenversicherung abgelehnt wird, sofern diese Leistungen aufgrund spezifischer Indikationen nicht dem Versorgungsumfang zugehören.¹⁴¹ Ein ähnlicher Sachverhalt stellt sich bei der Versorgung mit Implantaten im Rahmen einer Wehrdienstbeschädigung dar.

Diese Fragestellung sollte ein Erlass des zahnärztlichen Fachreferates BMVg InSan I 6 vom 6. September 1999 klären. Der Inhalt wird im Folgenden wiedergegeben:

„Die Versorgung von Soldaten der Bundeswehr mit zahnärztlichen Implantaten ist in den Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr (Bezug 3.¹⁴²) grundsätzlich geregelt. Ein Anspruch auf zahnärztlich-prothetische Versorgung wird jedoch nicht zwangsläufig durch eine erfolgte zahnärztlich-implantologische Behandlung begründet, sondern richtet sich im Wesentlichen nach den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen (Bezüge 1.¹⁴³ und 2.¹⁴⁴).

Aufgrund des bestehenden Unterschiedes in der zahnärztlich-prothetischen Versorgung von Soldaten der Bundeswehr und Versicherten aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung stelle ich bezüglich der zahnärztlich-implantologischen Behandlung im Hinblick auf die erforderliche zahnärztlich-prothetische Folgeversorgung für den Bereich der Bundeswehr klar:

1. Grundlage einer zahnärztlich-implantologischen Behandlung ist das Vorliegen einer einwandfreien zahnmedizinischen Indikation.

¹⁴⁰ BMVg InSan I 6 1999.

¹⁴¹ Siehe hierzu nähere Informationen in Kapitel 5, insbesondere unter Abschnitt 5.1.1.1.

¹⁴² BMVg InSan I 6 1999.

¹⁴³ VwV BBesG 1999.

¹⁴⁴ VwV WSG 1999.

2. Alle mit einer zahnärztlich-implantologischen Versorgung in Zusammenhang stehenden Behandlungsmaßnahmen sind bis zum Ende des jeweiligen Anspruchszeitraumes abzuschließen. Der Anspruch eines Soldaten auf zahnärztliche Versorgung endet in der Regel mit seinem Dienstzeitende unter Berücksichtigung des möglichen Vorliegens der Voraussetzungen für eine Weitergewährung der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung gemäß Erlass BMVg vom 11.12.1981 (VMBl 1982, S. 42), geändert durch Erlass BMVg vom 07.12.1983 (VMBl 1984, S. 16). Dies gilt grundsätzlich auch für eine Versorgung bei Folgen von Wehrdienstbeschädigungen (WDB) im Sinne der §§ 80 und 81 SVG.
3. Anträge auf Genehmigung zahnärztlich-implantologischer Behandlungsmaßnahmen sind aus Fürsorgegründen regelmäßig abzulehnen, wenn
 - der Anspruchszeitraum nicht für den Abschluß aller Behandlungsmaßnahmen im Zusammenhang mit der geplanten zahnärztlich-implantologischen Behandlung ausreicht,
 - eine durch Anlage des entsprechenden Vordruckes behauptete WDB seitens der zuständigen Stellen der Wehrverwaltung (noch) nicht anerkannt bzw. das Anerkenntnis einer WDB nicht zweifelsfrei sicher erscheint,
 - durch den Soldaten die Kostenübernahme für die gegebenenfalls nach seinem Dienstzeitende durchzuführende zahnärztlich-prothetische Versorgung nicht nachweislich geklärt ist, da in diesen Fällen der präjudizierende Charakter einer zahnärztlich-implantologischen Behandlung durch die aktuellen sozialgesetzlichen Festlegungen zu einer nicht zu vernachlässigenden finanziellen Belastung des ehemaligen Soldaten im Rahmen der erforderlichen zahnärztlich-prothetischen Folgeversorgung im zivilen Bereich führen würde.¹⁴⁵

Dieser Erlass sollte den oben geschilderten Sachverhalt und die Problematik der Kostenübernahme nach Ausscheiden des Soldaten klarstellen. Da die Kostenübernahmeproblematik zu vermeiden war, sofern die Behandlung noch während der Dienstzeit zu Ende geführt werden konnte, wurde eine ausreichende Restdienstzeit als unabdingbare Voraussetzung für die Genehmigungsfähigkeit einer implantologischen Versorgung festgelegt. Nach Ablösung der Reichsversicherungsordnung durch das Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) „Gesetzliche Krankenversicherung“ war der Passus der Fertigstellung einer begonnenen Behandlungsmaßnahme auch nach dem Dienstzeitende des Soldaten obsolet. Das bedeutet, dass Soldaten die Kosten für eine prothetische Supraversorgung in Abhängigkeit ihrer Versicherungsform nach Entlassung aus dem Dienstverhältnis übernehmen müssen, sofern die Behandlung während der Dienstzeit bei der

¹⁴⁵ BMVg InSan I 6 1999.

Bundeswehr nicht abgeschlossen werden kann. Hierbei ist es nun nicht mehr relevant, bei welchem Kostenträger die Behandlungsmaßnahme genehmigt und begonnen wurde, sondern welche Maßnahme im Anspruchszeitraum durchgeführt werden soll. Im Rahmen der Reichsversicherungsordnung waren die Kosten einer begonnenen Behandlungsmaßnahme bis zum Abschluss der Maßnahme durch den Kostenträger, der die Durchführung genehmigt hatte, zu übernehmen. In begründeten Einzelfällen konnte zwar der Anspruchszeitraum für die utV verlängert werden, dies war jedoch nur bei besonderen medizinischen Indikationen möglich, um die Behandlung auch noch nach dem Dienstzeitende abzuschließen und sollte nicht vermehrt in Anspruch genommen werden. Bei Vorliegen eines unklaren Sachverhalts bezüglich einer Wehrdienstbeschädigung oder einer unklaren Kostenübernahme der prothetischen Suprakonstruktion nach Ausscheiden aus der Bundeswehr sollte der Antrag auf Genehmigung einer zahnärztlich-implantologischen Leistung abgelehnt werden.

Primär stehen im Rahmen dieser Regelung Fürsorgegründe gegenüber dem Patienten im Vordergrund, da im Verlauf einer Weiterversorgung mit einer Suprakonstruktion im Vergleich zum Eigenanteil bei der utV deutlich höhere Kosten auf den Patienten zukommen könnten, sofern der dann für den Patienten zuständige Kostenträger diese nicht in einem angemessenen Umfang übernimmt.

Im Falle der gesetzlichen Krankenversicherung wäre dies ein Festkostenzuschuss als Erstattung einer rein privatärztlichen Leistung, was einen hohen Selbstkostenanteil zur Folge hätte. Der Regelungsinhalt war darauf ausgerichtet, implantologische Maßnahmen nur dann zu genehmigen und zu beginnen, wenn diese auch prothetisch abgeschlossen werden können. Dieser Ansatz stellt sicher, dass für den Patienten keinerlei unplanbare und hohe Kosten im Rahmen der gewählten Versorgungsform nach Entlassung aus dem aktiven Dienst in der Bundeswehr entstehen. Andererseits verwehrt man dem Patienten eine medizinisch vermeintlich bessere Versorgung im Vergleich zu der dann angebotenen prothetischen Versorgung durch beispielsweise eine Brücke. Das BMVg hat hier eine eindeutige Festlegung aus Fürsorgegründen getroffen.

Diese Festlegung ist in den derzeit gültigen „Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr“¹⁴⁶ dahingehend geändert worden, dass nun die Soldatin bzw. der Soldat die Möglichkeit besitzt, über eine Mehrkosten-

¹⁴⁶ BMVg Fü San I 3 2008, S. 27; hier Kapitel I – Zahnärztlich- implantologische Versorgung.

vereinbarung – soweit keine fachlichen Gründe entgegenstehen – eine Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten zu erhalten. Die Kosten für die prothetische Suprakonstruktion werden dabei auf Bundesmittel übernommen, wenn die geplante Versorgung im Vergleich zu einer nicht implantatgestützten Alternativversorgung wirtschaftlicher oder kostenneutral ist. Die Aufklärung über weitergehende Kosten nach Entlassung aus dem Soldatenverhältnis hat auch in diesem Fall weiterhin zu erfolgen.

Hier sieht man deutlich, wie wirtschaftliche Notwendigkeiten den Handlungsspielraum ärztlicher Maßnahmen einengen können. Durch die erfolgten Anpassungen wurde daher versucht, eine möglichst ethisch vertretbare Lösung dieses Dilemmas zu erarbeiten und festzulegen.

Die durchaus notwendige Diskussion der ethischen Aspekte einer solchen Festlegung soll im Kapitel 6 dieser Arbeit näher dargestellt werden.

Das Genehmigungsverfahren für zahnärztlich-implantologische Leistungen wurde durch den „Heilfürsorgehinweis 01/2003“¹⁴⁷ neu geregelt. Auch wurde in diesem Heilfürsorgehinweis erstmalig auf Indikationsklassen eingegangen, die den Genehmigungsumfang darlegen.¹⁴⁸ Unter dem Abschnitt Implantation heißt es:

„Implantation

- Abschnitt I der Richtlinien lässt eine positive Entscheidung über zahnärztliche Implantate in indikationsbegründeten Einzelfällen bei Berufs- und Zeitsoldaten zu. Als eindeutige Indikationsbegründung ist im Sinne des § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V die Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen nach dem Kriterienkatalog des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen anzusehen.

Wehrmedizinische Aspekte können in seltenen Einzelfällen die Anwendung der Indikationsklassen I bis III der wissenschaftlichen Fachgesellschaften (BDIZ/BDO/DGI/DGZIBV der MKG-Chirurgen) notwendig machen, von der in keinem Fall abgewichen werden darf. Anträge außerhalb dieser Indikationsklassen sind grundsätzlich nicht genehmigungsfähig.

Auf den unverändert geltenden Erlass BMVg – InSan I 6 – Az 542-26-22 vom 06.09.99 weise ich dabei besonders hin.

Ergänzend ist daran zu erinnern, dass die primäre Indikationsstellung prinzipiell aus prothetischen Gründen zu erfolgen hat und dann vom behandelnden Zahnarzt mit dem durchführenden Chirurgen abzustimmen ist. Dies bedingt eine zeitgleiche Antragstellung für Implantat und Suprakonstruktion, wobei aus fachlichen Erwägungen von der Durchführung der Gesamttherapie (im-

¹⁴⁷ SanABw BGZABw 2003.

¹⁴⁸ Vgl. dazu auch Abschnitt 4.4.

plantologische Leistung und Suprakonstruktion) durch einen Behandler nur in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden soll.

Aus gegebenem Anlass sind alle in Frage kommenden Patienten nachweislich darüber zu belehren, dass andere Kostenträger für Leistungen im Zusammenhang mit zahnärztlichen Implantaten nach Ausscheiden aus dem aktiven Dienstverhältnis ggf. nicht aufkommen. Außerhalb der oben erwähnten Ausnahmeindikation sind Reparaturen und/oder Erneuerung der Suprakonstruktion reine Wahl- bzw. Privatleistung.

- Bei einer Beantragung und Genehmigung implantologischer Leistungen wird folgender neuer Antragsweg festgelegt:

Eine Vorstellung des Patienten erfolgt grundsätzlich nur unter vorheriger Einschaltung des zuständigen regionalen Begutachtenden Zahnarztes. Dabei ist darauf zu achten, dass entscheidende Grundlage für eine implantologische Fragestellung die vorgesehene prothetische Planung ist.

Die entsprechenden Unterlagen,

- Antrag zu einer geplanten zahnärztlich-implantologischen Therapie gemäß Anlage
- Röntgenaufnahmen
- Modelle (ungesockelt, getrimmt, mit Biss und beschriftet)

werden durch den zuständigen Truppenzahnarzt erstellt und dem regional zuständigen Begutachtenden Zahnarzt vorgelegt.

- Erst nach Prüfung und Zustimmung durch den zuständigen Begutachtenden Zahnarzt erfolgt die weitere Vorstellung beim nächst erreichbaren Implantologen der Bundeswehr (i.d.R. BwKrhs FuSt Oralchirurgie bzw. Abt MKG oder Zahnarztgruppe BOC). Die entsprechenden Einzelheiten sind mit dem regional zuständigen Begutachtenden Zahnarzt abzustimmen.
- Der Antrag auf Durchführung einer zahnärztlich-implantologischen Versorgung ist dann mit allen o.a. Unterlagen und gemeinsam mit dem Heil- und Kostenplan für die geplante zahnärztlich-prothetische Versorgung unmittelbar dem Begutachtenden Zahnarzt der Bundeswehr im Sanitätsamt der Bundeswehr zur Entscheidung vorzulegen.¹⁴⁹

Dieser Heilfürsorgehinweis aus dem Jahr 2003 galt bis zur Einführung der neuen „Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr“ vom 24. November 2008, die seit dem 01. Januar 2009 ihre Gültigkeit haben. Zudem war als Anlage zu dem Heilfürsorgehinweis 01/2003 ein „Antrag zu einer geplanten zahnärztlich-implantologischen Therapie“ beigelegt.

¹⁴⁹ SanABw BGZABw 2003.

Wie bereits im Abschnitt 4.4 dargestellt, wurde mit diesem Heilfürsorgehinweis ein neuer Antragsweg für die Bearbeitung von Anträgen auf implantologische Leistungen angewiesen.

Die regional zuständigen Begutachtenden Zahnärzte waren im Vorwege einer Vorstellung der Patienten beim Implantologen in die Planung und Bewertung des Patientenfalles und der Genehmigungsfähigkeit eines Antrages auf implantologische Versorgung mit einzubeziehen. Diese Maßnahme galt der Qualitätssicherung der Versorgungsplanung durch die behandelnden Truppenzahnärzte und der Entlastung der Implantologen hinsichtlich der Anzahl an vorgestellten Patienten für eine Implantatversorgung. Die Einbindung der regional zuständigen Begutachtenden Zahnärzte sollte sicherstellen, dass ausschließlich Patienten den Implantologen zur weiteren Versorgung vorgestellt werden, die auch entsprechend genehmigungsfähige Befunde für eine Implantatversorgung vorweisen.

Dadurch sollte vermieden werden, dass Patienten durch den Truppenzahnarzt oder auch den Implantologen eine implantologische Versorgung als Alternativversorgung vorgeschlagen wurde, ohne dass der Ausgangsbefund eine Genehmigungsfähigkeit im Rahmen der utV zulässt. Die rein fachliche Bewertung des Truppenzahnarztes oder auch des Implantologen hinsichtlich der Sinnhaftigkeit einer implantologischen Versorgung muss nicht in jedem Fall im Einklang mit der Genehmigungsfähigkeit im Rahmen der utV stehen. Diese administrative Bewertung wurde dadurch den erfahrenen Begutachtenden Zahnärzten übertragen.

Nachstehender Antrag war in diesem Rahmen zu bearbeiten und mit vorzulegen.



Bundeswehr

Zahnärztliche Behandlungseinrichtung der Bundeswehr (Stempel)

Name, Vorname, Dienstgrad

 Dienststelle

 Personenkennziffer _____ Dienst Eintritt _____ Dienstzeitende _____ Status _____

Anlagen : OPG Zahnfilm(e) Modelle

Antrag zu einer geplanten zahnärztlich- implantologischen Therapie (vor der Implantatsprechstunde)

I. Gesamtbefund vom:

ViPr (+/-)																	
Prothetisches Ziel																	
Implantat- planung (X)																	
Befund																	
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				
				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
Befund																	
Implantat- planung (X)																	
Prothetisches Ziel																	
ViPr (+/-)																	
	API = % SBI = %																

II. Zusätzliche Angaben

WDB- Blatt angelegt am: _____ Verletzung durch Bw-Angehörigen oder Dritten verursacht.

Anamnese vom:
 keine Einschränkungen relative Einschränkungen s. Anlage

Einschätzung der Mitarbeit des Patienten nach der primären Aufklärung (Dauer der Behandlung, Erfolgsaussichten von Implantaten, Therapiealternativen)
 Akzeptanz des geplanten Vorgehens Einschränkungen (gegenüber Therapiedauer u. ä.)
 andere temporäre Einschränkungen (geplanter Lehrgang, Auslandseinsatz im nächsten Jahr u. ä.)

Bisher durchgeführte Vorbehandlungen (s. Behandlungsprioritäten, Richtlinien)
 Konservierend- chirurgisch systematische Parodontalbehandlung Individualprophylaxe
 FAL/ FTL Sonstiges: _____

Ergänzende Angaben zur Indikation, Indikationsklasse der Konsensuskonferenz, prothetisches Ziel, alternative Versorgungsmöglichkeiten:

Geplante Vorstellung zur Implantatsprechstunde bei:

Datum, Namensstempel,
Unterschrift des Leiters der zahnärztlichen Behandlungseinrichtung

III. Stellungnahme des zuständigen Begutachtenden Zahnarzt

Vorstellung zur Implantatsprechstunde wird befürwortet
 Vorstellung zur Implantatsprechstunde wird nicht befürwortet
 Begründung:

Datum, Unterschrift des zuständigen Begutachtenden Zahnarzt _____ Zahnarztgruppe BGZ (Stempel) _____

Abbildung 14: Anlage zu Heilfürsorgehinweis 01/2003

Auch die „Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr“ vom 24. November 2008 sind durch zwei Heilfürsorgehinweise ergänzt worden. Die für den Bereich der Implantologie relevanten Inhalte des Heilfürsorgehinweises 1/2009 wurden bereits unter Abschnitt 4.4 erwähnt.

Der Heilfürsorgehinweis 2/2009 zielt hingegen auf das Genehmigungsverfahren ab und wird hier näher dargestellt. Das angegebene Verfahren basiert dabei grundsätzlich auf der mit Heilfürsorgehinweis 01/2003 eingeführten Regelung und beschreibt den Ablauf lediglich noch etwas umfangreicher. Eine erneute Regelung durch eine Weisung war jedoch erforderlich geworden, da die Richtlinien neu gefasst wurden und somit das Bezugsdokument für den Heilfürsorgehinweis 01/2003 keine Gültigkeit mehr besaß.

Im Heilfürsorgehinweis 2/2009 wurden weitere Erläuterungen wie folgt gegeben:

„[...]“

Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten:

Die Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten ist grundsätzlich nicht Bestandteil der utV. Soll jedoch im Rahmen einer zahnärztlich-prothetischen Gesamtplanung eine zahnärztlich-implantologische Versorgung bei einer Soldatin / einem Soldaten erfolgen, ist im Rahmen des Antragsverfahrens eine zeitgerechte Einbindung des regional zuständige [sic] BGZA, und im Anschluss daran, eine umgehende Vorstellung bei dem implantierenden Sanitätsoffizier durch die zuständige Truppenzahnärztin / den zuständigen Truppenzahnarzt sicherzustellen.

Im Rahmen der Beantragung einer Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten sind aktuelle Situationsmodelle mit Bissnahme (beschriftet mit Datum, Name und PK der Patientin / des Patienten) sowie aktuelle, beurteilbare Röntgenaufnahmen (in der Regel Panoramaschichtaufnahmen), grundsätzlich nicht älter als 6 Monate, vorzulegen. Diese für die weitere Planung und Entscheidung unerlässlichen Unterlagen sind bereits durch die zuständige Truppenzahnärztin / den zuständigen Truppenzahnarzt in der Vorbereitung der Antragstellung zu fertigen und dem BGZA bzw. bei dem implantierenden Sanitätsoffizier im Rahmen der Implantatsprechstunde vorzulegen.

Bei Anträgen auf zahnärztlich-implantologische Suprakonstruktion ist die Bearbeitungsnummer des zugehörigen implantatbezogenen Festsetzungsbescheides SanABw - BGZABw auf dem Heil- und Kostenplan zu vermerken. [...]“¹⁵⁰

Das Genehmigungsverfahren wurde somit umfassend geregelt und sollte eine zeitnahe Bearbeitung der vorgelegten Anträge gewährleisten. Vollständige und aussagekräftige Antragsunterlagen, die das gesamte Behandlungskonzept darstellen, bilden die Grundlage für die Entscheidung des Begutachtenden Zahnarztes der Bundeswehr. Dennoch kam und kommt es weiterhin, wie bereits unter Abschnitt 4.4 angeführt, zu Zeitverzögerungen.

¹⁵⁰ SanABw BGZABw 2009b.

rungen zwischen Indikationsstellung und möglichem Behandlungsbeginn. Diese verlängerten Bearbeitungszeiten sind jedoch in ihrer Ursache eher einzelfallbezogen in ablauforganisatorischen Problemen der Behandlungseinrichtungen zu sehen und nicht auf mangelhafte Vorgaben zurückzuführen.

Vor diesem Hintergrund wurde im Jahr 2012 erneut das Verfahren durch eine Weisung des Begutachtenden Zahnarztes der Bundeswehr¹⁵¹ angepasst. Nachdem im Rahmen eines Pilotprojektes im Bereich des Sanitätskommandos IV sowohl ein neuer Planungsantrag als auch ein überarbeiteter Antrag auf implantologische Versorgung hinsichtlich der Anwendbarkeit getestet worden war, wurden diese Vordrucke generell eingeführt.

Dieses neue und gestraffte Antragsverfahren sollte die therapeutische Gesamtverantwortung der Truppenzahnärzte für die Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten stärken und in dem Planungsantrag alle notwendigen Informationen und fachlichen Bewertungen der jeweiligen Spezialisten bündeln.

¹⁵¹ SanABw BGZABw 2012.



Planungsantrag und Stellungnahme
für Implantatversorgungen
bei Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr
ARZTSACHE

Zahnärztliche Behandlungseinrichtung der Bundeswehr (Stempel)

Name, Vorname, Dienstgrad

Dienststelle

Personenkennziffer Dienst Eintritt Dienstzeitende Status
____ - ____ ____ ____ ____

a.d.D.

über:

- regional zuständigen Begutachtenden Zahnarzt
- SanStOffz Fachzahnarzt Oralchirurgie / Facharzt Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

I. Gesamtbefund vom:		mit prothetischer Gesamtplanung																									
proth. Ziel																											
Vipr +/-																											
Implantation																											
Befund																											
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28											
				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65														
				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75														
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38											
Befund																											
Implantation																											
Vipr +/-																											
proth. Ziel																											

Abbildung 15 a-c: Planungsantrag und Stellungnahme für Implantatversorgungen – 3 seitig

Name, Vorname, Dienstgrad	PK:
---------------------------	-----

II. Zusätzliche Angaben

<input type="checkbox"/> WDB- Blatt angelegt am:	Verletzung durch Bw-Angehörigen oder Dritten verursacht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

Ergebnisse der medizinischen Anamnese vom:

keine Einschränkungen relative Einschränkungen s. Anlage

Parodontale Auffälligkeiten / Konkrementa :

PSI:

--	--	--	--

Einschätzung der Mitarbeit des Patienten nach der primären Aufklärung (Dauer der Behandlung, Erfolgsaussichten von Implantaten, Therapiealternativen)

Akzeptanz des geplanten Vorgehens Einschränkungen (z.B. gegenüber Therapiedauer u.ä.)
 andere temporäre Einschränkungen (z.B. geplanter Lehrgang, Auslandseinsatz im nächsten Jahr u.ä.)

Bisher durchgeführte Vorbehandlungen (s. Behandlungsprioritäten, Richtlinien)

Konservierend- chirurgisch systematische Parodontalbehandlung Individualprophylaxe
 FAL/ FTL Sonstiges:

Ergänzende Angaben z.B. zur Indikation, Kontraindikation, gewünschtes Implantatsystem, Indikationsklasse der Konsensuskonferenz, prothetisches Ziel, alternative Versorgungsmöglichkeiten, aktueller PAR-Zustand :

Anlagen: PSA Zahnfilm(e) Modelle DVT sonstiges

Erklärung des Patienten / der Patientin:
Ich bin ausführlich über Alternativen zur Versorgung mit Implantaten, u.a.

Belassen der jetzigen Situation (z.B. Zahnücke)
 Versorgung mit einer Brücke
 Versorgung mit herausnehmbaren Zahnersatz
 kieferorthopädische Therapie

sonstiges:.....


sowie die jeweiligen möglichen Risiken und ggf. nach meinem Dienstzeitende mögliche auftretende Kosten aufgeklärt worden:

Datum, Namensstempel, Unterschrift Truppenzahnarzt / Truppenzahnärztin	Datum, Unterschrift der Patientin / des Patienten
--	---

Name, Vorname, Dienstgrad	PK:
<p>III. Stellungnahme des zuständigen Begutachtenden Zahnarztes</p> <p> <input type="checkbox"/> Implantatversorgung wird befürwortet <input type="checkbox"/> Implantatversorgung wird mit Änderung befürwortet <input type="checkbox"/> Implantatversorgung wird nicht befürwortet <input type="checkbox"/> Anlage </p> <p>Begründung:</p> <p>Datum, Namensstempel, Unterschrift BGZA</p>	
<p> <input type="checkbox"/> Antrag dem SanStOffz Fachzahnarzt OC / Facharzt MKG übersandt am: oder <input type="checkbox"/> Unterlagen der Patientin/ dem Patienten zur Terminvereinbarung ausgehändigt am: </p>	
<p>IV. Stellungnahme des SanStOffz Fachzahnarzt OC / Facharzt MKG</p> <p>1.) Klinische Untersuchung in der Implantatsprechstunde am:</p> <p>2.) Untersuchungsergebnis:</p> <p> <input type="checkbox"/> Implantation wie geplant möglich <input type="checkbox"/> Implantation muss aus fachlichen Gründen abweichend von Abschnitt I. (Implantatplanung) durchgeführt werden <input type="checkbox"/> Implantation muss zurückgestellt werden <input type="checkbox"/> Implantation nicht indiziert bzw. nicht möglich, dem Patient wurde die Entscheidung eröffnet und dieses in den Behandlungsunterlagen dokumentiert. </p> <p>Begründung / weitere Erläuterungen (ggf. Anlage):</p> <p>3.) Als Anlage beigelegt:</p> <p> <input type="checkbox"/> Antrag auf Durchführung einer zahnärztlich-implantologischen Versorgung <input type="checkbox"/> HKP zur Anfertigung von Bohrschablonen <input type="checkbox"/> </p> <p>.....</p> <p>Datum, Namensstempel, Unterschrift SanStOffz Fachzahnarzt OC / Facharzt MKG</p>	

Alle für eine Bearbeitung im Rahmen des Genehmigungsverfahrens notwendigen Informationen sind auf diesem Planungsantrag enthalten.

Der überarbeitete Antrag auf Durchführung einer zahnärztlich-implantologischen Versorgung oder weitere Heil- und Kostenpläne werden nun zu Anlagen zum eigentlichen Planungsantrag. Dieses verdeutlicht die Bedeutung des Planungsantrages und den Gesamtzusammenhang des Verfahrens.



Bundeswehr

Name, Vorname, Dienstgrad

Dienststelle

Personenkennziffer Status

Diensteintritt Dienstzeitende

Sanitätsamt der Bundeswehr
Begutachtender Zahnarzt der Bundeswehr
Dachauer Str. 128
80637 München

Praxisanschrift/ Anschrift der Behandlungseinrichtung

Anlagen
 PSA Zahnflim(e) Modelle DVT

Antrag auf Durchführung
einer zahnärztlich-implantologischen
Versorgung bei Soldatinnen und Soldaten
der Bundeswehr

Kostenträger-Nummer: 00 9520 9

I. Befund vom:

Implantat-planung (x)																	
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				
	48	47	46	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				
Implantat-planung (x)				45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
	API = %																

II. Zusätzliche Angaben

Keine Abweichungen zu Anamnese bzw. klinischem Befund (Planungsantrag) vom: Vorbehandlung abgeschlossen

Röntgenbefund vom:

Geplantes operatives Vorgehen:

Ergänzende Angaben z.B. zum klinischen Befund/PAR-Zustand/zur Indikation:

Geplanter Implantattyp (Hersteller und Typ):

Prognose günstig kritisch Sonstiges:

Überweisender Zahnarzt Die anschließende zahnärztlich-prothetische Versorgung soll durchgeführt werden von:

Verteiler:
1.- 3. Ausfertigung an Sanitätsamt der Bundeswehr - BGZABw -
Nach Entscheidung BGZABw
1.+2. Ausfertigung als Anlage zu den Festsetzungsbescheiden
3. Ausfertigung BGZABw

Datum, Unterschrift SanStOffz, Fachzahnarzt OC/
Facharzt für MKG

Abbildung 16: Aktueller Antrag auf Durchführung einer zahnärztlich-implantologischen Versorgung

4.7 Qualitative und quantitative Entwicklungen bei der Implantatversorgung seit der Einführung

Betrachtet man die qualitativen und quantitativen Entwicklungen der Implantatversorgung bei der Bundeswehr seit ihrer Einführung, so entsprechen diese nahezu den Entwicklungen im zivilen Gesundheitssektor. Nachdem anfänglich nur sehr wenige Implantate bei der Bundeswehr inseriert worden sind, nahm die Anzahl zu Beginn der 1990er Jahre stetig zu. Heutzutage ist die Implantatversorgung bei der Bundeswehr, in Abhängigkeit der derzeit geltenden Indikationsklassen, eine durchaus häufig angewandte Versorgungs- und Behandlungsmethode, obgleich sie im Versorgungsumfang der truppzahnärztlichen Versorgung grundsätzlich nicht enthalten ist.

4.7.1 Qualitative Entwicklungen (heute auch Indikationsklassen)

Die Etablierung eines neuen medizinischen Verfahrens hängt maßgeblich von dem Grad des Erreichens eines bleibenden Behandlungserfolges ab. Diese Erfolgsquote wird nicht nur durch die grundsätzliche Eignung des eigentlichen Verfahrens bestimmt, sondern vielmehr auch durch die Indikationsstellung sowie die Fähigkeiten des jeweiligen Therapeuten. Die wissenschaftliche Aufarbeitung eines medizinischen Verfahrens sichert ebenso den Behandlungserfolg wie die Durchführung einer Qualitätssicherung auch innerhalb eines bereits etablierten Verfahrens.

Wie bereits beschrieben, wurde die zahnärztliche Implantation im letzten Jahrhundert, aber teilweise auch noch heute, maßgeblich von den praktizierenden, niedergelassenen Zahnärzten bestimmt. Da diese Behandlungsmethodik den Praktikern neue Therapiemöglichkeiten und Versorgungsformen eröffnete, hat dies ein umfassendes Interesse geweckt.

Dieses Interesse wurde in den 1970er Jahren durch Kurs- und Seminarveranstaltungen von privaten Arbeitsgruppen DGZI¹⁵², DAIOS¹⁵³ und verschiedenen Arbeitskreisen und -gemeinschaften verstärkt.¹⁵⁴

¹⁵² Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie.

¹⁵³ Deutsche Arbeitsgruppe für Implantologie und Odonto-Stomatologie (gegründet im Jahr 1970 von Pruin und Heinrich).

¹⁵⁴ BRINKMANN 1995, S. 146.

Wie bereits erwähnt, wurden im Mai 1972 im Rahmen des Bayerischen Zahnärztetages erstmalig die Themen „Replantate, Transplantate, Implantate in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ als Hauptthemen auf einem deutschen Zahnärztetag präsentiert. Im Rahmen dieser Veranstaltung wurde jedoch deutlich, dass die universitären Vertreter dieser Behandlungsmethode noch sehr skeptisch gegenüberstanden, sich dem Themengebiet jedoch zukünftig widmen wollten.

Mit dem Ziel der Qualitätssicherung des Behandlungsverfahrens wurde die Notwendigkeit erkannt, die Erfahrungen der bereits implantologisch tätigen Praktiker zu standardisieren und die verschiedenen Indikationsbereiche zu katalogisieren. An diesen Empfehlungen für Regelfallversorgungen konnten sich in der Folge alle Zahnärzte hinsichtlich Indikationsstellung, Behandlungsplanung und auch Abrechnung orientieren.

4.7.2 Die Entwicklung der Indikationsklassen

Bereits im Jahr 1973 hat Egon Brinkmann eine Klassifikation und Indikationseinteilung in Deutschland eingeführt. Dabei fand eine Unterteilung in „geschlossene und offene Implantate“ statt. Die Implantate der geschlossenen Form liegen unter der Schleimhautabdeckung, die offenen Implantate treten mit ihren Pfosten zur Aufnahme des Ersatzes durch die Schleimhaut in die Mundhöhle. Implantate des zweiphasigen Systems sind während der Einheilung als geschlossene Systeme zu betrachten und werden nach Freilegung zu offenen Implantaten.¹⁵⁵

Diese Einteilung fasste die Indikationen für zahnärztliche Implantationen in vier Klassen zusammen¹⁵⁶:

- „Klasse I: Einzelzahnverlust im frontalen Bereich, vorwiegend im Oberkiefer bei geschlossener Zahnreihe und Kariesresistenz
- Klasse II: Einseitiges oder beidseitiges Freierend verkürzte Zahnreihe vorwiegend im Unterkiefer
- Klasse III: Pfeilermehrung im reduzierten Restgebiß, Brücken mit großen Spannweiten
- Klasse IV: Totaler Zahnverlust vorwiegend im Unterkiefer“¹⁵⁷

¹⁵⁵ BRINKMANN 1995, S. 39.

¹⁵⁶ Siehe auch SINGER 2000.

¹⁵⁷ Klasseneinteilung nach Brinkmann aus BRINKMANN 1995, S. 40.

Im Jahr 1982 erfolgte die wissenschaftliche Anerkennung der zahnärztlichen Implantologie durch die „Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ (DGZMK)¹⁵⁸ mit folgenden Indikationsgebieten:

„Enossale Implantate können indiziert sein

- bei Einzelzahnlücken des Frontzahnbereiches im jugendlichen Gebiß bei weitgehend abgeschlossenem Kieferwachstum,
- bei Einzelzahnlücken des Frontzahnbereiches im sonst klinisch intakten Gebiß,
- bei uni- und bilateralen Freiendlücken im Unterkiefer,
- bei großen Schaltlücken im Unterkiefer,
- bei zahnlosen, prothetisch auf konventionellem Wege nicht funktionstüchtig zu versorgenden Unterkiefer (hier Implantation lediglich im frontalen Bereich).“¹⁵⁹

Zudem wurden in einer anderen Einteilung die relativen von den absoluten Indikationen¹⁶⁰ unterschieden.

Zu den absoluten Indikationen gehörten:

1. die einseitige Freundsituation im Oberkiefer und im Unterkiefer,
2. der Einzelzahnverlust im Frontzahnbereich bei klinisch intakten Nachbarzähnen und geringer konservativer Restauration,
3. der atrophische, unbezahnte Ober- und Unterkiefer,
4. die große Schaltlücke über mehr als drei Zähne bei nicht ausreichendem Brückenpfeilerangebot.¹⁶¹

Alle anderen klinischen Ausgangssituationen wurden als relative Indikationen angesehen und hatten ihr Anwendungsgebiet in der Erhöhung des Tragekomforts durch eine Versorgung des Patienten mit einem festsitzenden anstatt mit einem herausnehmbaren Zahnersatz.

Die Indikationsklassen von Brinkmann wurden in der Folge vom Gutachterausschuss des BDIZ im Jahr 1997 fortgeschrieben und am 5. Juni 2002 von der Konsensuskonfe-

¹⁵⁸ Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde hat mit ihrer Stellungnahme zum Thema „Implantologie in der Zahnheilkunde“ im Jahr 1982 dieser Behandlungsmethode die wissenschaftliche Anerkennung verliehen. Diese Stellungnahme wurde im Jahr 2005 inhaltlich überarbeitet erneut veröffentlicht. In den letzten Jahren hat die DGZMK einige Leitlinien im Themenbereich der zahnärztlichen Implantologie veröffentlicht, die gezielt auf Teilbereiche des implantologischen Therapieverfahrens Anwendung finden sollen. Vergleiche hierzu Abschnitt 3.1, wo auch der Inhalt der Stellungnahme aus dem Jahr 1982 dargestellt ist.

¹⁵⁹ BRINKMANN 1995, S. 40, sowie S. 155–156.

¹⁶⁰ Vergleiche HEIN 1999, S. 78.

¹⁶¹ HEIN 1999, S. 78.

renz Implantologie überarbeitet. Die Überarbeitung wurde aufgrund unterschiedlicher neuer Verfahren und Entwicklungen im Bereich der Implantatsysteme notwendig.

Die Konsensuskonferenz Implantologie ist eine Kooperation von zwei Berufsverbänden (BDIZ, BDO), zwei wissenschaftlichen Fachgesellschaften (DGI, DGZI) und einem Verband, der sowohl Berufsverband als auch wissenschaftliche Fachgesellschaft (DGMKG) ist.¹⁶² Diese Neubeschreibung der Indikationsklassen vom 5. Juni 2002 umfasste nun eine Präambel sowie drei verschiedene Klasseneinteilungen. Die Festlegung der Indikationsklassen stellte sich wie folgt dar:

„Präambel:

Die optimale Therapie des Zahnverlustes ist der Ersatz jedes einzelnen Zahnes durch ein Implantat. Dabei ist der 8. Zahn eines Quadranten in der Regel nicht zu ersetzen und die Notwendigkeit des Ersatzes des 7. Zahnes individuell kritisch zu würdigen. Da dieses Optimum aus verschiedensten Gründen (insbesondere anatomische, wirtschaftliche) nicht immer erreicht werden kann, sind die nachfolgenden Regelfallversorgungen aufgestellt.

Die Regelversorgung sieht folgende Indikationsklassen vor:

Klasse I: Einzelzahnersatz

Klasse II: Reduzierter Restzahnbestand

Klasse II a: Freundsituation

Klasse III: Zahnloser Kiefer

Definition der Regelfallversorgungen:

Frontzähne

Klasse I a: Wenn bis zu vier Zähne der OK-Front fehlen, die Nachbarzähne klinisch intakt sind: 1 Implantat je fehlendem Zahn. Wenn bis zu vier Zähne der UK-Front fehlen, die Nachbarzähne klinisch intakt sind: 2 Implantate sollen die fehlenden Zähne ersetzen.

Seitenzahnersatz

Klasse I b: Fehlen im Seitenzahnbereich Zähne aus der geschlossenen Zahnreihe, so soll bei nicht behandlungsbedürftigen Nachbarzähnen jeder fehlende Zahn durch ein Implantat ersetzt werden.

Klasse II: Reduzierter Restzahnbestand

Grundsatz: Bei der implantologischen Versorgung des reduzierten Restgebisses ist die Bezahnung des Gegenkiefers bei der Planung zu berücksichtigen. Darüber hinaus gelten die Regeln der konventionellen Prothetik

¹⁶² Vergleiche hierzu Abschnitt 3.3. Hier sind die jeweiligen Berufsverbände und Fachgesellschaften dargestellt.

Freiendsituation

Klasse II a: Zähne 7 und 8 fehlen: keine Indikation zur Implantation
Zähne 6-8 fehlen: 1-2 Implantate
Zähne 5-8 fehlen: 2-3 Implantate
Zähne 4-8 fehlen: 3 Implantate

Zahnloser Kiefer

Klasse III: Für die Verankerung eines festsitzenden Zahnersatzes: im zahnlosen Oberkiefer 8 Implantate, im zahnlosen Unterkiefer 6 Implantate. Für die Verankerung eines herausnehmbaren Zahnersatzes: im Oberkiefer 6 Implantate, im Unterkiefer 4 Implantate.

Die definitive Anzahl der Implantate richtet sich stets nach der jeweiligen Situation und Position der natürlichen Zähne, so dass die endgültige Entscheidung dem Behandler in Absprache mit seinem Patienten obliegt.“

Diese dargestellte Klassifizierung der Indikationen wurde von der Konsensuskonferenz am 7. Oktober 2014¹⁶³ an die zwischenzeitlichen Entwicklungen im Bereich der Implantologie angepasst.

Neben rein redaktionellen Änderungen, wie in der Klasse I a, wo nunmehr die Formulierung lautet:

„Wenn bis zu vier Zähne der Unterkiefer-Front fehlen, die Nachbarzähne nicht behandlungsbedürftig sind: 1 Implantat soll zwei fehlende Zähne ersetzen“

finden sich in der aktuellen Fassung auch relevante Änderungen durch inhaltliche Anpassungen, wie eine weitergehende Unterteilung der Klasse II in:

„- Indikationsklasse IIa: Lückengebiss

Für eine festsitzende Versorgung im Oberkiefer werden 8 Pfeiler benötigt, im Unterkiefer 6 Pfeiler. Natürliche Pfeilerzähne können angerechnet werden, wenn diese an statisch günstiger Position stehen und eine gute Prognose aufweisen.

Für eine herausnehmbare Versorgung im Oberkiefer werden 6 Pfeiler benötigt, im Unterkiefer 4 Pfeiler. Natürliche Pfeilerzähne können angerechnet werden, wenn diese an statisch günstiger Position stehen und eine gute Prognose aufweisen.

- Indikationsklasse IIb: Freiendsituation

Zähne 6 bis 8 fehlen: Indikation für 1-2 Implantate

Zähne 5 bis 8 fehlen: Indikation für 2-3 Implantate

Zähne 4 bis 8 fehlen: Indikation für 3 Implantate“¹⁶⁴

¹⁶³ Vergleiche www.konsensuskonferenz-implantologie.eu (<http://www.konsensuskonferenz-implantologie.eu/indikationsklassen-fuer-implantatversorgung-zur-regelversorgung/>) [21.08.2015].

¹⁶⁴ www.konsensuskonferenz-implantologie.eu (<http://www.konsensuskonferenz-implantologie.eu/indikationsklassen-fuer-implantatversorgung-zur-regelversorgung/>) [21.08.2015].

Der BDIZ EDI¹⁶⁵ hat die Indikationsklassen für Regelfallversorgungen in der Implantologie am 17. September 2008 neu beschrieben. Die Neubeschreibung wurde den weiteren Berufsverbänden und Fachgesellschaften, die sich unter dem Dach der Konsensuskonferenz Implantologie vereinigen, zur Übernahme empfohlen. Allerdings wurde diese Empfehlung von den anderen Mitgliedern der Konsensuskonferenz nicht angenommen, sodass derzeit zwei unterschiedliche Festlegungen vorliegen.

Als Unterschied zwischen den bestehenden Festlegungen findet sich zum einen in der Präambel der aktuellen BDIZ EDI Beschreibung kein Hinweis mehr auf eine individuell kritische Würdigung der Notwendigkeit eines Ersatzes des 7. Zahnes. Dieser Hinweis ist selbst in der aktualisierten Fassung der Indikationsklassen durch die Konsensuskonferenz vom 7. Oktober 2014 weiterhin enthalten.

Auch in den jeweiligen Klassen wird die Ausgestaltung einer Regelversorgung mit zahnärztlichen Implantaten umfangreicher gesehen. War eine Unterkieferfrontzahn­lücke mit bis zu vier fehlenden Frontzähnen laut Konsensuskonferenz mit zwei Implantaten suffizient zu versorgen, so sieht der BDIZ EGI eine Indikation von bis zu vier Implantaten unter Berücksichtigung der speziellen anatomischen Verhältnisse. Die Beschreibung der Klasse II ist etwas umfangreicher beschrieben und berücksichtigt die standardmäßige Versorgung des Zahnes 7.

¹⁶⁵ Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V.

Nachfolgend wird die Empfehlung des BDIZ EDI dargestellt:¹⁶⁶

Präambel für Implantationen	
<p>Die optimale Therapie des Zahnverlustes ist der Ersatz jedes einzelnen Zahnes durch ein Implantat. Dabei ist der Zahn 8 eines Quadranten in der Regel nicht zu ersetzen. Da die optimale Therapie aus verschiedensten Gründen (insbesondere anatomische, aber auch finanzielle) nicht immer durchgeführt werden kann, wurden die nachfolgenden Empfehlungen für Regelfallversorgungen aufgestellt.</p>	
Indikationsklassen für Regelfallversorgungen in der Implantologie	
Klasse I: Einzelzahnersatz und Schaltlücke	<p>Klasse Ia „Frontzahnersatz“ Wenn Zähne der Oberkiefer-Front fehlen, die Nachbarzähne nicht behandlungsbedürftig sind: → 1 Implantat je fehlendem Zahn</p> <p>Wenn Zähne der Unterkiefer-Front fehlen, die Nachbarzähne nicht behandlungsbedürftig sind: → 1 Implantat je fehlendem Zahn unter Berücksichtigung der speziellen anatomischen Verhältnisse</p> <p>Klasse Ib „Seitenzahnersatz“ Fehlen im Seitenzahnbereich Zähne aus der geschlossenen Zahnreihe, so soll bei nicht behandlungsbedürftigen Nachbarzähnen jeder fehlende Zahn durch ein Implantat ersetzt werden.</p>
Klasse II: Reduzierter Restzahnbestand und Frendlücke	<p>Grundsatz: Bei der implantologischen Versorgung des reduzierten Restgebisses ist die Bezahlung des Gegenkiefers bei der Planung zu berücksichtigen. Darüber hinaus gelten die Regeln der konventionellen Prothetik.</p> <p><input type="checkbox"/> Für eine festsitzende Versorgung im Oberkiefer werden 8 Pfeiler benötigt, im Unterkiefer 6 Pfeiler. Natürliche Pfeilerzähne können angerechnet werden, wenn diese an statisch günstiger Position stehen und eine gute Prognose aufweisen.</p> <p><input type="checkbox"/> Für eine herausnehmbare Versorgung im Oberkiefer werden 6 Pfeiler benötigt, im Unterkiefer 4 Pfeiler. Natürliche Pfeilerzähne können angerechnet werden, wenn diese an statisch günstiger Position stehen und eine gute Prognose aufweisen.</p> <p>Klasse IIa „Frendlücke“ Zahn 8 fehlt: → keine Indikation zur Implantation Zähne 7 und 8 fehlen: → Indikation für 1 Implantat Zähne 6 bis 8 fehlen: → Indikation für 1 – 2 Implantate Zähne 5 bis 8 fehlen: → Indikation für 2 – 3 Implantate Zähne 4 bis 8 fehlen: → Indikation für 3 Implantate</p>
Klasse III: Zahnloser Kiefer	<p>Für die Verankerung eines <u>festsitzenden Zahnersatzes</u> im zahnlosen Oberkiefer: → 8 Implantate im zahnlosen Unterkiefer: → 6 Implantate</p> <p>Für die Verankerung eines <u>herausnehmbaren Zahnersatzes</u> im zahnlosen Oberkiefer: → 6 Implantate im zahnlosen Unterkiefer: → 4 Implantate</p>

Abbildung 17: Indikationsklassen für Regelfallversorgungen in der Implantologie gemäß Empfehlung BDIZ EDI

¹⁶⁶ Aus: (https://www.bdizedi.org/bdiz/web.nsf/id/pa_de_indikationsklassen_implantologie.html) [20.03.2014].

Die vorgestellten Indikationsklassen geben dem jeweiligen implantologisch tätigen Sanitätsoffizier sowie allen zivilen implantologisch tätigen Zahnärzten und Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen eine Hilfestellung bei der Planung von implantologischen Versorgungen. Insbesondere auch aus gutachterlicher Sicht entspricht diese Einteilung in Indikationsklassen einer medizinischen Leitlinie, welche der Qualitätssicherung bei der zahnärztlichen Implantation dienen soll. Sie sind nicht bindend und müssen gegebenenfalls im jeweiligen Einzelfall angepasst werden. Dennoch haben sie eine weitreichende juristische und auch ökonomische Bedeutung und Tragweite im Rahmen der Bewertung einer geplanten oder durchgeführten Implantatversorgung.

In Abhängigkeit des Grades der Verbindlichkeit als fachliche Vorgabe werden Richtlinien, Leitlinien, Handlungsleitlinien und Handlungsempfehlungen unterschieden. Hierbei existieren weitere Begrifflichkeiten, die in unterschiedlicher Form benutzt werden, jedoch inhaltlich den folgenden Definitionen zuzuordnen sind.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gibt zur Einteilung von medizinisch-fachlichen Vorgaben folgende Begriffsbestimmungen an:

„Richtlinien: (Medizinische) Richtlinien sind meist von Institutionen veröffentlichte Regeln des Handelns und Unterlassens, die dem einzelnen Arzt oder der Ärztin einen geringen Ermessensspielraum einräumen. Ihre Nichtbeachtung kann Sanktionen nach sich ziehen. Eine ähnliche Verbindlichkeit wie Richtlinien haben Standards, die als normative Vorgaben bezüglich der Erfüllung von Qualitätsanforderungen verstanden werden und durch ihre in der Regel exakte Beschreibung einen mehr technisch-imperativen Charakter haben.

Leitlinien: (Medizinische) Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für angemessene Vorgehensweisen bei speziellen diagnostischen und therapeutischen Problemstellungen. Sie lassen dem Arzt oder der Ärztin einen Entscheidungsspielraum und „Handlungskorridore“, von denen in begründeten Einzelfällen auch abgewichen werden kann.

Handlungsleitlinien (auch: interne Leitlinien) bezeichnen nach dem Qualitätszirkelkonzept die im Arbeitskreis erarbeiteten Lösungsstrategien für eine bestimmte Fallkonstellation, die von den Zirkelmitgliedern in ihrer Arbeitspraxis überprüft und ggf. modifiziert und innerhalb der Gruppe als verbindlich angesehen werden, aber keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit erheben.

Handlungsempfehlungen sind im Sinne dieses Modellprojekts zu verstehen als von Qualitätszirkeln erarbeitete, von den beteiligten Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen verdichtete und durch die Moderationsfachkräfte konsentrierte Lösungsstrategien für ausgewählte Fallkonstellationen.“¹⁶⁷

¹⁶⁷ Definition seitens der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, (<http://www.bzga.de/pnd/index.php?id=374>) [10.08.2015].

Die Deutsche Gesellschaft für Zahn, Mund- und Kieferheilkunde hat bis vor wenigen Jahren Stellungnahmen zu einzelnen Themengebieten und Fachbereichen veröffentlicht, die in der Wertigkeit als Vorläufer für Leitlinien anzusehen waren. Seit einigen Jahren werden nunmehr umfangreiche „Wissenschaftliche Leitlinien“ und „Wissenschaftliche Mitteilungen“ zu vielen fachlichen Bereichen der Zahnmedizin veröffentlicht.¹⁶⁸ So hat die DGZMK¹⁶⁹ neben ihrer wissenschaftlichen Stellungnahme zur „Implantologie in der Zahnheilkunde“¹⁷⁰, letztmalig aus dem Jahr 2005, nun auch im Jahr 2013 wissenschaftliche Leitlinien zur implantatprothetischen Versorgung eines zahnlosen Oberkiefers veröffentlicht.¹⁷¹ Darüber hinaus existieren zum Themengebiet Leitlinien für Indikationen zur implantologischen 3D-Röntgendiagnostik und navigationsgestützten Implantologie sowie hinsichtlich implantologischer Indikationen für die Anwendung von Knochenersatzmaterialien aus dem Jahr 2012. Im Jahr 2016 wurde eine Leitlinie zur Behandlung periimplantärer Infektionen an Zahnimplantaten veröffentlicht.

Die hier dargestellten Versorgungsformen und -umfänge stellen die wissenschaftlich evaluierte, unter den Fachgesellschaften abgestimmte Form einer Regelversorgung mit zahnärztlichen Implantaten dar. Folgt man als Therapeut diesen medizinisch-fachlichen Vorgaben, so werden aller Voraussicht nach, bei korrekter Indikationsstellung, sowohl aus juristischer als auch aus ökonomischer Sicht keine Einwände gegen ein derartiges Vorgehen erhoben werden. Anders stellt sich dies dar, wenn man als Therapeut von diesen medizinischen Leitlinien abweicht. Dies ist zwar selbstverständlich jederzeit möglich und erlaubt, es nötigt den Therapeuten jedoch im Fall einer gutachterlichen Überprüfung, die Gründe für ein Abweichen in diesem Einzelfall darzulegen.

Diese Festlegung der Implantationsindikationen mit einer deutlichen Beschreibung auch der Anzahl an vermeintlich notwendigen Implantaten trägt dazu bei, aus dem Bereich der prothetischen Planung heraus einen bestmöglichen Therapieerfolg zu erzielen. Gleichwohl entlässt dies den Therapeuten nicht aus seiner Pflicht der Prüfung eines jeden Einzelfalles.

¹⁶⁸ Vergleiche hierzu Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (<http://www.dgzmk.de/zahnaerzte/wissenschaft-forschung.html>) [10.08.2015].

¹⁶⁹ Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, (<http://www.dgzmk.de/zahnaerzte/wissenschaft-forschung/leitlinien.html>) [10.08.2015].

¹⁷⁰ DGZMK 2005.

¹⁷¹ DGZMK 2013.

Für den Bereich der implantologischen Versorgung von Soldaten der Bundeswehr stellen die Indikationsklassen ebenso eine unmittelbare Vorgabe dar, sie dienen gemäß der Weisungslage als absolute Grundlage für die fachliche Einzelfallprüfung. So wurden bereits die „Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr“¹⁷² vom 1. Juni 1999 durch einen Heilfürsorgehinweis 01/2003¹⁷³ des Begutachtenden Zahnarztes der Bundeswehr weitergehend erläutert, der für den Bereich der Implantatversorgung folgendes festlegt.¹⁷⁴

„[...]
Implantation

Abschnitt I der Richtlinien lässt eine positive Entscheidung über zahnärztliche Implantate in indikationsbegründeten Einzelfällen bei Berufs- und Zeitsoldaten zu. Als eindeutige Indikationsbegründung ist im Sinne des § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V die Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen nach dem Kriterienkatalog des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen anzusehen.

Wehrmedizinische Aspekte können in seltenen Einzelfällen die Anwendung der Indikationsklassen I bis III der wissenschaftlichen Fachgesellschaften (BDIZ/BDO/DGI/DGZI/BV der MKG-Chirurgen) notwendig machen, von der in keinem Fall abgewichen werden darf. Anträge außerhalb dieser Indikationsklassen sind grundsätzlich nicht genehmigungsfähig. [...]“¹⁷⁵

Das bedeutet für den Bereich der utV, dass entweder eine eindeutige Indikationsbegründung im Sinne des § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V¹⁷⁶ vorliegen muss oder wehrmedizinische Gründe eine Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten indizieren. Diese wehrmedizinischen Aspekte können auf der Notwendigkeit eines festsitzenden Zahnersatzes in bestimmten Verwendungen basieren und leiten sich häufig auch aus der Notwendigkeit einer Einsatzverwendungsfähigkeit ab. Für diese wehrmedizinisch bedingten Einzelfälle wurden die Indikationsklassen I bis III, nicht einmal ein Jahr nach deren Überarbeitung

¹⁷² BMVg InSan I 6 1999.

¹⁷³ SanABw BGZABw 2003.

¹⁷⁴ Vgl. hierzu auch Abschnitt 4.4.

¹⁷⁵ Auszug aus SanABw BGZABw 2003.

¹⁷⁶ Auszug aus § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V: „Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben. Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert. Ebenso gehören funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen nicht zur zahnärztlichen Behandlung; sie dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschußt werden. Das Gleiche gilt für implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen seltene vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend“.

durch die Konsensuskonferenz, für den Bereich der implantologischen Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr als unmittelbare fachliche Richtlinie, von der nicht abzuweichen war, festgelegt.

Durch die Neufassung der „Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr“¹⁷⁷ mit Wirkung zum 1. Januar 2009 wurde der oben angeführte Heilfürsorgehinweis außer Kraft gesetzt, die Orientierung an den Indikationsklassen hat jedoch weiterhin ihre Gültigkeit.

4.7.3 Entwicklungen der Implantatsysteme

In den letzten Jahrzehnten haben sich die Implantatsysteme annähernd einheitlich auf Titanschraubenimplantate mit unterschiedlicher Oberflächenbeschaffenheit und verschiedenen Verbindungselementen ausgerichtet.

Neben der Weiterentwicklung des eigentlichen Implantatkörpers hinsichtlich Werkstoff und Oberflächengestaltung wurden vor allem umfassende Systeme entwickelt, die mit dem Ziel der standardisierten Vorgehensweise über aufeinander abgestimmte Sätze aller benötigten Materialien und Werkzeuge verfügten und verfügen.

Von den auf dem Markt befindlichen Implantatsystemen war und ist den jeweiligen Operateuren in der Bundeswehr zwar keines explizit vorgeschrieben, dennoch wurde und wird auch heute noch besonderer Wert darauf gelegt, die Implantatsysteme bestmöglich zu standardisieren und auf wenige Systeme einzugrenzen. Nicht zuletzt aufgrund der weltweiten Einsätze der Bundeswehr ist diese Eingrenzung auch aus fachlicher Sicht zweckmäßig und vertretbar. Hierdurch soll erreicht werden, dass die Möglichkeiten einer Versorgung im Einsatz, z.B. beim Verlust einer Schraube der Suprakonstruktion, hinsichtlich der jeweiligen materiellen Ausstattung auch gewährleistet ist. Zudem soll diese Einigung auf wenige Implantattypen gewährleisten, dass der Soldatenpatient nach Versetzung an einen anderen Standort ohne weitere Einschränkungen im Bedarfsfall versorgt werden kann.

Eine im Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz erstellte Übersicht aus dem Jahr 2000¹⁷⁸ zeigt allerdings zu diesem frühen Zeitpunkt eine durchaus heterogene Vertei-

¹⁷⁷ BMVg FÜ San I 3 2008.

¹⁷⁸ HEIN 2000.

lung der Implantattypen nach Jahrgängen der Implantation. Bemerkenswert ist hierbei auch der Nachweis an Implantationen im Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz seit dem Jahr 1986.

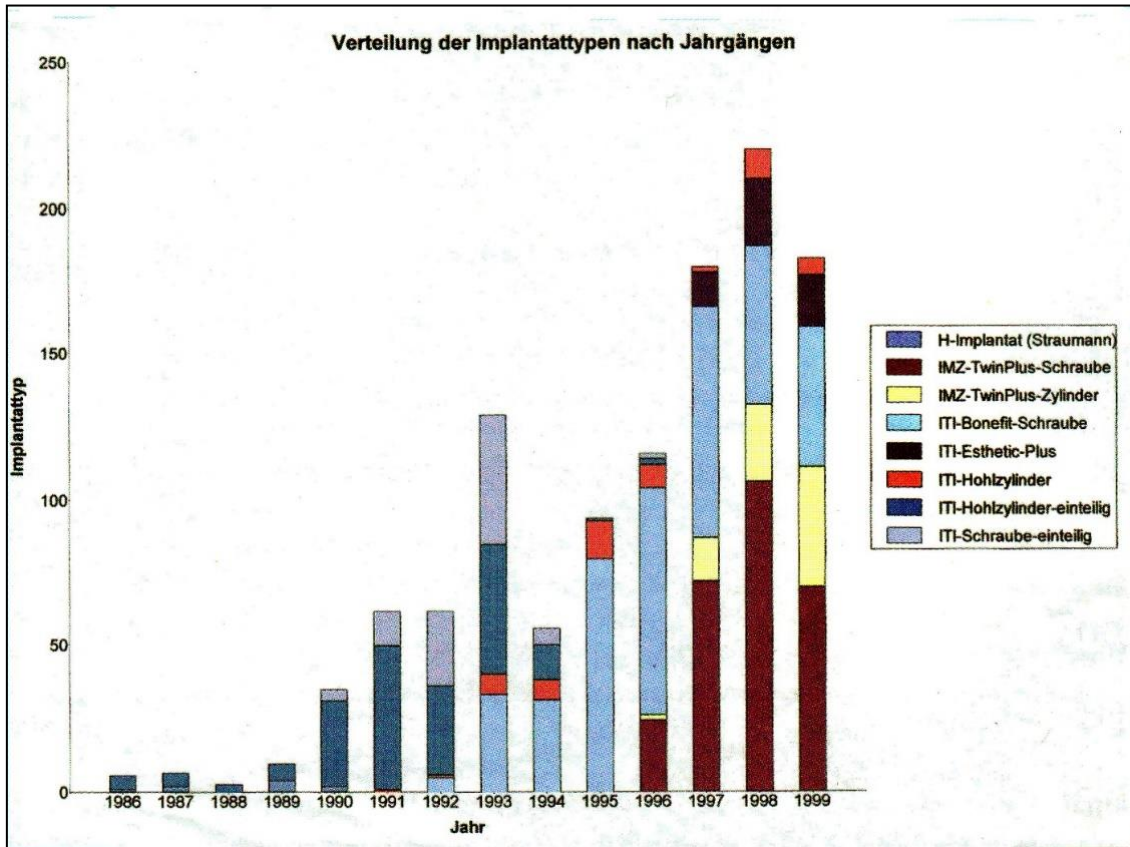


Abbildung 18: Verteilung der Implantattypen nach Jahrgängen der Implantation im Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz aus HEIN 2000

Der damalige Leitende Arzt der Abteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Bundeswehrzentral Krankenhauses Koblenz gibt in einem im Jahr 2000 erschienenen Artikel eine statistische Auswertung der Frühverlustrate, erstes Jahr einschließlich Einheilungsphase an.¹⁷⁹ In dieser statistischen Auswertung zeigen sich bei den einphasigen Implantaten Verlustraten von 37 bei insgesamt 852 gesetzten Implantaten (entspricht 4,3%) sowie bei der zweiphasigen Methode ein Implantatverlust in 19 von 384 Fällen (entspricht 4,9%).

Da die implantologischen Versorgungen ambulant durchgeführt wurden und die Wege der Soldaten zum Bundeswehrzentral Krankenhaus häufig sehr weit waren, wurde bis zum Jahr 1995 einphasig implantiert.

¹⁷⁹ HEIN 2000.

4.7.4 Quantitative Entwicklungen im Bereich der Bundeswehr

Die quantitativen Entwicklungen der implantologischen Versorgung im Bereich der Bundeswehr sind ansatzweise mit dem zivilen Bereich vergleichbar, und doch sind hierbei verschiedene Rahmenbedingungen zu beachten, die einen großen Einfluss auf die Anzahl der inkorporierten Implantate genommen haben.

Mehr und mehr ist besonders in den letzten zwanzig Jahren die Versorgung durch Implantate zu einem Standardverfahren und einer Standardversorgung in der Zahnmedizin gereift. Diese Entwicklung ist in Teilbereichen auf die Bundeswehr, zumindest seit der Genehmigungsfähigkeit beginnend im Jahr 1988, übertragbar.

Im Gegensatz zum zivilen Bereich gab es in der Bundeswehr zumindest zu Beginn dieser Zeit nur sehr wenige Sanitätsoffiziere, die überhaupt Implantatversorgungen durchführten bzw. durchführen durften. Dies schränkte natürlich die Anzahl an Implantatversorgungen deutlich ein, da seinerzeit lediglich in den Abteilungen für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Bundeswehrkrankenhäuser Koblenz, Hamburg und Ulm Implantationen durchgeführt werden durften. Erst mit Zunahme der Anzahl an Zahnärzten für Oralchirurgie, die die Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen insbesondere auch auf diesem Gebiet entlasteten, wurde die Implantatversorgung zu einer auch flächendeckenden, indikationsabhängigen Routineversorgung.

Bedarfsorientiert, auch vor dem Hintergrund von Auslandseinsätzen der Bundeswehr, wurden zunehmend Fachzahnärzte für Oralchirurgie bei der Bundeswehr weitergebildet, wodurch auch die Anzahl an implantologisch tätigen Sanitätsoffizieren stetig zunahm. Sondergenehmigungen zur implantologischen Tätigkeit für Sanitätsoffiziere, die eine entsprechende Fortbildung auf diesem Gebiet nachweisen konnten, erhöhten zusätzlich die Anzahl an Implantologen bei der Bundeswehr, so dass heutzutage ein breit gefächertes implantologisches Versorgungsnetz bei der Bundeswehr zur Verfügung steht.

Nachdem die ersten Fachzahnärzte für Oralchirurgie zu Beginn der 1990er Jahre weitergebildet waren, hat sich die Anzahl bis zum heutigen Tag stetig erhöht. Heute verfügt der zahnärztliche Dienst der Bundeswehr über einen Dienstpostenumfang von 30 Sanitätsoffizieren Zahnarzt Oralchirurgie (35 Sanitätsoffiziere Zahnarzt Oralchirurgie befinden sich im System; Stand: November 2016) und 19 Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (dabei 17 Fachärzte im System; Stand: November 2016), was eine flächendeckende Versorgung mit implantologischen Leistungen sicherstellen kann.

Nachdem die zahnärztliche Implantologie mehr und mehr auch in den Vordergrund des öffentlichen Interesses und somit in das Bewusstsein der Patienten gedrungen war, erhöhte sich folgerichtig auch die Nachfrage nach einer solchen Versorgungsform bei Soldatenpatienten. Aus diesem Grund hat sich die Anzahl an Implantatversorgungen in den letzten Jahren stetig gesteigert und in den letzten Jahren auf einen nahezu gleichbleibenden Wert eingependelt.

Eine zentralisierte Erfassung und Dokumentation der vollständigen Antragszahlen liegt beginnend mit dem Jahr 2002 vor und wurde durch das Sanitätsamt der Bundeswehr erstellt. Ausschließlich dort wurden die Anträge auf implantologische Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr bearbeitet und entschieden, was eine umfassende Dokumentation der Entwicklungen im Bereich der Implantatversorgungen ermöglichte. Mit Auflösung des Sanitätsamtes der Bundeswehr im Jahr 2012 wurde diese Aufgabe in die Unterabteilung III Zahnmedizin des zeitgleich neu aufgestellten Kommandos Sanitätsdienst der Bundeswehr in Koblenz überführt.

Die folgende Auswertung stellt hierbei die Anzahl der (Einzel-)Implantate bezogen auf die unterschiedlichen Implantatanbieter über die letzten Jahre dar.

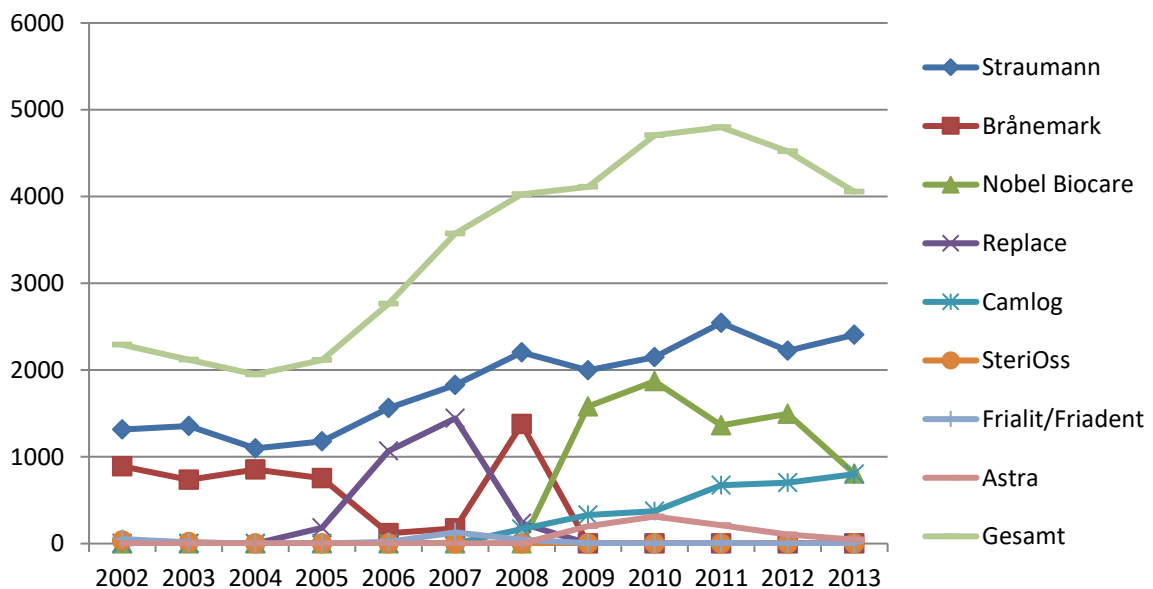


Abbildung 19: Übersicht über die Anzahl der (Einzel-)Implantate bezogen auf die unterschiedlichen Implantatanbieter von 2002–2013¹⁸⁰

¹⁸⁰ Diagramm basiert auf durch SanABw Abt VI und später Kdo SanDstBw UAbt III erfassten Daten.

Hierbei lässt sich erkennen, dass die Gesamtzahl der inkorporierten Implantate sich seit dem Jahr 2004 inzwischen mehr als verdoppelt hat, die Anzahl seit dem Jahr 2011 jedoch wieder etwas rückläufig ist. Dieser sehr starke Anstieg der Behandlungsleistung korreliert mit einer steigenden Anzahl von Sanitätsoffizieren Zahnarzt, die zur implantologischen Versorgung aufgrund abgeschlossener Weiterbildung zum Oralchirurgen bzw. mittels einer Sondergenehmigung berechtigt waren und sind. Ein wesentlicher Grund findet sich in der steigenden öffentlichen Wahrnehmung und der damit verbundenen Akzeptanz dieses Verfahrens, wodurch auf der Basis des gesteigerten Patienteninteresses auch eine erhöhte Nachfrage in den zahnärztlichen Behandlungseinrichtungen der Bundeswehr zu verzeichnen war und ist.

Der folgende Rückgang der implantologischen Versorgungszahlen seit dem Jahr 2011 lässt sich mit der Einnahme der neuen Personalstruktur der Bundeswehr im Rahmen des Personalstrukturmodells 2010 (PSM 2010) erklären. Im Zuge dieses Umbaus auf die neue Personalstruktur wurde der Umfang des militärischen Personals von 282.000 (PSM 2000) auf 222.500 Soldatinnen und Soldaten verringert. Diese signifikante Verringerung des Personalkörpers um annähernd 20 % steht dabei einem Rückgang der Gesamtzahl der inkorporierten Implantate von etwas über 15 % gegenüber.

Im Jahr 2012 erfolgte durch das Personalstrukturmodell 185 ein erneuter Rückgang auf 185.000 Soldatinnen und Soldaten (170.000 Soldaten im Status Berufs- und Zeitsoldat, 12.500 freiwillig Wehrdienstleistende und 2.500 Reservisten).

Betrachtet man die Anzahl von inserierten Implantaten der unterschiedlichen Hersteller so lässt sich erkennen, dass hauptsächlich Implantate der Firmen Straumann und Brånemark bzw. später Nobel Biocare genutzt wurden. Dennoch ist ebenso zu erkennen, dass durchaus eine Vielzahl verschiedener Hersteller und Implantatsysteme über die vergangenen Jahre zum Einsatz gekommen sind.

Eine weitere Übersicht zeigt die Verteilung der Implantatzahlen in Bezug auf die unterschiedlichen Anwendungs-/Indikationsbereiche.

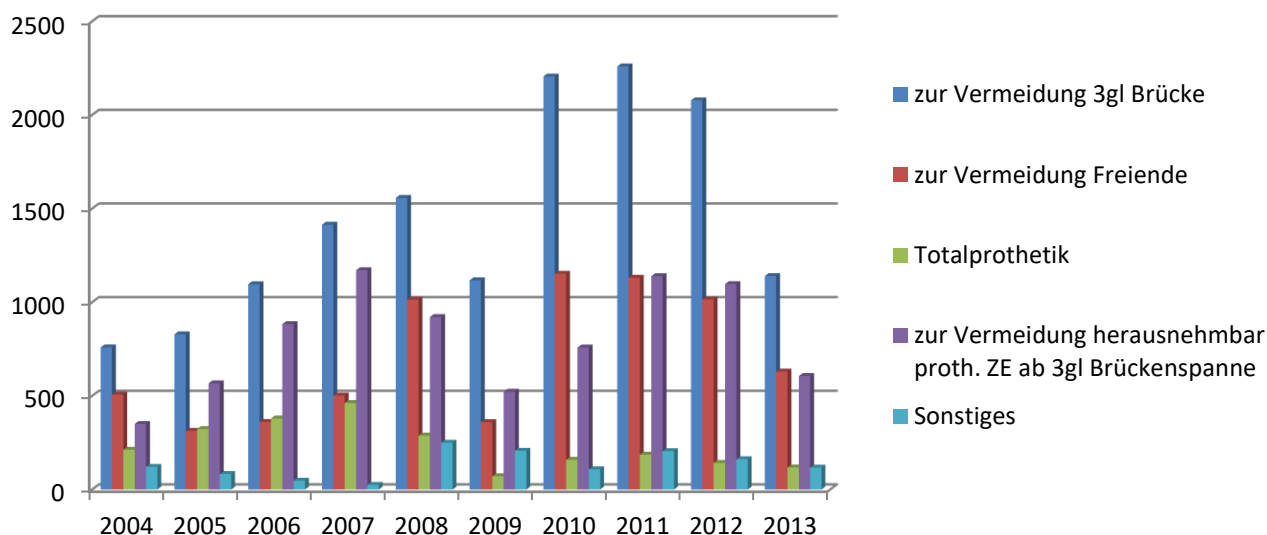


Abbildung 20: Verteilung der Implantatzahlen in Bezug auf die unterschiedlichen Anwendungs-/Indikationsbereiche von 2004 – 2013¹⁸¹

Hierbei stellt sich sehr deutlich dar, dass die Vermeidung einer dreigliedrigen Brücke als Hauptindikation einer implantologischen Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr anzusehen ist. Bedenkt man die Altersstruktur des Personalkörpers der Bundeswehr, in dem in der Hauptsache die Altersbänder der 20-50-Jährigen vertreten sind, so erscheint dies nicht überraschend. Die Versorgung von Einzelzahnverlusten bei naturgesunden beziehungsweise suffizient versorgten potentiellen Pfeilerzähnen mit Einzelzahnimplantaten ist eine im Einzelfall genehmigungsfähige Indikation, die in dieser Patientengruppe am häufigsten zu erwarten ist. Implantatversorgungen im Rahmen der Totalprothetik erscheinen aufgrund dieser Altersstruktur und auch der Möglichkeiten der prothetischen Versorgung nur nebensächlich, sind jedoch durchaus vertreten. Auch hier sind insbesondere wehrmedizinische Aspekte zu betrachten, die einen sicheren Sitz der Totalprothetik verlangen, um eine Verwendungsfähigkeit im Einsatz und anderen spezifischen Verwendungen sicherzustellen. Ebendieses gilt auch für die Vermeidung von herausnehmbarem Zahnersatz bei größeren Lücken sowie Freundsituationen. Der wehrmedizinische Aspekt einer stabilen zahnärztlichen, nach Möglichkeit fest-

¹⁸¹ Diagramm basiert auf durch SanABw Abt VI und später Kdo SanDstBw UAbt III erfassten Daten.

sitzenden Versorgung steht immer im Fokus der Entscheidungen hinsichtlich der jeweiligen Therapie- und Versorgungsform.

Betrachtet man nun aus Sicht des Kostenträgers die Behandlungsmethode der Implantatversorgung im Vergleich zu einer prothetischen Alternativversorgung, beispielsweise ein Einzelzahnimplantat im Vergleich zu einer Brückenversorgung, so ist im Gesamtergebnis die Implantatversorgung durchaus in vielen Fällen kostengünstiger. Gleichwohl stehen diese Überlegungen natürlich in einem direkten Zusammenhang mit der Langzeitprognose einer solchen Therapieform. War die Implantatversorgung in den achtziger Jahren noch eine, insbesondere bei den medizinischen Hochschulen, im Langzeiterfolg sehr umstrittene Therapieform, so ist sie heutzutage zu einer Standardversorgung mit einem hohen Behandlungserfolg gereift.¹⁸²

4.8 Finanzielle Ressourcen und Verteilungsgerechtigkeit als beeinflussende Größen

Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr haben einen Anspruch auf freie Heilfürsorge, die bei der Bundeswehr in Form der unentgeltlichen truppenärztlichen und truppenzahnärztlichen Versorgung gewährt wird. Wie bereits unter Abschnitt 4.3 angeführt, umfasst die unentgeltliche truppenärztliche Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr gemäß Bundesbesoldungsgesetz (§ 69 BBesG) bzw. dem Wehrsoldgesetz (§ 6 WSG) alle zur Gesunderhaltung, Verhütung und frühzeitigen Erkennung von gesundheitlichen Schäden sowie zur Behandlung von Erkrankungen erforderlichen medizinischen Leistungen. Die utV ist keine eigentliche Form einer Krankenversicherung, sondern vielmehr ein Besoldungsbestandteil.

Die Kosten für die entsprechende medizinische Leistungserbringung sowie für einzelne Medizinprodukte werden in diesem Rahmen vom Dienstherrn (hier dem Bundesministerium der Verteidigung) übernommen. Selbstverständlich sind die im Einzelplan 14 (Titel 1403) des Bundeshaushaltsplanes festgelegten finanziellen Ressourcen begrenzt und waren beispielsweise für die gesamte zahnärztliche Versorgung im Jahr 2013 mit 23,7 Millionen Euro veranschlagt.¹⁸³

¹⁸² Vergleiche OERDING 2004, S. 20–26.

¹⁸³ BMF EP14 2013, S. 40.

Neben den rein finanziellen Rahmenbedingungen beeinflussen auch Diskussionen um eine Verteilungsgerechtigkeit von medizinischen Maßnahmen die Grundsatzentscheidung zur Einführung einer neuen Behandlungsmethode und die Ausgestaltung eines damit verbundenen adaptierten Versorgungsumfangs innerhalb des Kostenträgersystems. Auf beide Aspekte soll im Folgenden näher eingegangen werden.

4.8.1 Finanzielle Ressourcen bei der Implantatversorgung

Die zahnärztliche Implantatversorgung ist grundsätzlich¹⁸⁴ nicht Bestandteil der unentgeltlichen truppenzahnärztlichen Versorgung. Gleichwohl kann eine Implantatversorgung, bei Vorliegen einer entsprechenden Indikation, eine durchführbare Behandlungsmethode der Wahl bei allen Soldatenpatienten sein. Die Kosten werden in diesen Einzelfällen vollständig, mit Ausnahme von anteiligen Kosten der Suprakonstruktion, vom Dienstherrn Bundeswehr übernommen.

Zudem besteht, sofern fachliche Gründe nicht entgegenstehen, nunmehr basierend auf den aktuellen Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr die Möglichkeit, dass der Patient eine implantologische Versorgung explizit auch außerhalb der im Rahmen der utV genehmigungsfähigen Indikationen erhält und sich vorab schriftlich verpflichtet, die Materialkosten für das zahnärztliche Implantat in vollem Umfang selbst zu übernehmen.¹⁸⁵ Eine medizinische Indikation für eine entsprechende implantologische Versorgung muss jedoch in jedem Fall vorliegen.

Im Rahmen der bei der Bundeswehr zwar nur begrenzten, aber de facto dennoch vorhandenen Einführung einer solchen kostenintensiven Therapiemethode in das Leistungsspektrum eines Gesundheitsversorgungssystems haben die finanziellen Ressourcen eine entscheidende Bedeutung. Hierbei steht im Vordergrund, dass der zur Verfügung stehende Finanzrahmen nicht durch neuere, kostenintensivere Behandlungsmethoden gesprengt wird. Zentrale Grundlage für die Festlegung des Umfangs der zahnärztlichen Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr ist der Erhalt und die Wiederherstellung der Verwendungsfähigkeit (zu Beginn und am Ende der Dienstzeit des

¹⁸⁴ Vgl. hierzu die Vorgaben für implantologische Versorgungsleistungen im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung in Abschnitt 4.4.

¹⁸⁵ BMVG FÜ San I 3 2008, S. 27.

Soldaten lediglich der Dienstfähigkeit) im Einsatz und im Grundbetrieb. Die für diese zahnärztliche Versorgung zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel müssen somit zielgerichtet und effizient eingesetzt werden, um eine angemessene zahnärztliche Versorgung bei der Bundeswehr sicherzustellen. Diese angemessene zahnärztliche Versorgung umfasst dabei alle Teilbereiche der modernen Zahnheilkunde. Das Ziel dieser zahnärztlichen Behandlung ist deckungsgleich mit dem Anspruch der Soldatin bzw. des Soldaten auf zahnärztliche Versorgung, nämlich dem Erhalt, der Wiederherstellung und der Sicherstellung der Verwendungsfähigkeit aller Soldaten aus zahnärztlicher Sicht.

Somit besteht im Rahmen der Einführung einer neuen, ggf. kostenintensiven Behandlungsmethode in den Versorgungsumfang der utV durchaus eine mit den zivilen Kostenträgersystemen vergleichbare Grundproblematik der limitierten finanziellen Mittel, die für eine medizinische Versorgung aller Anspruchsberechtigten zur Verfügung stehen. Dies erklärt, warum neben den rein fachlichen Aspekten auch immer die finanziellen Rahmenbedingungen Berücksichtigung finden müssen und bei der Einführung der zahnärztlichen Implantologie bei der Bundeswehr gefunden haben. Vor diesem Hintergrund lässt sich auch erklären, dass implantologische Versorgungen nicht grundsätzlich in den Versorgungsumfang der utV aufgenommen wurden, da dies elementar finanzielle Ressourcen gebunden hätte, die entweder in anderen Bereichen hätten eingespart werden oder, weniger erfolgsversprechend, durch finanzielle Nachforderungen hätten ausgeglichen werden müssen.

Betrachtet man die jetzt geltende Regelung in den Richtlinien¹⁸⁶ sowie in den ergänzenden Heilfürsorgehinweisen, wird deutlich, dass durch die Beschränkung auf indikationsabhängige einzelfallgeprüfte Versorgungsleistungen keine erheblichen Mehrkosten entstehen. Auch durch die geschaffene Möglichkeit der Wahlversorgung mit Implantaten bei Materialkostenübernahme durch den Patienten ist kein zusätzlicher Ressourcenverzehr entstanden. Somit finden zahnärztlich-implantologische Versorgungen im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung zwar statt, größere finanzielle Verwerfungen hat die Einführung dieser Behandlungsmethode jedoch aufgrund der starken Beschränkung nicht nach sich gezogen.

¹⁸⁶ BMVg Fü San I 3 2008.

4.8.2 Die Verteilungsgerechtigkeit als bestimmende Größe im Rahmen der Einführung implantologischer Leistungen bei der Bundeswehr

Die Diskussion um eine gerechte Verteilung von medizinischen Leistungen innerhalb eines Kostenträgersystems und auch innerhalb der gesamten Gesellschaft beeinflusst die Grundsatzentscheidung zur Einführung einer neuen Behandlungsmethode und die Ausgestaltung eines damit verbundenen, angepassten Versorgungsumfangs. Die Fragestellung der Gewährung vergleichbarer Versorgungsansprüche innerhalb sich entsprechender Statusgruppen, beispielsweise von Soldaten und Beamten, wird dabei insbesondere immer wieder in den Fokus der Betrachtung gerückt.

Bevor in Kapitel 6 „Verteilungsgerechtigkeit medizinischer Maßnahmen am Beispiel der Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten“ ausführlich die theoretischen Grundlagen und die Inhalte einer derartigen Betrachtung und Diskussion für den Gesamtbereich der Bundesrepublik Deutschland erörtert werden, soll hier zunächst auf eine organisationsinterne Besonderheit der Bundeswehr eingegangen werden.

Innerhalb der Organisation Bundeswehr befinden sich drei Statusgruppen, die sich hinsichtlich der Zuordnung zu den jeweiligen Kostenträgersystemen deutlich unterscheiden. Neben der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung für Soldaten finden sich bei den Beamten die Versorgungsform der Beihilfe in Verbindung mit der Privaten Krankenversicherung und bei den Angestellten die Versicherungsformen der Gesetzlichen und auch Privaten Krankenversicherungen.

Wie bereits in Abschnitt 4.4 beschrieben, unterliegen Anpassungen des Versorgungsumfangs für Soldaten einer breiten Mitzeichnungspflicht, diese Mitzeichnung von Entwurfsdokumenten ist ressortübergreifend¹⁸⁷ zu vollziehen. Somit prüfen überwiegend Mitarbeiter im Beamtenstatus die Änderungsentwürfe für den Versorgungsumfang medizinischer Leistungen der Soldaten mit und setzen diesen geplanten Anspruch in einen Vergleich zum Anspruchsumfang der Beihilfe und den Vorgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung. Es bedarf somit einer belastbaren Begründung für umfangreiche Anpassungen und insbesondere für die Einführung von medizinischen Leistungen für Soldaten, die über den vergleichbaren Versorgungsumfang der anderen Statusgruppen hinausgehen.

¹⁸⁷ Neben dem Bundesministerium der Verteidigung sind diese Vorgaben zudem mit dem Bundesministerium des Inneren, mit dem Bundesministerium der Finanzen sowie dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen.

Ausgehend von dem Versorgungsanspruch der Soldatinnen und Soldaten und dem Ziel, deren Verwendungsfähigkeit im Einsatz und im Grundbetrieb in den verschiedensten Verwendungen sicherzustellen, ist der Umfang des Anspruchs auf medizinische Leistungen wie in den vorherigen Punkten dargestellt, umfassend festgelegt worden. Bezogen auf implantologische Leistungen bedeutet dies, dass lediglich im indikationsbezogenen Einzelfall die Kosten für eine derartige Versorgung vollständig, mit Ausnahme von eventuell entstehenden Mehrkosten bei der prothetischen Suprakonstruktion, auf Bundesmittel übernommen werden. Zudem besteht die Möglichkeit, sofern fachliche Gründe einer entsprechenden Versorgung nicht im Wege stehen, dass der Patient eine entsprechende implantologische Versorgung wünscht und dann lediglich die entstehenden Materialkosten vom Soldatenpatienten selbst übernommen werden.

Im Vergleich dazu müssen Beamte im Rahmen der Beihilfe generell die Kosten für eine Implantatversorgung selbst tragen, sofern die Ausnahmeindikationen nicht zum Tragen kommen. Dieser unterschiedliche Gewährungsumfang medizinischer Leistungen führt nahezu selbstverständlich immer wieder zu Diskussionen hinsichtlich Gleichbehandlung von Beamten und Soldaten.

Es stellt sich somit zwangsläufig die Frage nach dem Grund des andersgearteten Versorgungsanspruchs innerhalb der Statusgruppen der Beamten und Soldaten. Die Argumentation seitens des für die Erarbeitung der Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr zuständigen Fachreferates im Bundesministerium der Verteidigung hat in diesem Zusammenhang immer die besondere Bedeutung einer feststehenden zahnärztlichen Versorgung hervorgehoben, um eine Verwendungsfähigkeit des Soldaten im Auslandseinsatz unter den unterschiedlichsten Rahmenbedingungen sicherzustellen. Die klimatischen und hygienischen Bedingungen in den jeweiligen Einsatzgebieten können zum Teil sehr stark von denjenigen in Deutschland abweichen und somit stellt die Teilnahme an Auslandseinsätzen für die Statusgruppe der Soldaten zweifelsfrei besondere Anforderungen an die allgemeine Gesundheit und die körperliche Leistungsfähigkeit. Diese gesundheitlichen Anforderungen unterscheiden sich grundsätzlich in mehrfacher Hinsicht von denen der Beamten und bedingen somit in Teilbereichen zusätzliche, auf diese Bedingungen ausgerichtete, spezifische medizinische Leistungen.

5 Kritische Bewertung der fachlichen und rechtlichen Vorgaben zum Versorgungsanspruch im kontrastiven Vergleich zum zivilen Gesundheitswesen (GKV, PKV, Beihilfe)

Nach Darstellung der fachlichen Entwicklungen im Bereich der zahnärztlichen Implantologie sowohl im zivilen als auch im militärischen Bereich soll nun im Folgenden ein Vergleich der bestimmenden Rahmenbedingungen vorgenommen werden.

Hierbei treten deutliche Unterschiede zwischen den jeweiligen Bereichen hervor, die zum einen in den bestehenden Rahmenbedingungen der Bundeswehr begründet liegen und zum anderen auf die jeweiligen Versorgungskonzepte der zivilen Kostenträger zurückzuführen sind. Als Beispiele sollen hier, im kurzen Vorgriff auf die folgende Diskussion, nur der weitgehend geschlossene Personalkörper der Streitkräfte, Einsatzverwendungsfähigkeit der Soldaten sowie limitierte Finanzmittel auf allen Seiten genannt werden. Vergleicht man die fachlichen und rechtlichen Vorgaben, die bei der Bundeswehr für die zahnärztliche Implantologie zur Geltung kommen, mit denen im zivilen Bereich, so ergeben sich insbesondere in den Versorgungsumfängen und dem daraus erwachsenden Anspruch auf eine solche Therapieform ebenfalls deutliche Unterschiede. Allerdings existieren durch das in Deutschland bestehende Nebeneinander von zwei getrennten Vollversicherungssystemen, der Gesetzlichen und der Privaten Krankenversicherung, über diesen Vergleich hinaus weitergehende Unterschiede hinsichtlich des Anspruchs der Versicherungsnehmer auf medizinische Leistungen auch innerhalb dieser zivilen Versicherungssysteme. Die Beihilfe stellt in diesem Zusammenhang eher eine Mischform dar, da sie in den meisten Fällen durch anteilige Leistungen von privaten Krankenversicherungsträgern ergänzt wird.

Die fachlichen Vorgaben, hier seien exemplarisch die Indikationsklassen genannt, gelten selbstverständlich für alle implantologisch tätigen Zahnärzte und Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie in gleichem Maße. Aufgrund der auftragsspezifischen Rahmenbedingungen bei der Bundeswehr und des besonderen Beschäftigungsverhältnisses der Sanitätsoffiziere sind die fachlichen Vorgaben in der Bundeswehr etwas umfassender festgelegt als im zivilen Bereich. Im zivilen Gesundheitssektor bestehen hinsichtlich der Anwendung von Therapieverfahren, der Nutzung bestimmter Implantatsysteme sowie der Ausgestaltung der individuellen Qualifikation zwar grundsätzlich mehr Freiheiten, jedoch werden diese durch die Fachgesellschaften im Sinne der

Qualitätssicherung zunehmend standardisiert und es wird ein Mindestmaß an nachgewiesener Qualifikation gefordert.

5.1 Die zivilen Krankenversicherungssysteme in Deutschland

In Europa ist das in Deutschland noch existierende Nebeneinander von zwei getrennten Vollversicherungssystemen eine Besonderheit. Andere Länder, zuletzt die Niederlande im Jahr 2006, haben in ihren Gesundheitssystemen nunmehr einen einheitlichen Gesundheitsmarkt geschaffen. Auch in Deutschland wurde das bestehende Konzept der medizinischen Versorgung in den letzten Jahren zunehmend in Frage gestellt, insbesondere hinsichtlich einer zukunftsfähigen Finanzierbarkeit beider Kostenträgersysteme. Ein einheitlicher Ansatz im Sinne einer „Bürgerversicherung“ wurde bereits mehrfach thematisiert, jedoch von der Politik dann doch nicht medienwirksam weiter verfolgt.¹⁸⁸ Dabei erscheint eine weitergehende Diskussion dieser Vereinigung der Versicherungssysteme unausweichlich und wird voraussichtlich stetig wieder thematisiert werden, da beide Kostenträgerarten für sich massive Probleme hinsichtlich Ausgestaltung der Leistungserbringung und Finanzierbarkeit in naher Zukunft haben werden und in Teilbereichen bereits heute schon haben.

Sowohl das System der Gesetzlichen Krankenversicherung als auch dasjenige der Privaten Krankenversicherung hat Vorteile für die jeweiligen Versicherungsnehmer. Allerdings bestehen durchaus auch Nachteile in beiden Konzepten. Diese Vor- und Nachteile sind sogar Veränderungen innerhalb des individuellen Versichertenzeitraumes unterworfen und sollen hier im Folgenden nur kurz dargestellt werden. Die Freiheit hinsichtlich der Wahl der Versicherungsform, wie sie in den Medien und der Politik vereinzelt dargestellt wird, existiert nur in einem begrenzten Maße und ist somit in mancher Hinsicht vergleichbar mit der Situation der Soldatinnen und Soldaten als Leistungsempfänger in einem festgelegten medizinischen Versorgungssystem.

¹⁸⁸ Vergleiche hierzu GROß 2012, S. 164.

5.1.1 Die Gesetzliche Krankenversicherung

In Deutschland sind in der Gesetzlichen Krankenversicherung rund 69,9 Millionen Personen versichert. Die wichtigsten Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung sind folgende Verbände (ungefähre Versichertenzahl, Stand: nicht angegeben):¹⁸⁹

Ersatzkassen für Angestellte (z.B. DAK, KKH)	26,1 Millionen Versicherte
AOK Allgemeine Ortskrankenkassen	24,3 Millionen Versicherte
Betriebskrankenkassen	11,6 Millionen Versicherte
Innungskrankenkassen	5,5 Millionen Versicherte
Knappschaft-Bahn-See	1,7 Millionen Versicherte

Abbildung 21: Übersicht über die wichtigsten Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung¹⁹⁰

Seit dem Jahr 2009 besteht in Deutschland eine Krankenversicherungspflicht für alle Personen mit Wohnsitz im Bundesgebiet. Die derzeit geltenden Grundlagen für das Gesundheitssystem der Gesetzlichen Krankenversicherungen finden sich im Wesentlichen im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) „Gesetzliche Krankenversicherung“.

Hier ist im § 5 „Versicherungspflicht“ der Kreis der gesetzlich pflichtversicherten Personen festgelegt. Dieser Personenkreis umfasst in der Hauptsache Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Entgelt beschäftigt sind. Zudem sind Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld beziehen, ebenfalls gesetzlich pflichtversichert.¹⁹¹ Im Gegensatz dazu ist nicht versicherungspflichtig, wer hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist.¹⁹² Gleiches gilt für Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze (im Jahr 2014: 53.550,- €) übersteigt.¹⁹³

¹⁸⁹ HAUFE 2014, S.16.

¹⁹⁰ HAUFE 2014, S.16.

¹⁹¹ Der weitergehende Personenkreis mit Versicherungspflicht ist im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) § 5 „Versicherungspflicht“ festgelegt und umfasst mehrere Strichaufzählungen, von denen hier nur einzelne genannt werden sollen.

¹⁹² Gemäß § 5 gilt ebenso Versicherungsfreiheit für: Beamte, Richter, Soldaten auf Zeit sowie Berufssoldaten der Bundeswehr und sonstige Beschäftigte des Bundes, eines Landes, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde, von öffentlich-rechtlichen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen oder Verbänden öffentlich-rechtlicher Körperschaften oder deren Spitzenverbänden, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben.

¹⁹³ Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) siehe die §§ 6 – 8.

Ein Wechsel abhängig Beschäftigter in die private Krankenversicherung ist seit dem 1. Januar 2011 wieder möglich, sofern das Einkommen die oben beschriebene Jahresarbeitsentgeltgrenze in einem Jahr – statt wie bis dato 3 Jahre – überschreitet.

Innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht kann der Versicherungsnehmer frei seine Krankenkasse wechseln, wobei grundsätzlich eine 18-monatige Bindefrist besteht. Im Falle einer Beitragserhöhung besteht zudem ein sofortiges Kündigungsrecht. Gemäß SGB V § 10 „Familienversicherung“ ist festgelegt, dass der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern grundsätzlich mitversichert sind, sofern diese Familienangehörigen nicht bestimmten Ausschlusskriterien unterliegen.¹⁹⁴

Als zentrale Aussage zum Anspruch der Versicherungsnehmer ist dort im § 12 das Wirtschaftlichkeitsgebot verankert, das wie folgt lautet:

„Die Leistungen (auf welche die Versicherten Anspruch haben) müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“¹⁹⁵

Eine eindeutige Definition und Beschreibung des „Maßes des Notwendigen“ erfolgt hierbei jedoch nicht.

5.1.1.1 Der Versorgungsanspruch auf implantologische Leistungen im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten ist grundsätzlich eine reine Privatleistung und somit nicht im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung enthalten.

Nur in Ausnahmefällen wie bei Tumorerkrankungen und schweren Fehlbildungen übernehmen die Krankenkassen sowohl die Behandlungskosten für die notwendigen implantologischen Leistungen als auch für die Suprakonstruktion. Diese Ausnahmeindikationen werden vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 SGB V festgelegt.¹⁹⁶

¹⁹⁴ Die Kriterien der Familienversicherung finden sich im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) § 10.

¹⁹⁵ Sieh dazu auch ROHDE 2002, S. 130.

Indikationen außerhalb dieser Ausnahmeindikationen bedingen keine Kostenübernahme und werden somit zu reinen Privatleistungen.

Seit 2005 erhalten Versicherungsnehmer der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch einen befundbezogenen Festzuschuss für Zahnersatz, der indirekt auch die Versorgung mit Implantaten berücksichtigt. Im § 55 SGB V „Leistungsanspruch“ ist dazu Folgendes festgelegt:

„(1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztli-

¹⁹⁶ BEHANDLUNGS-RL 2006, S. 11-12: Der die Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten im Rahmen von Ausnahmeindikationen betreffende Anteil dieser Richtlinien wird im Folgenden dargestellt. Unter Punkt VII. Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen findet sich:

„1. Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen legt in Richtlinien gem. § 92 Abs. 1 SGB V die seltenen Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle fest, in denen der Anspruch auf implantologische Leistungen einschließlich der Epithesen und/oder der Suprakonstruktionen (implantatgetragener Zahnersatz) im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V als Sachleistung besteht. Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen folgt dabei den Intentionen des Gesetzgebers, dass Versicherte nur in zwingend notwendigen Ausnahmefällen diese Leistungen erhalten.

2. Ausnahmeindikationen für Implantate und Suprakonstruktionen im Sinne von § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V liegen in den in Satz 4 aufgeführten besonders schweren Fällen vor. Bei Vorliegen dieser Ausnahmeindikationen besteht Anspruch auf Implantate zur Abstützung von Zahnersatz als Sachleistung nur dann, wenn eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist. In den Fällen von Satz 4 Buchstaben a) bis c) gilt dies nur dann, wenn das rekonstruierte Prothesenlager durch einen schleimhautgelagerten Zahnersatz nicht belastbar ist.

Besonders schwere Fälle liegen vor

a) bei größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten, die ihre Ursache

- in Tumoroperationen,

- in Entzündungen des Kiefers,

- in Operationen infolge von großen Zysten (z.B. große follikuläre Zysten oder Keratozysten),

- in Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,

- in angeborenen Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien) oder

- in Unfällen haben,

b) bei dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung

c) bei generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen,

d) bei nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund und Gesichtsbereich (z. B. Spastiken).

3. Bei extraoralen Defekten im Gesichtsbereich nach Tumoroperationen oder Unfällen oder infolge genetisch bedingter Nichtanlagen ist die operative Deckung der Defekte das primäre Ziel. Ist eine rein operative Rehabilitation nicht möglich und scheidet die Fixierung von Epithesen zum Defektverschluss durch andere Fixierungsmöglichkeiten aus, so ist eine Verankerung von Epithesen durch Implantate angezeigt.

4. Die Krankenkasse muss die in diesen Richtlinien genannten Behandlungsfälle mit dem Ziel begutachten lassen, ob die Ausnahmeindikationen vorliegen. Zahnarzt und Krankenkasse können eine Überprüfung des Gutachtens durch einen Obergutachter bei der KZBV beantragen.

Gutachter und Obergutachter müssen implantologisch erfahrene Zahnärzte sein, die von der KZBV im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen benannt werden. Das Vorschlagsrecht für entsprechende Gutachter und Obergutachter liegt sowohl bei der KZBV als auch bei den Spitzenverbänden der Krankenkassen.“

che und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 6 und 7 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 um 20 vom Hundert. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung

1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich um weitere 10 vom Hundert, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. [...]¹⁹⁷

Gab es früher eine prozentuale Bezuschussung auf den gefertigten Zahnersatz (je nach Bonus zwischen 50, 60 oder 65 %), so wird heute beispielsweise für die prothetische Versorgung einer Schaltlücke ein fester Zuschuss im Rahmen der Regelversorgung gewährt. Der gesetzliche Kostenträger erstattet nun unabhängig von der gewählten prothetischen Versorgungsform den gleichen Betrag: den befundorientierten Festzuschuss. Der Festzuschuss wird in Abhängigkeit der nachgewiesenen Mitarbeit des Patienten (5 oder 10 Jahre vollständiges Bonusheft) um 20% oder 30% erhöht. Bei sogenannten Härtefällen kann sogar der doppelte Festzuschuss gewährt werden. Bei der Höhe der Festzuschüsse werden die durchschnittlichen Kosten für eine einfache prothetische Versorgungsform berücksichtigt. Der § 56 SGB V führt zur Festlegung der Regelversorgungen aus:

„(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in Richtlinien, erstmalig bis zum 30. Juni 2004, die Befunde, für die Festzuschüsse nach § 55 gewährt werden und ordnet diesen prothetische Regelversorgungen zu.

(2) Die Bestimmung der Befunde erfolgt auf der Grundlage einer international anerkannten Klassifikation des Lückengebisses. Dem jeweiligen Befund wird eine zahnprothetische Regelversorgung zugeordnet. Diese hat sich an zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zu orientieren, die zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen bei einem Befund im Sinne von Satz 1 nach dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse gehören. Bei der Zuordnung der Regelversorgung

¹⁹⁷ SGB V, § 55 Abs. 1.

zum Befund sind insbesondere die Funktionsdauer, die Stabilität und die Gegenbe-
zahnung zu berücksichtigen. Zumindest bei kleinen Lücken ist festsitzender
Zahnersatz zu Grunde zu legen. [...]“¹⁹⁸

In dieser Festzuschuss-Richtlinie¹⁹⁹ hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Regel-
versorgungen für bestimmte Befundsituationen festgelegt. In der Präambel dieser Richt-
linie werden sowohl die Ziele, die Kriterien sowie der Umfang treffend formuliert²⁰⁰.

In Bezug auf implantologische Leistungen und deren prothetische Versorgung durch
Suprakonstruktionen wird unter den Punkten 6 und 7 angemerkt:

„6. Suprakonstruktionen sind in den in den Zahnersatz-Richtlinien beschriebe-
nen Fällen Gegenstand der Regelversorgung. Bei der Gewährung von Zuschüs-
sen für Suprakonstruktionen bei Erstversorgung mit Implantaten hat der Versi-
cherte Anspruch auf den Festzuschuss zur Versorgung der Befundsituation, die
vor dem Setzen der Implantate bestand. Für die Erneuerung und Wiederherstel-
lung von Suprakonstruktionen sind Festzuschüsse ansetzbar, die der Gemeinsa-
me Bundesausschuss auf der Grundlage von entsprechenden Regelleistungen
ermittelt hat.

Eine Gewährung von Festzuschüssen erfolgt auch in den Fällen, in denen Supra-
konstruktionen außerhalb der in den Zahnersatz-Richtlinien genannten Fällen
gewählt werden.

7. Bei der Erstversorgung, der Erneuerung und der Wiederherstellung von Sup-
rakonstruktionen sind für alle Leistungen im Zusammenhang mit den Implan-
taten, wie die Implantate selbst, die Implantataufbauten und die implantatbeding-
ten Verbindungselemente, keine Festzuschüsse ansetzbar.“²⁰¹

¹⁹⁸ SGB V, § 5 Abs. 1 und Abs. 2 anteilig.

¹⁹⁹ FESTZUSCHUSS-RL 2014, S. 3.

²⁰⁰ FESTZUSCHUSS-RL 2014, Text der Präambel: „Der Gemeinsame Bundesausschuss in der Beset-
zung für die vertragszahnärztliche Versorgung nach § 91 Absatz 6 SGB V bestimmt auf der Grundlage
der Zahnersatz-Richtlinien die Befunde, für die Festzuschüsse nach § 55 SGB V gewährt werden und
ordnet diesen nach § 56 Absatz 2 SGB V prothetische Regelversorgungen zu. Die Bestimmung der Be-
funde ist auf der Grundlage einer international anerkannten Klassifikation des Lückengebisses erfolgt.
Dem zahnmedizinischen Befund wird unter Berücksichtigung der Zahnersatz-Richtlinien ein Befund
dieser Festzuschuss-Richtlinien zugeordnet.

Die dem jeweiligen Befund zugeordnete zahnprothetische Versorgung orientiert sich an den zahnmedizi-
nisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen, die zu einer ausreichenden, zweck-
mäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruk-
tionen nach dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse für den jeweiligen
Befund gehören.

Bei der Zuordnung der Regelversorgung sind auch die Funktionsdauer, die Stabilität und auch die Gegen-
be-
zahnung berücksichtigt worden.

In die Festlegung der Regelversorgung sind die Befunderhebung, die Planung, die Vorbereitung des Rest-
gebisses, die Beseitigung von groben Okklusionshindernissen und alle Maßnahmen zur Herstellung und
Eingliederung des Zahnersatzes einschließlich der Nachbehandlung sowie die Unterweisung im Gebrauch
des Zahnersatzes einbezogen. [...]“

²⁰¹ FESTZUSCHUSS-RL 2014, S. 4.

Diese Festschreibung legt in Verbindung mit der Zahnersatzrichtlinie unter den Punkten 36 bis 38 somit eindeutig fest, dass Kosten für das eigentliche Implantat sowie dessen Aufbauten und Verbindungselemente zwar nicht im Rahmen der Regelversorgung übernommen werden, gleichwohl gehört die Suprakonstruktion unter bestimmten Voraussetzungen zur Regelversorgung:

„V. Versorgung mit Suprakonstruktionen (implantatgestützter Zahnersatz)

36. Suprakonstruktionen gehören in folgenden Ausnahmefällen zur Regelversorgung:

- a) bei zahnbegrenzten Einzelzahn­lücken, wenn keine parodontale Behandlungsbedürftigkeit besteht, die Nachbarzähne kariesfrei und nicht überkronungsbedürftig bzw. überkront sind sowie
- b) bei atrophiertem zahnlosen Kiefer

37. Der Anspruch im Rahmen der Regelversorgung ist bei zahnbegrenzten Einzelzahn­lücken nach Nummer 36 Buchstabe a auf die Versorgung mit Einzelzahnkronen und bei atrophiertem zahnlosen Kiefer nach Nummer 36 Buchstabe b auf die Versorgung mit Totalprothesen als vertragszahnärztliche Leistungen begrenzt.

38. Sämtliche Leistungen im Zusammenhang mit den Implantaten, wie die Implantate selbst, die Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente gehören nicht zur Regelversorgung bei Suprakonstruktionen. [...]²⁰²

Die Höhe der Festzuschüsse für die jeweiligen Befundsituationen ist in der Festzuschuss-Richtlinie festgelegt. Exemplarisch sind in der nachstehenden Tabelle unterschiedliche Befundsituationen aufgeführt und der entsprechende Festzuschuss in Euro dargestellt.

²⁰² ZAHNERSATZ-RL 2008.

	Festzuschüsse in Euro			
	ohne Bonus	Bonus 20 %	Bonus 30 %	doppelter FZ
Erhaltungswürdiger Zahn				
Erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung der klinischen Krone oder unzureichende Retentionsmöglichkeit, je Zahn	134,99	161,99	175,49	269,98
Erhaltungswürdiger Zahn mit großen Substanzdefekten, aber erhaltener vestibulärer und/oder oraler Zahnschubstanz, je Zahn	151,71	182,05	197,22	303,42
Erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung der klinischen Krone oder unzureichende Retentionsmöglichkeit im Verblendbereich (15-25 und 34-44), je Verblendung für Kronen (auch implantatgestützte)	48,35	58,02	62,86	96,70
Zahnbegrenzte Lücken von höchstens vier fehlenden Zähnen je Kiefer bei ansonsten geschlossener Zahnreihe unter der Voraussetzung, dass keine Freisituation vorliegt (Lückensituation I)				
Zahnbegrenzte Lücke mit einem fehlenden Zahn, je Lücke	319,73	383,68	415,65	639,46
Zahnbegrenzte Lücke mit zwei nebeneinander fehlenden Zähnen, je Lücke	365,11	438,13	474,64	730,22
Erneuerung und Wiederherstellung von Suprakonstruktionen				
Erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion (vorhandenes Implantat bei zahnbegrenzter Einzelzahnlücke), je implantatgetragene Krone	134,59	161,51	174,97	174,97
Erneuerungsbedürftige implantatgetragene Prothesenkonstruktion, je Prothesenkonstruktion	305,31	366,37	396,90	610,62

Abbildung 22: Höhe der Festzuschüsse bei beispielhaften Befundsituationen²⁰³

Neben der beschriebenen Regelversorgung kann der Versicherte Zahnersatzleistungen wählen, die zwar dem fachlichen Standard entsprechen, aber über das im § 12 SGB V beschriebene „Maß des Notwendigen“ vor dem Hintergrund der dargestellten Festlegungen hinausgehen.

Als Beispiel für die Regelversorgung einer Schalllücke ist die Versorgung durch eine Brücke zu nennen. Wünscht der Patient stattdessen eine implantologische Versorgung mit Suprakonstruktion als alternative Leistung, weicht er bewusst von der Regelversor-

²⁰³ Aus FESTZUSCHUSS-RL 2014.

gung ab. Diese alternative Versorgung wird dabei von der Krankenkasse mit dem gleichen Zuschuss bedacht, der anhand des Ausgangsbefundes auch für die Brückenversorgung erstattet worden wäre. Anders als bei der Regelversorgung, bei welcher der Zahnarzt den Festzuschuss direkt mit der Krankenkasse abrechnet, erfolgt bei alternativen Versorgungsformen die Abrechnung vollständig zwischen Zahnarzt und Patient. Hierbei wird der Festzuschuss auf Antrag dem Patienten von der Krankenkasse ausbezahlt.

Zusammenfassend kann man somit feststellen, dass die Kostenerstattung für eine implantologische Versorgung von Befundsituationen, die außerhalb der Ausnahmeindikationen liegen, derjenigen einer Regelversorgung entspricht. Somit wird zumindest ein Teil der entstehenden Kosten von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Dieser Sachverhalt ist durchaus als positiver Aspekt zu bewerten, da der Patient dadurch in seiner Flexibilität und Autonomie im Rahmen seiner Wahl der Versorgungsleistung nicht eingeschränkt wird. Die Höhe des verbleibenden Eigenanteils bei den unterschiedlichen Versorgungsleistungen mag zwar diese Entscheidung beeinflussen, die Ursache hierfür liegt jedoch nicht auf Seiten des gesetzlichen Kostenträgers.

5.1.2 Die Private Krankenversicherung

Die Private Krankenversicherung stellt die zweite Säule des deutschen Krankenversicherungssystems dar. Sie unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von der Gesetzlichen Krankenversicherung. In ihr sind derzeit etwa 9 Millionen Personen vollversichert.

Es kann sich zwar grundsätzlich jede Person in einer Privaten Krankenversicherung versichern, aber nicht in allen Bereichen und nur nach individueller Risikoprüfung und einer Annahmeerklärung des Krankenversicherers.

Zu unterscheiden sind bei der Privaten Krankenversicherung verschiedene Versicherungsformen. Die Vollversicherung stellt eine umfassende Kostenerstattung im Krankheitsfall für ärztliche und stationäre Behandlungen und weitere Krankheitskosten zur Verfügung. In diese Vollversicherung können nur Personen aufgenommen werden, die entweder nicht der Versicherungspflicht unterliegen oder von dieser befreit wurden.

Der Quotentarif als weitere Form der Privaten Krankenversicherung deckt für Beihilfempfänger den verbleibenden Prozentsatz, der nicht durch die Beihilfe im Rahmen der Kostenerstattung übernommen wurde, entweder zum Teil oder vollständig ab.

Der Basistarif bietet hingegen Leistungen auf dem Niveau der Gesetzlichen Krankenversicherung und die Beiträge sind auf die Höchstsätze der Gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt. Personen, die der Privaten Krankenversicherung zuzurechnen sind, haben unabhängig vom Gesundheitszustand im Regelfall Anspruch darauf, bei einem privaten Krankenversicherer ihrer Wahl im Basistarif angenommen zu werden. Dieser Sachverhalt ist dann relevant, wenn zum Beispiel der private Versicherer einen Antrag auf Vollversicherung aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen ablehnt. Über eine Zusatzversicherung können zudem Leistungen abgedeckt werden, die von der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht oder nicht ausreichend übernommen werden.²⁰⁴

Im Unterschied zur Gesetzlichen Krankenversicherung, in der die Beiträge bis zur Beitragsbemessungsgrenze vom Einkommen des Versicherungsnehmers abhängen, werden die Beiträge bei der Privaten Krankenversicherung anhand individueller (Risiko-) Faktoren wie Alter und Gesundheitszustand bestimmt und festgelegt. Für die Annahmefähigkeit in der Voll- oder Zusatzversicherung bestehen je nach Versicherer unterschiedliche Höchstaufnahmealter. Das Eintrittsalter hat dabei wesentlichen Einfluss auf die Beitragskalkulation und stellt daher eine wachsende Hürde für die Aufnahme älterer Personen dar. Bestehende Vorerkrankungen und Behinderungen können zu Risikozuschlägen, -ausschlüssen oder sogar zur Ablehnung des Antrages führen.²⁰⁵

Seit Dezember 2012 müssen Versicherer Unisex-Tarife anbieten, was bisher zur Folge hatte, dass Neugeschäftbeiträge für junge Männer tendenziell teurer und für Frauen tendenziell günstiger geworden sind. Dies ist darauf zurückzuführen, dass das Geschlecht das maßgebliche Kriterium für die versicherungstechnische Risikokalkulation dargestellt hat. Diese höhere Risikokalkulation für Frauen basiert auf höheren durchschnittlichen Behandlungskosten unter anderem aufgrund eines vergleichsweise höheren Gesundheitsbewusstseins in Verbindung mit häufigeren Arztbesuchen, Schwangerschaften und einer höheren Lebenserwartung.

Insgesamt bedeutet dies, dass die Beiträge für die Private Krankenversicherung auf einer individuellen Kostenschätzung für zu erwartende zukünftige Leistungen beruhen und im Laufe des Versicherungszeitraumes diese Beiträge durchaus steigen können.

²⁰⁴ Vergleiche hierzu HAUFE 2014, S. 28.

²⁰⁵ HAUFE 2014, S. 29.

5.1.2.1 Der Versorgungsanspruch auf implantologische Leistungen im Bereich der Privaten Krankenversicherung

Die Maßnahmen einer implantologischen Versorgung sind Bestandteil in der für die Erstattung maßgebenden Gebührenordnung für Zahnärzte und damit grundsätzlich im Leistungskatalog der privaten Versicherung enthalten. Der Umfang der Kostenübernahme von implantologischen Leistungen hängt somit vor allem von der Form des Versicherungstarifes ab und variiert auch sehr stark zwischen den einzelnen Versicherungsgesellschaften. Festzuhalten bleibt, dass im Rahmen der Vollversicherung ein Großteil dieser implantologischen Leistungen übernommen wird. Die Kostenübernahme für die Suprakonstruktion beläuft sich im Regelfall auf 60 – 80 % der entstehenden Kosten.

Anders sieht dieser Sachverhalt beispielsweise im Basistarif aus, da hier nur Leistungen auf dem Niveau der Gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden.

Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass die Vielfalt der Versicherungsmodelle der Privaten Krankenversicherung sehr umfassend ist, eine Kostenübernahme für die implantologischen Leistungen im Rahmen der Vollversicherung zum Großteil stattfindet, die Kostenerstattung für Zahnersatz sich im Regelfall auf 60 – 80 % der entstehenden Kosten beläuft.

5.1.3 Die Beihilfe

Eine weitere Kostenträgerschaft, die neben den beiden zentralen Säulen der Krankenversicherung in Deutschland existiert, stellt die Beihilfe dar.

Der Personenkreis der Beamten, Soldaten, Hochschullehrer und Berufsrichter, deren Kinder sowie deren Ehepartner (soweit diese nicht selbst sozialversicherungspflichtig sind) erhält im Rahmen der Beihilfe eine finanzielle Unterstützung in Krankheits-, Geburts-, Pflege- und Todesfällen. Diese finanzielle Unterstützung ist grundsätzlich gleichbedeutend mit der Kostenerstattung der anderen Kostenträgersysteme, sie ist aber keine Versicherung, sondern Teil der Alimentation des anspruchsberechtigten Personenkreises.

In Deutschland existiert kein einheitliches Beihilferecht, die einzelnen Bundesländer sowie der Bund haben als jeweilige Dienstherren die Regelungshoheit, den Umfang der Beihilfeleistungen für den eigenen Geltungsbereich separat auszugestalten.

Für den Bereich des Bundes legen die Verordnung über Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen (Bundesbeihilfeverordnung) vom 13. Februar 2009 (zuletzt geändert im Jahr 2015)²⁰⁶ und die Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Bundesbeihilfeverordnung vom 13. Juni 2013 die derzeitigen Grundlagen sowie den Versorgungsumfang fest.

Die Bundesbeihilfeverordnung ist hinsichtlich des Aufbaus und des Regelungscharakters vergleichbar mit dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) „Gesetzliche Krankenversicherung“. Die Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Bundesbeihilfeverordnung ergänzt und erläutert in Teilbereichen die in der Bundesbeihilfeverordnung festgesetzten Regelungen.

Das Maß der Kostenerstattung für medizinische Leistungen im Bereich der Beihilfe stellt eine Mischform der beiden anderen zivilen Kostenträgersysteme dar. Zwar entwickelt sich der Leistungsumfang der Beihilfe vermehrt in Richtung eines der Gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbaren Anspruchs, gleichwohl liegt der Leistungsumfang auch hinsichtlich der Erstattungsfähigkeit in Teilbereichen weiterhin in einem der Privaten Krankenversicherung entsprechenden Anspruchsumfang.

Der Umfang des Anspruchs auf Kostenerstattung für medizinische Leistungen ist in der Verordnung nicht explizit definiert, doch es wird auf den bestehenden Leistungsumfängen der Privaten Krankenversicherung aufgesetzt und durch die Leistungsbeschreibungen im SGB V ergänzt. Dazu ist im § 6 „Beihilfefähigkeit von Aufwendungen“ dieser Verordnung Folgendes geregelt:

„(1) Beihilfefähig sind grundsätzlich nur notwendige und wirtschaftlich angemessene Aufwendungen. Andere Aufwendungen sind ausnahmsweise beihilfefähig, soweit diese Verordnung die Beihilfefähigkeit vorsieht.

(2) Die Notwendigkeit von Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen setzt grundsätzlich voraus, dass diese nach einer wissenschaftlich anerkannten Methode vorgenommen werden. Als nicht notwendig gelten in der Regel Untersuchungen und Behandlungen, soweit sie in der Anlage 1 ausgeschlossen werden.

(3) Wirtschaftlich angemessen sind grundsätzlich Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen, wenn sie dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte sowie für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechen. Als nicht wirtschaftlich angemessen gelten Aufwendungen aufgrund einer

²⁰⁶ BBhV 2009/2015.

Vereinbarung nach § 2 Abs. 2 der Gebührenordnung für Ärzte²⁰⁷, nach § 2 Abs. 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte²⁰⁸ oder nach den Sätzen 2 bis 4 der allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts G der Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte. Wirtschaftlich angemessen sind auch Leistungen, die auf Grund von Vereinbarungen gesetzlicher Krankenkassen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch oder auf Grund von Verträgen von Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern erbracht worden sind, wenn dadurch Kosten eingespart werden. [...]“²⁰⁹

In Kapitel 5 der Bundesbeihilfeverordnung ist in § 46 „Bemessung der Beihilfe“ hinsichtlich des Anteils der Kostenerstattung folgendes festgelegt:

„(1) Beihilfe wird als prozentualer Anteil (Bemessungssatz) der beihilfefähigen Aufwendungen der Beihilfeberechtigten und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen gewährt. Maßgeblich ist der Bemessungssatz im Zeitpunkt der Leistungserbringung. In Pflegefällen können, soweit dies in dieser Verordnung ausdrücklich vorgesehen ist, auch Pauschalen gezahlt werden.

(2) Soweit Absatz 3 nichts anderes bestimmt, beträgt der Bemessungssatz für

1. Beihilfeberechtigte 50 Prozent,
2. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen mit Ausnahme der Waisen 70 Prozent,
3. berücksichtigungsfähige Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner 70 Prozent und
4. berücksichtigungsfähige Kinder sowie Waisen 80 Prozent.

(3) Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für Beihilfeberechtigte 70 Prozent. [...]“²¹⁰

Der nicht vom Bemessungssatz abgedeckte Anteil der Kosten kann durch den Beihilfeempfänger mit Hilfe eines Quotentarifs der Privaten Krankenversicherung ebenfalls abgedeckt werden. Durch den Abschluss dieser entsprechenden Zusatzversicherung erreicht der Beihilfeempfänger eine Vollversicherung mit einem Erstattungsanteil von 100 Prozent, wobei dieser Umfang nur für beihilfefähige Leistungen gilt.

²⁰⁷ GOÄ § 2 Abs. 2: „Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung des Arztes in einem Schriftstück zu treffen. Dieses muß neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem Steigerungssatz und dem vereinbarten Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Arzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.“

²⁰⁸ „Leistungen nach § 1 Absatz 2 Satz 2 und ihre Vergütung müssen in einem Heil- und Kostenplan schriftlich vereinbart werden. Der Heil- und Kostenplan muss vor Erbringung der Leistung erstellt werden; er muss die einzelnen Leistungen und Vergütungen sowie die Feststellung enthalten, dass es sich um Leistungen auf Verlangen handelt und eine Erstattung möglicherweise nicht gewährleistet ist. § 6 Absatz 1 bleibt unberührt.“

²⁰⁹ BBhV 2009/2015, § 6.

²¹⁰ BBhV 2009/2015, § 46.

5.1.3.1 Der Versorgungsanspruch auf implantologische Leistungen im Bereich der Beihilfe

Der Anspruch auf zahnärztliche Leistungen im Bereich der Beihilfe wird in der Bundesbeihilfeverordnung unter § 14 wie folgt beschrieben:

„Aufwendungen für ambulante zahnärztliche und kieferorthopädische Untersuchungen und Behandlungen sind nach Maßgabe des § 6 grundsätzlich beihilfefähig. Für Zahnersatz und implantologische Leistungen kann der Festsetzungsstelle vor Aufnahme der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden. Die Kosten des Heil- und Kostenplanes gehören zu den beihilfefähigen Aufwendungen. Aufwendungen für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für den Dienstherrn der oder des Beihilfeberechtigten trägt die Festsetzungsstelle.“

Der Versorgungsumfang implantologischer Leistungen umfasst gemäß § 15 die im SGB V erstattungsfähigen Ausnahmeindikationen. Darüber hinaus werden laut Absatz 1 Nummer 5 dieses Paragraphen Aufwendungen für implantologische Leistungen bei implantatbasiertem Zahnersatz im zahnlosen Ober- oder Unterkiefer als beihilfefähig erstattet. Hierbei sind die Aufwendungen für höchstens vier Implantate je Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, zu denen Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, beihilfefähig. Aufwendungen für Suprakonstruktionen sind immer beihilfefähig.²¹¹

Somit bleibt für den Bereich der Beihilfe festzustellen, dass zumindest die Versorgung des zahnlosen Ober- oder Unterkiefers mit bis zu 4 Implantaten beihilfefähig ist und somit die Kosten in Abhängigkeit einer eventuell bestehenden privaten Zusatzversicherung teilweise oder vollständig erstattet werden.

5.2 Vergleich der Finanzierungskonzepte und Möglichkeiten in den verschiedenen Kostenträgerbereichen

Die Gesetzliche Krankenversicherung und auch die Privaten Krankenversicherungen haben im Vergleich zum annähernd geschlossenen Gesundheitssystem der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung der Bundeswehr im Rahmen der Einführung neuer Behandlungsmethoden ebenfalls zusätzliche, von der reinen Fachlichkeit völlig unabhängige Aspekte, unter anderem die Finanzierbarkeit aller zur Verfügung stehenden

²¹¹ Vergleiche hierzu BBhV 2009/2015, § 15.

Heilmaßnahmen, zu berücksichtigen. Im Versorgungssystem der Bundeswehr gab es zwar noch nie elementare Einschnitte in medizinische Versorgungskonzepte, jedoch wurden auch hier vereinzelte Zuzahlungsmaßnahmen bei der Hilfsmittelversorgung eingeführt und bestimmte, nicht der unmittelbaren medizinischen Versorgung zugehörige Leistungen und Produkte aus dem Leistungsanspruch herausgenommen.

Durchaus vergleichbar zu dem Versorgungssystem der Bundeswehr haben die gesetzlichen Krankenkassen einen Regulierungszwang bei der Festlegung des medizinischen Versorgungsanspruchs ihrer Mitglieder, da die Einnahmen aus den Beiträgen nicht annähernd die Kosten für eine Versorgung aller bei ihnen Versicherten auf einem medizinisch-umfassenden Niveau nach allen Regeln der Heilkunst decken würden.

Aufgrund des Wettbewerbs gilt dies auch für die Privaten Krankenversicherungen, die durch spezielle Tarife medizinische Leistungen anbieten und andere wiederum ausschließen, um eine medizinische Versorgung ihrer Mitglieder finanzierbar zu machen.

Vergleicht man die Finanzierungskonzepte der unterschiedlichen Versicherungsformen, so treten wesentliche Unterschiede auf, die insbesondere im Hinblick auf eine Zusammenführung der Systeme in Richtung einer einheitlichen „Bürgerversicherung“ nur schwer ausräumbare Hürden in der Umsetzung erwarten lassen.

5.2.1 Finanzierungskonzepte im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherungen

Bei der Gesetzlichen Krankenversicherung kommt zur Finanzierung der Kosten das sogenannte Umlageverfahren zur Anwendung. Die eingezahlten Beiträge werden hierbei unmittelbar zur Kostendeckung für die medizinische Versorgung der Versicherungsnehmer herangezogen, also quasi an diese wiedererstattet.

Seit dem 1. Januar 2015 gilt ein bundeseinheitlicher Beitragssatz von 14,6 Prozent.²¹² Hierbei werden im Regelfall 7,3 Prozent jeweils vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer übernommen. Ein höherer Finanzbedarf in einer Krankenkasse muss von jeder einzelnen Krankenkasse aufgefangen werden, letztlich durch Erhöhung des Beitragssatzes in Form eines kassenindividuellen Zusatzbeitrags.²¹³ Geht dieser bei einem Versicherten über 2 Prozent des versicherungspflichtigen Arbeitsentgelts hinaus, wird der darüber-

²¹² SGB V, § 241.

²¹³ HAUFE 2014, S. 24.

hinausgehende Betrag bis zur Höhe des festgelegten durchschnittlichen Zusatzbeitrags (§ 242 a SGB V) aus Steuermitteln gedeckt, was als Sozialausgleich bezeichnet wird.²¹⁴ Das Umlageverfahren der Gesetzlichen Krankenversicherungen funktioniert nur, solange genügend Beitragszahler eine ausgeglichene Bilanz zwischen Einzahlung und Ausgaben sicherstellen. Als zukünftige Problemfelder der Gesetzlichen Krankenversicherungen im Rahmen einer ausgewogenen Finanzierbarkeit sind der demographische Wandel in Deutschland²¹⁵, unklare Entwicklungen im Bereich der Beschäftigungszahlen und geringere Einkommen, was eine Reduktion der Einnahmen bei steigender Kosten-erwartung zur Folge haben würde, zu nennen. Dazu kommt die Konkurrenzsituation mit den privaten Krankenversicherern im Kampf um Mitglieder mit hohen Einkommen, da diese bei einem Wechsel in die Private Krankenversicherung als potente Beitragszahler entfallen.

Da abzusehen ist, dass eine Finanzierbarkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung in der jetzigen Form aufgrund des demographischen Wandels in der Zukunft nicht gegeben sein wird, findet vermehrt eine Diskussion bezüglich Priorisierung und Rationierung in der Versorgung mit medizinischen Leistungen statt. Im Folgenden soll darauf unter dem Begriff der Verteilungsgerechtigkeit im Kapitel 6 näher eingegangen werden. Wie bereits unter Abschnitt 5.1.1 angeführt, finden sich die derzeit geltenden Grundlagen für das Gesundheitssystem der Gesetzlichen Krankenversicherungen im Wesentlichen im fünften Teil des Sozialgesetzbuches. Doch gilt der § 12 natürlich nicht nur für die Implantatversorgung, sondern für alle medizinischen Maßnahmen, die dem Versicherungsnehmer zur Verfügung gestellt werden sollen.

Und somit ist eine gesetzliche Beschränkung auf das notwendige Maß unerlässlich, um die Kosten für das Gesundheitssystem bestmöglich im Rahmen zu halten. Denn in der nicht vorhandenen Finanzierbarkeit aller verfügbaren medizinischen Maßnahmen liegt die Grundproblematik der Gesetzlichen Krankenversicherung, aber auch der anderen Gesundheitssysteme.

Der medizinische Fortschritt führt in allen Bereichen dazu, dass neue Therapieformen mit neuen Techniken, Materialien, Medikamenten und Methoden verfügbar sind und

²¹⁴ BESKE 2011a, S. 41.

²¹⁵ Vergleiche hierzu auch BESKE 2011a, S. 17.

den Patienten angeboten werden, die Kosten dafür jedoch oftmals deutlich oberhalb der etablierten Versorgungsformen liegen.²¹⁶

Hierbei ist entscheidend, was als das „Maß des Notwendigen“ angesehen wird und wie man mit der Einführung von neuen Behandlungsmethoden in den GKV-Versorgungskatalog umgeht. Auf diese Fragestellung soll am Beispiel der zahnärztlichen Implantologie im Kapitel 6 eingegangen werden.

Medizinische Maßnahmen können nur dann in den Versorgungsumfang aufgenommen werden, wenn die Finanzierbarkeit gewährleistet ist und ggf. dafür im Gegenzug andere Leistungen aus dem Versorgungsumfang gestrichen werden.²¹⁷

Da für die Versorgung mit Zahnersatz die Gesetzliche Krankenversicherung auf ein Festzuschuss-System umgestellt hat, gelten für diesen Bereich die gleichen Bedingungen der Erstattung, unabhängig von der gewählten Versorgungsform.

5.2.2 Finanzierungskonzepte im Bereich der Privaten Krankenversicherungen

Der wahrscheinlich gravierendste Unterschied zwischen der Gesetzlichen Krankenversicherung und den privaten Kostenträgern ist das jeweils vorliegende Finanzierungskonzept. Während bei der Gesetzlichen Krankenversicherung das oben dargelegte Umlageverfahren zur Anwendung kommt, finanzieren sich die privaten Versicherungen über das Kapitaldeckungsverfahren.

Dabei werden die Sparanteile aus den Beiträgen der Versicherten am Kapitalmarkt angelegt und seit 2009 für jeden Versicherungsnehmer so ein individuelles Deckungskapital gebildet. Diese Altersrückstellungen sollen durch Erzielen eines wachsenden Zinsertrags die zu zahlenden Leistungen abdecken. Alle laufenden und zukünftigen Ansprüche werden aus diesem individuellen Kapital in entsprechender Höhe bedient. Allerdings stellen die aktuellen Entwicklungen auf dem Kapitalmarkt für einzelne private Versicherungsunternehmen inzwischen ein Problem dar, da der gesetzlich vorgeschriebene Rechnungszins von derzeit 3,5 Prozent für den Zinsertrag der Altersrückstellungen der Versicherten nicht von allen Gesellschaften erzielt werden kann.²¹⁸

²¹⁶ Siehe hierzu auch BESKE 2011a, S. 20–36.

²¹⁷ Siehe BESKE 2011a, S. 67–85.

²¹⁸ GREß/HEINEMANN 2013, S. 116–120.

Im Kapitaldeckungsverfahren werden die Prämien unabhängig vom Einkommen kalkuliert, die Beiträge hängen allein vom gewählten Leistungspaket sowie von der persönlichen Risikosituation (z.B. Alter und Gesundheitszustand) ab.

Im Gegensatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt die Aufnahme in die Private Krankenversicherung anhand der individuellen Risikoeinschätzung des potentiellen Versicherungsnehmers. Dazu wird eine Gesundheitsprüfung durchgeführt und der zu entrichtende Versicherungsbeitrag wird dem potentiellen Kostenrisiko des Versicherungsnehmers angepasst.

Somit ist die Finanzierung bei Privaten Krankenversicherungen von der Bevölkerungsentwicklung weniger abhängig, da der gesetzlich eingeschränkte Zugang und dadurch auch der Anspruch auf den Abschluss auf eine Private Krankenversicherung limitiert ist. Die Einführung des Basistarifs hat zwar die Möglichkeit der Ablehnung eines Versicherungsnehmers aufgrund des Vorliegens erhöhter Gesundheitsrisiken ausgeschlossen, gleichermaßen wurde jedoch auch durch die Einführung der Portabilität im Jahr 2009 der Transfer der Altersrückstellungen gesichert. Im Vergleich zu der Gesetzlichen Krankenversicherung verfügt die Private Krankenversicherung über die zahlungskräftigeren Versicherungsnehmer. Das Durchschnittseinkommen ihrer Versicherungsnehmer war 2010 mehr als doppelt so hoch wie das der gesetzlich Krankenversicherten. Zudem verfügen die in der Privaten Krankenversicherung überproportional vertretenen Erwerbsstatusgruppen auch über die höchsten Durchschnittseinkommen und die Unterschiede bei den Einkommenszuwächsen sind immens.²¹⁹

Doch auch die privaten Kostenträger haben möglicherweise deutliche Finanzierungsprobleme in der Zukunft zu erwarten, da auch in deren Bereich die Ausgaben durch den medizinischen Fortschritt signifikant steigen. Hinzu kommt die steigende Lebenserwartung der Versicherungsnehmer, was einen massiven Einfluss auf die Kosten der medizinischen Versorgung im Alter und die damit verbundene notwendige Kapitalentwicklung haben wird.

Seit einigen Jahren steigen die Ausgaben im Bereich der privaten Kostenträger schneller als die in den Gesetzlichen Krankenversicherungen. Dies ist auch auf die zahlreichen Kostendämpfungsmaßnahmen der vergangenen Jahre im gesetzlichen Bereich zurück-

²¹⁹ HAUN 2013, S. 101–103.

zuführen. Anders als im PKV-System kann der Gesetzgeber hier Preise regulieren und Mengen begrenzen.²²⁰

Einer Studie des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung²²¹ zufolge stiegen die Leistungsausgaben je Versichertem in der Privaten Krankenversicherung zwischen 1997 und 2008 um 49 Prozent. Bei den gesetzlichen Krankenkassen waren es im selben Zeitraum 31 Prozent. Dieser Unterschied macht deutlich, dass die privaten Krankenversicherungsunternehmen nur über wenige Steuerungsmöglichkeiten verfügen und die Ausgaben für medizinische Leistungen schwer bis gar nicht limitieren können.²²² Die Entwicklung der Leistungsausgaben (differenziert nach Versorgungsbereichen) zeigt, dass im Zeitraum von 1997 bis 2007 der Ausgabenanstieg für ambulante Leistungen am höchsten (86,7 Prozent) und für stationäre Leistungen (31,6 Prozent) am niedrigsten war. Dies ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass die Gebührenordnung für Ärzte oder Zahnärzte keine Mengengrenzung vorsieht und somit erhebliche Anreize für eine angebotsinduzierte Nachfrage bestehen.²²³

Betrachtet man die in Abbildung 23 dargestellte Ausgabenentwicklung im Vergleich der zivilen Versicherungssysteme, wird deutlich, dass zum einen die Ausgabensteigerungen im Bereich der Privaten Krankenversicherung mit Ausnahme des Jahres 2009 immer höher waren als die Leistungsausgaben im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung und zum anderen diese Ausgabensteigerung durch Erhöhung der Prämien an die Versicherten der Privaten Krankenversicherung weitergegeben wurde.

²²⁰ GREß/HEINEMANN 2013, S. 111–113.

²²¹ ALBRECHT et al 2010, S. 90–91.

²²² FLINTROP 2010, S. 316.

²²³ GREß/HEINEMANN 2013, S. 113.

Ausgabenentwicklung GKV und PKV 2002 bis 2010			
Jahr	GKV	PKV	
	Jährliche Steigerung Leistungs- ausgaben (in %)	Jährliche Steigerung Leistungs- ausgaben (in %)	Jährliches Wachstum Prämien (%)
2002	3,3	5,7	6,2
2003	1,9	3,9	7,6
2004	-3,1	4,8	7,5
2005	2,3	4,5	3,9
2006	3,0	3,1	4,9
2007	4,1	6,1	3,7
2008	4,6	6,7	3,9
2009	6,5	4,6	3,4
2010	3,4	3,8	7,3
Durchschnitt 2002 – 2010	2,9	4,8	5,4

Abbildung 23: Übersicht der Ausgabenentwicklung GKV und PKV aus GREß/HEINEMANN 2013, S. 112 (Quelle BMG 2012; Deutscher Bundestag 2012)

Dieser Sachverhalt verdeutlicht, dass auch die privaten Kostenträger schon heute und insbesondere zukünftig deutliche Herausforderungen vor sich haben, im Rahmen einer ausgewogenen Finanzierung alle angebotenen medizinischen Leistungen für ihre Versicherungsnehmer finanzierbar zu machen.

5.2.3 Finanzierung medizinischer Leistungen im Rahmen der Beihilfe sowie der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung

Wie bereits erwähnt, existiert kein einheitliches Beihilferecht innerhalb der Bundesrepublik Deutschland, sondern die Ausgestaltung und Umsetzung der Bundesbeihilfeverordnung²²⁴ ist Bund- und Ländersache. Es finden in einzelnen Ländern Beihilfeverordnungen (BVO) – also Rechtsverordnungen – Anwendung.

In den Beihilfeverordnungen und -vorschriften wird der Leistungsumfang festgelegt und bestimmt, welche medizinischen Leistungen, Hilfsmittel und dergleichen „beihilfefähig“ sind. Sowohl die Beihilfe als auch die unentgeltliche truppenärztliche Versorgung sind Bestandteil der Alimentierung der Beamten bzw. Soldaten und werden somit je-

²²⁴ BBhV 2009/2015.

weils aus dem die Personalkosten deckenden Titel des Bundes sowie der Länder bestritten. Den verbleibenden Teil der Krankheitskosten decken die Beihilfeberechtigten in der Regel durch eine private Kranken- und Pflegeversicherung (ggf. mit Beihilfeergänzungstarifen) ab. Die Beihilfe liegt somit von ihren Leistungsprinzipien und Finanzierungskonzepten zwischen den gesetzlichen und den privaten Krankenversicherungssystemen.

Ein Teil der medizinischen Versorgungskosten wird vom Dienstherrn (Bund/Bundesland) übernommen, den anderen Teil trägt der Beamte selbst oder finanziert diesen Anteil durch entsprechende zusätzliche private Versicherungen. Die medizinischen Leistungen werden im Rahmen der Beihilfe in der Hauptsache nach dem Leistungskatalog der privaten Kostenträger abgerechnet.

Die Kosten für die unentgeltliche truppenärztliche Versorgung für Soldaten der Bundeswehr werden aus dem Einzelplan 14 des Bundeshaushaltes gedeckt. Im Einzelplan 14 für das Haushaltsjahr 2013 waren für die zahnärztliche Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr 23,7 Millionen Euro veranschlagt.²²⁵ Der Anspruch auf die unentgeltliche truppenärztliche Versorgung ist bei Soldaten im Bundesbesoldungsgesetz bei der Bemessung des Bruttogehalts als Sachbezug berücksichtigt (§ 10 BBesG).

5.3 Geschlossene Systeme? Möglichkeiten des Wechsels zwischen den unterschiedlichen Versicherungssystemen und Einführung der Portabilität

Die unentgeltliche truppenärztliche Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr stellt sich grundsätzlich als ein in sich geschlossenes Gesundheitssystem dar. Nur Personen im Status „Soldat“ haben einen Anspruch auf Versorgungsleistungen aus diesem System. Familienangehörige von Soldaten sind beihilfeberechtigt, sofern sie nicht selbst sozialversicherungspflichtig sind. Eine Mitversorgung von Familienangehörigen und auch von Soldaten nach Zurruesetzung durch Einrichtungen des Sanitätsdienstes der Bundeswehr ist nicht vorgesehen. Eine derartige Ausweitung des Versorgungsumfangs ist durchaus ein Thema, das in regelmäßigen Abständen diskutiert wird,

²²⁵ BMF EP14 2013, S. 40.

da in anderen Ländern vergleichbare Regelungen vorhanden sind. Allerdings ist die personelle und auch materielle Ausstattung der sanitätsdienstlichen Einrichtungen ausschließlich auf den Umfang an zu betreuenden Soldaten ausgerichtet und müsste bei Erweiterung des Leistungsangebots auf einen sehr viel größeren Personenkreis deutlich ausgebaut werden. Diese Ressourcen stehen jedoch derzeit nicht zur Verfügung, was eine entsprechende Erweiterung der utV auf den oben genannten Personenkreis zum jetzigen Zeitpunkt unmöglich macht.

Ein freiwilliger Wechsel aus dem Bereich der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung in die gesetzlichen oder privaten Versicherungssysteme ist für Soldatinnen und Soldaten nicht möglich. Gleichwohl steht es natürlich jeder Soldatin beziehungsweise jedem Soldaten frei, sich unter Verzicht auf jedwede Kostenerstattung durch die utV auf privatärztlicher Basis medizinisch behandeln zu lassen.

Ein Wechsel in das System der utV hinein ist ebenfalls unmöglich. Somit ist dieses Versorgungssystem annähernd als geschlossen zu betrachten.

Im Gegensatz dazu ist ein freiwilliger Wechsel der Krankenkasse bzw. des Versicherungsunternehmens zwischen den jeweiligen zivilen Versicherungssystemen grundsätzlich möglich. Innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung geben hier lediglich die Kündigungsfristen sowie die 18-monatige Bindungsfrist limitierende Rahmenbedingungen vor.

Sehr viel problematischer und mit möglichen finanziellen Nachteilen behaftet stellt sich ein Wechsel der Versicherungsgesellschaft innerhalb des Bereichs der Privaten Krankenversicherungen dar. Hier werden Anbieterwechsel durch normalerweise deutlich steigende Versicherungsbeiträge erschwert beziehungsweise nahezu verhindert. Da das Eintrittsalter im Vergleich zur bestehenden Privatversicherung im Normalfall deutlich gestiegen ist, sind immens höhere Beitragszahlungen zu erwarten. Zudem können im Rahmen einer erneuten Gesundheitsprüfung zusätzliche Versicherungsausschlüsse oder höhere Beitragszahlungen entstehen.

Mit dem zum 1. April 2007 in Kraft getretenen „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV“²²⁶ wurde neben anderen Maßnahmen erstmalig zum 1. Januar 2009 die

²²⁶ GKV-WSG 2007, Artikel 44 – Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes.

Portabilität²²⁷ von Altersrückstellungen bei Wechsel des Tarifs oder des Versicherungsanbieters festgelegt.

Diese Möglichkeit der Mitnahme von Altersrückstellungen hat ab dem 1. Januar 2009 sowohl beim Tarifwechsel in den Basistarif innerhalb des Versicherungsunternehmens als auch beim Wechsel in ein anderes Versicherungsunternehmen zu erfolgen. Für Versicherte, deren Verträge vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurden, galt die Portabilität der Altersrückstellungen nur im Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2009. Die Rückstellungen wurden auf den Betrag begrenzt, der sich ergeben hätte, wenn der Versicherte von Beginn seiner PKV-Versicherungszeit an im Basistarif versichert gewesen wäre.²²⁸

Bis zu dieser Neuregelung bestand für die Versicherten der Privaten Krankenversicherung keinerlei Möglichkeit, erworbene Altersrückstellungen beim Versicherungswechsel zu übertragen, sie waren praktisch ab einer gewissen Versicherungsdauer aus ökonomischer Sicht an ihren Versicherer gebunden. Auch wenn durch diese gesetzliche Neuregelung der Wettbewerb gesteigert werden sollte, so ist ein Wechsel auch heute noch nur in Einzelfällen lohnenswert und möglicherweise mit finanziellen Nachteilen behaftet. Ein derartiger Wechsel bedarf einer eingehenden Analyse der zukünftig zu erwartenden Kostensteigerungen der Beiträge sowie des jeweiligen Leistungsumfangs. Ein Wechsel in den Basistarif eines anderen Unternehmens ist jedoch bei voller Portabilität möglich, allerdings bewegt man sich dann hinsichtlich des Leistungsspektrums auf dem Niveau der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Auch ein Wechsel von der Gesetzlichen Krankenversicherung in die Private Krankenversicherung und entgegengesetzt, also ein vollständiger Systemwechsel, ist grundsätzlich möglich, hängt jedoch ebenfalls von einer Vielzahl von Faktoren ab und ist nur für einen kleinen Teil der deutschen Bevölkerung erstrebenswert und umsetzbar, zumal er in Anbetracht der insbesondere im Bereich der Privaten Krankenversicherung geltenden Rahmenbedingungen nur in jüngeren Jahren sinnvoll erscheint.

Im Jahr 2012 waren von den rund 80 Millionen Einwohnern in Deutschland fast 47 Millionen in der Gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert. Dieser Versichertenkreis hat

²²⁷ Der Begriff „Portabilität“ bedeutet in diesem Zusammenhang die Möglichkeit des Versicherungsnehmers, bei einem Wechsel des Krankenversicherers seinen erworbenen Beitragsteil für Altersrückstellungen mit in den neuen Vertrag zu übernehmen, um dadurch bessere Konditionen beim neuen Anbieter zu erhalten.

²²⁸ RODRIGUES 2008.

nach geltender Rechtslage nur unter bestimmten Voraussetzungen²²⁹ den Anspruch auf einen Wechsel in die Private Krankenversicherung. Weitere 17,5 Millionen Menschen waren zu diesem Zeitpunkt als Familienangehörige mitversichert und haben somit ebenfalls keinen Anspruch auf einen Wechsel. Dazu kommen 4,3 Millionen Privat-Krankenversicherte mit Beihilfeberechtigung, denen ein Wechsel des Versicherungssystems keinerlei Vorzüge bringen würde. Somit verbleiben in etwa 10 Millionen Menschen mit einem möglichen Wahlrecht bezüglich der Art ihrer Krankenversicherung.²³⁰

Dennoch findet ein stetiger Wechsel zwischen den Systemen statt. Die verhältnismäßig geringen Umfänge lassen jedoch nicht den Schluss zu, dass diese Wechsel aufgrund eines umkämpften Versicherungsmarktes entstehen.

Jahr	Übertritte		Saldo für PKV
	Von GKV zur PKV	Von PKV zur GKV	
1970	130.000	226.000	- 96.000
1980	217.000	109.000	+ 108.000
1990	310.000	112.000	+ 198.000
2000	325.000	149.000	+ 176.000
2010	228.000	153.000	+ 75.000
2011	232.000	158.000	+ 74.000
2012	159.000	162.000	- 3.000

Abbildung 24: Übersicht der Übertrittsbewegungen zwischen der Gesetzlichen und der Privaten Krankenversicherung.²³¹

Zusammenfassend erscheint der Markt der Krankenversicherungen nicht in dem Umfang, in welchem man ihn erwarten mag, zu existieren, da ein Großteil der deutschen Bevölkerung per se keinen freien Zugang zu diesem Markt besitzt. Maßnahmen wie das „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV“ haben bisher nicht den gewünschten Erfolg erzielt. Ein Wechsel innerhalb und zwischen den zivilen Gesundheitsversorgungssystemen erfolgt, wie in Abbildung 24 dargestellt, in nur geringer Anzahl und ist Schwankungen in beide Richtungen unterworfen. Selbstverständlich steht es dennoch jeder Person frei, sich unabhängig von ihrer jeweils bestehenden Krankenversicherungs-

²²⁹ Vgl. hierzu Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), hier insbesondere die §§ 5–8.

²³⁰ JACOBS 2013, S. 53–55. Vergleiche hierzu auch Abschnitt 5.1.1 und HAUFE 2014, wo eine Versichertenanzahl von 69,9 Millionen Personen in der Gesetzlichen Krankenversicherung angegeben wird. Hier wird ebenfalls angegeben, dass ca. 9 Millionen Personen über eine Vollversicherung in der Privaten Krankenversicherung verfügen.

²³¹ HAUFE 2014, Auszug aus einer Übersicht S. 16.

form hinaus durch Zusatzversicherungen im Bereich der privaten Krankenversicherer ergänzend abzusichern.

Somit erscheinen die zivilen Krankenversicherungssysteme zwar nicht in vergleichbarer Form zur utV der Soldaten als geschlossene Systeme, gleichwohl kann auch kein uneingeschränkter Wechsel des Versicherungsträgers erfolgen und die Übertrittszahlen sind im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung in Deutschland ohne besondere Relevanz.

5.4 Vergleich der fachlichen Vorgaben für eine implantologische Versorgung innerhalb der unterschiedlichen Kostenträgersysteme

Die fachlichen Vorgaben²³² für die Durchführung implantologischer Leistungen sind im Vergleich der zivilen Krankenversicherungssysteme mit der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung deckungsgleich. Die Indikationsklassen und die Therapieverfahren sowie deren Qualitätssicherung werden durch die Fachgesellschaften und Berufsverbände vorgegeben und sind somit grundsätzlich unabhängig von Vorgaben der Krankenversicherungssysteme. Es existieren keine Unterschiede hinsichtlich fachlicher Vorgaben im Bereich der zivilen Krankenversicherungssysteme, zumal implantologische Leistungen hier, abgesehen von den Ausnahmeindikationen, reine privatärztliche Leistungen sind und somit auf einem Vertrag zwischen Implantologen und Patienten beruhen.

Im Gegensatz dazu trifft man bei der Bundeswehr aus verschiedenen Gründen heraus eine etwas weitergehende Vorgabe zumindest hinsichtlich organisatorischer Rahmenbedingungen an, die sich in einer deutlicheren Kalibrierung der Implantatsysteme und einer in der Umsetzung strengeren Qualitätssicherung bei der Auswahl an durchführenden Implantologen auswirkt. Diese stringenteren Vorgaben basieren auf den streitkräftespezifischen Rahmenbedingungen und sind primär nicht auf die fachliche Durchführung therapeutischer Maßnahmen ausgerichtet.²³³

Ist im zivilen Bereich grundsätzlich jeder Zahnarzt dazu berechtigt, nach mehr oder weniger eigeninitiativer Fortbildung eine Implantation durchzuführen, so existieren bei der Bundeswehr deutliche Vorgaben, welche Sanitätsoffiziere mit welchem Qualifikati-

²³² Vergleiche hierzu die Abschnitte 4.3 und 4.4.

²³³ Vergleiche hierzu Abschnitt 4.7.4.

onsstandard überhaupt bei Soldaten eine zahnärztliche Implantation durchführen dürfen. Waren es, wie bereits oben erwähnt, zu Beginn der Einführung lediglich die Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sowie die Fachzahnärzte für Oralchirurgie, die implantologische Maßnahmen durchführen durften, so wurden später auch Sondergenehmigungen für Sanitätsoffiziere Zahnarzt erteilt, die zertifizierte Nachweise über entsprechende Fortbildungen und diesbezügliche profunde Kenntnisse nachweisen konnten.

Über die Auswahl der eingesetzten Implantatsysteme entscheidet der zivile Implantologe selbstverständlich frei und ist hierbei keinerlei Vorgaben ausgesetzt. Die Auswahl des Implantatsystems erfolgt durch den Implantologen ausschließlich aus fachlichen und in Teilbereichen auch ökonomischen Gesichtspunkten.

Auch wenn die implantologisch tätigen Sanitätsoffiziere grundsätzlich ihre Implantatsysteme ebenfalls frei wählen können, wird aufgrund der besonderen Rahmenbedingungen bei der Bundeswehr die Eingrenzung auf einige wenige Systeme angestrebt. Hierdurch soll gewährleistet werden, dass die Soldatenpatienten bei Komplikationen auch nach Versetzung oder insbesondere im Auslandseinsatz eine entsprechende Nachbehandlung mit den entsprechenden Materialien und dazugehörigen Instrumentarien erfahren können. Da die Zahnarzt-Patientenbindung bei der Bundeswehr häufig aufgrund von systemimmanenten Versetzungen und Auslandseinsätzen sowohl des Patienten als auch des Behandlers deutlich geringer ist als im zivilen Bereich, soll eine Kalibrierung der Implantatsysteme erfolgen, was grundsätzlich zu einer Qualitätssicherung und einer bestmöglichen Sicherstellung von Behandlungsoptionen führen kann. Unabhängig davon obliegt die Fachlichkeit bei der Durchführung dieser Therapieform selbstverständlich dem jeweiligen Operateur und seinen Erfahrungen.

5.5 Bewertung des durch die Kostenträgersysteme gewährten Leistungsumfangs implantologischer Versorgungen

Sieht man von den unter Abschnitt 4.4 beschriebenen genehmigungsfähigen Ausnahmeindikationen ab, besteht grundsätzlich aus zahnmedizinisch-fachlicher Sicht in den meisten Behandlungsfällen keine zwingende Notwendigkeit für eine Versorgung mit

zahnärztlichen Implantaten, wenn man als Ziel die Funktionsfähigkeit des stomatognathen Systems und die Fähigkeit zur Nahrungsaufnahme vorgibt.

Nahezu alle Kiefer- und Befundsituationen konnten und können noch heute grundsätzlich mit Hilfe unterschiedlicher prothetischer Versorgungsformen ohne eine unterstützende Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten therapiert werden. In Einzelfällen kann man jedoch bei zahnlosen Kiefern (Klasse III-Indikation) aufgrund der Kiefersituation eine Implantatversorgung, sollte sie nicht ohnehin zu den Ausnahmeindikationen zählen, durchaus als notwendig erachten.

Der im SGB V sehr allgemein formulierte Anspruch der Versicherungsnehmer wirft in seiner Ausgestaltung zwangsläufig Fragen auf, wenn man versucht, eine Grenze zwischen den jeweiligen Therapieformen zu ziehen, um den Versorgungsumfang in der Praxis tiefergehend festzulegen: Welche Versorgungsform hat wirklich langfristig die beste Funktion und die längste Haltbarkeit? Welche Versorgungsform schädigt ggf. über die Jahre hinweg aufgrund der unphysiologischen Belastung den Kiefer und/oder die Zähne? Hat dies nicht ebenfalls Auswirkungen auf die Bewertung des „Maßes der Notwendigen“ oder geht es nur darum, den Patienten derartig zu versorgen, dass zum Zeitpunkt der Inkorporation seine Fähigkeit zur Nahrungsaufnahme nicht eingeschränkt ist und dieser Status quo für eine unbestimmte Zeit gehalten wird?

Nicht nur aus medizinischer, sondern auch aus wirtschaftlicher Sicht der Kostenträger, ist eine etwas weitreichendere Betrachtung der zu wählenden Versorgungsform grundsätzlich angezeigt. Ebendiese Problematik findet sich auch in vielen anderen Bereichen der medizinischen Leistungserbringung wieder. Neben einer ethischen Diskussion bezüglich der Auswahl und auch Ausgrenzung bestimmter medizinischer Leistungen für einen Patienten²³⁴ bestimmt auch die ökonomische Betrachtung der einzelnen medizinischen Maßnahmen die Bewertung derartiger Festlegungen der Kostenträger.

Hinsichtlich des Anspruchs auf eine Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten ergibt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den verschiedenen Versicherungsformen.

Gemäß den Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr²³⁵ ist, wie bereits mehrfach dargelegt, die Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten grundsätzlich nicht Bestandteil der unentgeltlichen truppenzahnärztlichen

²³⁴ Auf die theoretischen Grundlagen und Inhalte einer derartigen Diskussion wird in Kapitel 6 eingegangen.

²³⁵ BMVG FÜ San I 3 2008.

chen Versorgung. Doch es gibt im Bereich der Bundeswehr durchaus in diesen Richtlinien festgelegte Vorgaben, die eine weitergehende Bewertung der Patientensituation erforderlich machen und eine Genehmigungsfähigkeit nach sich ziehen können. Auch besteht die Möglichkeit einer Wahlleistung, wobei mit Ausnahme der Materialkosten für das Implantatsystem ein Großteil der weitergehenden Kosten auf Bundesmittel übernommen wird. Die Kosten für die medizinische Leistungserbringung werden hierbei dem Patienten ebenfalls nicht in Rechnung gestellt.

Doch gibt es Unterschiede im „Maß des Notwendigen“, wie es im § 12 SGB V für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung beschrieben wurde, im Vergleich zur Bundeswehr?

Die Bundeswehr ist ein selbstständiger Kostenträger und nicht an die Vorgaben des Sozialgesetzbuches gebunden. Allerdings unterliegen Regelungen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung, wie bereits unter den Abschnitten 4.4 und 4.8.2 angeführt, einer breiten Mitzeichnungspflicht durch andere Ministerien, was eine bedarfsgerechte und abgestimmte Ausgestaltung der Vorgaben sicherstellen soll. Die Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr²³⁶ fordern eine schadens- und risikogerechte Versorgung des Soldatenpatienten unter wirtschaftlichen Aspekten.

Der Begriff einer schadens- und risikogerechten Versorgung schließt nicht nur eine Bewertung des status quo des zahnärztlichen Befundes und die grundsätzliche Wiederherstellung der Kaufunktion des Patienten ein, sondern verlangt vom behandelnden Zahnarzt vielmehr eine Abschätzung der Prognose der geplanten prothetischen Maßnahme, ihrer Einflussnahme auf die zukünftige Verwendungsfähigkeit des Patienten (in Abhängigkeit seiner Funktion) und der damit verbundenen Einsatzfähigkeit. Dies bedeutet, dass eine vermeintliche Standardversorgung, wie sie im zivilen Bereich als das „Maß des Notwendigen“ definiert würde, nicht zwingend unmittelbar auf die Anforderungen zahnmedizinischer Versorgung bei der Bundeswehr umsetzbar ist.

Bei der Bundeswehr stellen die Verwendungsfähigkeit und vor allem die Einsatzfähigkeit des Soldaten in besonderem Maße wichtige und bedarfsabgeleitete Aspekte für die Vorgaben aller medizinischer Maßnahmen und Planungen dar. Vor diesem Hintergrund wird grundsätzlich auch in den Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung eine fest-

²³⁶ BMVG FÜ San I 3 2008.

sitzende prothetische Versorgung einer herausnehmbaren Lösung vorgezogen. Diese fachliche Vorgabe ist in Abhängigkeit des vorliegenden Befundes und der Mundhygienesituation des Patienten sicherlich keine *conditio sine qua non*, sie findet jedoch ihre Begründung in den Rahmenbedingungen des Auslandseinsatzes und der möglicherweise damit verbundenen besonderen Anforderungen an das Einsatzspektrum²³⁷, die Einsatzfähigkeit und die Mundgesundheit der Soldaten. Die Vorgabe einer schadens- und risikogerechten Versorgung unter wirtschaftlichen Aspekten schließt selbstverständlich auch den bewertenden Vergleich des Verlustes an Zahnhartsubstanz sowie der anfallenden Kosten der verschiedenen prothetischen Lösungsansätze ein. Im Rahmen eines solchen Vergleiches ist festzustellen, dass etwa bei einer Schaltlückensituation bei naturgesunden oder konservierend stabil versorgten möglichen Pfeilerzähnen eine Implantatversorgung deutlich zahnhartsubstanzschonender und auch kostengünstiger sein kann. All dies ist vom Sanitätsoffizier Zahnarzt, der die prothetische Rehabilitation des Soldatenpatienten plant und mit diesem abstimmt, in die Überlegungen einzubeziehen und entsprechend zu bewerten.

Letztlich kann man sagen, dass in Abhängigkeit der vorliegenden Indikation bei der Bundeswehr diejenige Therapieform gewählt wird, die den besten state-of-the-art Behandlungserfolg und Langzeiterfolg gewährleistet.

Grundsätzlich anders stellt sich dies im zivilen Bereich der unterschiedlichen Versicherungsträger dar. Hier besteht hinsichtlich der Kostenübernahme eine unmittelbare Abhängigkeit von der jeweiligen Art der Krankenversicherung. Grenzt man die Ausnahmeindikationen in der Betrachtung aus, so besteht in den jeweiligen zivilen Krankenversicherungssystemen grundsätzlich jeweils ein völlig unterschiedlicher Anspruch, der jedoch primär nicht von fachlichen Bewertungen abhängt, sondern vielmehr von der gewählten Versicherungsform. Im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung sind implantologische Leistungen nicht im regulären Versorgungsumfang enthalten und werden lediglich zu einem kleinen Teil durch die Festzuschussregelung finanziell mitgetragen. Im Bereich der Privaten Krankenversicherung hängt der Leistungsumfang vom gewählten Versicherungstarif ab. Wird im Rahmen der Vollversicherung ein Großteil der entstehenden Kosten übernommen, besteht hingegen im Basistarif vergleichbar zur Gesetzlichen Krankenversicherung kein Anspruch auf eine entsprechende Kostener-

²³⁷ Mit Einsatzspektrum sind hier die Aufgaben im Einsatz, die Einsatzorte, die besonderen Anforderungen an den einzelnen Soldaten sowie deren Ausstattung gemeint.

stattung. Private (Zahn-)Zusatzversicherungen können den Leistungsanspruch in Abhängigkeit des jeweiligen Versicherungsvertrages deutlich erhöhen.

Im Versorgungsumfang der Beihilfe werden zumindest implantologische Leistungen zur prothetischen Versorgung von zahnlosen Ober- und Unterkiefern als beihilfefähig anerkannt, dagegen sind Einzelzahnimplantate zur Versorgung von Schaltlücken jedoch wiederum nicht beihilfefähig. Der Umfang der Kostenerstattung im Rahmen der Beihilfe richtet sich nach dem Bemessungssatz und kann durch eine entsprechende Zusatzversicherung erhöht werden.

Im Vergleich der unterschiedlichen Systeme stellt sich somit dar, dass im Bereich der zivilen Krankenversicherungssysteme (abgesehen von den Ausnahmeindikationen) ausschließlich die bestehende Versicherungsform das Maß des Leistungsanspruchs bestimmt und fachliche Erwägungen keinen Einfluss haben. Im Gegensatz dazu ist festzustellen, dass im Gesundheitssystem der Bundeswehr die Entscheidung des Anspruchs auf eine implantologische Versorgung durchaus auch fachlichen und somit indikationsbezogenen Vorgaben unterliegt und somit im begründeten Einzelfall eine Kostenerstattung erfolgen kann.

6 Verteilungsgerechtigkeit medizinischer Maßnahmen am Beispiel der Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten

Nachdem die unterschiedlichen Formen der Krankenversicherungssysteme dargestellt worden sind, soll nun, neben einer Analyse der Herausforderungen und zukünftig zu erwartenden Problemstellungen der Versicherungsformen, eine Diskussion zur Verteilungsgerechtigkeit medizinischer Maßnahmen am Beispiel von zahnärztlich-implantologischen Leistungen erfolgen.

Eine umfassende Verfügbarkeit von medizinischen Leistungen für jeden Patienten in jedem Teilbereich der Medizin ist zwar ohne Frage das grundsätzliche Ziel eines jeden Gesundheitssystems, doch ist die Erreichbarkeit dieses Zieles aufgrund von limitierten Finanzierungsmöglichkeiten in dem Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland derzeit schon nur mit erheblichen Einschränkungen möglich und diese Entwicklung wird sich voraussichtlich zukünftig aufgrund verschiedener epidemiologischer und demographischer Faktoren und medizinischer Entwicklungen noch deutlich verschlechtern.

Die Verteilungsgerechtigkeit medizinischer Maßnahmen ist dabei weniger ein betriebswirtschaftliches, sondern vielmehr ein gesellschaftspolitisches Thema, was insbesondere auf ethischen und sozialen Aspekten basiert und wahrscheinlich bereits in naher Zukunft zu einem sozialpolitischen Problem reifen könnte.²³⁸

Im Bereich der Medizinethik wird der „Verteilungsgerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung“ eine besondere Bedeutung zuerkannt. Die Festlegung des Anspruchsumfangs, wobei dieser bei einer Neuordnung voraussichtlich mit deutlichen Einschränkungen verbunden wäre, stellt die zentrale Herausforderung im Rahmen der Anpassung der bestehenden Systeme beziehungsweise einer Neuentwicklung eines Gesundheitssystems in Deutschland dar. Die Medizinethik kann hierbei wesentliche Aspekte und Hilfestellungen bei der Entwicklung und insbesondere bei der Festlegung der notwendigen Beschränkungen und möglichen Ausschlüsse geben.²³⁹

²³⁸ Vergleiche hierzu QUOß 2013, S. 32-34.

²³⁹ Zu diesem Themenbereich existieren umfangreiche Literaturbeiträge und Veröffentlichungen, wobei im Rahmen der hier vorgenommenen Betrachtung in der Hauptsache auf Beiträge von GROß (2002, 2006, 2012), QUOß (2013), BESKE (2011A, 2011B) sowie MARCKMANN (2006) referenziert werden soll. Andere Beiträge beziehen sich oftmals auf Einzelaspekte und wurden für die Gesamtschau berücksichtigt.

Vor dem Hintergrund der in den voranstehenden Abschnitten beschriebenen verschiedenen Krankenversicherungsformen mit den damit verbundenen Leistungskatalogen für die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen ist eine gleichartige und im Umfang entsprechende Verteilung medizinischer Versorgungsleistungen zwischen diesen verschiedenen Krankenversicherungsvarianten nicht gewährleistet, da ebendieser Anspruchsumfang eindeutig in Abhängigkeit der Form der Krankenversicherung und sogar innerhalb derer noch in der Art des gewählten Versicherungstarifs stehen kann.

Die Verteilung medizinischer Leistungen vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen ist somit in einem erweiterten politisch-sozialwissenschaftlichen Gesamtzusammenhang zu beleuchten und unter medizinethischen Aspekten zu diskutieren. Hierbei wird vornehmlich die Versorgungsform der Gesetzlichen Krankenversicherung angeführt, jedoch ist die Gesamtsituation durchaus auch auf die privaten Krankenversicherungsträger übertragbar und wird wahrscheinlich auch auf deren Bereich umgesetzt werden müssen.²⁴⁰

Bei der Betrachtung, wie eine gerechte Verteilung erreicht werden kann und was Gesundheit für die Bürger der Bundesrepublik Deutschland wert ist, sind viele unterschiedliche Ebenen und Zusammenhänge zu berücksichtigen. Diese unterschiedlichen Ebenen der Regelungsmöglichkeiten und Einflussnahme sowie die Zusammenhänge der Faktoren für eine mögliche, zukunftsfähige Verteilung medizinischer Leistungen sollen im Folgenden beschrieben werden, denn es bedarf vielfältiger Abstimmungen und Regelungen zur Realisierung einer derartigen medizinischen Versicherungs- und Versorgungslandschaft.

Insbesondere von Seiten der Ärzteschaft wird in den letzten Jahren zunehmend gefordert, den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherungen dahingehend anzupassen, dass medizinische Leistungen nach ihrer Wertigkeit und Wirkung für das Gesundheitssystem abgestuft werden und einer klaren, einer expliziten Rationierung²⁴¹ unterworfen werden.²⁴²

Betrachtet man den anstehenden demographischen Wandel sowie die fragliche Entwicklung des Staatshaushaltes in der Zukunft ist eine solche Anpassung zumindest innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung gemäß der Bundesärztekammer und wesentli-

²⁴⁰ GROß 2012, S. 162–163, sowie RIHA 2008, S. 133–134.

²⁴¹ Begriffsbestimmung der „expliziten Rationierung“ siehe Abschnitt 6.1.

²⁴² Siehe dazu BESKE 2011A, S. 63–66, sowie BÄK 2012, TOP II, und BÄK 2013, Anlage zu I-02.

cher Vertreter der Medizinethik ein notwendiger Schritt in Richtung einer gerechten Verteilung medizinischer Leistungen²⁴³. Die Festlegung des Umfanges der durch die Gesetzliche Krankenversicherung zur Verfügung gestellten medizinischen Leistungen muss nach öffentlicher Diskussion in politischen und fachlichen Gremien festgelegt werden. Dies hat bis zum jetzigen Zeitpunkt kaum stattgefunden, eine Einbindung der Öffentlichkeit in die Thematik und in die Weiterentwicklung des Systems der Gesundheitsversorgung in Deutschland wird sich jedoch zukünftig nicht vermeiden lassen.²⁴⁴

6.1 Begriffsbestimmung und Einleitung in die Diskussion

Im Vorwege der Darstellung der vornehmlich im Bereich der Medizinethik und weniger im Bereich der Politik geführten Diskussion einer zukunftsfähigen und gerechten Mittelverteilung medizinischer Leistungen sollen zunächst Schlüsselbegriffe und Modellformen bestimmt werden.

6.1.1 Allokation

Unter Allokation versteht man die Verteilung knapper Ressourcen, hier im Bereich des Gesundheitswesens. Die Allokation kann nach zwei idealtypisch verschiedenen, aber in der Realität in Mischformen auftretenden Verfahren ablaufen. Bei der dezentralen Allokation beruht die Verteilung der knappen Ressourcen auf marktwirtschaftlichen Prinzipien. Die Allokation durch zentrale Planungsinstanzen erfolgt hingegen nach explizit festgelegten Verteilungsgrundsätzen und Verfahren. Man unterscheidet bei der Verteilung von Mitteln im Gesundheitswesen vier Ebenen.²⁴⁵

Auf der oberen Ebene der Makroallokation wird entschieden, welches Gewicht der medizinischen Versorgung und der Gesundheit gegenüber anderen gesellschaftlichen Zielen im Rahmen der Ressourcenverteilung zuerkannt wird.

Auf der unteren Ebene der Makroallokation erfolgt die Verteilung des Gesamtbudgets für Gesundheitsausgaben auf die Teilbereiche der medizinischen Versorgung wie Prä-

²⁴³ BÄK 2013, Anlage zu I-02, sowie GROß 2012, S. 163.

²⁴⁴ GROß 2012, S. 168–170, sowie ZEKO 2007, S. 26–27.

²⁴⁵ Die Unterscheidung beruht auf dem Modell von H. Tristram Engelhardt, Jr. und findet sich unter anderem bei RIHA 2008, S. 134–136, sowie MARCKMANN 2012, S. 285–286.

vention, Gesundheitsförderung, Notfallmedizin sowie für die ambulanten und stationären Versorgungsbereiche.

Auf der oberen Ebene der Mikroallokation wird geregelt, welche Patientengruppen welche Gesundheitsleistungen erhalten sollen. Diese Regelung kann beispielsweise in Form von Behandlungsleitlinien erfolgen.

Auf der unteren Ebene der Mikroallokation wird schließlich über die Zuteilung bestimmter Ressourcen an einzelne Patienten entschieden.²⁴⁶

6.1.2 Rationalisierung

Eine Möglichkeit, die zur Verfügung stehenden Ressourcen möglichst effizient einzusetzen, stellt die Rationalisierung medizinischer Leistungserbringung dar. Hierbei soll durch gezielte Maßnahmen wie beispielsweise Prozessoptimierung die Effizienz der medizinischen Versorgung gesteigert werden, wodurch der gleiche medizinische Effekt mit weniger Ressourcen oder mit den gleichen Ressourcen ein größerer medizinischer Effekt erzielt werden kann. Eine verbesserte Ressourcenausnutzung durch Rationalisierung stellt eine begrenzte Möglichkeit zur Effizienzsteigerung dar, da bei optimaler Prozessoptimierung eine weitergehende Verbesserung nicht mehr zu erzielen ist.²⁴⁷

6.1.3 Rationierung

Im Gegensatz zur Rationalisierung führt die Rationierung durch das vorübergehende oder auch dauerhafte Vorenthalten von bestimmten medizinischen Leistungen zu Kostensenkungen im Gesundheitswesen. In Abhängigkeit der Verteilungsebene wird zwi-

²⁴⁶ MARCKMANN 2012, S. 285–286.

²⁴⁷ GROß 2012, S. 164–165, sowie ZEKO 2007, S. 2–3. Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer führt hierzu an: „Es ist allgemein bekannt und mit vielen Beispielen belegt, dass im deutschen Gesundheitswesen noch Wirtschaftlichkeitsreserven vorhanden sind, die vordringlich mobilisiert werden sollten. Allerdings werden Effizienzsteigerungen allein kaum ausreichen, um ein weiteres Auseinanderklaffen von Machbarem und Finanzierbarem zu verhindern. Da Rationalisierungen methodisch aufwändig sind und häufig strukturelle Veränderungen im Versorgungsgeschehen erfordern, lassen sich die Einsparpotentiale nicht allesamt und schon gar nicht sofort ausschöpfen. Zudem erlauben sie nur begrenzte Einsparungen, da die Effizienz der medizinischen Versorgung nicht beliebig oft gesteigert werden kann.“

schen einer expliziten und einer impliziten Rationierung unterschieden.²⁴⁸ Hierzu führt die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer an:

“Explizite Rationierungen erfolgen nach ausdrücklich festgelegten, allgemein verbindlichen Regeln und Kriterien oberhalb der Arzt-Patient-Beziehung. Eine gezielte, explizite Rationierung bietet die Möglichkeit, die vorhandenen Ressourcen gleichmäßig unter Sicherung vordringlicher Bedarfe zu verteilen. Bei impliziten Rationierungen entscheidet hingegen der Arzt oder eine andere Instanz im Einzelfall ohne feste Vorgaben oder nach ökonomischen Steuerungsmechanismen über die Zuteilung medizinischer Leistungen.“²⁴⁹

Bei der impliziten Rationierung wird insbesondere die Rolle des Arztes sehr kritisch betrachtet, da dessen Verantwortung für die Einschränkung medizinischer Maßnahmen im Einzelfall seiner ethischen Rolle als Arzt durchaus zuwiderläuft.

Betrachtet man die Vor- und Nachteile der expliziten und impliziten Rationierungen, so ist die explizite Rationierung aus ethischen Aspekten heraus zu bevorzugen. Explizite Rationierungen sind transparenter, konsistenter, medizinisch rationaler und durch die Gleichbehandlung aller Versorgungsempfänger gerechter. Im Gegensatz dazu sind implizite Rationierungen aus ethischer Sicht eher bedenklich, da die medizinischen Leistungen häufig nach intransparenten und inkonsistenten Kriterien verteilt werden.²⁵⁰

Insbesondere vor dem Hintergrund der derzeit noch fehlenden öffentlichen Thematisierung und der damit einhergehenden fehlenden expliziten Rationierung findet derzeit in der Praxis hauptsächlich eine implizite Rationierung durch die Ärzteschaft statt.

6.1.4 Priorisierung und Posteriorisierung

Wenn alle Maßnahmen der Rationalisierung ausgeschöpft sind und die Verteilung der Ressourcen unter den Aspekten einer Rationierung zu erfolgen hat, dann ist in einem nächsten Schritt zu klären und festzulegen, welche Leistungen und Leistungsbereiche der Gesundheitsversorgung wichtiger und welche weniger wichtig sind.

Dieses Vorgehen, bei dem die Vorrangigkeit von medizinischen Leistungen, Indikationsbereichen, Patientengruppen oder ganzen Versorgungsbereichen bestimmt wird,

²⁴⁸ GROß 2012, S. 165–167; MARCKMANN 2012, S. 289; BESKE 2011A, S. 64–66, sowie ZEKO 2007, S. 3–4.

²⁴⁹ ZEKO 2007, S. 3–4.

²⁵⁰ Vergleiche hierzu MARCKMANN 2012, S. 290, sowie GROß 2012, S. 166, der noch weitergehende Unterteilungen in harte und weiche Rationierungen sowie direkte und indirekte Rationierungen vornimmt.

bezeichnet man als Priorisierung. Der Begriff Posteriorisierung beschreibt hingegen die Nachordnung von entbehrlichen Maßnahmen.²⁵¹

Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer führt zur Begriffsbestimmung aus:

“Die ZEKO versteht unter Priorisierung die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vor anderen. Ihr Gegenteil wird mit Posteriorisierung bezeichnet. Grundsätzlich führt Priorisierung zu einer mehrstufigen Rangreihe. An deren oberen Ende steht, was nach Datenlage und fachlichem wie öffentlichem Konsens als unverzichtbar bzw. wichtig erscheint, am Ende das, was wirkungslos ist bzw. mehr schadet als nützt.

Nicht nur Methoden, sondern auch Krankheitsfälle, Kranken- und Krankheitsgruppen, Versorgungsziele und vor allem Indikationen (d. h. Verknüpfungen bestimmter gesundheitlicher Problemlagen mit zu ihrer Lösung geeigneten Leistungen) können priorisiert werden. Generell lässt sich – unscharf – eine „vertikale“ Priorisierung innerhalb eines abgegrenzten Versorgungsbereichs (z. B. Herzkrankheiten und ihre Versorgung) von einer „horizontalen“ (d. h. Priorisierung unterschiedlicher Krankheits- und Krankengruppen bzw. Versorgungsziele) unterscheiden.

Die Priorisierung medizinischer Leistungen und Indikationen ist nicht zu verwechseln mit ihrer tatsächlichen Rationierung, wenn hierunter das (vorübergehende oder dauerhafte) Vorenthalten medizinisch notwendiger oder wenigstens nützlicher Leistungen aus Knappheitsgründen verstanden wird. Priorisierung als solche führt nicht zwangsläufig zu Rationierung.“²⁵²

Wie dargestellt, müssen Priorisierungen nicht zwingend mit Rationierungen verbunden sein oder in diese führen. Vielmehr bieten sie aus ethischer Sicht die Möglichkeit, Versorgungsqualität und Gesundheitsausgaben nach klar vorgegebenen Kriterien explizit gegeneinander abzuwägen und dadurch einen optimalen Einsatz der zur Verfügung stehenden Ressourcen zu erreichen.²⁵³

Nachdem die grundlegenden Begrifflichkeiten dargestellt worden sind, sollen im Folgenden, ausgehend von einer kurzen Ist-Analyse und Vorausschau auf zu erwartende Entwicklungen, mögliche Maßnahmen und Modellansätze für eine gerechte Verteilung von medizinischen Maßnahmen diskutiert werden.

Anhand der Versorgung mit zahnärztlich-implantologischen Leistungen soll beispielhaft die Problematik im Rahmen der Einführung neuer Behandlungsmethoden in ein Versorgungssystem dargestellt werden.

²⁵¹ GROß 2012, S. 167–168.

²⁵² ZEKO 2007, S. 3.

²⁵³ MARCKMANN 2012, S. 292; vergleiche auch SCHÖNE-SEIFERT 2007, S. 180, sowie BESKE 2011A, S. 63–66.

6.2 Das Grundproblem der Finanzierbarkeit einer umfassenden medizinischen Versorgung im Kontext demographischer Entwicklungen in Deutschland

Der zu erwartende demographische Wandel sowie der medizinische Fortschritt sind entscheidende Faktoren für die Kostenentwicklung im deutschen Gesundheitswesen.

Mit dem wachsenden Anteil älterer Menschen an der deutschen Bevölkerung sind massive Veränderungen des Krankheitsspektrums (mehr chronisch-degenerative Erkrankungen) ebenso zu erwarten wie eine Veränderung des Verhältnisses von aktiven Beitragszahlern der Gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber Leistungsempfängern ohne oder unter verminderter Beitragszahlung im Rahmen des Umlageverfahrens. Betrachtet man die Seite der Einnahmemöglichkeiten von finanziellen Mitteln für die Gesundheitsversorgung, so erscheint hier in vielerlei Hinsicht eine kaum verbesserungsfähige Gesamtlage in Deutschland.²⁵⁴

Eine Erhöhung der Beitragssätze kann nicht unbegrenzt erfolgen, da eine Zunahme der Lohnnebenkosten zu einer Schwächung der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft und Überbelastung der Beitragszahler führen könnte. Dazu kommt die Konkurrenzsituation des Gesundheitswesens mit anderen Ressorts wie Bildung, Bekämpfung von Armut und Arbeitslosigkeit, innerer Sicherheit, Infrastruktur oder Umweltschutz um begrenzte öffentliche Finanzmittel.²⁵⁵ Eine steigende Arbeitslosigkeit und eine sinkende Lohnquote, d.h. ein sinkender Anteil der Löhne und Gehälter am Volkseinkommen, können diese Situation gegebenenfalls nochmals verschärfen.²⁵⁶

Wie nachfolgend dargestellt, hat das Fritz Beske Institut für Gesundheits-Systemforschung in Kiel versucht, im Rahmen einer Hochrechnung auf der Basis von Daten aus dem Jahr 2008 die Entwicklungen bis ins Jahr 2060 zu erfassen. Danach haben im Jahr 2008 rund 51 Millionen Mitglieder die Beiträge für Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 160 Milliarden Euro aufgebracht. Im Jahr 2060 müssen vor dem Hintergrund des demographischen Wandels rund 40 Millionen Mitglieder, somit rund 11 Millionen Beitragszahler weniger, die Beiträge für Ausgaben in Höhe von 468 Milliarden Euro aufbringen. Dies bedeutet eine zu erwartende Mehrbelastung

²⁵⁴ MARCKMANN 2006, S. 184–188.

²⁵⁵ CHILDRESS 2012, S. 311–312.

²⁵⁶ MARCKMANN 2012, S. 284.

von 308 Milliarden Euro.²⁵⁷ Sollte es nicht zu einschneidenden Veränderungen im Gesundheitssystem kommen, müssten somit deutlich weniger Beitragszahler deutlich erhöhte Ausgaben tragen, was zwangsläufig zu finanziellen Defiziten der Versicherungsträger führen muss.

Anders ausgedrückt bedeutet dies, dass den eher stagnierenden oder gar rückläufigen Einnahmemöglichkeiten voraussichtlich stark ansteigende Ausgabenentwicklungen gegenüberstehen. Mit der zunehmenden Alterung der deutschen Bevölkerung wird eine signifikante Steigerung der jährlichen Pro-Kopf-Ausgaben einhergehen. In der nachstehenden Tabelle wird deutlich, dass nach einem hohen Kostenaufkommen in den ersten zehn Lebensjahren die jährlichen Pro-Kopf-Ausgaben bis annähernd zum Renten-/Pensionsalter sich auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau bewegen, um dann ab dem sechzigsten Lebensjahr wieder stark anzusteigen.

Alter in Jahren	Durchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben in €
0	4.171
10	966
20	818
30	1.087
40	1.200
50	1.663
60	2.450
70	3.673
80	4.941
89	5.585
90	5.343

Abbildung 25: Durchschnittliche jährliche Pro-Kopf-Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung in 10-Jahresabständen 2008 in Euro²⁵⁸

Eine durch das Fritz-Beske-Institut für Gesundheits-System-Forschung erstellte Analyse der möglichen Ausgaben- und Beitragsentwicklung zeigt basierend auf den Werten des Jahres 2010, wie wenig umsetzbar sich eine Weiterführung des derzeitigen Finanzierungskonzeptes der Gesetzlichen Krankenversicherung bis in das Jahr 2060 hinein gestaltet.

²⁵⁷ BESKE 2011A, S. 38–39. Die hierbei zur Anwendung kommenden Grundannahmen für die Berechnung werden in Folgenden deutlich dargestellt.

²⁵⁸ Abbildung aus BESKE 2011A, S. 38.

In dieser Analyse heißt es unter anderem:

“Die Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung der GKV bis 2060 kann folgendermaßen zusammengefasst werden:

- Bei einer Ausgangslage der GKV-Ausgaben für 2010 von 164 Milliarden Euro kommt es allein demografiebedingt zu Mehrausgaben in höheren Altersgruppen bei gleichzeitig niedrigeren Ausgaben in jüngeren Altersgruppen. Die Gesamtausgaben steigen von 164 auf 174 Milliarden Euro.
- Bei Einbeziehung von Kosten für den medizinischen Fortschritt von 1 Prozent der jährlichen Ausgaben der GKV Anstieg der Ausgaben bis 2060 je nach Annahme der demografischen Entwicklung auf 267 bis 268 Milliarden Euro, bei 2 Prozent Ausgabensteigerung für den medizinischen Fortschritt, eine realistische Annahme, Steigerung auf 437 bis 468 Milliarden Euro – statt 164 Milliarden Euro 2010.
- 2008 haben rund 51 Millionen Mitglieder die Beiträge für Ausgaben der GKV in Höhe von 160 Milliarden Euro aufgebracht. 2060 müssen rund 40 Millionen Mitglieder, rund 11 Millionen weniger, die Beiträge für Ausgaben in Höhe von 468 Milliarden Euro aufbringen, rund 308 Milliarden Euro mehr.
- Der mittlere monatliche Krankenkassenbeitrag betrug 2010 je Mitglied 142 Euro. 2060 muss ein Mitglied monatlich
 - allein durch die demografische Entwicklung 178 bis 184 Euro
 - bei 1 Prozent Ausgabensteigerung durch den medizinischen Fortschritt 293 bis 303 Euro
 - bei 2 Prozent Ausgabensteigerung durch den medizinischen Fortschritt 479 bis 496 Euro aufbringen.
- Wird auf der Grundlage der beitragsbezogenen Einnahmen der GKV von 2008 das Einnahmedefizit bis 2060 berechnet, ergibt sich ein Einnahmedefizit von bis zu jährlich 310 Milliarden Euro.
- Wird auf der Grundlage des Beitragssatzes von 14,9 Prozent 2010 der mittlere monatliche Beitrag auf den Beitragssatz 2060 hochgerechnet, ergibt sich ein Beitragssatz
 - allein durch die demografische Entwicklung von 18,6 bis 19,3 Prozent
 - bei 1 Prozent Ausgabensteigerung durch den medizinischen Fortschritt von 30,6 bis 31,7 Prozent
 - bei 2 Prozent Ausgabensteigerung durch den medizinischen Fortschritt von 50,1 bis 52 Prozent (ohne Berücksichtigung der Steigerungsrate der Einkommen. Die Steigerung des Beitragssatzes bezieht sich auf die Einkommensverhältnisse von 2005).“²⁵⁹

Diese Analyse macht deutlich, dass ein Beibehalten der heutigen normativen Vorgaben im Gesundheitswesen voraussichtlich nicht ausreichen wird, um ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem zu erreichen, selbst wenn sich die Beitragssätze nicht ganz so dras-

²⁵⁹ BESKE 2011A, S. 38-39.

tisch wie in der hochgerechneten Form entwickeln sollten. Diese Studie kann zwar lediglich als Anhalt für die Kostenentwicklungen im Bereich der Gesundheitsversorgung angesehen werden, sie stellt jedoch zumindest, auf durchaus realistischen Annahmen basierend, den Trend einer deutlichen Ausgabensteigerung dar. Dieser Trend wird zudem weder seitens der Politik, der Ärzteschaft und deren Vertretern, der Wirtschaft noch seitens Vertretern der Medizinethik in Frage gestellt. Hierbei scheint Konsens dahingehend zu bestehen, dass massive Ausgabensteigerungen zu erwarten sind, die nicht ausschließlich durch Maßnahmen der Rationalisierung auszugleichen sein werden.

6.3 Rationalisierung und Rationierung als Mittel der Ausgabenbegrenzung

Die Notwendigkeit einer Rationalisierung der Gesundheitsversorgung wurde und wird in Deutschland immer wieder als notwendiges Mittel zur Kosteneinsparung diskutiert und eingefordert.²⁶⁰ Eine Optimierung der Verfahren und Prozesse im Bereich der medizinischen Versorgungsleistungen und ebenso auch der verwaltungstechnischen Elemente auf Seiten der Versicherungsträger führt bei konsequenter Durchführung zu einer bestmöglichen Ausnutzung der finanziellen Ressourcen.

Wie bereits unter Abschnitt 6.1.2 dargestellt, räumt die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer ein, dass es allgemein bekannt und mit vielen Beispielen belegt ist,

„dass im deutschen Gesundheitswesen noch Wirtschaftlichkeitsreserven vorhanden sind, die vordringlich mobilisiert werden sollten. Allerdings werden Effizienzsteigerungen allein kaum ausreichen, um ein weiteres Auseinanderklaffen von Machbarem und Finanzierbarem zu verhindern. Da Rationalisierungen methodisch aufwändig sind und häufig strukturelle Veränderungen im Versorgungsgeschehen erfordern, lassen sich die Einsparpotentiale nicht allesamt und schon gar nicht sofort ausschöpfen. Zudem erlauben sie nur begrenzte Einsparungen, da die Effizienz der medizinischen Versorgung nicht beliebig oft gesteigert werden kann.“²⁶¹

Hier erscheint es auch nicht als ausreichend, dass Rationalisierungsmaßnahmen vornehmlich im Bereich der medizinischen Versorgung eingefordert werden. Insbesondere im Bereich der Verwaltungskosten auf Seiten der Versicherungsträger erscheint Poten-

²⁶⁰ Vergleiche hierzu Abschnitt 6.1.2.

²⁶¹ ZEKO 2007, S. 2–3.

tial zur Rationalisierung vor dem Hintergrund der Nutzung von immer umfangreicher werdenden IT-Ausstattungen und Verfahren.

Gemäß einer Studie²⁶² der Unternehmensberatung A.T. Kearney aus dem Jahr 2011 wurden 23 Prozent der Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung 2010 in Höhe von 176 Milliarden Euro für die Verwaltung ausgegeben. In der Industrie liegt dieser Anteil der Unternehmensberatung zufolge bei nur 6,1 Prozent. Diese Studie führt weiterhin an, dass nicht nur im Bereich der Krankenversicherungsträger hohe Verwaltungskosten produziert werden, sondern ebenfalls im administrativen Bereich der medizinischen Leistungserbringer. Danach müssen Ärzte in Krankenhäusern 37 Prozent ihrer Arbeitszeit in Verwaltungsaufgaben investieren. Das Verbesserungspotential ist der Studie zufolge enorm: Durch schlankere Strukturen ließe sich der Beitragssatz in der Gesetzlichen Krankenversicherung von derzeit 15,5 auf 14,2 Prozent senken. Konkret könnten nach Rechnung der Unternehmensberater rund 13 Milliarden Euro eingespart werden.

Die Rationalisierung bietet somit unbestritten noch vielfältige Möglichkeiten einer effizienteren Ressourcennutzung, sie wird es jedoch nicht allein ermöglichen, eine zukunftsfähige Finanzierung des Gesundheitswesens in Deutschland sicherzustellen.

Somit kommt der Rationierung von medizinischen Leistungen eine zunehmende Bedeutung in Deutschland zu. Der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung stellt für sich bereits inhaltlich eine explizite Rationierung von ärztlichen Leistungen dar. Dieser Katalog wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss in verbindlichen Richtlinien näher konkretisiert. Dieser setzt sich aus Vertretern der Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, der Krankenhäuser und Krankenkassen zusammen, wobei auch Vertreter von Organisationen der Patientinnen und Patienten ein Mitberatungsrecht haben. Der Gemeinsame Bundesausschuss erlässt in den verschiedenen Leistungsbereichen Richtlinien, die für die beteiligten Krankenkassen, Leistungserbringer und die Versicherten verbindlich sind. Die zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen und deren Vergütung sind im Einheitlichen Bewertungsmaßstab festgelegt. Für neue Diagnose- und Therapieverfahren entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss, ob diese den genannten Anforderungen genügen und somit von der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden können. Die Vergütung der

²⁶² KEARNEY 2011.

vom Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannten neuen Diagnose- und Therapieverfahren wird dann ebenfalls im Einheitlichen Bewertungsmaßstab festgelegt. Diese explizite Rationierung stellt das derzeit praktizierte Verfahren im deutschen Gesundheitswesen dar.

Wie bereits angeführt, reichen jedoch diese Regulationsmaßnahmen bei weitem nicht aus, um die zukünftig zu erwartenden Defizite im deutschen Gesundheitssystem auch nur annähernd auszugleichen. Auch Eingrenzungen und Reduzierungen des Leistungsspektrums, hier insbesondere im Bereich der medizinischen Hilfsmittel, haben nur bedingt zu einer Kosteneindämmung geführt.²⁶³

Aufgrund des Fehlens weitergehender expliziter Rationierungen ist die Ärzteschaft derzeit gezwungen, durch eine implizite Rationierung zumindest eine weitere Kosteneindämmung herbeizuführen. Durch Budgetierung und Beschränkungen im erstattungsfähigen Leistungsangebot sind insbesondere die niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte gezwungen, medizinische Maßnahmen im Rahmen einer Mehrkostenvereinbarung mit den Patienten abzudingen oder einzelne Leistungen ohne Entgelt zu erbringen. Durch diese quasi erzwungene Kostenteilung zwischen Gesetzlicher Krankenversicherung und Patient entwickelt sich eine weiche Rationierung, die in der Praxis die explizite Rationierung ausgleicht, da die medizinische Leistung zwar in Anspruch genommen werden kann, der Patient jedoch die Kosten dafür zusätzlich übernehmen muss oder der Arzt sie kostenlos erbringt.²⁶⁴

Seitens der Politik erfolgt bisher nur ein sehr vorsichtiger Umgang mit dem Themengebiet, was zur Folge hat, dass eine notwendige öffentliche Diskussion um eine weitergehende Rationierung von medizinischen Leistungen in Deutschland gar nicht oder nur sehr ungern geführt wird, da eine möglichst umfassende medizinische Versorgung einen sehr hohen Stellenwert in der deutschen Bevölkerung besitzt.²⁶⁵

²⁶³ ROHDE 2002, S. 141.

²⁶⁴ MARCKMANN 2012, S. 290.

²⁶⁵ SCHÖNE-SEIFERT 2007, S. 180–181.

6.4 Priorisierung medizinischer Maßnahmen als notwendiger Schritt und Darstellung möglicher Kriterien

Sind weitere Leistungseinschränkungen im deutschen Gesundheitssystem unvermeidlich, ist durch eine Priorisierung medizinischer Maßnahmen festzulegen, welche Leistungen und Leistungsbereiche wichtiger und welche weniger wichtig für eine ausreichende medizinische Versorgung der deutschen Bevölkerung sind.

In Deutschland veröffentlichte die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) im April 2000 eine erste Stellungnahme zu „Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung. Müssen und können wir uns entscheiden?“. Diese fand jedoch nur ein sehr geringes Echo und hat wenig für weitergehende Diskussionen gesorgt. Im Jahr 2007 hat die ZEKO eine weitere Stellungnahme zum Thema „Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung“ veröffentlicht. In dieser wird angeführt:

„Bisher ist es nicht gelungen, das Thema Prioritätensetzung in der Gesundheitsversorgung zu einer breiten öffentlichen Diskussion zu bringen. Aus der politischen Debatte sind eher Positionen für ein unreflektiertes ‚weiter so‘ oder als Alternative Hürden vor dem Leistungszugang z. B. durch Zuzahlungen oder eine Differenzierung des Leistungskatalogs nach Kaufkraft zu vernehmen. Die meiste Aufmerksamkeit konzentriert sich auf die Stabilisierung bzw. Erweiterung der Einnahmeseite, eine inhaltliche Diskussion der Ausgabenstruktur wird konsequent vermieden. In der Begründung der neuesten Gesundheitsreform heißt es, dass der Umfang des bisherigen Leistungskatalogs im Wesentlichen bestehen bleiben solle. Gleichzeitig soll er für medizinischen Fortschritt geöffnet bleiben, und es sind einige Leistungspflichten präzisiert worden (u. a. Rehabilitation, Schutzimpfungen).“²⁶⁶

Das Ziel, die Versorgungsqualität und die für eine medizinische Versorgung notwendigen Gesundheitsausgaben nach klar vorgegebenen Kriterien gegeneinander abzuwägen und dadurch eine effiziente und zukunftsfähige Gesundheitsversorgung in Deutschland sicherzustellen, hat jedoch weiterhin Gültigkeit und diese Maßnahme erscheint zudem unabdingbar, will man die gesetzlich festgelegten Grundrechte auf ausreichende medizinische Versorgung nicht in Frage stellen.

Hierbei gilt es jetzt, ebendiese Kriterien für eine Priorisierung zu erarbeiten, öffentlich zu diskutieren und einen Konsens über die Festsetzung der zu Grunde zu legenden Kriterien herauszuarbeiten. Für diese Definition von Kriterien existieren unterschiedliche Beschreibungen und Ansätze, die sich jedoch zum Großteil inhaltlich annähern. Als

²⁶⁶ ZEKO 2007, S. 7.

relevante Veröffentlichungen sind hierbei die Empfehlungen der ZEKO²⁶⁷ sowie die Aufbereitungen von Dominik Groß²⁶⁸ und Georg Marckmann²⁶⁹ zu nennen.

Die Empfehlungen der ZEKO sehen eine Unterscheidung in formale und inhaltliche Kriterien vor. Die relevanten Verteilungskriterien sind, sieht man von einer Unterteilung ab, somit:

- **Transparenz:** Priorisierungen sollten nach klar erkennbaren Kriterien und öffentlich zugänglichen Verfahren erfolgen.
- **Begründung:** Jede Priorisierung sollte auf nachvollziehbaren Begründungen beruhen.
- **Evidenzbasierung:** Jeder Priorisierungsvorschlag sollte die verfügbare wissenschaftliche Evidenz wenigstens hinsichtlich Wirksamkeit, Nutzen- und Schadenpotentialen sowie Notwendigkeit der zu erwartenden Kosten der involvierten Leistungen berücksichtigen. Dies erfordert die Einbindung von Fachleuten verschiedener medizinischer und anderer Disziplinen.
- **Konsistenz:** Priorisierungsregeln und -kriterien sollten in allen Fällen gleichermaßen angewendet werden, so dass Patienten in vergleichbaren medizinischen Situationen gleich behandelt werden.
- **Legitimität:** Bindende Priorisierungsentscheidungen sollten durch demokratisch legitimierte Institutionen erfolgen.
- **Offenlegung und Ausgleich von Interessenkonflikten:** Priorisierungsverfahren und -entscheidungen sollten so geregelt sein, dass Interessenkonflikte offengelegt und die involvierten Interessen in einen angemessenen Ausgleich gebracht werden.
- **Wirksamer Rechtsschutz:** Patienten und Leistungserbringern, denen aufgrund von Priorisierungsentscheidungen Leistungen verwehrt werden, sollten Widerspruchs- und Klageverfahren zur Verfügung stehen.
- **Regulierung:** Durch freiwillige Selbstkontrolle oder staatliche Regulierung sollten diese Bedingungen einer gerechten Prioritätensetzung gesichert und umgesetzt werden.
- **Medizinische Bedürftigkeit:** Schweregrad und Gefährlichkeit der Erkrankung, Dringlichkeit des Eingreifens.
- **Erwarteter medizinischer Nutzen.**
- **Kosteneffektivität.**²⁷⁰

Ein weiteres Kriterium, welches in der oben dargestellten Aufzählung fehlt, stellt die Partizipationsmöglichkeit²⁷¹ dar. Da sich Leistungsbegrenzungen nicht direkt aus einer ethischen Theorie ableiten lassen, sollten gemäß dieser Forderung für Bürger und Patienten Möglichkeiten zur Partizipation am Entscheidungsprozess zur Verfügung stehen.

Die Liste dieser Kriterien lässt sich erweitern und verändern, in Abhängigkeit der jeweiligen ethischen und sozialpolitischen Ansätze. Es wird jedoch deutlich, wie schwer

²⁶⁷ ZEKO 2007, S. 20–24.

²⁶⁸ GROß 2012, S. 168–170.

²⁶⁹ MARCKMANN 2006, S. 203–205.

²⁷⁰ Vgl. ZEKO 2007, S. 21–22.

²⁷¹ MARCKMANN 2012, S. 293, sowie GROß 2012, S. 168–169.

nicht nur ein konsensfähiger Kriterienkatalog zu erarbeiten ist, sondern auch wie umfangreich möglicherweise die Einschnitte in das bestehende Gesundheitssystem sein könnten. Dieser Sachverhalt erschwert eine öffentliche politische Diskussion, da es hierbei insbesondere von Seiten der Bürger um Wahrung des Besitzstandes und eine Kostenersparnis bei gleichbleibender Versorgungsqualität gehen wird. Kaum ein Politiker wird einschneidende Maßnahmen im Sinne einer Reduzierung der Erstattung von medizinischen Leistungen mit dem Ziel einer Konsolidierung des Finanzrahmens der Gesetzlichen Krankenversicherung in sein politisches Programm aufnehmen und dieses öffentlich diskutieren wollen.²⁷² Für das weitere Vorgehen empfiehlt daher die Zentrale Ethikkommission, bei der Bundesärztekammer einen gesellschaftlichen und politischen Diskurs über die notwendigen Schwerpunktsetzungen in der medizinischen Versorgung zu initiieren. Die Forderungen lauten wie folgt:

„Dabei gilt es vor allem zu klären, wofür die solidarisch aufgebrauchten Mittel eingesetzt werden sollen: Welche Versorgungsziele, Gesundheitsstörungen, Leistungen und Indikationen sollen als vorrangig gelten, welche als nachrangig? Welche Kriterien sollen aus welchen Gründen gelten, wer soll sie wie anwenden, wer soll Prioritäten feststellen und schließlich rechtssicher umsetzen? Ohne ein größeres Problembewusstsein in Bevölkerung und Politik für die Begrenztheit der Ressourcen in der Gesundheitsversorgung scheint jede explizite Prioritätensetzung zum Scheitern verurteilt.

Da eine Prioritätensetzung im Gesundheitswesen vielfältige Wertentscheidungen voraussetzt, die sich nicht mit hinreichender Konkretheit aus einer ethischen Theorie ableiten lassen, ist ein öffentlicher Diskurs erforderlich, um Entscheidungen darüber zu treffen, für welche Ziele und Zwecke die gemeinschaftlich aufgebrauchten und begrenzt verfügbaren Gesundheitsressourcen vordringlich verwendet werden sollen.

Wie die Erfahrungen anderer Länder zeigen, handelt es sich bei der Prioritätensetzung um einen fortdauernden Prozess, der gleichermaßen in Politik, Gesellschaft und Wissenschaft zu führen ist. Hierfür müssen entsprechende Institutionen geschaffen werden, die zum einen die wissenschaftliche Evidenz über Nutzen und Kosten medizinischer Maßnahmen auswerten und zusammenführen und zum anderen den politischen Diskurs dauerhaft implementieren. Jede Implementierung sollte von Beginn an Möglichkeiten der Beteiligung für Bürger und Interessenvertreter vorsehen.“²⁷³

Es bleibt somit abzuwarten, ob ein auch von der Politik getragener, öffentlicher Diskurs in Deutschland zu erreichen ist. Solange diese öffentliche Auseinandersetzung nicht

²⁷² MARCKMANN 2006, S. 200–203, sowie SCHÖNE-SEIFERT 2007, S. 177–181.

²⁷³ ZEKO 2007, S. 27. Seit dem Jahr 2007 wurde keine aktualisierte Form oder Neufassung zum Themengebiet der „Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)“ durch die ZEKO veröffentlicht.

stattgefunden hat und eine innerhalb der deutschen Gesellschaft abgestimmte Priorisierung von medizinischen Versorgungsleistungen nicht umgesetzt ist, müssen durch bestehende explizite, aber vor allem implizite Rationierungsmaßnahmen die Kostenentwicklungen im deutschen Gesundheitssystem kontrolliert und bestmöglich eingeschränkt werden.

6.5 Grenzen und Umsetzbarkeit von Leistungsbegrenzungen

Die Rationierung von medizinischen Leistungen findet ihre Grenzen grundsätzlich in dem im fünften Teil des Sozialgesetzbuches gesetzlich geforderten Maß an medizinischer Grundversorgung.²⁷⁴ Auch gilt es dabei zu berücksichtigen, welches System der Gesundheitsversicherungen zukünftig zum Tragen kommen soll und ob notwendige Leistungsbegrenzungen zur Kostenreduktion durch die Mischform von Gesetzlicher und Privater (Zusatz-)Krankenversicherungen individuell aufgefangen werden können und sollen. Reicht es dabei aus, eine gesetzlich festgelegte Basisversorgung für gesetzlich-versicherte Personen zu definieren, die in Abhängigkeit der finanziellen Rahmenbedingungen des Staatshaushaltes steht?

Die Gesundheit des Menschen ist ein konditionales, ein hohes, wenn nicht gar das höchste Gut des Menschen. Die Gesundheit des Individuums ist die Grundvoraussetzung für die Realisierung von Lebensplänen und somit Basis einer Chancengleichheit in der Gesellschaft.²⁷⁵ Doch stellt man die Frage, was den Wert der Gesundheit darstellt und wie eine gerechte Verteilung von Gesundheitsleistungen im Allgemeinen aussehen sollte, so unterscheiden sich die Einschätzungen in Abhängigkeit des sozialen Status und der damit verbundenen finanziellen Rahmenbedingungen. Würde man jedoch Menschen im Rahmen eines theoretischen Szenarios ohne Kenntnis ihrer eigenen finanziellen Rahmenbedingungen entscheiden lassen, in welcher Form sie sich eine Verteilung von medizinischen Versorgungsleistungen wünschen, so erscheint es am plausibelsten, dass diese eine Verteilung unabhängig von individuellen finanziellen Rahmenbedingungen und ausschließlich auf den Bedarf orientiert wünschen würden.²⁷⁶

²⁷⁴ ROHDE 2002, S. 130–136.

²⁷⁵ MARCKMANN 2012, S. 287, sowie GROß 2012, S. 163.

²⁷⁶ KERSTING 2012, S. 299–300.

Dieses theoretische Szenario macht erneut deutlich, warum es so schwierig ist, eine konsensfähige Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen zu erreichen, da die Standpunkte, auch ausgehend vom sozialen Status, durchaus gegenläufig erscheinen.

Es gilt somit die Frage zu klären, was der deutschen Bevölkerung die Gesundheit des Individuums wert ist und dies insbesondere auch im Verhältnis zu den anderen, durch öffentliche Finanzmittel zu unterhaltenden Ressorts wie Bildung, Arbeitslosigkeit, Infrastruktur und viele mehr.

Doch auch diese Frage greift zu kurz und es wird wieder das Grundproblem der unterschiedlichen Ansätze für eine gerechte Verteilung der Ressourcen deutlich. Wählt man den Ansatz, dass man für eine Rationierung die zur Verfügung stehenden Finanzmittel als Basis für die Festlegungen wählt, oder soll eine Rationierung und Priorisierung eher von Seiten der ethischen und sozialpolitischen Bedürfnisse geführt werden und die finanziellen Ressourcen werden hierbei primär ausgeblendet? Auch die Literatur aus den Bereichen Politik, der Wirtschaft und der Medizinethik hat auf diese Fragestellungen zum jetzigen Zeitpunkt keine umfassenden Antworten oder Lösungen parat. Hier sind lediglich Ansätze und Kriterien²⁷⁷ für eine notwendige Erörterung und Bewertung zu finden, die im Rahmen einer gesellschaftspolitisch geführten Auseinandersetzung mit dem Themengebiet als Grundlage dienen können, um ein möglichst gerechtes und zukunftsfähiges System einer Gesundheitsversorgung zu entwickeln. Die Bewertung des Gutes Gesundheit durch eine wissenschaftliche oder politische Instanz ist für eine generelle und dabei vornehmlich theoretische Festlegung zu sehr individuell geprägt und dabei abhängig von vielen Rahmenbedingungen des einzelnen Menschen, wie Einkommenssituation, Bildung und persönliche und familiäre Gesundheit.²⁷⁸

²⁷⁷ Vergleiche hierzu insbesondere Abschnitt 6.4.

²⁷⁸ GROß 2012, S. 55–57.

6.6 Aspekte der Verteilungsgerechtigkeit im Rahmen der Gewährung von zahnärztlich-implantologischen Leistungen

Wie bereits im Kapitel 5 dargestellt, unterscheidet sich im Vergleich der verschiedenen Versicherungsformen der Umfang der Kostenübernahme für eine Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten, sieht man einmal von den Ausnahmeindikationen ab, sehr wesentlich und reicht von einem befundabhängigen Festkostenzuschuss bis hin zu einer vollständigen Übernahme aller Behandlungskosten.

Ausgehend von einer Implantatindikation, die nicht zu den Ausnahmeindikationen zu zählen ist, bleibt festzuhalten, dass der gesetzlich krankenversicherte Patient ohne Zusatzversicherung grundsätzlich keinen Anspruch auf eine Versorgung mit einem zahnärztlichen Implantat hat und im Rahmen der prothetischen Versorgung lediglich einen Festkostenzuschuss erhält. Im Gegensatz dazu verfügt ein Patient mit Privater Krankenversicherung und entsprechendem Tarif durchaus über einen Anspruch auf Kostenübernahme für eine implantologische Versorgung. Hier sind der Anspruch und das Maß einer Kostenübernahme abhängig vom gewählten Tarif.

Ein Soldat kann grundsätzlich im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung bei Vorliegen der entsprechenden Indikation eine Implantatversorgung nahezu kostenfrei erhalten; in anderen Fällen kann diese als Wahlleistung mit anteiliger Kostenübernahme durch den Soldaten erfolgen.

Für den Bereich der Beihilfeempfänger gelten in Teilen unterschiedliche Ansprüche auf Versorgungsleistungen sowie Kostenübernahmeanteile, da verschiedenartige Beihilferichtlinien in den jeweiligen Bundesländern sowie beim Bund existieren und Beihilfeempfänger, insbesondere im Hinblick auf zahnärztlich-prothetische und implantologische Versorgungen, häufig Zusatzversicherungen abschließen.

Dieser Vergleich macht deutlich, dass der grundsätzliche Anspruchsumfang auf Kostenübernahme in den verschiedenen Kostenträgersystemen sehr stark divergiert, aber durch private Kostenübernahme oder Zusatzversicherungen dieser Unterschied annähernd vollständig ausgeglichen werden kann. Im Ergebnis ist somit festzustellen, dass zwar grundsätzlich jeder Patient Zugang zu einer implantologischen Versorgungsleistung hat, allerdings hierfür im Einzelfall erhebliche Kosten entstehen können, die nicht von jedem Patienten getragen werden können. Dieser monetäre Sachverhalt schließt somit diesen Patienten indirekt von einer entsprechenden medizinischen Leistung aus.

Betrachtet man diese Analyse und das Ergebnis, wird bereits deutlich, was eine Diskussion um Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen so problematisch gestaltet.

So steht unter anderem die Frage im Raum, ob es ausreichend erscheint, dass jeder Bürger grundsätzlich über einen Zugang zu jedweder medizinischen Leistung verfügt, auch wenn er diese in der Regel aufgrund persönlicher finanzieller Rahmenbedingungen nicht in Anspruch nehmen kann.

Zudem drängen sich weitere Fragen auf: Ist es gerecht, wenn jeder Bürger über einen vergleichbaren, aber eingeschränkten Anspruch auf medizinische Leistungen verfügt? Soll jeder einzelne Bürger für sich bewerten, wie er seine finanziellen Möglichkeiten priorisiert und einsetzt oder ist dieses ein gesellschaftspolitisches Problem, in welchem begrenzte Ressourcen durch Rationierung und Priorisierung auf Ebene der Politik verteilt werden?

Eine derartige Verteilung ist leicht auszugestalten, wenn Ressourcen uneingeschränkt zur Verfügung stehen. Doch es geht nunmehr darum, Leistungseinschränkungen im gesamten Gesundheitssystem vorzunehmen, damit das deutsche Gesundheitswesen zukunftsfähig hinsichtlich der Finanzierbarkeit werden kann. Dies bedeutet, dass deutliche Einschnitte vorgenommen werden müssen, deren Form und Tiefe auf breiter Basis abgestimmt worden sind. Der Aufgabenkatalog ist vielfältig, Ansätze der Ausgestaltung des Gesundheitssystems durch eine „Bürgerversicherung“ oder eine „Kopfpauschale“ machen deutlich, dass es verschiedene Ansätze und Konzepte für eine Neuentwicklung gibt, die jedoch bisher nicht konsensfähig sind.²⁷⁹

Die Medizinethik kann die Frage einer gerechten Verteilung nicht beantworten, sondern lediglich Hilfestellungen durch Lösungsstrategien und relevante Kriterien für eine Festlegung geben. Welche Form als „gerechte Verteilung“ angesehen wird, kann nur durch alle von dieser Regulierung Betroffenen nach Möglichkeit im Konsens festgelegt werden.

Maßnahmen der Kostenregulierung sind bereits heute vorhanden und finden Anwendung in den Vorgaben der Kostenträger. Anhand der implantologischen Versorgungsleistungen kann man die unter Abschnitt 6.1 beschriebenen unterschiedlichen Regelungsmechanismen gut darstellen. Bei Vorliegen der unter Kapitel 5 beschriebenen Ausnahmeindikationen wird eine implantologische Therapieform vollständig durch alle

²⁷⁹ GROß 2012, S. 163–164.

Versicherungsträger akzeptiert. Diese Versorgungsform stellt somit eine medizinische Regelversorgung für diesen Teilbereich dar, der in akzeptierter Weise vornehmlich durch implantologische Maßnahmen zu therapieren ist.

Betrachtet man den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung hinsichtlich sämtlicher Indikationsbereiche außerhalb dieser Ausnahmeindikationen, so wurde im Leistungskatalog festgelegt, dass diese als nicht zwingend durch implantologische Maßnahmen zu therapierende Befunde betrachtet werden und eine Kostenübernahme somit nicht erfolgt. Hier findet eine eindeutige Abgrenzung des Leistungsspektrums zahnärztlicher Versorgungsmöglichkeiten statt, da alternative Versorgungsformen als wirtschaftlicher und gleichermaßen wirkungsvoll betrachtet werden und somit eine implantologische Versorgung in diesen Indikationsgebieten als eine reine Wahlleistung angesehen werden. Als befundbezogene Standardversorgung wird hier eine herkömmliche prothetische Therapieform (festsitzend/herausnehmbar) festgelegt, die ausschließlich auf dem dentalen Ausgangsbefund aufbaut. Bei dieser gezielten Leistungseinschränkung handelt es sich um eine explizite Rationierung einer medizinisch sinnvollen Leistung. Aufgrund der vergleichsweise hohen Kostenintensität dieser Therapiemethode wird der Kostenfaktor als bestimmendes Kriterium gesehen, die möglichen medizinischen Vorteile dieser Behandlungsmethode, wie die Schonung von Zahnhartsubstanz oder die Stabilität der Versorgung, treten in den Hintergrund.

Für den Bereich der Beihilfempfänger werden über die Versorgung der Ausnahmeindikationen hinaus Aufwendungen für implantologische Leistungen bei implantatbasiertem Zahnersatz im zahnlosen Ober- oder Unterkiefer erstattet. Hierbei sind die Aufwendungen für höchstens vier Implantate je Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, zu denen Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, beihilfefähig. Somit wurde im Rahmen einer expliziten Rationierung das Versorgungsspektrum mit Hilfe implantologischer Leistungen im Vergleich zu der Gesetzlichen Krankenversicherung etwas weiter gefasst. Eine Eingrenzung der Implantatanzahl sichert hierbei grundsätzlich sowohl den prothetischen Behandlungserfolg im Rahmen der Versorgung von zahnlosen Kiefern als auch eine Kosteneingrenzung im Rahmen der Kostenerstattung.

Eine noch weitergehende Öffnung der implantologischen Versorgungsmöglichkeiten findet sich im Bereich der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung. Zwar ist die

Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten grundsätzlich nicht Bestandteil der utV, es besteht jedoch aufgrund wehrmedizinischer Aspekte²⁸⁰ die Möglichkeit der Kostenübernahme auf Bundesmittel bei Vorliegen von bestimmten Indikationen wie Schaltlückenversorgung, Versorgungen von Freundsituationen sowie eines atrophierten zahnlosen Kiefers. Diese weitergehende, indikationsabhängige Öffnung des Versorgungsrahmens basiert auf den spezifischen Anforderungen an Soldatinnen und Soldaten hinsichtlich Einsatz- und Verwendungsfähigkeit und hat somit im Vergleich zu den anderen Kostenträgern deutlich Einfluss auf das Maß der expliziten Rationierung genommen.

Im Bereich der Privaten Krankenversicherung macht die Analyse des Unterschiedes im Anspruch auf eine Kostenerstattung im Rahmen der zahnärztlich-implantologischen Versorgung deutlich, dass bereits heute Maßnahmen der expliziten Rationierung bei allen Kostenträgersystemen zur Anwendung kommen. Aber sie zeigt auch, dass explizite Rationierungen in denjenigen medizinischen Bereichen, in denen etablierte Alternativtherapien zur Verfügung stehen, von der Gesellschaft anscheinend toleriert werden. Eine gesellschaftspolitische Diskussion mit dem Thema „Implantate für Alle“ hat bisher nicht stattgefunden und ist in dieser Form auch nicht zu erwarten.

Vielmehr scheint akzeptiert zu werden, dass eine Implantatversorgung eine Art Luxusversorgung darstellt und hinsichtlich der Ergebnisqualität den anderen Versorgungsarten mindestens gleichsteht, wenn nicht sogar in weiten Teilen überlegen ist.

Die medizinischen Aspekte sind hierbei zumindest öffentlich wenig diskutiert worden und somit sind insbesondere die medizinischen Leistungserbringer in der Pflicht, durch eine umfassende Aufklärung alle Aspekte der verschiedenen Versorgungsmöglichkeiten darzustellen und den Patienten dadurch eine bewusste Entscheidung für seine Wahl der Versorgungsform zu ermöglichen. Doch diese Aufklärung muss rechtzeitig vor Eintreten einer Behandlungsnotwendigkeit erfolgen, damit der Patient nicht erst durch eine Mehrkostenvereinbarung Einfluss auf die Art der medizinischen Versorgung nehmen, sondern schon frühzeitig eine generelle Entscheidung hinsichtlich seines Versicherungsumfanges treffen kann. Über das, auf den jeweiligen Patienten abgestimmte, Behandlungskonzept muss dann in Abhängigkeit der Versicherungsform in vollem Umfang aufgeklärt werden, um eine geeignete und realisierbare Versorgung zu erlangen.

²⁸⁰ In Einzelfällen ist die Anwendung der Indikationsklassen I bis III der wissenschaftlichen Fachgesellschaften (BDIZ/BDO/DGI/DGZIBV der MKG-Chirurgen) möglich und eine Kostenübernahme genehmigungsfähig.

Da es sich bei der implantologischen Versorgung um eine therapeutische Maßnahme handelt, die auf die Lebensqualität des Patienten unmittelbaren Einfluss hat, allerdings nicht auf einer vital-bedrohlichen Indikation beruht, kann man erahnen, wie schwierig diese Diskussion in Bereichen zu führen sein muss, in denen die Wahl der Behandlungsmethode möglicherweise über Leben und Tod des Patienten entscheiden kann.

Dies macht den steigenden Stellenwert der Ethik insbesondere auch im Bereich der Zahnmedizin deutlich, denn ohne ethische Analysen und Diskussionen wird eine patientengerechte Versorgung wohl in Zukunft nicht mehr generell möglich sein.

7 Diskussion und Zusammenfassung

Das Bestreben, verloren gegangene Zähne durch neue zu ersetzen, besteht seit annähernd zweitausend Jahren und findet sich in den unterschiedlichsten Kulturen rund um die ganze Welt wieder. Die ersten Entwicklungsformen dieser Therapiemethode waren die Re- und Transplantationen natürlicher Zähne, die von den Prä-Inka-Stämmen, über das Mittelalter hin zu der ersten Implantation eines natürlichen Zahnes in eine künstlich geschaffene Alveole durch Carl Sauer im Jahre 1881 zu beobachten waren.

Insbesondere durch Errungenschaften wie die Entdeckung neuer Anästhesieformen, aber auch vor allem durch die verbesserten Kenntnisse und Maßnahmen im Bereich der Hygiene, entwickelte sich diese Therapiemethode im 19. und 20. Jahrhundert zu einer ernstzunehmenden Versorgungsform, die das Spektrum der zahnärztlichen Prothetik deutlich erweiterte.

Es wurden verschiedenartige Implantatformen, diverse Materialien und später auch die verschiedensten Systeme entwickelt. Alle diese Entwicklungen zielten darauf ab, in Abhängigkeit der technischen Möglichkeiten und des Wissens und der Erfahrungen der jeweiligen Zeit, ein Implantat zur Verfügung zu haben, das in seiner Funktion einem Zahn oder mehreren Zähnen gleichkommt und möglichst lange als Zahnersatz wirken kann.

Diese Entwicklungen wurden in der Hauptsache von praktisch tätigen Zahnärzten vorangetrieben und die Universitäten verweigerten ihnen lange die wissenschaftliche Anerkennung. Erst im Jahr 1982 verlieh die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Implantologie das Signum der Wissenschaftlichkeit, was in der Folge zu einer beschleunigten Entwicklung der Implantologie in Deutschland führte.

Die Therapieform der zahnärztlichen Implantologie wurde im Jahr 1988 in den Versorgungsumfang der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung bei Soldaten der Bundeswehr im Rahmen von Einzelfallentscheidungen aufgenommen. Die Einführung dieser Therapiemethode in das annähernd „geschlossene“ Gesundheitssystem der Bundeswehr gelang nahezu reibungslos. Sicherlich waren anfangs die Therapiekapazitäten begrenzt, aber die Nachfrage nach dieser Therapiemöglichkeit war ebenfalls noch gering.

Im Gegensatz zum zivilen Gesundheitsbereich dürfen im Bereich der Bundeswehr grundsätzlich nur Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sowie Fachzahnärzte für Oralchirurgie zahnärztliche Implantate inserieren. Aufgrund der zunehmenden

Anzahl an Implantationen in den letzten Jahren wird die Suprakonstruktion heutzutage zunehmend jedoch auch durch die jeweils für die Patientenversorgung vor Ort zuständigen Sanitätsoffiziere Zahnarzt vorgenommen.

Die Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr haben sich zwar seit der Einführung dieser Therapiemethode schon mehrfach geändert, eine Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten ist jedoch in Abhängigkeit der vorliegenden Indikation im Einzelfall grundsätzlich bei voller Kostenübernahme auf Bundesmitteln (dies gilt in Abhängigkeit der gewählten Versorgungsform nicht für die Suprakonstruktion) unverändert möglich. Hierbei gilt zu beachten, dass als Begründung für diese Kostenübernahme im begründeten Einzelfall insbesondere die Dienstfähigkeit und die Einsatzfähigkeit des Soldaten im Vordergrund steht.

Festzuhalten bleibt somit, dass die anspruchsberechtigten Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr im Bereich der zahnärztlichen Behandlung, in Abhängigkeit vom vorliegenden Befund und von der medizinischen Indikation, aus fachlicher Sicht ein Höchstmaß an zahnärztlich-prothetischer Versorgung erhalten, welches bei Bedarf die Implantation miteinschließt.

Die Einführung der Therapiemethode der zahnärztlichen Implantologie bei der Bundeswehr konnte nach anfänglichen heftigen Diskussionen durch Übernahme in den Versorgungsumfang erfolgreich umgesetzt werden und erweitert heutzutage auf einem state-of-the-art-level das Therapiespektrum im Bereich der zahnärztlichen Prothetik.

Auch wenn die Einführung der Implantation in das Gesundheitssystem für Soldatinnen und Soldaten erfolgreich und ohne öffentliche Diskussionen vollzogen werden konnte, werden anhand dieses Beispiels die Probleme des bestehenden und zukünftigen Gesundheitssystems in Deutschland deutlich. Die Analyse der unterschiedlichen Anspruchsbedingungen für eine Kostenerstattung von zahnärztlich implantologischen Leistungen zeigt, wie derzeit im deutschen Gesundheitssystem Maßnahmen zur Kostenregulierung bereits zur Anwendung kommen.

Die aufgezeigten Prognosen hinsichtlich der zukünftigen Einnahmen- und Kostenentwicklungen der zivilen Kostenträgersysteme lassen darauf schließen, dass ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem in Deutschland nicht ohne Leistungseinschränkungen und zukünftige Leistungsbegrenzungen auskommen wird. Notwendige Maßnahmen der Rationalisierung werden bereits umgesetzt, können allein voraussichtlich jedoch nicht zu

ausreichenden Kosteneinsparungen führen. Dadurch treten bereits heute und zukünftig in größerem Maße weitergehende Notwendigkeiten wie Rationierung und Priorisierung von medizinischen Leistungen in den Vordergrund.

Insbesondere bei der Rationierung erscheint es zwingend notwendig, dass diese Leistungseinschränkung explizit, also öffentlich bekannt, erfolgt, damit nicht der medizinische Leistungserbringer eine Entscheidung hinsichtlich Gewährung oder Einschränkung treffen muss, wodurch zudem das Arzt-Patientenverhältnis deutlich belastet würde.

Eine Abstimmung der Frage der Verteilungsgerechtigkeit medizinischer Leistungen auf gesellschaftspolitischer Ebene erscheint zwingend notwendig, um eine konsensfähige Festlegung dieser notwendigen Leistungsbegrenzungen zu erreichen.

Die Medizinethik kann zwar diese Fragestellung primär nicht alleine beantworten, sie kann jedoch deutliche Hilfestellungen durch Kriterien für eine Entwicklung eines zukunftsfähigen Gesundheitssystems geben.

Möchte man ein gerechtes und zugleich zukunftsfähiges Gesundheitssystem in Deutschland erreichen, erscheint eine offene politische Kommunikationsstrategie unter Einbeziehung aller politischer und gesellschaftlicher Gruppen annähernd unerlässlich. Das Ziel muss hierbei ein maximaler Konsens aller Gruppen, hierbei insbesondere der Patienten und der Kostenträger, sein.

8 Quellen- und Literaturverzeichnis

8.1 Quellenverzeichnis

BÄK 2011: Bundesärztekammer, 114. Deutscher Ärztetag Kiel – Beschlussprotokoll, Berlin 2011, (<http://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/aerztetage-ab-2006/114-deutscher-aerztetag-2011/>) [15.01.2017]

BÄK 2012: Bundesärztekammer, 115. Deutscher Ärztetag Nürnberg – Beschlussprotokoll, Berlin 2012, (<http://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/aerztetage-ab-2006/112-deutscher-aerztetag-2009/>) [15.01.2017]

BÄK 2013: Bundesärztekammer, 116. Deutscher Ärztetag Hannover – Beschlussprotokoll, Berlin 2013, (<http://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/aerztetage-ab-2006/113-deutscher-aerztetag-2010/>) [15.01.2017]

BÄK 2014: Bundesärztekammer, 117. Deutscher Ärztetag Düsseldorf – Beschlussprotokoll, Berlin 2014, (<http://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/aerztetage-ab-2006/114-deutscher-aerztetag-2011/>) [15.01.2017]

BÄK 2015: Bundesärztekammer, 118. Deutscher Ärztetag Frankfurt a.M. – Beschlussprotokoll, Berlin 2015, (<http://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/aerztetage-ab-2006/115-deutscher-aerztetag-2012/>) [15.01.2017]

BBhV 2009/2015: Verordnung über Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen (Bundesbeihilfeverordnung – BBhV) vom 13. Februar 2009 (BGBl. S. 326) zuletzt geändert durch die sechste Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung vom 27. Mai 2015 (BGBl. I S. 842)

BBhVVwV 2013: Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Bundesbeihilfeverordnung (BBhVVwV) vom 13. Juni 2013, Bundesministerium des Inneren

BDIZ 2010: Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V. (BDIZ EDI); Satzung Fassung 2010

BEHANDLUNGS-RL 2006: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung vom 4. Juni 2003 / 24. September 2003, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2003, S. 24 966, in Kraft getreten am 1. Januar 2004, zuletzt geändert am 1. März 2006, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006, S. 4466; in Kraft getreten am 18. Juni 2006

BMF EP14 2013: Bundesministerium der Finanzen, Bundeshaushaltsplan 2013 Einzelplan 14 – Bundesministerium der Verteidigung; vom Deutschen Bundestag am 23. November 2012 verabschiedet

BMVg Fü San I 3 2008: Bundesministerium der Verteidigung, Fü San I 3 – Gz 42-75-49 vom 24. November 2008, Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr

BMVg InSan I 6 1972: Bundesministerium der Verteidigung, InSan I 6 – Az 42-65 vom 12. Juni 1972, Betreff: Zahnärztliche Implantologie

BMVg InSan I 6 1987: Bundesministerium der Verteidigung, InSan I 6 – Az 42-75-50/51 vom 1. Juni 1987, Betreff: 1. Richtlinien für die zahnärztlich-konservierende Versorgung von Soldaten der Bundeswehr mit Einzelkronen; 2. Richtlinien für die zahnärztlich-prothetische Behandlung von Soldaten der Bundeswehr; 3. Richtlinien für die systematische Behandlung von Parodontopathien bei Soldaten der Bundeswehr; 4. Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung von Soldaten der Bundeswehr

BMVg InSan I 6 1988: Bundesministerium der Verteidigung, InSan I 6 – Az 42-75-50/42-75-32 vom 1. Juli 1988, Betreff: Zahnärztliche Implantologie

BMVg InSan I 6 1990a: Bundesministerium der Verteidigung, InSan I 6 – Az 42-75-50 vom 4. April 1990, Betreff: Arbeitstagung über Abrechnungs- und Gebührenfragen im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung vom 10.-12.04.90

BMVg InSan I 6 1990b: Bundesministerium der Verteidigung, InSan I 6 – Az 42-75-50 vom 5. April 1990, Betreff: Unentgeltliche truppenärztliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr; hier: 1. Kostenübernahme für die Entfernung von zahnärztlichen Implantaten, 2. Festlegung von Fehlerziffern bei gesetzten zahnärztlichen Implantaten

BMVg InSan I 6 1990c: Bundesministerium der Verteidigung, InSan I 6 – Az 42-75-50/51 vom 6. Dezember 1990, Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr

BMVg InSan I 6 1991: Bundesministerium der Verteidigung, InSan I 6 – Az 42-75-50 vom 18. November 1991, Betreff: Unentgeltliche truppenärztliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr, hier: Reimplantation und Transplantation von Zähnen

BMVg InSan I 6 1993: Bundesministerium der Verteidigung, InSan I 6 – Az 42-75-50/51 vom 01. Oktober 1993, Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr; hier: Neufassung

BMVg InSan I 6 1999: Bundesministerium der Verteidigung, InSan I 6 – Az 42-75-49 vom 01. Juni 1999, Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr

BMVg InSan I 6 2001: Bundesministerium der Verteidigung, InSan I 6 – Az 42-26-22/42-27-15 vom 11. April 2001, Betreff: Zahnärztlich-implantologische Versorgung von Soldaten der Bundeswehr, hier: implantologische Versorgung

BwVA 1990: Bundeswehrverwaltungsamt WS 5 – Az 42-75-00 vom 28. März 1990, Betreff: Arbeitstagung über Abrechnungs- und Gebührenfragen im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung und der sonstigen Untersuchungen und Behandlungen vom 10. – 12. April 1990 in Edenkoben

FESTZUSCHUSS-RL 2014: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Bestimmung der Befunde und der Regelversorgungsleistungen für die Festzuschüsse nach §§ 55, 56 SGB V zu gewähren sind sowie über die Höhe der auf die Regelversorgungsleistungen entfallenden Beträge nach § 56 Absatz 4 SGB V; (in der Fassung vom 3. November 2004), zuletzt geändert am 18. Februar 2014, veröffentlicht im BAnz AT 31.03.2014; Gemeinsamer Bundesausschuss, Berlin 2014

GKV-WSG 2007: Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG); Gesetz vom 26.03.2007 (BGBl. I S. 378 [Nr. 11]); zuletzt geändert durch Artikel 4 G. v. 28.07.2011 BGBl. I S. 1622)

SanABw BGZABw 2003: Sanitätsamt der Bundeswehr – Begutachtender Zahnarzt der Bundeswehr – Az 42-75-10 vom 28.05.2003, Heilfürsorgehinweis 01/2003

SanABw BGZABw 2009a: Sanitätsamt der Bundeswehr – Begutachtender Zahnarzt der Bundeswehr – Az 42-75-10 vom 07.01.2009, Heilfürsorgehinweis 1/2009

SanABw BGZABw 2009b: Sanitätsamt der Bundeswehr – Begutachtender Zahnarzt der Bundeswehr – Az 42-75-10 vom 17.02.2009, Heilfürsorgehinweis 2/2009

SanABw I 3 1996: Sanitätsamt der Bundeswehr Dezernat I 3 – Zahnmedizin – Az 42-75-50 vom 11.04.1996, Betreff: Sachstandsbericht zur Anwendung zahnärztlicher Implantate im Bereich der Bw

SanABw I 4 1992: Sanitätsamt der Bundeswehr Dezernat I 4 – Zahnmedizin – Az 42-75-50/42-75-32 vom 13.08.1992, Betreff: Zahnärztliche Implantologie

SanABw I 4 1993: Sanitätsamt der Bundeswehr Dezernat I 4 – Zahnmedizin – Az ohne vom 15.01.1993, Betreff: Vordrucke Zahnärztliche Implantologie

SGB V: Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482); zuletzt geändert durch Art. 2a Gesetz vom 18. Juli 2016

VwV BBesG 1986: Allgemeine Verwaltungsvorschrift (VwV) zu § 69 Abs 2 des Bundesbesoldungsgesetzes (BBesG) in der Fassung vom 03. März 1986 (veröffentlicht im VMBI 1986 S. 119ff)

VwV BBesG 1999: Allgemeine Verwaltungsvorschrift (VwV) zu § 69 Abs 2 des Bundesbesoldungsgesetzes (BBesG) in der Fassung vom 04. Januar 1999 (veröffentlicht im VMBI 1999 S. 37)

VwV BBesG 2009: Allgemeine Verwaltungsvorschrift (VwV) zu § 69 Abs 2 des Bundesbesoldungsgesetzes (BBesG) in der Neufassung vom 14. Februar 2007 (veröffentlicht im VMBI 2007 S. 54) geändert durch VMBI 2009 S. 85 (PSZ III 2 vom 25. Juni 2009)

VwV WSG 1986: Allgemeine Verwaltungsvorschrift (VwV) zu § 6 des Wehrsoldgesetzes (WSG) in der Fassung vom 03. März 1986 (veröffentlicht im VMBI 1986 S. 124ff)

VwV WSG 1999: Allgemeine Verwaltungsvorschrift (VwV) zu § 6 des Wehrsoldgesetzes (WSG) in der Fassung vom 04. Januar 1999 (veröffentlicht im VMBI 1999 S. 42)

ZAHNERSATZ-RL 2007: Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Zahnersatz-Richtlinie) vom 8. Dezember 2004; veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005 S. 4094, in Kraft getreten am 1. Januar

2005, zuletzt geändert am 7. November 2007 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2007 S. 8383

ZAHNHLKGES 1987: Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1225), zuletzt geändert durch Artikel 33 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515)

ZDv 60/7: Zentrale Dienstvorschrift (ZDv) 60/7: „Durchführungsbestimmungen für die unentgeltliche truppenärztliche Versorgung und für die Heranziehung von zivilen (zahn-)ärztlichen und psychologischen Vertretungskräften“

ZDv 46/1: Zentrale Dienstvorschrift (ZDv) 46/1: „Allgemeine Durchführungsbestimmungen zu der ärztlichen Untersuchung bei Musterung und Dienstantritt von Wehrpflichtigen, Annahme und Einstellung von Bewerberinnen und Bewerbern für den freiwilligen Dienst in den Streitkräften sowie bei der Entlassung von Soldatinnen und Soldaten“

ZEKO 2007: Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – Langfassung – (September 2007)

8.2 Literaturverzeichnis

- ALBRECHT 2010: Martin Albrecht [u.a.], Die Bedeutung von Wettbewerb im Bereich der privaten Krankenversicherungen vor dem Hintergrund der erwarteten demografischen Entwicklung, Berlin 2010
- BAHRO/KÄMPF 2001: Marcel Bahro, Christian Kämpf und Jindrich Strnad, Die Verteilungsgerechtigkeit medizinischer Leistungen, Ein Beitrag zur Rationierungsdebatte aus wirtschaftsethischer Sicht, *Ethik in der Medizin* 13 (2001), H. 1-2, S. 45–60
- BAIL/SCHULZ 2013: Bastian Bail und Helmut Schulz, Ausgewählte Aufgabenfelder und Tätigkeiten der Unterabteilung III – Zahnmedizin, *Wehrmedizinische Monatschrift* 57 (2013), S. 43–45
- BESKE 2011a: Fritz Beske, Solidarische, transparente und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung im demografischen Wandel durch Priorisierung und Rationierung – Begründung und Vorschläge, Kiel 2011 (= Schriftenreihe Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung, 121)
- BESKE 2011b: Fritz Beske, Festzuschüsse als zukunftsorientiertes Instrument in der Hilfsmittelversorgung, Kiel 2011 (= Schriftenreihe Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung, 120)
- BRINKMANN 1985: Egon Brinkmann, Enossale keramische Implantate und die prothetische Versorgung, *Zahnärztliche Praxis* 36 (1985), S. 388–405
- BRINKMANN 1993: Anke Brinkmann, Entwicklung der zahnärztlichen Implantologie in Deutschland, med. dent. Diss. München 1993
- BRINKMANN 1995: Anke Brinkmann und Egon Brinkmann, Geschichte der zahnärztlichen Implantologie in Deutschland, Oldenburg 1995
- CHILDRESS 2006: James Franklin Childress, Prioritäten in der Gesundheitsfürsorge, in: Hans-Martin Sass (Hrsg.), *Medizin und Ethik*, Stuttgart 2006, S. 311–327
- DGZMK 1982: Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Thema: Implantologie, Stellungnahme der DGZMK 2/82

DGZMK 2005: Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Thema: Implantologie in der Zahnheilkunde, Stellungnahme der DGZMK 2005, (<http://www.dgzmk.de/zahnaerzte/wissenschaft-forschung/stellungnahmen/archiv/details/document/implantologie-in-der-zahnheilkunde.html>) [15.01.2017]

DGZMK 2013: Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Implantatprothetische Versorgung des zahnlosen Oberkiefers. S3-Leitlinie der DGZMK, 2013, (http://www.dgzmk.de/uploads/tx_szdgzmkdocuments/LL_Implantatproth._Versorgg._d._zahnlosen_OK.pdf) [15.01.2017]

DZZ 1983: Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 38 (1983), Schwerpunktheft Implantologie, S. 77-138, [Artikel: J. Lentrodt, Die Entwicklung der Implantologie bis heute (S. 77–82); H. Newesely, Die Werkstoffe der zahnärztlichen Implantologie (S. 83–85); W. Schulte, Aluminiumoxidkeramik – Kurzfassung (S. 86–87); D. Lukas, B. d’Hoedt und W. Schulte, Das Tübinger Implantat – Statistische Ergebnisse nach 7jähriger Beobachtung (S. 88); H.G. Jacobs, Kalziumphosphat-Keramik (S. 89–99); G. Riess, Bioreaktive TCP-Implantate, Suprastruktur und Resultate (S. 100–103); A. Schroeder und Ph. D. Ledermann, Plasmabeschichtete Titanimplantate (S. 104–105); A. Kirsch und K.-L. Ackermann, Das IMZ-Implantatsystem Indikation – Methode – Langzeitergebnisse (S. 106); M. Münch, B. Krempien und P. Prüssner, REM- und elektronenmikroskopische Untersuchungen von Al₂O₃-Implantaten (S. 107–109); H. Grabert und A. Kirsch, Belastungsuntersuchungen an implantatgetragem Zahnersatz (S. 109); B. d’Hoedt, Blutgerinnung auf Implantatoberflächen im Rasterelektronenmikroskop (S. 110); P. Tetsch, Indikationen und Erfolgsaussichten von enossalen Implantaten (S. 111–114); M. Heners und M. Wörle, Indikation verschiedener Implantationsverfahren – Ergebnisse einer klinischen Langzeitstudie (S. 115–118); R. Singer und K. Kristen, Das Implantat in der Begutachtung (S. 119–122); G. Fuhrmann, A. Kirsch, G. Sauer und V. Strunz, Festigkeit und elastisches Verhalten von unterschiedlichen Stoßdämpfungselementen in IMZ-Implantaten (S. 123–125); R. H. Reich und R. Gade, Zur Verletzungsgefahr des Nervus alveolaris inferior bei der Implantationschirurgie des Unterkiefers anhand anatomischer Untersuchungen (S. 126–128); A. Herforth, Zur Stabilisierung gelockerter Zähne durch transdentale Fixation (S. 129–130); M. Straßburg, Diskussion am Runden Tisch (S. 131–138)]

DZZ 1987: Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 42 (1987)

DEMEISI 1998: Usamah Demeisi, Zur Geschichte der Erforschung von Leben und Werk des Abu I Quasim az-Zahrawi, med. Diss. Berlin 1998

- DIETRICH 1993: U. Dietrich [u.a.], Statistische Ergebnisse zur Implantatprothese am Beispiel von 2017 IMZ-Implantaten unterschiedlicher Indikation der letzten 13 Jahre, Zeitschrift für Zahnärztliche Implantologie 9 (1993), S. 9–18
- FLINTROP 2010: Jens Flintrop, Private Krankenversicherung – Anspruch und Wirklichkeit, Deutsches Ärzteblatt 107 (2010), H. 8, S. A 316
- GERHARDT 2009: Tanja Gerhardt, Implantation von enossalen Bone-Lock-Implantaten bei zahnlosen und teilbezahnten Patienten. Langzeituntersuchungsergebnisse über einen 10-jährigen Studienverlauf, med. Diss. Würzburg 2010
- GREß/HEINEMANN 2013: Stefan Greß und Stephanie Heinemann, Schwachstellen im Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung, in: Klaus Jacobs und Sabine Schulze (Hrsg.), Die Krankenversicherung der Zukunft, Berlin 2013, S. 104–124
- GROß 2002: Dominik Groß (Hrsg.), Ethik in der Zahnheilkunde, Würzburg 2002 (= Zwischen Theorie und Praxis, 3)
- GROß 2006: Dominik Groß, Beiträge zur Geschichte und Ethik der Zahnheilkunde, Würzburg 2006
- GROß 2012: Dominik Groß, Ethik in der Zahnmedizin: Ein praxisorientiertes Lehrbuch mit 20 kommentierten klinischen Fällen, Berlin 2012
- HAUFE 2014: Haufe Kompass Krankenversicherung 2014, Planegg 2014
- HAUN 2013: Dietmar Haun, Quo vadis, GKV und PKV? Entwicklung der Erwerbs- und Einkommensstruktur von Versicherten im dualen System, in: Klaus Jacobs und Sabine Schulze (Hrsg.), Die Krankenversicherung der Zukunft, Berlin 2013, S. 75–106
- HEIN 1999: Jens Hein, Indikationen in der zahnärztlichen Implantologie, Wehrmedizin und Wehrpharmazie 23 (1999), S. 78–82
- HEIN 2000: Jens Hein, 14 Jahre Implantologie im Bundeswehrzentral Krankenhaus, Wehrmed. Mschr. 44 (2000), S. 2–4
- HEIN 2006: Jens Hein, Interview mit Fragenkatalog, 26.10.2006

- HOFFMANN-AXTHELM 1985: Walter Hoffmann-Axthelm, Die Geschichte der Zahnheilkunde, 2. neubearb. und erw. Aufl. Berlin 1985
- HOFFMANN-AXTHELM 1995: Walter Hoffmann-Axthelm, Die Geschichte der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Berlin 1995
- JACOBS 2013: Klaus Jacobs, Wettbewerb im dualen Krankenversicherungssystem in Deutschland – Fiktion oder Realität, in: Klaus Jacobs und Sabine Schulze (Hrsg.), Die Krankenversicherung der Zukunft, Berlin 2013, S. 47–74
- KEARNEY 2011: A.T. Kearney Unternehmensberatung, Deutsches Gesundheitssystem auf dem Prüfstand – Kostenfalle Komplexität, Düsseldorf 2011
- KERSTING 2012: Wolfgang Kersting, Egalitäre Grundversorgung und Rationierungsethik, in: Urban Wiesing (Hrsg.), Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Stuttgart 2012, S. 296–300
- MARCKMANN 2006: Georg Marckmann, Verteilungsgerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung, in: Stefan Schulz, Klaus Steigleder, Heiner Fangerau und Norbert W. Paul (Hrsg.), Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Frankfurt am Main 2006, S. 183–208
- MARCKMANN 2012: Georg Marckmann, Mittelverteilung im Gesundheitswesen, in: Urban Wiesing (Hrsg.), Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Stuttgart 2012, S. 282–296
- MÜLLERSCHÖN 2004: Andre Müllerschön, Die zahnärztliche Betreuung deutscher Soldaten in der Zeit von 1939 bis 1990, med. dent. Diss. München 2004
- OERDING 2004: Christina Oerding, Die Integration der Implantologie in das Behandlungskonzept der Zahnheilkunde in Deutschland. Ein Rückblick auf die Jahre 1970 bis heute, med. dent. Diss. Hannover 2004
- QUOß 2013: Bernd Quoß, Ethik als Steuerungsprinzip zur Finanzierung des Gesundheitssystems?, in: Silvia Hedenigg und Günter Henze (Hrsg.), Ethik im Gesundheitssystem, Stuttgart 2013, S. 21–38
- RIHA 2008: Ortrun Riha, Grundwissen Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin, Bern 2008

- RODRIGUEZ 2008: João Rodrigues, Die Private Krankenversicherung im Umbruch, in: Uwe Repschläger (Hrsg.) Gesundheitswesen aktuell 2008. Auswirkungen der Gesundheitsreform, Wuppertal 2008, S. 98–116
- ROHDE 2002; Ernst-R. Rohde, Wer bezahlt das? Der Anspruch auf technisch mögliche Behandlung unter begrenzten Ressourcen, in: Dominik Groß (Hrsg.), Ethik in der Zahnheilkunde, Würzburg 2002 (= Zwischen Theorie und Praxis, 3), S. 129–144
- SCHINDLER 1999: Gerd Schindler, Die zahnärztliche Versorgung der Bundeswehr, Wehrmedizin und Wehrpharmazie 23 (1999), Nr. 2, S. 55–60
- SCHREIBER 2009: Waltraud Schreiber, Zeitzeugengespräche führen und auswerten. Historische Kompetenzen schulen, Neuried 2009
- SINGER 2000: Rolf Singer, Der implantatgetragene Zahnersatz aus gutachterlicher Sicht, Wehrmed. Mschr. 44 (2000), S. 14–16
- SCHÖNE-SEIFERT 2007: Bettina Schöne-Seifert, Grundlagen der Medizinethik, Stuttgart 2007
- SCHWARZ 1984: Petra Schwarz, Zahnärztliche Implantologie von den Anfängen bis 1930, med. dent. Diss. München 1984
- TÄNZLER 1998: Sabine Tänzler, Die Entwicklung der zahnärztlichen Implantologie von 1930 bis 1994, med. dent. Diss. München 1998
- VOLLMUTH 1997: Ralf Vollmuth, Einblicke und Ausblicke. 40 Jahre zahnärztlicher Dienst der Bundeswehr, Wehrmedizin und Wehrpharmazie 21 (1997), Nr. 3, S. 31–32
- VOLLMUTH 2001: Ralf Vollmuth, Philipp Pfaff. ‚Abhandlung von den Zähnen des menschlichen Körpers‘, dental-praxis 18 (2001), S. 90–91
- VOLLMUTH 2002: Ralf Vollmuth, John Hunters „Natürliche Geschichte der Zähne“. Die Verwissenschaftlichung der Zahnheilkunde, dental-praxis 19 (2002), S. 132–133
- VOLLMUTH 2005: Ralf Vollmuth, Zur Geschichte der deutschen Militärzahnheilkunde. 50 Jahre Bundeswehr, dental-praxis 22 (2005), S. 314–315

VOLLMUTH 2007: Ralf Vollmuth, Militärzahnheilkunde im historischen Kontext, Wehrmedizin und Wehrpharmazie 31 (2007), Nr. 2, S. 10–12

VOLLMUTH 2007a: Ralf Vollmuth, Ein Vorläufer der zahnärztlichen Implantation. Die Transplantation in Philipp Pfaffs ‚Abhandlung von den Zähnen‘, dental-praxis 24 (2007), S. 314–315

VOLLMUTH/BENEKE 2004: Ralf Vollmuth und Matthias Beneke: Schlaglichter der Transplantation und Implantation. Der Traum vom perfekten Zahnersatz, dental-praxis 21 (2004), S. 312–314

ZENSEN 1994: Marita Zensen, Lückenschluß durch Zahnverpflanzung seit dem 18. Jahrhundert, med. Diss. Köln 1994

9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schädelfund aus der Zeit der Etrusker	11
Abbildung 2: Goldstreifentechnik	11
Abbildung 3: Subperiostales Implantat nach Dahl	23
Abbildung 4: Blattimplantate	27
Abbildung 5: Organisation der zahnärztlichen Versorgung, Stand 1. Juni 1971	39
Abbildung 6: Übersicht der organisatorischen Gliederung der Dienststellen und Funktionen im Bereich der zahnärztlichen Versorgung	40
Abbildung 7: Übersicht der organisatorischen Gliederung der Dienststellen mit Auftrag der fachzahnärztlichen Versorgung	41
Abbildung 8: Gliederung des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr im Jahr 2000	42
Abbildung 9: Neue Führungsstruktur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr (Struktur 2020)	45
Abbildung 10: Antrag auf implantologische Versorgung – Vorderseite gemäß Anlage der Weisung SanABw vom 13.08.1992	70
Abbildung 11: Antrag auf implantologische Versorgung – Rückseite gemäß Anlage der Weisung SanABw vom 13.08.1992	71
Abbildung 12: Überarbeitetes Formular Vorderseite – Antrag auf implantologische Versorgung gemäß Weisung vom 15.01.1993	72
Abbildung 13: Überarbeitetes Formular Rückseite – Antrag auf implantologische Versorgung gemäß Weisung vom 15.01.1993	73
Abbildung 14: Anlage zu Heilfürsorgehinweis 01/2003	81
Abbildung 15 a-c: Planungsantrag und Stellungnahme für Implantatversorgungen (3 seitig)	84
Abbildung 16: Aktueller Antrag auf Durchführung einer zahnärztlich-implantologischen Versorgung	87
Abbildung 17: Indikationsklassen für Regelfallversorgung in der Implantologie gemäß Empfehlung BDIZ EDI	94
Abbildung 18: Verteilung der Implantattypen nach Jahrgängen der Implantation im Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz	99

Abbildung 19: Übersicht über die Anzahl der (Einzel-)Implantate bezogen auf die unterschiedlichen Implantatanbieter von 2002–2013	101
Abbildung 20: Verteilung der Implantatzahlen in Bezug auf die unterschiedlichen Anwendungs-/Indikationsbereiche von 2004 – 2013	103
Abbildung 21: Übersicht über die wichtigsten Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung	111
Abbildung 22: Höhe der Festzuschüsse bei beispielhaften Befundsituationen	117
Abbildung 23: Übersicht der Ausgabenentwicklung GKV und PKV aus GREß/HEINEMANN 2013, S. 112	129
Abbildung 24: Übersicht der Übertrittsbewegungen zwischen der Gesetzlichen und der Privaten Krankenversicherung.	133
Abbildung 25: Durchschnittliche jährliche Pro-Kopf-Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung in 10-Jahresabständen 2008 in Euro	147

10 Anhang:

Die anhängenden Dokumente werden zur weitergehenden Darstellung dieser Arbeit beigelegt.

Hierbei handelt es sich um interne und um öffentliche Dokumente, die über keine vermerkten Sicherheitseinstufungen verfügen und zudem bereits hinsichtlich ihrer Geltung aufgehoben sind. Vor diesem Hintergrund wird eine entsprechende Veröffentlichung als unkritisch eingestuft.

Anhang 1	BMVg InSan I 6 1972	Seite 179
Anhang 2	BMVg InSan I 6 1987	Seite 180–204
Anhang 3	BMVg InSan I 6 1988	Seite 205–209
Anhang 4	BwVA 1990	Seite 210–214
Anhang 5	BMVg InSan I 6 1990A	Seite 215–216
Anhang 6	BMVg InSan I 6 1990B	Seite 217–218
Anhang 7	BMVg InSan I 6 1991	Seite 219
Anhang 8	SanABw I 4 1992	Seite 220–223
Anhang 9	SanABw I 4 1993	Seite 224–238
Anhang 10	BMVg InSan I 6 1993	Seite 229–261
Anhang 11	SanABw I 3 1996	Seite 262–263
Anhang 12	BMVg InSan I 6 2001	Seite 264–266

Bundesministerium der Verteidigung
InSan I 6 - Az: 42 - 25

Bonn, den 12. Juni 1972
App: 2331

An
Inspektion der Sanitätstruppe
Leitender Zahnarzt
K ö l n

Betr: Zahnärztliche Implantologie

Zur Frage der Durchführung zahnärztlicher Implantationen in der Bundeswehr hat der Inspekteur des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr wie folgt entschieden:

„Hinsichtlich der Bewertung der Gewichtigkeit bei Anwendung dieses Verfahrens im Sanitätsdienst der Bundeswehr bestehen jedoch z.Zt. noch begründete Bedenken, wie

- Fehlen exakter Erfolgsstatistiken
- noch zu häufige Misserfolge
- keine echten Dauererfolge und
- daraus resultierende mögliche rechtliche Ansprüche.

Angesichts dieser Bedenken, die auch von namhaften Fachvertretern geteilt werden, erscheint die allgemeine Durchführung zahnärztlicher Implantationen in der Bundeswehr, zumindest zum gegenwärtigen Zeitpunkt, noch verfrüht und daher nicht zweckmäßig.“

Im Auftrag



(Dr. Koch)

Anlage 2: BMVg InSan I 6 1987

Der Bundesminister der Verteidigung
InSan I 6 - Az 42-75-50/51

5300 Bonn 1, 1. Juni 1987
 Telefon (0228) 12- 23 31

Sanitätsamt der Bundeswehr mit NA für: Inspizient Zahnmedizin		232 x
Heeresamt - Abt. IX		1592 x
Generalarzt der Luftwaffe		300 x
Marineamt - AbtMSanDst		122 x
Streitkräfteamt - LSO/ZMilDBw		31 x
Bundeswehrverwaltungsamt - zuzügl. für BwVerwSt Ausland u. KWEA		162 x
Wehrbereichsverwaltung I, II, III, IV, V, VI	je 5 x	30 x
Militärgeschichtliches Forschungsamt		1 x
<u>nachrichtlich:</u>		
Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit		4 x
Bundesminister der Finanzen		4 x
Bundesminister des Innern		2 x
Bundesminister für Verkehr		2 x
Bundesminister für das Post- und Fernmeldewesen		2 x
H II 3		
VR I 3		
VR III 2		
S II 4, 7		
InSan I 1, 2, 5		
InSan II 3		
im Ministerium		

*Mit
 BMVg-InSan I 6 Az 42-75-50/51 v. 06.12.90
 angeschlossen*

0133/10.80

Postanschrift: Postfach 1328
 5300 Bonn 1

Telefon
 Vermittlung
 (0228) 12-1

Telex
 0886575

Telefax
 (0228) 12-5357

Paketanschrift: Paketausgabe
 5300 Bonn 1

- Betr.:
1. Richtlinien für die zahnärztlich-konservierende Versorgung von Soldaten der Bundeswehr mit Einzelkronen
 2. Richtlinien für die zahnärztlich-prothetische Behandlung von Soldaten der Bundeswehr
 3. Richtlinien für die systematische Behandlung von Parodontopathien bei Soldaten der Bundeswehr
 4. Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung von Soldaten der Bundeswehr

hier: Neufassung

- Bezug:
1. Allgemeine Verwaltungsvorschrift (VwV) zu § 69 Absatz 2 des Bundesbesoldungsgesetzes (BBesG) in der Fassung vom 3. März 1986 (VMBI S. 119)
 2. Allgemeine Verwaltungsvorschrift (VwV) zu § 6 des Wehrsoldgesetzes (WSG) in der Fassung vom 3. März 1986 (VMBI S. 124)

Anlg.: - 4 -

Allgemeines

1. Zweck

Diese Richtlinien regeln die Durchführung der

- zahnärztlich-konservierenden Versorgung mit Einzelkronen (Anlage 1)
- zahnärztlich-prothetischen Behandlung (Anlage 2)
- systematischen Behandlung von Parodontopathien (Anlage 3)
- kieferorthopädischen Behandlung (Anlage 4)

von Soldaten der Bundeswehr in Sanitätseinrichtungen der Bundeswehr und durch Zahnärzte außerhalb der Bundeswehr.

1.1 Richtlinien für die Beantragung

Diese Richtlinien erläutern die Voraussetzungen, die bei der Beantragung von unter 1. angeführten Behandlungen zu beachten sind.

...

1.2 Richtlinien für die Entscheidung

Der zuständige Sanitätsoffizier entscheidet nach diesen Richtlinien über Anträge auf Genehmigung dieser Behandlungen bei Soldaten der Bundeswehr.

2. Bezugserlasse

Diese Richtlinien sind besondere Bestimmungen im Sinne der Nr. 8 Abs. 1 Satz 2 der VwV zu § 69 Abs. 2 BBesG i.d.F. vom 3. März 1986 (Bezug zu 1.). Sie sind auch nach Nr. 1 der VwV zu § 6 WSG i.d.F. vom 3. März 1986 (Bezug zu 2.) anzuwenden.

3. Behandlung von Soldaten durch Zahnärzte außerhalb der Bundeswehr

Diese Richtlinien sind auch bei Behandlung von Soldaten durch zivile Zahnärzte zu beachten.

Ziel der Behandlung

4. Funktionstüchtigkeit

Ziel der zahnärztlich-konservierenden Versorgung mit Einzelkronen, der zahnärztlich-prothetischen Behandlung und der systematischen Behandlung von Parodontopathien von Soldaten ist es, im Rahmen dieser Richtlinien die Funktionstüchtigkeit des Kauorgans herbeizuführen oder ihre Beeinträchtigung zu verhindern.

Ein neuer Zahnersatz ist nicht angezeigt, wenn der vorhandene Zahnersatz noch funktionstüchtig ist oder die Funktionstüchtigkeit wiederhergestellt werden kann (z.B. durch Erweiterung).

4.1 Für die kieferorthopädische Behandlung gelten besondere Richtlinien (Anlage 4).

5. Anderes Behandlungsziel

Maßnahmen mit einem anderen als dem in Nr. 4 bestimmten Ziel können - soweit im folgenden nichts anderes bestimmt ist - nur ausnahmsweise und nur nach eingehender Begründung zugelassen werden.

...

6. Wehrdienstbeschädigungsfolgen

6.1 WDB-Folgen, Anerkennung

WDB-Folgen im Sinne dieser Richtlinien liegen vor, wenn die Folgen einer gesundheitlichen Schädigung durch die zuständige Dienststelle als WDB-Folgen oder als Folgen einer Schädigung im Sinne des § 81a des Soldatenversorgungsgesetzes (SVG) anerkannt sind oder das zuständige Wehrbereichsgebührenamt III oder V auf Grund einer Stellungnahme des Truppenarztes bzw. des Truppenzahnarztes festgestellt hat, daß eine solche Folge wahrscheinlich vorliegt.

6.2 WDB, Wiederherstellung des vorherigen Zustandes

Sind durch zahnärztlich-konservierende Versorgung mit Einzelkronen, zahnärztlich-prothetische Maßnahmen, systematische Behandlung von Parodontopathien und/oder kieferorthopädische Behandlung die Folgen einer WDB oder sonst einer Schädigung im Sinne des § 1 des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) oder eines Gesetzes, das das BVG für anwendbar erklärt, zu beheben, soll eine möglichst vollkommene Wiederherstellung des vorherigen Zustandes angestrebt werden.

6.3 WDB, weitergehende Maßnahmen

Die zahnärztlichen Maßnahmen sollen sich nicht auf die bloße Wiederherstellung des vorherigen Zustandes (Nr. 6.2) beschränken, wenn im Sinne der Nr. 4 weitergehende Maßnahmen erforderlich sind.

7. Gewährung der Behandlung

7.1 Gewährung, allgemein

Die zahnärztliche Behandlung wird im Sinne der Nrn. 4 und 5 dieser Richtlinien gewährt.

...

7.2 Gewährung zahnärztlich-prothetischer Behandlung

7.2.1 Berufssoldaten und Soldaten auf Zeit

wird zahnärztlich-prothetische Behandlung gewährt, um die Funktionstüchtigkeit des Kauorgans herbeizuführen oder ihre Beeinträchtigung zu verhindern, in den ersten vier und den letzten zwei Monaten der Dienstleistung jedoch nur zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Dienstfähigkeit des Soldaten.

- a. Bei den Gewährungsmöglichkeiten für Berufssoldaten und Soldaten auf Zeit steht wegen der langjährigen Dienstzeit die Erhaltung oder Wiederherstellung der Kau- oder Sprachfunktion im Vordergrund.
- b. In den letzten zwei Monaten ist zusätzlich der rechtzeitige Abschluß einer zahnärztlich-prothetischen Behandlung innerhalb der Restdienstzeit zu berücksichtigen.
- c. Bei der Wahl der Behandlungsmethode sind die Kriterien:
 - Zweckmäßigkeit,
 - Dauerhaftigkeit und
 - Grundsätze der Wirtschaftlichkeit einzubeziehen.

7.2.2 Soldaten, die auf Grund der Wehrpflicht Grundwehrdienst leisten

wird zahnärztlich-prothetische Behandlung gewährt während des Grundwehrdienstes zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Dienstfähigkeit.

- a. Bei den Gewährungsmöglichkeiten für Soldaten, die auf Grund der Wehrpflicht Grundwehrdienst leisten, ist vorrangig die Erhaltung der Dienstfähigkeit während der Dienstzeit bzw. Verwendungsfähigkeit im Aufgabenbereich zu beurteilen. Eine Gefährdung der

...

Dienstfähigkeit/Verwendungsfähigkeit kann auch bei Zahnverlust während der Dienstzeit und/oder bei drohendem Verlust der Funktionstüchtigkeit des Kauorgans vorliegen.

- b. Bei der Wahl der Behandlungsmethode sind die Kriterien:
- Zweckmäßigkeit,
 - Dauerhaftigkeit und
 - Grundsätze der Wirtschaftlichkeit einzubeziehen.

7.2.3 Wehrübenden

wird zahnärztlich-prothetische Behandlung gewährt, wenn während einer Wehrübung bei nachgewiesener unverschuldeter Beschädigung oder nachgewiesenem unverschuldetem Verlust von Zahnersatz nach dem Urteil des behandelnden Truppenarztes bzw. Truppenzahnarztes und des für die Entscheidung zuständigen Sanitätsoffiziers die Erneuerung des Zahnersatzes zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Dienstfähigkeit notwendig ist.

8. Anspruch bei WDB-Folgen

In den Fällen der Nr. 6 wird die zahnärztlich-prothetische Behandlung auch ohne die Voraussetzung der Erhaltung oder Wiederherstellung der Dienstfähigkeit gewährt.

Art und Umfang der Behandlung

9. Grundlagen der Behandlungsplanung

Art und Umfang der zahnärztlichen Behandlung richten sich nach den anatomischen, physiologischen, pathologischen und hygienischen Gegebenheiten des Kauorgans. Innerhalb des insoweit gegebenen Rahmens ist diejenige Behandlungsmethode zu wählen, die - nach fachlichem Urteil, insbesondere hinsichtlich der Zweckmäßigkeit und Dauerhaftigkeit -

...

erwarten läßt, daß das im Einzelfall angestrebte Behandlungsziel erreicht wird; hierbei sind die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit zu beachten. Die Behandlungsplanung muß aus dem Antrag erkennbar und auf das Gesamtgebiß abgestimmt sein.

10. Vorläufiger Zahnersatz

Ein vorläufiger Zahnersatz kann genehmigt werden.

11. Werkstoffe

Es sollen nur solche Werkstoffe verwendet werden, die klinisch erprobt sind und bei denen ausreichend gesichert ist, daß sie der Gesundheit nicht schaden, den chemischen und physikalischen Einwirkungen im Munde widerstehen und der zu erwartenden Beanspruchung genügen. Die Erprobung von Werkstoffen auf Kosten der Bundeswehr ist unzulässig.

Bei der Versorgung mit Brücken und Zahnkronen/Einlagefüllungen sowie für individuell gefertigte Verbindungselemente sollen in der Regel Palladium-Basis-Legierungen (Palladium-Silber, Palladium-Kupfer) verwendet werden. Edelmetallfreie Legierungen können verwendet werden (insbesondere Nickel-Chrom-Molybdän-Legierungen, wenn sie beryllium- und galliumfrei sind).

In medizinisch indizierten Fällen können auch andere Legierungen verwendet werden. *)

12. Umfang der Behandlung

Die Versorgung mit Zahnersatz umfaßt die Befunderhebung, die Planung, die Vorbereitung des Restgebisses, das Einschleifen, die Beseitigung von Okklusionshindernissen und alle Maßnahmen zur Herstellung und Eingliederung des Zahnersatzes einschließlich der Nachbehandlung. Sie umfaßt auch die Unterweisung im Gebrauch des Zahnersatzes sowie die Belehrung des Patienten über die sachgemäße Behandlung des Zahnersatzes.

*) s. auch Erlaß BMVg - InSan I 6 - Az 42-75-50/51 vom 08.02.1982 (Verwendung von edelmetallreduzierten/edelmetallfreien Legierungen)

...

- 12.1 Das gleiche gilt sinngemäß für Zahnkronen und/oder Einlagefüllungen.
- 12.2 Die systematische Behandlung von Parodontopathien umfaßt darüber hinaus die eingehende Belehrung (Motivation) des Patienten und Kontrollen der richtigen Mundhygiene.

Vorbereitung der Behandlung

13. Vorausgehende Behandlung

Der Versorgung mit Zahnersatz soll die notwendige chirurgische (auch parodontalchirurgische) und konservierende Behandlung des Restgebisses vorausgehen.

- a. Tief kariöse Zähne müssen auf ihre Erhaltungswürdigkeit geprüft sein, ggf. müssen Röntgenbilder angefertigt werden.
- b. Pulpatote Zähne müssen mit einer röntgenologisch nachzuweisenden Wurzelfüllung versorgt sein, die mindestens bis in das apikale Drittel reichen soll.
- c. Bei Zähnen mit krankhaften Prozessen müssen Maßnahmen zur Ausheilung eingeleitet sein.
- d. Die Entfernung des Zahnsteins und die Behandlung von Erkrankungen der Mundschleimhaut müssen durchgeführt sein.
- e. Notwendige Parodontalbehandlungen müssen bereits vorgenommen sein oder gleichzeitig durchgeführt werden.
- f. Bei Verdacht auf krankhafte Prozesse an Zähnen und im Kieferknochen muß eine röntgenologische Überprüfung erfolgen.
- g. Nicht erhaltungswürdige Zähne und Wurzelreste müssen entfernt sein.
- h. Retinierte und impaktierte Zähne, die im räumlichen Zusammenhang mit Kronen und Brücken stehen, sollen entfernt werden.

...

14. Röntgenuntersuchung des zu versorgenden Kiefers

Bei der Versorgung mit Einzelkronen, Einlagefüllungen, Brücken und bei einer systematischen Behandlung von Parodontopathien sind in der Regel Einzelröntgenaufnahmen zu fertigen.

Andere Aufnahmen genügen nur dann, wenn sie ohne jede Verzerrung eine einwandfreie Beurteilung ermöglichen. Die Röntgenaufnahmen sind dem Antrag beizufügen.

15. Funktionsstüchtigkeit des Gebisses im anderen Kiefer

Bei der Versorgung mit Zahnersatz soll eine funktionell ausreichende Gegenbezahnung vorhanden sein oder gleichzeitig oder in absehbarer Zeit hergestellt werden.

16. Rechtzeitige Vorbereitung

Grundsätzlich muß die vorausgehende Behandlung so rechtzeitig durchgeführt und die genehmigungspflichtige Behandlung so rechtzeitig beantragt werden, daß voraussichtlich bis zur Entlassung des Soldaten aus der Bundeswehr auch die nachgehende Behandlung abgeschlossen werden kann.

Genehmigung der Behandlung

17. Beantragung

Die Versorgung von mehr als drei Zähnen mit Einzelkronen und/oder Einlagefüllungen, die zahnärztlich-prothetische Behandlung sowie die systematische Behandlung von Parodontopathien bedürfen der vorherigen Genehmigung des zuständigen Sanitätsoffiziers und sind mit den Vordrucken San/Bw/0220, 0221 bzw. 0222 zu beantragen.

Einzelkronen und/oder Einlagefüllungen, deren Eingliederung im Zusammenhang mit einer prothetischen Versorgung notwendig werden, sind auf dem Heil- und Kostenplan (San/Bw/0221) mit zu beantragen.

Bei der Behandlungsplanung von Einlagefüllungen oder Einzelkronen ist vom Gesamtbefund auszugehen. Die Aufteilung von absehbaren, diesbezüglichen Leistungen auf mehrere Vordrucke ist nicht statthaft.

...

18. Beginn erst nach Genehmigung

Maßnahmen, die über Befunderhebung und Planung hinausgehen, dürfen erst begonnen werden, wenn der entsprechende Antrag vorgelegt und genehmigt worden ist.

19. Behandlung ohne Genehmigung oder in anderer als in der genehmigten Form

Wird eine genehmigungspflichtige Behandlung durch den behandelnden Zahnarzt ohne Genehmigung des für die Entscheidung zuständigen Sanitätsoffiziers begonnen oder durchgeführt, werden die Kosten hierfür nicht auf Heilfürsorgemittel übernommen; sie sind auch nicht beihilfefähig. Dies gilt auch dann, wenn eine Behandlung in anderer als in der genehmigten Form durchgeführt wird oder den genehmigten Umfang überschreitet.

*V im Rahmen
des Anspruchs*

20. Behandlung auf Veranlassung des Soldaten

Veranlaßt der Soldat von sich aus die Durchführung der Behandlung vor Genehmigung durch den für die Entscheidung zuständigen Sanitätsoffizier oder in anderer als der genehmigten Form, so kann er dies nur unter Verzicht auf die Inanspruchnahme der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung für diese Behandlung tun. Zwischen dem Soldaten und dem behandelnden Zahnarzt ist hierüber eine schriftliche Vereinbarung zu treffen.

Der Zahnarzt darf für Leistungen, deren Kosten aus Bundesmitteln vergütet werden, Zahlungen von Soldaten weder fordern noch annehmen. Er darf auch mit Soldaten zu den von dem zuständigen Sanitätsoffizier genehmigten zahnärztlichen Leistungen keine Abdingungsvereinbarungen

...

über zusätzliche oder andere Leistungen schließen. Tut er es dennoch, wird die Genehmigung des zuständigen Sanitätsoffiziers hinfällig. Die Kosten werden in diesem Falle nicht auf Heilfürsorgemittel übernommen. Sie sind auch nicht beihilfefähig.

21. Änderung eines genehmigten Antrages für genehmigungspflichtige zahnärztliche Behandlungen

Soll ein genehmigter Antrag geändert werden, so ist erneut die Genehmigung des zuständigen Sanitätsoffiziers erforderlich.

22. Maßnahmen für Identifizierungen

Zur Sicherstellung einer ggf. erforderlichen Identifizierung von Soldaten der Bundeswehr sollen bei Erstellung des Heil- und Kostenplanes zusätzlich zu den Bema-Nummern angegeben werden:

- die jeweilige Kronenkonstruktion, auch Metallkeramik (zu Bema-Nr. 20a, 20b, 20c, 91a, 91b, 91c, 91d)
- die Anzahl, Gestalt und Lage von Halte- und Stützvorrichtungen (zu Bema-Nr. 98h)
- die Lage und Art der Verbindungsvorrichtungen, z.B. Stege, gefräste Konuskronen, Schrauben, Geschiebe, Federstifte (zu Bema-Nr. 93)
- die Zähne, die von einer abnehmbaren Schiene umfaßt werden (zu Bema-Nr. K1 und K3).

Die zivilen Zahnärzte werden gebeten, entsprechend zu verfahren.

23. Zahnärztlicher Sachverständiger

Der für die Entscheidung zuständige Sanitätsoffizier kann einen zahnärztlichen Sachverständigen einschalten. Diese Tätigkeit wird vom Sanitätsdienst der Bundeswehr durchgeführt.

24. Gutachten

- 24.1 Der für die Entscheidung zuständige Sanitätsoffizier kann den eingereichten Heil- und Kostenplan/Antrag auf Versorgung von Einzelzähnen mit Einlagefüllungen/Kronen

...

oder den Parodontalstatus begutachten lassen. In diesem Falle übersendet er den Heil- und Kostenplan/Antrag auf Versorgung von Einzelzähnen mit Einlagefüllungen/Kronen oder den Parodontalstatus unverzüglich an einen Gutachter, der im Benehmen mit der zuständigen KZV zu benennen ist. Hiervon ist der behandelnde Zivilzahnarzt zu unterrichten. Ein kieferorthopädischer Behandlungsplan ist vor der Entscheidung einem Gutachter zur Stellungnahme zuzuleiten (s. Anlage 4, Nr. 2).

- 24.2 Der für die Entscheidung zuständige Sanitätsoffizier kann in begründeten Fällen ausgeführte Leistungen zur Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen/Einlagefüllungen begutachten lassen. In diesem Falle benachrichtigt er den behandelnden Zivilzahnarzt und übersendet die Unterlagen, die der Versorgung zugrunde gelegen haben, einem im Benehmen mit der zuständigen KZV benannten Gutachter.
- 24.3 Der behandelnde Zivilzahnarzt kann für den Heil- und Kostenplan/Antrag auf Versorgung von Einzelzähnen mit Einlagefüllungen/Kronen oder den Parodontalstatus eine Begutachtung beantragen, wenn er mit der Entscheidung des zuständigen Sanitätsoffiziers nicht einverstanden ist. In diesem Falle ist der Heil- und Kostenplan/Antrag auf Versorgung von Einzelzähnen mit Einlagefüllungen/Kronen oder der Parodontalstatus mit allen Befundunterlagen von dem für die Entscheidung zuständigen Sanitätsoffizier an einen Gutachter - der im Benehmen mit der zuständigen KZV zu benennen ist - zu senden. Hiervon ist der behandelnde Zivilzahnarzt zu unterrichten.
- 24.4 Gutachter sind berechtigt, Soldaten der Bundeswehr zu behandeln, jedoch nicht Soldaten, bei denen ein kausaler Zusammenhang zwischen der Tätigkeit als behandelnder Zahnarzt und der Tätigkeit als Gutachter gegeben ist. Notbehandlungen werden hierdurch nicht berührt.

...

25. Weiteres Gutachten

Der behandelnde Zivilzahnarzt oder der für die Entscheidung zuständige Sanitätsoffizier kann bei kieferorthopädischen Maßnahmen und bei der Behandlung von Parodontopathien gegen die Stellungnahme des Gutachters binnen zwei Wochen nach Eingang des Gutachtens einen anderen Gutachter zur Einholung eines weiteren Gutachtens einschalten.

In diesen Fällen ist analog der Nr. 24.3 zu verfahren.

- 25.1 Die nach Nrn. 24. und 25. der Richtlinien anfallenden Gutachterkosten gehen grundsätzlich zu Lasten des für die Heilfürsorge zuständigen Kostenträgers.

26. Inkraft treten

Nach diesen Richtlinien ist ab 1. Juli 1987 zu verfahren.


27. Aufhebung des vorhergehenden Erlasses

Den Erlaß BMVg - InSan I 6 - Az 42-75-50/51 - vom 01.09.1984 hebe ich mit Wirkung vom 01.07.1987 auf.

Soweit Bestimmungen der ZDv 60/7 diesen Richtlinien entgegenstehen, sind diese Bestimmungen nicht mehr anzuwenden.

Die ZDv 60/7 wird zu gegebener Zeit geändert.

Im Auftrag



Dr. Rohweder

Anlage 1 zu

BMVg - InSan I 6 -
Az 42-75-50/51 vom
1. Juni 1987

Richtlinien für die zahnärztlich-konservierende
Versorgung von Soldaten der Bundeswehr
mit Einzelkronen

Versorgung mit Zahnkronen

1. Ob Zahnkronen angezeigt sind, ergibt sich aus dem klinischen und röntgenologischen Befund der zu überkronenden Zähne einschließlich ihrer Parodontalgewebe und aus statischen und funktionellen Gesichtspunkten. Die Erhaltung der Zahnsubstanz hat Vorrang vor der Versorgung mit Zahnkronen.
2. Zahnkronen können angezeigt sein
 - zur Erhaltung eines erhaltungsfähigen und erhaltungswürdigen Zahnes, wenn eine Erhaltung des Zahnes durch andere Maßnahmen nicht mehr oder auf Dauer nicht möglich ist,
 - zum Schutz des Zahnes gegen Schädigung durch Zahnersatz,
 - zur Abstützung eines Zahnersatzes,
 - zur Veränderung der Kieferrelation bei Zahnersatz,
 - im Kronenverbund zur Stabilisierung des Restgebisses im notwendigen Umfang, auch vor der Eingliederung von herausnehmbarem Zahnersatz.
- 2.1 Konfektionierte Kronen dürfen nicht verwendet werden.
3. Zahnkronen sind nicht angezeigt bei Zähnen, die ohne Antagonisten bleiben und für die Verankerung von Zahnersatz nicht benötigt werden.
4. Bei der Planung von Zahnkronen bei jugendlichen Soldaten ist eine besonders sorgfältige Indikationsstellung erforderlich.

...

5. Zeigt das Röntgenbild einen krankhaften Befund, ist dieser bis zur Eingliederung der Krone zu beseitigen. Konservierende Maßnahmen, die der Ausheilung dieses krankhaften Prozesses dienen, müssen abgeschlossen sein. Anatomische und klinische Voraussetzungen für eine spätere chirurgische Behandlung müssen bestehen; eine röntgenologische Untersuchung nach etwa 9 Monaten ist erforderlich.

6. Verblendkronen sind in der Regel bis einschließlich Zahn 5 angezeigt. Ist der Bereich der Zähne 16 und/oder 26 sichtbar, so kann auch dort eine Verblendkrone angezeigt sein.
Im Seitenzahnbereich sind okklusale Verblendungen aus Kunststoff grundsätzlich nicht angezeigt.
Die Bestimmungen gelten sinngemäß auch für Brücken.
Im Ausnahmefall können Brückenzwischenglieder Zahn 17 und/oder 27 ebenfalls verblendet werden.

Anlage 2 zu

BMVg - InSan I 6 -
Az 42-75-50/51 vom
1. Juni 1987

Richtlinien für die zahnärztlich-prothetische
Behandlung von Soldaten der Bundeswehr

I. Versorgung mit herausnehmbarem Zahnersatz

1. Bei Teilprothesen ist in der Regel eine parodontal abgestützte Modellgußkonstruktion angezeigt. Die Grundsätze der Parodontalhygiene sind dabei zu berücksichtigen.
2. Zum Zahnersatz gehören die erforderlichen Halte- und Stützvorrichtungen.
3. Bei einem Restgebiß ohne parodontale Abstützmöglichkeit ist in der Regel eine Kunststoffprothese ohne aufwendige Halteelemente angezeigt.
4. Bei totalen Prothesen ist in der Regel die Basis in Kunststoff herzustellen.
In zu begründenden Einzelfällen kann eine Metallbasis angezeigt sein.
5. Bei nachgewiesener Allergie gegen einen im Mund verwendeten Werkstoff ist ein durch Testen als verträglich ermittelter Werkstoff zu wählen.
6. Netz- und Drahteinlagen sind als Mittel zur Verstärkung von Prothesen nicht geeignet; Gummisauger und Beschwerungseinlagen sind nicht angezeigt.
7. Bei zahnlosem Kiefer ist die Abformung mittels eines Funktionsabdruckes angezeigt; das gleiche gilt, wenn bei stark reduziertem Restgebiß - in der Regel bis zu drei Zähnen - eine funktionelle Randgestaltung notwendig ist.

...

II. Versorgung mit Brücken

1. Brücken dienen in der Regel der Schließung zahnbegrenzter Lücken. Die Indikation ergibt sich aus dem klinischen und röntgenologischen Befund der zu überkronenden Zähne einschließlich ihrer Parodontalgewebe und aus statischen und funktionellen Gesichtspunkten. Brückenglieder zum Ersatz der Zähne 36, 37 und 46, 47 sollen in der Regel als Schwebeglieder gestaltet werden.
2. Eine Brücke ist in der Regel angezeigt, wenn
 - in einem Kiefer bis zu vier Schneidezähne fehlen und die Kautüchtigkeit im Seitenzahnggebiet durch die natürlichen Zähne oder durch bereits eingegliederte Brücken gesichert ist,
 - im Seitenzahnggebiet eines Kiefers ein oder zwei Zähne fehlen und wenn durch die Brücke(n) eine geschlossene Zahnreihe in dem zu versorgenden Kiefer wiederhergestellt wird,
 - sie in Verbindung mit abnehmbarem Zahnersatz der Blockbildung dient und/oder wenn dadurch die Zahl der Prothesensättel sinnvoll reduziert wird,
 - herausnehmbarer Zahnersatz die Tätigkeit (ATN) beeinträchtigen würde.
3. Eine Brücke kann angezeigt sein, wenn
 - in einem Kiefer bis zu vier Schneidezähne fehlen und dort die Kautüchtigkeit im Seitenzahnggebiet beim Fehlen natürlicher Zähne durch die gleichzeitige Eingliederung von Brücken oder einer partiellen Prothese gesichert wird,
 - im Seitenzahnggebiet einer Kieferhälfte nicht mehr als drei Zähne fehlen und wenn durch die Brücke eine

...

geschlossene Zahnreihe in einer Kieferhälfte wiederhergestellt wird oder wenn dadurch parodontale Schäden vermieden werden. In einem Kiefer können nicht mehr als 8 Zähne durch Brückenglieder ersetzt werden.

4. Die Versorgung mit einer Brücke in anderen Fällen bedarf einer Begründung. Die Versorgung soll aber grundlegenden fachlichen Forderungen nicht widersprechen.
5. In der Regel sind Endpfeilerbrücken angezeigt. Freierbrücken sind nur bis zur Prämolarenbreite und unter Einbeziehung von mindestens zwei Pfeilerzähnen angezeigt.
6. Brücken sind nicht angezeigt
 - bei ungenügender parodontaler Belastbarkeit und solchen Allgemeinleiden, die das parodontale Gewebe ungünstig beeinflussen,
 - wenn das Röntgenbild der zu überkronenden Zähne einen krankhaften Befund ausweist, sofern dieser nicht bis zum Eingliedern der Brücke beseitigt worden ist oder mit dem Eingliedern konservierende Maßnahmen abgeschlossen worden sind, die der Ausheilung dieses krankhaften Prozesses dienen.

Jedoch müssen die anatomischen und klinischen Voraussetzungen für eine spätere chirurgische Behandlung bestehen; in diesen Fällen ist eine röntgenologische Untersuchung nach etwa 9 Monaten erforderlich.

7. Werkstoffe siehe Nr. 11 des Erlasses
8. Verblendungen siehe Nr. 6 Anlage 1

...

III. Verblockung, Kombinationsversorgung, Stege,
Verbindungselemente

1. Die Verblockung dient der Stabilisierung des Gebisses im Zusammenhang mit Zahnersatz. Die starre Verbindung der Restzähne durch Stege dient in erster Linie der Stabilisierung der Restzähne und der Lagesicherung der Prothese. In der Regel genügt zur Stabilisierung die Verblockung zweier endständiger Pfeilerzähne (je Kieferhälfte).
2. Die Verblockung im Zusammenhang mit parodontaltherapeutischen Maßnahmen ist nur bei entsprechender Vorbehandlung und bei aktiver Mitarbeit des Patienten, die sich in der Vorbehandlungszeit bestätigen muß, angezeigt.
3. Die Kombination von feststehendem mit herausnehmbarem Zahnersatz ist dann angezeigt, wenn unter Einbeziehung der notwendigen Verbindungselemente und einer ausreichend vorhandenen Anzahl von Pfeilerzähnen eine statisch und funktionell günstigere Retention möglich ist als bei einer entsprechenden Teilprothese.
4. Verbindungselemente, wie Teleskope und Geschiebe, setzen eine gleichmäßige Verteilung der Belastung auf den Restzahnbestand voraus.
Mehr als drei Verbindungselemente je Kieferhälfte sind zu begründen.
5. Für Stege und Verbindungselemente sollen vorrangig konfektionierte Teile verwendet werden.

Anlage 3 zu
BMVg - InSan I 6 -
Az 42-75-50/51 vom
1. Juni 1987

Richtlinien für die systematische Behandlung von
Parodontopathien (Pa-Behandlung) bei Soldaten der
Bundeswehr

1. Das Ziel der systematischen Pa-Behandlung ist es, ein Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern, entzündliche Erscheinungen zum Abklingen zu bringen und einer weiteren Retraktion des Zahnhalteapparates vorzubeugen.
2. Eine systematische Pa-Behandlung ist angezeigt bei
 - Parodontitis marginalis superficialis,
 - Parodontitis marginalis profunda,
 - Parodontosis.
3. Die Prognose der Parodontopathien hängt vom Zeitpunkt der Behandlung ab. Sie ist nur bei frühzeitiger Behandlung günstig.
 - 3.1 Die Prognose ist für das gesamte Gebiß ungünstig
 - bei unzureichender Mitarbeit des Patienten,
 - bei Allgemeinerkrankungen mit ungünstigem Einfluß auf die Abwehrbereitschaft des Organismus und die Regenerationsfähigkeit der parodontalen Gewebe,
 - bei generalisiertem Lockerungsgrad III (5.2) und weit fortgeschrittenem Knochenabbau.Wenn trotzdem eine systematische Pa-Behandlung durchgeführt werden soll, ist eine besondere Begründung erforderlich.
 - 3.2 Die Prognose ist für einzelne Parodontien ungünstig
 - bei weit fortgeschrittenen parodontalen Erkrankungen (u.a. frühzeitige Lockerung, rezidivierende parodontale Abszesse, interradikuläre Parodontitis, erhebliche Zahnwanderungen),
 - bei ätiologisch wichtigen, der Behandlung nicht oder nur unzureichend zugänglichen Parafunktionen, Okklusions- und Artikulationsstörungen.

...

In diesen Fällen ist in der Regel die Entfernung der Zähne angezeigt.

4. Die Vorbehandlung geht der systematischen Behandlung voraus. Sie besteht in der Entfernung des Zahnsteins, der weichen Beläge und sonstiger Reizfaktoren sowie in der Anleitung des Patienten zu richtiger Mundhygiene.
Zwei bis drei Wochen nach Abschluß der Vorbehandlung ist zu entscheiden, ob eine systematische Pa-Behandlung noch angezeigt ist. Dies ist in der Regel nicht der Fall, wenn
 - die Mitarbeit des Patienten nicht ausreicht und deshalb ein Erfolg nicht zu erwarten ist,
 - nach dem Rückgang der entzündlichen Schwellung des Zahnfleisches nur noch Zahnfleischtaschen bis 2 mm und keine funktionellen Störungen bestehen.

5. Zur Befunderhebung gehören
 - Parodontalstatus,
 - Röntgenaufnahmen,
 - Kiefermodelle.

- 5.1 Der Lokalbefund umfaßt
 - fehlende und ersetzte Zähne,
 - Karies und ihre Folgen (unbehandelte Karies, marktote Zähne, periapikale Erkrankungen u.a.),
 - Zustand und Verlauf des Zahnfleischsaumes (Entzündung, Taschenbildung, freiliegende Zahnhäule, sogenannte Zahnfleischnischen usw.),
 - Form und Umfang der Knochenveränderungen (Höhen- und Seitenabbau mit Unterformen, Breite und Form des Desmodontalspaltes),
 - mechanische Reizfaktoren (z.B. Zahnstein, subgingivale Konkremente, Approximalflächenkaries, mangelhafte Füllungen und Kronen.

...

5.2 Der Funktionsbefund umfaßt

- Kieferfehlbildungen und Stellungsanomalien,
- die Belastungsverhältnisse in den einzelnen Artikulationsphasen einschließlich der Bewegung in den Schlußbiß (vorzeitige Kontakte, funktioneller Zwangsbiß u.ä.),
- Parafunktionen, wie Knirschen, Pressen, Lippen- und Zungendruck und Angewohnheiten,
- Zahnwanderung,
- Zahnlockerung.

Die Lockerung wird nach Graden eingeteilt

- I = fühlbar,
- II = sichtbar,
- III = beweglich auf Lippen- und Zungendruck oder in axialer Richtung.

5.3 Der Internbefund

Wenn eine Allgemeinerkrankung besteht oder vermutet wird, soll ein fachärztlicher Befund eingeholt und berücksichtigt werden. Besonders zu beachten - auch im Verlaufe der Behandlung - sind Störungen des Kohlehydrat- und Eiweißstoffwechsels, der Magen- und Darmfunktion, der Leber, des Kreislaufes und des Hormonhaushaltes sowie des blutbildenden Apparates.

6. Die Lokalbehandlung hat das Abklingen der Entzündung, die Beseitigung der Zahnfleischtaschen und - soweit wie möglich - die Regeneration der parodontalen Gewebe zum Ziele. Die einzelnen Maßnahmen umfassen

6.1 die Ausschaltung noch vorhandener entzündungsbegünstigender Reize,

- Konkremententfernung, Schaffung möglichst glatter Zahnhals- und Wurzelflächen,
- eingehende Belehrung und Kontrollen über die häuslichen Maßnahmen zur Verringerung der Plaquesbildung.

...

- 6.2 die Beseitigung bzw. Einebnung der Zahnfleischtaschen, Herstellung eines günstigen Zahnfleischreliefs und ggf. Bildung einer genügend breiten Zone unverschieblicher Gingiva und Kürettage allein oder in Verbindung mit Gingivektomie bei Höhenabbau, Gingivoplastik bei Hyperplasien und Zahnfleischnischen, Lappenmethode und osteoplastische Verfahren bei Seitenabbau, Mucogingivale Plastik bei unzureichend tiefem Mundvorhof.
7. Die Funktionsbehandlung hat das Ziel der Wiederherstellung optimaler Okklusions- und Artikulationsverhältnisse sowie der Behebung von Parafunktionen, um ein Gleichgewicht zwischen der Belastung und der Belastungsfähigkeit der erkrankten Parodontien zu erreichen. Hierzu kommen ggf. in Betracht:
- 7.1 Änderung des Kauflächenreliefs durch
- Beseitigung von Okklusionsstörungen (vorzeitige Kontakte und Gleithindernisse),
 - Schaffung eines Artikulationsausgleichs (Beschleifen, ggf. Verkleinerung der Schliff-Flächen),
 - prothetische Maßnahmen.
- 7.2 Stabilisierungsmaßnahmen
- durch festsitzende Schienung, in begründeten Fällen auch in Verbindung mit herausnehmbaren Schienen mit körperlicher Erfassung der Zähne. Die herausnehmbare Schiene kann als relative Stabilisierungsmaßnahme in Verbindung mit herausnehmbarem Ersatz zweckmäßig sein.
- 7.3 Lückenschluß
- durch Brücken oder abgestützte Prothesen.
- 7.4 Bißlageveränderung
- durch Aufbißschienen, festsitzenden oder herausnehmbaren Zahnersatz.

...

- 7.5 Ausschalten von Parafunktionen
nach dem Okklusions- und Artikulationsausgleich (Nr. 7.1)
sind ggf. prothetische Maßnahmen, Aufbißschienen indiziert.
8. Die Mitarbeit des Patienten ist Voraussetzung für die Aufrechterhaltung des durch die systematische Pa-Behandlung erzielten Erfolges. Sie besteht in
- der richtig durchgeführten Mundpflege,
 - der Massage des Zahnfleisches,
 - guter Kautätigkeit bei richtiger Ernährung.
- Darüber ist der Patient eingehend aufzuklären.
9. Die regelmäßige Untersuchung des Patienten nach Abschluß der Behandlung ist wegen der Neigung zu marginal entzündlichen Prozessen grundsätzlich nötig. Die Untersuchung dient zugleich der Überwachung der Mitarbeit des Patienten (Nr. 8.). Lokale Maßnahmen an einzelnen Parodontien sind ggf. zu wiederholen. Die erste Untersuchung sollte spätestens drei Monate nach Abschluß der systematischen Behandlung erfolgen. Hierbei kann ggf. über weitere funktionsverbessernde Maßnahmen, z.B. über zurückgestellte Schienungen, entschieden werden. In der Regel sollte der Abstand von einer Untersuchung zur anderen nicht mehr als sechs Monate betragen.

Anlage 4 zu
BMVg - InSan I 6 -
Az 42-75-50/51 vom 1. Juni 1987

Richtlinien für die kieferorthopädische (Kfo)
Behandlung von Soldaten der Bundeswehr

1. Eine Genehmigung für kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen bei Berufssoldaten, Soldaten auf Zeit und Soldaten, die auf Grund der Wehrpflicht Wehrdienst leisten, kann während der Dienstzeit von dem für die Entscheidung zuständigen Sanitäts-offizier nur in begründeten Ausnahmefällen erteilt werden. Die voraussichtliche Behandlungsdauer darf das Dienstzeitende grundsätzlich nicht überschreiten.
2. Begründete Ausnahmefälle sind gegeben, wenn der vor der Entscheidung immer einzuschaltende Gutachter (Kieferorthopäde) eine zwingende Indikation für die Beseitigung von Zahnstellungs-anomalien bestätigt, die eine unumgängliche, unaufschiebbare (z. B. bei Wehrpflichtigen bis zum Ende des Grundwehrdienstes) und eine nicht durch andere zahnärztliche Maßnahmen ersetz-bare kieferorthopädische Behandlung bedingt. Bei der Anforderung des Gutachtens ist auf die Beantwortung dieser Fragen hinzuweisen.
3. Für die Dauer der kieferorthopädischen Behandlung ist der Soldat eingeschränkt verwendungsfähig.
4. Für die Verfahrensweise bei kieferorthopädischer Behandlung vor und nach Diensteintritt in die Bundeswehr sind die Bestimmungen BMVg - InSan I 6 - Az 42-75-50/51 vom 01.10.1986 zu beachten.

Punkt 3 geändert gemäß BMVg InSan I 6
Az 42-75-50/51
vom 19.12.88

Anlage 3: BMVg InSan I 6 1988

Der Bundesminister der Verteidigung

5300 Bonn 1, 1. Juli 1988
☎ (02 28) 12- 2331/2365

InSan I 6 - Az 42-75-50/42-75-32

IMPLANTOLOGIE

Außenverteiler XI D

zusätzlich an:

Sanitätsamt der Bundeswehr - Inspizient Zahnmedizin Bw	1 x
Sanitätsamt der Bundeswehr - Abt. II <i>45</i>)	45 x
Heeresamt - Abt. IX 2 (2))	400 x
Generalarzt der Luftwaffe - Zahnmedizin) für alle SanOffz	120 x
Marineamt - Abt MSanDst, Wehrzahnmedizin) Zahnarzt	50 x
Streitkräfteamt - LSO/ZMilDBw)	15 x

nachrichtlich:

Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit	4 x
Bundesminister der Finanzen	4 x
Bundesminister des Innern	2 x
Bundesminister für Verkehr	2 x
Bundesminister für das Post- und Fernmeldewesen	2 x
Wehrbereichsverwaltung I - VI (III A 1)	12 x
Bundeswehrverwaltungsamt - WS 1	2 x
Referat H II 3 (zugl. für BRH))	zusätzlich 9 x
Referat VR I 3)	
Referat VR III 2)	
Referat S II 7)	im Ministerium je 2 x
Referat InSan I 1)	
Referat InSan I 2)	
Referat InSan II 3)	

Betr.: Zahnärztliche Implantologie

Bezug: BMVg - InSan I 6 - Az 42-25 vom 12.06.1972

Anlg.: - 1 -

1. Die Durchführung oraler Implantationen (transdentale Fixation, Inkorporation von körperfremden Sofort- und anderen Implantaten)

0183 R07.87

Postanschrift: Postfach 13 28
5300 Bonn 1

Telefon
Vermittlung
(02 28) 12-1

Telex
886 575

Telefax
(02 28) 12-53 57

Paketanschrift: Paketausgabe
5300 Bonn 1

im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung in der Bundeswehr ist grundsätzlich nicht vorgesehen.

Die Ergebnisse der Grundlagenforschung und die klinischen Erfahrungen der letzten Jahre lassen jedoch die Aussage zu, daß enossale Implantate in bestimmten Behandlungsfällen in die zahnärztliche Therapie einbezogen werden und bei entsprechend kritischer Abwägung unter Umständen anderen Behandlungsmethoden vorzuziehen sind.

In diesen besonders begründeten Einzelfällen können, wenn durch prothetische oder praeprothetisch-chirurgische Methoden kein Behandlungserfolg zu erwarten oder erbracht worden ist, bei Berufssoldaten und Soldaten auf Zeit mit einer Restdienstzeit von mindestens 24 Monaten zahnärztlich-enossale Implantationen an der Abteilung VII B des Bundeswehrzentralkrankenhauses Koblenz oder der Bundeswehrkrankenhäuser Hamburg und Ulm sowie in zahnärztlichen Behandlungseinrichtungen der Bundeswehr, deren Leiter die Gebietsbezeichnung "Oralchirurgie" erworben haben, durchgeführt werden.

Nach erfolgreichem Abschluß der implantologisch-chirurgischen Behandlung ist die erforderliche funktionsgerechte zahnärztlich-prothetische Weiterbehandlung (auch Eingliederung einer Einzelkrone) in der Abteilung VII A bzw. den Zahnärztlichen Stationen der o.a. Bundeswehrkrankenhäuser in Zusammenarbeit mit den Abteilungen VII B, bzw. in den o. a. zahnärztlichen Behandlungseinrichtungen der Bundeswehr (Leiter: SanOffz Zahnarzt Oralchirurgie) vorzunehmen.

Die Eingliederung enossaler Implantate ist eine genehmigungspflichtige Heilmaßnahme. Vor Beginn der Behandlung ist daher die Genehmigung bei BMVg - InSan I 6 einzuholen (s. Anlage).

Bei Sofortimplantaten im Rahmen einer Notfallbehandlung (transdentale Fixation) ist die Genehmigung nachträglich einzuholen. Die Unterlagen sind in diesem Falle nachzureichen.

...

2. Nach Abschluß der implantologischen und zahnärztlich-prothetischen Behandlung ist eine Erfolgskontrolle in Form eines Recall-Systems sicherzustellen und zu dokumentieren.
3. Den Bezugserlaß hebe ich mit sofortiger Wirkung auf.

Im Auftrag



Dr. Rohweder

Ablauf des Genehmigungsverfahrens für die

- a) zahnärztlich-implantologische Behandlung
- b) weiterführende prothetische Behandlung

Zu a) Truppenzahnarzt:

- Prüfung und Herstellung der mundhygienischen Voraussetzungen
- Überweisung des Patienten zur Abteilung VII B BwKrhs/bzw. SanOffz Zahnarzt Oralchirurgie
(unter nachrichtlicher Beteiligung des Truppenarztes)

Folgende Unterlagen sind bei der Überweisung mitzugeben:

Facharztüberweisung (San/Bw/O205)
Zahnärztliche Behandlungsunterlagen
Röntgenaufnahmen
evtl. Modelle

Leiter Abteilung VII B/Sanitätsoffizier Zahnarzt Oralchirurgie:

- Eingehende Untersuchung/Bewertung
- Entscheidung über Indikation der implantologischen Maßnahmen
- Aufklärung (einschl. Diskussion und gesteigerter Aufklärung) und Einholung des schriftlichen Einverständnisses des Soldaten
- Bewertung und Vorplanung in Absprache mit Leiter Abt VII A/ Zahnärztliche Station hinsichtlich der prothetischen Behandlung (Bei SanOffz Zahnarzt Oralchirurgie entfällt die Absprache, da die prothetische Behandlung von ihm selbst vorzunehmen ist)

...

- Beantragung der Genehmigung für die zahnärztlich-implantologische Behandlung bei BMVg - InSan I 6.

Mitvorlage:

- Befund
- fachliche Beurteilung und Begründung
- Plan der vorgesehenen Maßnahmen (Implantat-Typ)
- Angaben zur vorgesehenen Behandlungsdauer (implant. Maßnahmen bis zum möglichen Beginn der prothetischen Maßnahmen)
- Prognose
- Geplante prothetische Maßnahmen
- Festlegung des Behandlungstermins

Zu b) (nach Abschluß der zahnärztlich-implantologischen Behandlung)

Leiter Abteilung VII A/Zahnärztliche Station/Sanitätsoffizier
Zahnarzt Oralchirurgie:

- Erstellen des Antrages für Suprakonstruktion (San/Bw/O220 bzw. San/Bw/O221)
- Stellungnahme eines Sachverständigen in Teil V des San/Bw/O220 bzw. ^{San. Bw. O221} entfällt -
- Weiterleitung an BMVg - InSan I 6 zur Entscheidung

Mitvorlage:

Stellungnahme des Leiters Abteilung VII B/SanOffz Zahnarzt Oralchirurgie über den bisherigen Verlauf der implantologischen Maßnahmen. Röntgenaufnahmen (nach Abschluß der implantologischen Maßnahmen).

Anlage 4: BwVA 1990

BUNDESWEHRVERWALTUNGSAMT
WS 5 - Az 42 - 75 - 00

5300 Bonn 1, 28. März 1990
Bonner Talweg 177
Tel.: 0228/8456-209
Bw-Kennzahl: -34 31 -6-

Bundesminister der Verteidigung
Postfach 13 28

5300 B o n n 1

Betr.: Arbeitstagung über Abrechnungs- und Gebührenfragen
im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen
Versorgung und der sonstigen Untersuchungen und
Behandlungen vom 10. - 12. April 1990 in Edenkoben;
hier: Tagesordnung

Bezug: 1. BMVg vom 17.09.1989 - VR III 2 (FS)
2. BWVA vom 30.01.1990 - WS 1 - Az 42-75-00

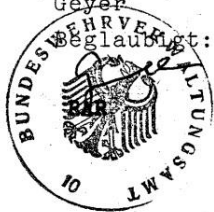
Anlg.: -7- Hefungen

Berichterstatter: Regierungsdirektor Geyer

Im Nachgang zu meinem Bericht vom 30.01. d.J. lege ich die
Tagesordnung (7-fach) vor.

Einen Nebenabdruck für VR I 3, InSan I 2, InSan I 6, InSan II 3,
den BMI und den BMJFFG füge ich bei.

Im Auftrag
Geyer
beglaubigt:



B e s p r e c h u n g s p u n k t e

für die Arbeitstagung über Abrechnungs- und
Gebührenfragen im Rahmen der unentgeltlichen
truppenärztlichen Versorgung und der sonstigen
Untersuchungen und Behandlungen vom 10. - 12.
April 1990 in Edenkoben

I. Vorbeugende Gesundheitsfürsorge

Teilnahme an Sportkursen zur Rehabilitation WBV III
Abrechnung der Kosten für eine spezielle
Wirbelsäulengymnastik bei chronischen
Rückenschmerzen wegen Bandscheibenschaden
in analoger Anwendung der Anmerkung 2 zu
Kap. 3 der ZDv 60/7. Die Gymnastik wird
unter fachlicher Leitung eines Kreissport-
bundes durchgeführt.

II. Ambulante ärztliche Versorgung

1. Durchführung der Sprechstundenbedarfsregelung (Anlage 1) BMVg-VR III 2

2. Erfahrungsberichte der WBV über die Abrechnung nach der E-GO BMVg-VR III 2
Vortrag der Vertreter der WBV

3. Abrechnung von ärztlichen Berichten nach Nr. 74 E-GO WBV III
Bei Konsiliaruntersuchungen/Mitbehandlungen
wird die Nr 74 E-GO auch dann abgerechnet, wenn
der Auftrag (SanBw 0217) das entsprechende Kreuz
nicht enthält, s.a. Niederschrift über die Ar-
beitstagung in Giebelstadt, hier: III. 3). Ist

...

dieses Verfahren auch auf Notfallversorgungen und ambulante ärztliche Leistungen übertragbar, die nicht Gegenstand der kassenärztlichen Versorgung sind?

4. Abrechnung ambulanter Krankenhausleistungen nach § 120 Abs. 3 SGB V BMVg-VR III 2

5. Wirksamkeit von Beschlüssen der Arbeitsgemeinschaft KBV/VDAK AEV WBV IV

Inwieweit sind Beschlüsse der AG 19, zu deren Aufgaben u.a. die Auslegung der E-GO gehört, für die Bundeswehr verbindlich?

Wie kann die Unterrichtung der WBV über die Feststellungen und Beschlüsse der AG sichergestellt werden?

III. Stationäre Untersuchungen und Behandlungen

Zunehmende Schwierigkeiten bei der Abrechnung von Leistungen ziviler Krankenanstalten und liquidationsberechtigter Krankenhausärzte

- Abschluß einer Empfehlungsvereinbarung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft WBV V

- Vortrag WBV V -

IV. Zahnärztliche Behandlung

1. Material- und Laborkosten für die Erstellung von Heil- und Kostenplänen BMVg-VR III 2

2. Material- und Laborkosten für Inlays BMVg-VR III 2

3. Genehmigungspflichtige zahnärztlich-prothetische Behandlungen WBV III

Nach den Bestimmungen der ZDv 60/7 Kap 8 wird

...

eine genehmigungspflichtige Behandlung, die ein Zahnarzt ohne Genehmigung oder in anderer als der genehmigten Form durchführt, nicht auf Bundesmittel übernommen. Es kommt laufend vor, daß von mir dahingehend beanstandete Heil- und Kostenpläne auf Antrag der zivilen Zahnärzte durch die genehmigenden Zahnärzte der Bundeswehr nachträglich geändert/nachgenehmigt werden und damit erneut in das KZV-Abrechnungsverfahren kommen.

WBK 14
nicht bekannt.

passiert nicht beständig!

Ogleich die Richtlinien für die zahnärztlich-prothetische Behandlung von Soldaten der Bundeswehr eindeutig Verfahrensregelungen festlegen, wird dagegen ständig verstoßen. Die Bundeswehr wird durch dieses Verhalten gegenüber den KZV unglaublich.

4. Implantation von eigenen und künstlichen Zähnen WBV III

Die Implantation von eigenen und künstlichen Zähnen ist keine kassenzahnärztliche Leistung und fällt nicht unter den Sicherstellungsauftrag der Vergütung nach § 75 Abs. 3 SGB V. Ist die Entfernung eines Implantates im Rahmen des Anspruchs auf zahnärztliche Behandlung nach Kap 8 der ZDv 60/7 möglich? Die KZV rechnen nicht ab.

ja!

5. Verordnung von zahnprothetischen Behandlungen für Zeit- und Berufssoldaten, die vor der Entlassung stehen

WBV V

Mit Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches V ab 01.01.89 und damit verbundener Einschränkung der Kostenerstattung bei Zahnersatz durch die Krankenkassen wurde festgestellt, daß Truppenzahnärzte verstärkt umfangreiche zahnprothetische

...

Behandlungen bei Soldaten (BS und SaZ) durchführen, die kurz vor der Entlassung stehen. Die Maßnahmen werden auch von den Fachvorgesetzten innerhalb der letzten 2 Monate des Wehrdienstverhältnisses genehmigt (ZDv 60/7, Nr 802 a).

Der Fachvorgesetzte begründet seine Genehmigung mit der Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Dienstfähigkeit des Soldaten. Da in derartigen Fällen oftmals umfangreiche "Gebiß-Sanierungen" mit einem Kostenaufwand von 8.000,-- DM bis 12.000,-- DM vorgesehen sind, erscheint die Entscheidung des genehmigenden Arztes zweifelhaft.

Es wird vorgeschlagen, dieser Verfahrensweise entgegenzuwirken.

*ärztliche Aufgabe
φ Verwaltungsaufgabe
Lj. hier*

V. Orthopädische sowie sonstige Heil- und Hilfsmittel

1. Genehmigung von isokinetischer Therapie

WBV V

Im Vorgriff auf die nächste Ergänzung der ZDv 60/7 wurde den Soldaten der Anspruch auf isokinetische Therapie als genehmigungspflichtige Heilmaßnahme zugestanden. Nach dem Wortlaut der künftigen Anmerkung zu Kapitel 2 ist eine derartige Behandlung durch das "SanABw" zu genehmigen (siehe Niederschrift vom 13.07.89 über die Arbeitstagung in Borgentreich, Abschnitt VII, Nr 3).

Es wird um Klarstellung gebeten, ob diese Behandlungsart nicht von InSan I 2 zu genehmigen ist und es sich demnach in der o.a. Niederschrift um einen Druckfehler handelt.

Anlage 5: BMVg InSan I 6 1990A

95

InSan I 6
Az 42-75-50

Bonn.04.04.90
App.6254

1. InSan I 2

NS

el. P. 4.

Betr.: Arbeitstagung über Abrechnungs- und Gebührenfragen
im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen
Versorgung vom 10.-12.04.90;
hier: Stellungnahme zu einzelnen Tagungsordnungs-
punkten

Bezug: 1. BWVA - WS 5 - Az 42-75-00 vom 28.03.90
2. Telcom Dr. Bezrouk. InSan I 2 - Dr. Benedix. InSan I 6
vom 04.04.90

Zu den unter Abschnitt IV. "Zahnärztliche Behandlung"
aufgeführten Tagungsordnungspunkten nehme ich aus Sicht
meines Fachreferates wie folgt Stellung:

zu IV.3.:

Der hier erhobene Vorwurf ist aus meiner Sicht nicht
nachvollziehbar, da weder mir noch dem fachlich zuständigen
Dezernat im WBK III "laufende" nachträgliche Änderungen/
Genehmigungen bekannt sind. Hier sollte im Einzelfall eine
Prüfung durch die fachlich vorgesetzten Dienststellen
erfolgen.

zu IV.4.:

Wenn eine medizinische Indikation für die Entfernung eines
Implantates vorliegt, müssen m.E. die Kosten auf Bundes-
mittel übernommen werden. Der Soldat hat einen Anspruch, daß
alle Maßnahmen, die dem Erhalt oder der Wiederherstellung
seiner Dienstfähigkeit dienen und notwendig sind, im Rahmen
der Fürsorgeverpflichtung des Bundes auch übernommen werden.

Auch sollte diese Maßnahme keiner speziellen
Genehmigungspflicht unterliegen.

Dieser Punkt wurde bereits mit VR III 2 im Sinne einer
Kostenübernahme einvernehmlich geklärt.

zu IV.5.:

1. Die medizinische Indikation für eine zahnärztlich-prothetische Versorgung kann nur von einem Sanitätsoffizier Zahnarzt festgestellt werden.

2. Gerade umfangreiche Sanierungen erstrecken sich in der Regel über mehrere Wochen und Monate. Häufig kann erst nach einer langwierigen Vorbehandlung die endgültige zahnärztliche prothetische Behandlung beantragt und durchgeführt werden, so daß möglicherweise hier nur das Genehmigungsdatum in die letzten zwei Monate der Dienstzeit fällt.

Hier sollten konkrete Fällen zur fachlichen Prüfung den fachlich vorgesetzten Dienststellen vorgelegt werden.

Zu den Punkten IV. 1 und 2 erfolgt keine Stellungnahme meinerseits, da es sich hierbei ausschließlich um verwaltungstechnische Abrechnungsfragen handelt.

In Vertretung

J. Benedix

Dr. Benedix

Z. Z d A Reg I

4/4 Bz

Anlage 6: BMVg InSan I 6 1990B

Der Bundesminister der Verteidigung
InSan I 6 - Az 42-75-50

5300 Bonn 1, 5. April 1990

Außenverteiler XII B

nachrichtlich:

Bundeswehrverwaltungsamt	5300 Bonn
Wehrbereichsverwaltung I	2300 Kiel
Wehrbereichsverwaltung II	3000 Hannover
Wehrbereichsverwaltung III	4000 Düsseldorf
Wehrbereichsverwaltung IV	6200 Wiesbaden
Wehrbereichsverwaltung V	7000 Stuttgart
Wehrbereichsverwaltung VI	8000 München
VR I 3	im Ministerium
VR III 2	im Ministerium
InSan I 5	im Ministerium

Betr.: Unentgeltliche truppenärztliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr;

hier: 1. Kostenübernahme für die Entfernung von zahnärztlichen
Implantaten
2. Festlegung von Fehlerziffern bei gesetzten zahnärztlichen
Implantaten

Bezug: 1. BMVg - InSan I 6 - Az 42-75-50 vom 01:07.1988

2. HA - Abt IX 2 (2) - Az 42-75-32 vom 16.03.1990 (nur an BMVg -
InSan I 6)

3. ZDv 46/1

Aus gegebener Veranlassung und zur einheitlichen Handhabung von Verfahrens-
fragen zu o.a. Betr. gebe ich folgende Hinweise:

1. Muß ein zahnärztliches Implantat aus medizinischer Indikation während der
Wehrdienstzeit eines Soldaten entfernt werden, sind die Kosten auf Bundesmittel
zu übernehmen.

Dabei ist es unerheblich, ob das Implantat vor Dienst Eintritt, unter Verzicht auf die
unentgeltliche truppenärztliche Versorgung oder in Einrichtungen der Bundeswehr
inkorporiert wurde.

Eine Genehmigungspflicht besteht nicht.

Eine sich daraus ergebende zahnärztlich-prothetische Behandlung unterliegt den
jeweils geltenden Richtlinien.

2. Bei der Festlegung von Fehlerziffern im Rahmen der ärztlichen Untersuchung bei
Musterung und Dienstantritt von Wehrpflichtigen, Annahme und Einstellung von frei-
willigen Bewerbern sowie bei der Entlassung von Soldaten sind zahnärztliche
Implantate und Suprakonstruktionen wie Einzelkronen bzw. Zahnersatz zu
bewerten.

In der Befundaufnahme ist lediglich auf Lage und Art der Konstruktion hinzuweisen.

Im Auftrag
Dr. Benedix

Anlage 7: BMVg InSan I 6 1991

Der Bundesminister der Verteidigung
1991
InSan I 6 - Az 42-75-50

5300 Bonn 1, 18. Nov.

Außenverteiler XI D
Außenverteiler XII D

nachrichtlich:

Wehrbereichsverwaltung I - VII	je 2 x	
VR I 3	je 2 x	im
Ministerium		
VR III 2		
InSan I 2		

Betr.: Unentgeltliche truppenärztliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr;
hier: Reimplantation und Transplantation von Zähnen

Bezug: 1. Allgemeine Verwaltungsvorschrift (VwV) zu § 69 Abs. 2 des Bundesbesoldungsgesetzes (BBesG)
2. Allgemeine Verwaltungsvorschrift (VwV) zu § 6 des Wehrsoldgesetzes (WSG)
3. ZDv 60/7, Anlage 18, Gebührentarif A

Die Reimplantation ist das Wiedereinsetzen eines durch äußerliche traumatische Einwirkung ausgefallenen oder extrahierten Zahnes.
Der Erfolg ist nicht immer im voraus einzuschätzen und hängt im wesentlichen davon ab, ob es gelingt, den ausgestoßenen Zahn möglichst schnell und unter annähernd physiologischen Verhältnissen zu reimplantieren. Auch unter günstigen Einflüssen ist der Erfolg nicht immer von langer Dauer. Trotzdem ist diese Maßnahme im Einzelfall indiziert. Ähnliches gilt für die transplantation von Zähnen.

Beide Maßnahmen sind unter sorgfältiger Indikationsstellung Teil der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung.

Die Reimplantation von Zähnen ist keine genehmigungspflichtige zahnärztliche Behandlungsmaßnahme. Die Vergütung der Reimplantation von Zähnen wird im Gebührentarif A, der Abrechnungsgrundlage für die im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen ist, unter der Gebührennummer 55 geregelt.

Eine Leistungsbeschreibung für die Transplantation von Zähnen ist im Gebührentarif A nicht enthalten. Sie wird jedoch von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen in analoger Anwendung der Nr 55 abgerechnet. Daher kann sie im Rahmen der unentgelt-

lichen truppenärztlichen Versorgung ebenfalls ohne vorherige Genehmigung erbracht und nach dieser Gebührennummer auf dem Vordruck San/Bw/0219 abgerechnet werden.

Im Auftrag
Dr. Macheleidt

Beglaubigt:
Angestellte

Anlage 8: SanABw I 4 1992

Sanitätsamt der Bundeswehr
Bw 224
I 4 - Zahnmedizin -
Az 42 - 75 - 50
42 - 75 - 32

5300 Bonn 3, 13.08.92
Platanenweg 29
Kennzahl: 3420
Tel.: 0228/460061 App. 2765
Telefax: App. 2406

Bundeswehrkrankenhaus Hamburg	- Abteilung VII B - Zahnärztliche Station
Bundeswehrzentralkrankenhaus Koblenz	- Abteilung VII B - Abteilung VII A
Bundeswehrkrankenhaus Ulm	- Abteilung VII B - Zahnärztliche Station
Bundeswehrkrankenhaus Kiel	- Zahnärztliche Station
Bundeswehrkrankenhaus Bad Zwischenahn	- Zahnärztliche Station
Bundeswehrkrankenhaus Gießen	- Zahnärztliche Station
Bundeswehrkrankenhaus Amberg	- Zahnärztliche Station

nachrichtlich:

Inspizient Zahnmedizin der Bundeswehr

BMVg - InSan I 6

Akademie des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr - Lehrzahnarztgruppe
- IV. Inspektion

Heeresamt VI 2(2)

Generalarzt Luftwaffe - Zahnmedizin

Marineamt - MSanDst - Wehrzahnmedizin

Betr.: Zahnärztliche Implantologie

Bezug: 1. BMVg - InSan I 6 - Az 42-75-50/42-75-32 vom 01.07.1988
2. BMVg - InSan I 6 - Az 42-75-50/42-75-32 vom 07.07.1988
3. SanABw - Chef des Stabes/I 4 - Az 42-75 vom 03.02.1992

Anlg.: 10 Vordrucke

InSan	16
17. AUG. 1992	
Anlg.:	10

OF App Dr Bx
18/08
2438

Die quantitative Zunahme von Anträgen zu Implantationen im Fachbereich machen eine organisatorische Vereinfachung in Form eines einheitlichen Antragsvordrucks erforderlich. Damit sollen sowohl zeitraubende als auch für alle Beteiligten frustrierende Verfahrensabläufe vermieden werden.

Aufgrund der inzwischen gewonnenen Erfahrungen und in Hinblick auf eine zu gegebener Zeit erfolgende Änderung des Grundsatzerlasses wurde der in der Anlage beigefügte Vordruck entwickelt.

Dabei wurde auch der Tatsache Rechnung getragen, daß der Erfolg jedes Implantats prognostisch gleichermaßen von der chirurgischen Maßnahme als auch von der nachfolgenden prothetischen Versorgung abhängig ist. Der die Suprakonstruktion ausführende Sanitätsoffizier Zahnarzt - im Regelfall der Leiter Zahnärztliche Station - soll von Anfang an mitbeteiligt sein und den Antrag im dafür vorgesehenen Feld "mitzeichnen". Diese Unterschrift ist bei Sanitätsoffizieren Zahnarzt Oralchirurgie, die die Gesamttherapie durchführen, entbehrlich.

Alle Antragsunterlagen sind als Arztsache gekennzeichnet an das

Sanitätsamt der Bundeswehr

I 4 - Zahnmedizin

Platanenweg 29

5300 Bonn 3

zu adressieren.

Die Vordrucke sind ab sofort zu verwenden und in eigener Zuständigkeit zu vervielfältigen.

Im Auftrag



Dr. Schindler
Oberstarzt

Prognose;

Anlage

Röntgenaufnahmen Modelle

Mundhygieneetui

Unterschrift SanStOffzArzt MKG-Chirurgie /
SanStOffzZahnarzt Oralchirurgie

Unterschrift SanStOffzZahnarzt

Stellungnahme (SanABw)

Die Behandlung wird
 befürwortet wie geplant befürwortet mit Änderungen nicht befürwortet Anlage

Begründung

Stempel Ort, Datum
Unterschrift

Entscheidung (BMVg)

Die Behandlung wird
 genehmigt wie geplant genehmigt mit Änderungen nicht genehmigt Anlage

Begründung

Stempel Ort, Datum
Unterschrift

Erklärung des Soldaten

Von der Entscheidung des BMVg habe ich Kenntnis genommen Datum, Unterschrift

Der Antrag ist in dreifacher Ausfertigung SanABw vorzulegen. Die erste Ausfertigung verbleibt nach Bearbeitung beim BMVg, die zweite Ausfertigung verbleibt bei SanABw, die dritte Ausfertigung ist nach Abschluß der Behandlung in der zahnärztlichen Behandlungskarte abzulegen.

Anlage 9: SanABw I 4 1993

Sanitätsamt der Bundeswehr
Bw 224
I 4 - Zahnmedizin
Az

5300 Bonn 3, 15.01.93
Platanenweg 29
Tel.: 0228 / 942 - 2765
Fax : 0228 / 942 - 2406
BwKz: 3420

InSan I 6 U
18. JAN. 1993
Anlg.:

Bundesministerium der Verteidigung
- InSan I 6 -

5300 Bonn

Bundeswehrzentral Krankenhaus
- VII B -

5400 Koblenz

*hr 19/01
2. K. R im
Werkze
Umschlus*

Bundeswehrkrankenhaus
- VII B -

7900 Ulm

Bundeswehrkrankenhaus
- VII B -

2000 Hamburg 70

*Da.
15/2.*

- SanAkBw München -Lehrzahnarztgruppe- München
- BwSanZ StO Bonn -Zahnarztgruppe- Bonn
- BwZKrhs Koblenz -Abt. VII A Zahnheilkunde- Koblenz
- BwKrhs Amberg -Zahnärztliche Station- Amberg
- BwKrhs Gießen -Zahnärztliche Station- Gießen
- BwKrhs Hamburg -Zahnärztliche Station- Hamburg
- BwKrhs Hamm -Zahnärztliche Station- Hamm
- BwKrhs Ulm -Zahnärztliche Station- Ulm
- BwKrhs Berlin -Zahnärztliche Station- Berlin
- BwKrhs Leipzig -Zahnärztliche Station- Leipzig
- BwKrhs Bad Zwischenahn -Zahnärztliche Station- Bad Zwischenahn
- BwKrhs Kiel -Zahnärztliche Station- Kiel
- BwKrhs München -Zahnärztliche Station- München
- FUSt Gotha -Zahnarztgruppe- Gotha

- UniBw München -Zahnarztgruppe- Neubiberg
- FÜAkBw Hamburg -Zahnarztgruppe- Hamburg

DtDelHQ AFCENT -Zahnarztgruppe-
DtStVersKp SHAPE -Zahnarztgruppe-
SanAkBw München IV. Inspektion

NL-Hoensbroek
B-SHAPE
München

NA:

Leitender Zahnarzt des Heeres
Heeresamt VI 2 (2)

5000 Köln 50

Leitender Zahnarzt der Luftwaffe
Generalarzt der Luftwaffe

5000 Köln 90

Leitender Zahnarzt der Marine
Marineamt - Marinesanitätsdienst

2940 Wilhelmshaven

Betr.: Vordrucke Zahnärztliche Implantologie

Bezug: 1. BMVg - InSan I 6 - Az 42-75-50/42-75-32 vom 01.07.1988
2. BMVg - InSan I 6 - Az 42-75-50/42-75-32 vom 07.07.1988
3. SanABw - Chef des Stabes/I 4 - Az 42-75 vom 03.02.1992
4. SanABw - I 4 - Az 42-75-50/42-75-32 vom 13.08.92
5. SanABw - I 4 - Az 42-75-50/42-75-32 vom 29.12.92

Anlg.: Antragsformulare

Mit Bezugsschreiben war ein überarbeiteter Vordruck für die einheitliche und rationelle Antragstellung bei geplanten zahnärztlich-implantologischen Maßnahmen verteilt worden.

Durch einen bedauerlichen Defekt beim Drucken war das Feld "Klinischer Befund" nicht erfaßt worden und fehlt. Dies mußte korrigiert werden.

Ich bitte deshalb, alle vorhandenen Vordrucke zu vernichten und durch beigefügten Neudruck zu ersetzen und diesen ab sofort ausschließlich zu benutzen.

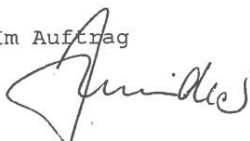
In diesem Zusammenhang möchte ich eindringlich nochmals die dreifache Vorlage des mit Maschine auszufüllenden Vordrucks erbitten, da sonst mangels administrativer Kapazität im Dezernat I 4 SanABw Verzögerungen in der Bearbeitung unvermeidbar sind.

*man
steht es*

Ihre Mehrbelastung durch den genannten Fehler bedaure ich. Das Angebot, Vordrucke zu liefern, wenn die Eigenherstellung Probleme macht, bleibt bestehen.

Zur Information der Truppenzahnärzte wird in Kürze ein Informationsblatt zur Indikation, Kontraindikation und zu generellen Voraussetzungen erstellt und verteilt, damit unnötige Überweisungen vermieden werden und keine falschen Hoffnungen geweckt werden, die dann schwer auszuräumen sind.

Im Auftrag



Dr. Schindler
Oberstarzt

**Antrag auf Genehmigung einer zahnärztlich -
implantologischen Behandlung von Soldaten der
Bundeswehr in Sanitätseinrichtungen der Bundeswehr**

Stempel (Bw/Kr/hs)

ARZTSACHE I

Name, Vorname, Dienstgrad		Personenkennziffer	
Truppenteil/Dienststelle			
Diensteintritt	Voraussichtliches Dienstzellende	Status	
Tätigkeit/Verwendung			
Überwiesen von: (Name, Vorname, DstGrad, Ort, Einheit)			
Anamnese:			

Klinischer Befund:																	
VIPr																	
Befund																	
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
Befund																	
VIPr																	

Mundhygiene:
API:
SBI:

Implantatlokalisierung / Prothetische Versorgung Soll:																	
Beh. Plan																	
Implantat																	
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
Implantat																	
Beh. Plan																	

Klinischer Befund:

Röntgenologischer Befund: (Art und Datum der beigefügten Aufnahmen)

Geplanter Implantattyp: (Hersteller und Typ; Lokalisation und Anzahl siehe o.a. Schema)

Prognose:

Anlage

- Röntgenaufnahmen Modelle
 Mundhygienestatus ?

Unterschrift SanStOffzArzt MKG-Chirurgie /
SanStOffzZahnarzt Oralchirurgie

Datum: _____ Namensstempel

Unterschrift SanStOffzZahnarzt

Datum: _____ Namensstempel

Stellungnahme (SanABw)

Die Behandlung wird
 befürwortet wie geplant befürwortet mit Änderungen nicht befürwortet Anlage

Begründung

Stempel Ort, Datum

Unterschrift

Entscheidung (BMVg)

Die Behandlung wird
 genehmigt wie geplant genehmigt mit Änderungen nicht genehmigt Anlage

Begründung

Stempel Ort, Datum

Unterschrift

Erklärung des Soldaten

Von der Entscheidung des BMVg habe ich Kenntnis genommen Datum, Unterschrift

Der Antrag ist in dreifacher Ausfertigung SanABw vorzulegen. Die erste Ausfertigung verbleibt nach Bearbeitung beim BMVg, die zweite Ausfertigung verbleibt bei SanABw, die dritte Ausfertigung ist nach Abschluß der Behandlung in der zahnärztlichen Behandlungskarte abzulegen.

SanABw I 4 / 1.93/B

Anlage 10: BMVg InSan I 6 1993²⁸¹

Bundesministerium der Verteidigung
1993
InSan I 6 - Az 42-75-50/51

53003 Bonn, 01. Oktober

Verteiler

Betr.: Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr;
hier: Neufassung

Bezug: 1. Allgemeine Verwaltungsvorschrift (VwV) zu § 69 Absatz 2 des
Bundesbe-

soldungsgesetzes (BBesG) vom 22. Oktober 1990 (VMBl S. 454)

2. Allgemeine Verwaltungsvorschrift (VwV) zu § 6 des Wehrsoldgesetzes
(WSG) vom 22. Oktober 1990 (VMBl S. 460)

3. BMVg - InSan I 6 - Az 42-75-50/51 vom 01.10.1986

4. BMVg - InSan I 6 - Az 42-75-50/51 vom 01.06.1987

5. BMVg - InSan I 6 - Az 42-75-50 vom 25.06.1990

6. BMVg - InSan I 6 - Az 42-75-50/51 vom 06.12.1990

Hiermit erlasse ich die Neufassung der Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung
von Soldaten der Bundeswehr.

Nach diesen Richtlinien ist ab sofort zu verfahren.

Die Erlasse

- BMVg - InSan I 6 - Az 42-75-50/51 vom 01.10.1986

- BMVg - InSan I 6 - Az 42-75-50/51/42-75-32 vom 01.07.1988

- BMVg - InSan I 6 - Az 42-75-50/51/42-75-32 vom 07.07.1988

- BMVg - InSan I 6 - Az 42-75-50 vom 05.04.1990

- BMVg - InSan I 6 - Az 42-75-50/51 vom 06.12.1990

- BMVg - InSan I 6 - Az 42-75-50/51 vom 29.11.1991

hebe ich mit sofortiger Wirkung auf.

Soweit Bestimmungen der ZDv 60/7 oder andere Bestimmungen diesen Richtlinien
entgegenstehen, sind diese Bestimmungen nicht mehr anzuwenden.

Die ZDv 60/7 wird zu gegebener Zeit geändert:

²⁸¹ Die fehlerhaften Zeilenumbrüche in dem vorliegenden Dokument entstammen dem vorliegenden Originalentwurf.

Im Auftrag
Dr. Macheleidt

Beglaubigt
Angestellte

— —
**Richtlinien für die
zahnärztliche
Versorgung von Soldaten
der Bundeswehr**

Inhaltsverzeichnis

	Nr
Allgemeine Grundlagen	1 - 19
Richtlinien für die Individualprophylaxe bei Soldaten der Bundeswehr	20
Richtlinien für die systematische Behandlung von Parodontopathien bei Soldaten der Bundeswehr	21
Richtlinien für die zahnärztlich-konservierende Versorgung mit Einlagefüllungen/Einzelkronen von Soldaten der Bundeswehr	22
Richtlinien für die zahnärztlich-prothetische Behandlung von Soldaten der Bundeswehr	23
Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung von Soldaten der Bundeswehr	24
Richtlinien für funktionsanalytische/-therapeutische Leistungen (FAL/FTL) bei Soldaten der Bundeswehr	25
Richtlinien für zahnärztliche Implantologie bei Soldaten der Bundeswehr	26
Richtlinien für chirurgische Dysgnathieoperationen bei Soldaten der Bundeswehr	27

Allgemeine Grundlagen

1. Zweck

Diese Richtlinien regeln die Durchführung der

- Individualprophylaxe (Nr. 20)
- systematischen Behandlung von Parodontopathien (Nr. 21)
- zahnärztlich-konservierenden Versorgung mit Einlagefüllungen/Einzelkronen (Nr. 22)
- zahnärztlich-prothetischen Behandlung (Nr. 23)
- kieferorthopädischen Behandlung (Nr. 24)
- funktionsanalytischen/-therapeutischen Behandlungen (Nr. 25)
- zahnärztlich-implantologischen Versorgung (Nr. 26)
- chirurgischen Behandlung von Kieferfehlbildungen (Nr. 27)

von Soldaten der Bundeswehr in Sanitätseinrichtungen der Bundeswehr und durch Zahnärzte außerhalb der Bundeswehr.

1.1 Richtlinien für die Beantragung

Diese Richtlinien erläutern die Voraussetzungen, die bei der Beantragung von unter 1. angeführten Behandlungen zu beachten sind.

1.2 Richtlinien für die Entscheidung

Der zuständige Sanitätsoffizier entscheidet nach diesen Richtlinien über Anträge auf Genehmigung dieser Behandlungen bei Soldaten der Bundeswehr.

2. Bezugserlasse

Diese Richtlinien sind besondere Bestimmungen im Sinne der Nr 8 Abs. 1 Satz 2 der VwV zu § 69 Abs. 2 BBesG i.d.F. vom 22.10.1990 (Bezug 1.). Sie sind auch nach Nr 1 der VwV zu § 6 WSG i.d.F. vom 22.10.1990 (Bezug 2.) anzuwenden.

3. Behandlung von Soldaten durch Zahnärzte außerhalb der Bundeswehr

Diese Richtlinien sind auch bei Behandlung von Soldaten durch zivile Zahnärzte zu beachten.

Die zahnärztlichen Leistungen werden gemäß §75 Abs. 3 Satz 2 SGB V so vergütet, wie die Mitgliedskassen des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen die vertragsärztlichen Leistungen vergüten.

Die Eingliederung von Einlagefüllungen (Nr. 15 Bugo-Z von 1965) sowie das Wiedereinsetzen (Nr. 17 Bugo-Z von 1965) werden wie folgt bewertet:

- | | |
|---|-------------------|
| - Einlagefüllung einflächig: | Bewertungszahl 60 |
| - Einlagefüllung zweiflächig: | Bewertungszahl 70 |
| - Einlagefüllung mehrflächig: | Bewertungszahl 80 |
| - Wiedereinsetzen einer Einlagefüllung: | Bewertungszahl 16 |
| - Parapulpäre Stiftverankerung einer Einlagefüllung | Bewertungszahl 16 |

4. Ziel der Behandlung

4.1 Funktionstüchtigkeit

Ziel der zahnärztlich-konservierenden Versorgung mit Einlagefüllungen / Einzelkronen, der zahnärztlich-prothetischen Behandlung, der systematischen Behandlung von Parodontopathien, der Durchführung der individuellen Prophylaxe, der Gewährung von funktionsanalytischen/-therapeutischen Leistungen, der chirurgischen Dysgnathiebehandlungen und der Versorgung mit oralen Implantaten von Soldaten ist es, im Rahmen dieser Richtlinien die Funktionstüchtigkeit des Kauorgans herbeizuführen oder ihre Beeinträchtigung zu verhindern. Ein neuer Zahnersatz ist nicht angezeigt, wenn der vorhandene Zahnersatz noch funktionstüchtig ist oder die Funktionstüchtigkeit wiederhergestellt werden kann (z.B. durch Erweiterung).

4.2 Für die kieferorthopädische Behandlung, die Durchführung von funktionsanalytischen/-therapeutischen Leistungen, die Versorgung mit oralen Implantaten und für chirurgische Dysgnathieoperationen gelten besondere Richtlinien (s. Nr. 24, 25, 26, 27).

5. Anderes Behandlungsziel

Maßnahmen mit einem anderen als dem in Nr 4 bestimmten Ziel können - soweit im folgenden nichts anderes bestimmt ist - nur ausnahmsweise und nur nach eingehender Begründung durch BMVg - InSan I6 zugelassen werden.

6. Wehrdienstbeschädigungsfolgen

6.1 WDB-Folgen, Anerkennung

WDB-Folgen im Sinne dieser Richtlinien liegen vor, wenn die Folgen einer gesundheitlichen Schädigung durch die zuständige Dienststelle als WDB-Folgen oder als Folgen einer Schädigung im Sinne des § 81a des Soldatenversorgungsgesetzes (SVG) anerkannt sind oder das zuständige Wehrbereichsgebührenamt III oder V auf Grund einer Stellungnahme des Truppenarztes bzw. des Truppenzahnarztes festgestellt hat, daß eine solche Folge wahrscheinlich vorliegt.

6.2 WDB, Wiederherstellung des vorherigen Zustandes

Sind durch zahnärztlich-konservierende Versorgung mit Einlagefüllungen / Einzelkronen, zahnärztlich-prothetische Maßnahmen, systematische Behandlung von Parodontopathien, kieferorthopädische Behandlung und/oder zahnärztlich-implantologische Maßnahmen die Folgen einer WDB oder sonst einer Schädigung im Sinne des § 1 des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) oder eines Gesetzes, das das BVG für anwendbar erklärt, zu beheben, soll eine möglichst vollkommene Wiederherstellung des vorherigen Zustandes angestrebt werden.

6.3 WDB, weitergehende Maßnahmen

Die zahnärztlichen Maßnahmen sollen sich nicht auf die bloße Wiederherstellung des vorherigen Zustandes (Nr 6.2) beschränken, wenn im Sinne der Nr 4 weitergehende Maßnahmen erforderlich sind.

7. Gewährung der Behandlung

7.1 Gewährung, allgemein

Die zahnärztliche Behandlung wird entsprechend den in Nr 4 und 5 dieser Richtlinien festgelegten Zielen gewährt.

7.2 Gewährung zahnärztlich-prothetischer Behandlung

7.2.1 Berufssoldaten und Soldaten auf Zeit

wird zahnärztlich-prothetische Behandlung gewährt, um die Funktionstüchtigkeit des Kauorgans herbeizuführen oder ihre Beeinträchtigung zu verhindern, in den ersten vier und den letzten zwei Monaten der Dienstleistung jedoch nur zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Verwendungsfähigkeit des Soldaten.

a. Bei den
Gewährungsmöglichkeiten für Berufssoldaten und Soldaten auf Zeit steht wegen der langjährigen Dienstzeit die Erhaltung oder Wiederherstellung der Kau- oder Sprachfunktion im Vordergrund:

b. In den letzten zwei Monaten
ist zusätzlich der rechtzeitige Abschluß einer zahnärztlich-prothetischen Behandlung innerhalb der Restdienstzeit zu berücksichtigen.

c.
Behandlungsmethode sind die Kriterien:

Wirtschaftlichkeit

Bei der Wahl der

- Zweckmäßigkeit,
- Dauerhaftigkeit und
- Grundsätze der

einzubeziehen.

7.2.2 Soldaten, die auf Grund der Wehrpflicht Grundwehrdienst leisten

wird während des Grundwehrdienstes zahnärztlich-prothetische Behandlung zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Verwendungsfähigkeit gewährt.

a.
der Wehrpflicht Grundwehrdienst leisten, ist bei der Erhaltung der Verwendungsfähigkeit im Aufgabebereich zu beurteilen. Eine Gefährdung der Verwendungsfähigkeit kann bei Zahnverlust während der Dienstzeit und/oder bei drohendem Verlust der Kauorgans vorliegen.

Bei Soldaten, die auf Grund der Gewährung vorrangig bei Zahnverlust während Funktionstüchtigkeit des

b.
Behandlungsmethode sind die Kriterien:

- Grundsätze der Wirtschaftlichkeit

Bei der Wahl der

- Zweckmäßigkeit,
- Dauerhaftigkeit und

einzubeziehen.

7.2.3 Wehrübenden

a.
zu 6 Monaten ableisten, wird zahnärztlich-prothetische Behandlung während einer Wehrübung bei Verlust von Zahnersatz nach dem Urteil des behandelnden Truppenzahnarztes und des für die Entscheidung zuständigen Sanitätsoffiziers die Erneuerung des Zahnersatzes zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Verwendungsfähigkeit notwendig ist.

die eine Wehrübung von bis zu 6 Monaten ableisten, wird zahnärztlich-prothetische Behandlung während einer Wehrübung bei Verlust von Zahnersatz nach dem Urteil des behandelnden Truppenzahnarztes und des für die Entscheidung zuständigen Sanitätsoffiziers die Erneuerung des Zahnersatzes zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Verwendungsfähigkeit notwendig ist.

b. Wehrübenden, die eine Wehrübung von mehr als 6 Monaten ununterbrochener Dauer ableisten, wird zahnärztlich-prothetische Behandlung oder Wiederherstellung der Verwendungsfähigkeit.

die eine Wehrübung von mehr als 6 Monaten ununterbrochener Dauer ableisten, wird zahnärztlich-prothetische Behandlung oder Wiederherstellung der Verwendungsfähigkeit.

c. wird sonstige zahnärztliche Behandlung nur zur Beseitigung akuter Zustände oder im Sinne der Ziffer 6. gewährt.

die eine Wehrübung von mehr als 6 Monaten ununterbrochener Dauer ableisten, wird zahnärztlich-prothetische Behandlung oder Wiederherstellung der Verwendungsfähigkeit.

8. Anspruch bei WDB-Folgen

In allen Fällen der Nr 6 wird die zahnärztlich-prothetische Behandlung auch ohne die Voraussetzung der Erhaltung oder Wiederherstellung der Verwendungsfähigkeit gewährt.

9. Art und Umfang der Behandlung

9.1 Grundlagen der Behandlungsplanung

Art und Umfang der zahnärztlichen Behandlung richten sich nach den anatomischen, physiologischen, pathologischen und hygienischen Gegebenheiten des Kauorgans. Innerhalb des insoweit gegebenen Rahmens ist diejenige Behandlungsmethode zu wählen, die nach fachlichem Urteil, insbesondere hinsichtlich der Zweckmäßigkeit und Dauerhaftigkeit - erwarten läßt, daß das im Einzelfall angestrebte Behandlungsziel erreicht wird; hierbei sind die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit zu beachten. Die Behandlungsplanung muß aus dem Antrag erkennbar und auf das Gesamtgebiß abgestimmt sein.

9.2 Vorläufiger Zahnersatz

Ein vorläufiger Zahnersatz kann genehmigt werden.

9.3 Werkstoffe

Es sollen nur Werkstoffe verwendet werden, die klinisch erprobt sind und bei denen ausreichend gesichert ist, daß sie der Gesundheit nicht schaden, den chemischen und physikalischen Einwirkungen im Munde widerstehen und der zu erwartenden Beanspruchung genügen. Die Erprobung von Werkstoffen auf Kosten der Bundeswehr ist unzulässig. Bei der Versorgung mit Brücken und Zahnkronen/Einlagefüllungen sowie für individuell gefertigte Verbindungselemente sollen in der Regel Palladium-Basis-Legierungen (Palladium-Silber, Palladium-Kupfer) verwendet werden. Edelmetallfreie Legierungen können verwendet werden (insbesondere Nickel-Chrom-Molybdän-Legierungen, wenn sie beryllium- und galliumfrei sind). Die Verwendung von hochgoldhaltigen Legierungen ist zu begründen. Bei der Wahl der Legierungen sind die aktuellen Empfehlungen des Bundesgesundheitsamtes zu berücksichtigen.

9.4 Umfang der Behandlung

Die Versorgung mit Zahnersatz umfaßt die Befunderhebung die Planung, die Vorbereitung des Restgebisses, das Einschleifen, die Beseitigung von Okklusionshindernissen und alle Maßnahmen zur Herstellung und Eingliederung des Zahnersatzes einschließlich der Nachbehandlung. Sie umfaßt auch die Unterweisung im Gebrauch des Zahnersatzes sowie die Belehrung des Patienten über die sachgemäße Behandlung des Zahnersatzes.

9.5 Das gleiche gilt sinngemäß für Zahnkronen und/oder Einlagefüllungen

9.6 Die systematische Behandlung von Parodontopathien umfaßt darüber hinaus die eingehende Belehrung (Motivation) des Patienten, Kontrollen der richtigen Mundhygiene und eine entsprechende Nachsorge.

10. Vorbereitung der Behandlung

10.1 Vorausgehende Behandlung

Der Beantragung von Zahnersatz soll die notwendige konservierende, chirurgische und parodontale Vorbehandlung des Restgebisses vorausgehen.

- | | |
|--|-----------------------------|
| a. | Tief kariöse Zähne müssen |
| auf ihre Erhaltungswürdigkeit geprüft sein, ggf. angefertigt werden. | müssen Röntgenbilder |
| b. | Pulpatote Zähne müssen mit |
| einer röntgenologisch nachzuweisenden Wur- | zelfüllung versorgt |
| sein, die mindestens bis in das apikale Drittel reichen soll. | |
| c. | Bei Zähnen mit krankhaften |
| Prozessen müssen Maßnahmen zur Ausheilung | eingeleitet sein. |
| d. | Die Entfernung des |
| Zahnsteins und die Behandlung von Erkrankungen des | Parodonts/der |
| Mundschleimhaut müssen durchgeführt sein. | |
| e. | Notwendige systematische |
| Parodontalbehandlungen müssen bereits vorge- | nommen sein. |
| f. | Bei Verdacht auf krankhafte |
| Prozesse an Zähnen und im Kieferknochen | muß eine |
| röntgenologische Überprüfung erfolgt sein. | |
| g. | Nicht erhaltungswürdige |
| Zähne und Wurzelreste müssen entfernt sein. | |
| h. | Retinierte und impaktierte |
| Zähne, die im räumlichen Zusammenhang mit | Einlagefüllungen/Kronen |
| und Brücken stehen, sollen grundsätzlich entfernt | sein. |

10.2 Röntgenuntersuchung des zu versorgenden Kiefers

Bei der Versorgung mit Einzelkronen, Einlagefüllungen, Brücken und bei einer systematischen Behandlung von Parodontopathien sind in der Regel Einzelröntgenaufnahmen zu fertigen.

Andere Aufnahmen genügen nur dann, wenn sie ohne jede Verzerrung eine einwandfreie Beurteilung ermöglichen. Die Röntgenaufnahmen sind dem Antrag beizufügen.

10.3 Funktionstüchtigkeit des Gebisses im anderen Kiefer

Bei der Versorgung mit Zahnersatz muß eine funktionell ausreichende Gegenbe-zahnung vorhanden sein oder gleichzeitig oder in absehbarer Zeit hergestellt werden.

10.4 Rechtzeitige Vorbereitung

Grundsätzlich muß die vorausgehende Behandlung so rechtzeitig durchgeführt und die genehmigungspflichtige Behandlung so rechtzeitig beantragt werden, daß voraussichtlich bis zur Entlassung des Soldaten aus der Bundeswehr die nachgehende Behandlung abgeschlossen werden kann

11. Genehmigung der Behandlung

11.1 Beantragung

Die Versorgung mit Einzelkronen oder Einlagefüllungen, zahnärztlich-prothetische Behandlung sowie die systematische Behandlung von Parodontopathien bedürfen der vorherigen Genehmigung des zuständigen Sanitätsoffiziers und sind mit den Vordrucken SanBw/0220, 0221 bzw. 0222 zu beantragen.

Einzelkronen und/oder Einlagefüllungen, deren Eingliederung im Zusammenhang mit einer prothetischen Versorgung notwendig werden, sind auf dem Heil- und Kostenplan (San/Bw/0221) mit zu beantragen.

11.2 Ebenso bedürfen eine kieferorthopädische Behandlung, die Durchführung funktionsanalytischer/-therapeutischer Maßnahmen, die Durchführung chirurgischer Dysgnathieoperationen und die Versorgung mit oralen Implantaten einer vorherigen Genehmigung durch den dafür zuständigen Sanitätsoffizier.

11.3 Die Entscheidung des zuständigen Sanitätsoffiziers ist dem Soldaten schriftlich zu eröffnen.

11.4 Bei Leistungen, die auf den San/Bw/0220 und 0221 abzurechnen sind, hat der Soldat nach Abschluß der Behandlung auf beiden dem Zahnarzt übersandten Ausfertigungen, in dem für die Erklärung des Soldaten vorgesehenen Feld, die Eingliederung der Einlagefüllungen/Kronen bzw. des Zahnersatzes zu bescheinigen.

12. Geltungsdauer

12.1 Maßnahmen, die über Befunderhebung und Planung sowie konservierende, chirurgische und parodontale Vorbehandlung hinausgehen, dürfen erst begonnen werden, wenn der entsprechende Antrag dem dafür zuständigen Sanitätsoffizier Zahnarzt vorgelegt und von diesem genehmigt worden ist.

Eine nachträgliche Genehmigung ist nicht zulässig.

12.2 Die Genehmigung gilt ab dem Genehmigungsdatum, längstens jedoch bis zum Ende des Wehrdienstverhältnisses. Wurde mit der Behandlung nicht innerhalb von sechs Monaten nach der Genehmigung begonnen, muß der Antrag erneut dem zuständigen Sanitätsoffizier Zahnarzt vorgelegt werden.

Nur bei zahnärztlich-prothetischer Behandlung gilt die Genehmigung über das Ende des Wehrdienstverhältnisses hinaus, wenn die Behandlung bereits während des Wehrdienstverhältnisses begonnen wurde, längstens jedoch für 6 Monate ab dem Genehmigungsdatum.

13. Behandlung ohne Genehmigung oder in anderer als in der genehmigten Form

Wird eine genehmigungspflichtige Behandlung durch den behandelnden Zahn- arzt ohne Genehmigung des für die Entscheidung zuständigen Sanitätsoffiziers begonnen oder durchgeführt, werden die Kosten hierfür nicht auf Bundesmittel übernommen; sie sind auch nicht beihilfefähig. Dies gilt auch dann, wenn eine Behandlung in anderer als in der genehmigten Form durchgeführt wird.

14. **Behandlung auf Veranlassung des Soldaten**

Veranlaßt der Soldat von sich aus die Durchführung der Behandlung vor Genehmigung durch den für die Entscheidung zuständigen Sanitätsoffizier oder in anderer als der genehmigten Form, so kann er dies nur unter Verzicht auf die

Inanspruchnahme der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung für diese Behandlung tun. Zwischen dem Soldaten und dem behandelnden Zahnarzt ist hierüber eine schriftliche Vereinbarung zu treffen.

15. **Verlust der Kostenübernahme**

Der Zahnarzt darf für Leistungen, deren Kosten aus Bundesmitteln vergütet werden, Zahlungen von Soldaten weder fordern noch annehmen. Er darf auch mit Soldaten keine Abdingungsvereinbarungen schließen. Tut er es dennoch, wird die Genehmigung des zuständigen Sanitätsoffiziers hinfällig. Die Kosten werden in diesem Falle nicht auf Bundesmittel übernommen. Sie sind auch nicht beihilfefähig.

16. **Änderung eines genehmigten Antrages für genehmigungspflichtige zahnärztliche Behandlungen**

Soll ein genehmigter Antrag geändert werden, so ist erneut die Genehmigung des zuständigen Sanitätsoffiziers erforderlich.

17. **Maßnahmen für Identifizierungen**

Zur Sicherstellung einer ggf. erforderlichen Identifizierung von Soldaten der Bundeswehr sollen bei Erstellung des Heil- und Kostenplanes zusätzlich zu den Gebührentarifnummern angegeben werden:

- die jeweilige Kronenkonstruktion, auch Metallkeramik (zu Gebührentarif C Nr 20a, 20b, 20c, 91a, 91b, 91c,91d)
- die Anzahl, Gestalt und Lage von Halte- und Stützvorrichtungen (zu Gebührentarif C Nr 98h)
- die Lage und Art der Verbindungsvorrichtungen, z.B. Stege, gefräste Konuskronen, Schrauben,

Geschiebe, Federstifte(zu Gebührentarif C Nr 93)

- die Zähne, die von einer abnehmbaren Schiene umfaßt werden (zu Gebührentarif B Nr K1 und K3).

Die zivilen Zahnärzte werden gebeten, entsprechend zu verfahren.

18. Zahnärztlicher Sachverständiger

Der für die Entscheidung zuständige Sanitätsoffizier hat grundsätzlich einen zahnärztlichen Sachverständigen einzuschalten. Diese Tätigkeit wird vom Sanitätsdienst der Bundeswehr durchgeführt.

19. Gutachten

19.1 Der für die Entscheidung zuständige Sanitätsoffizier kann den eingereichten Heil- und Kostenplan/Antrag auf Versorgung von Einzelzähnen mit Einlagefüllungen/Kronen oder den Parodontalstatus begutachten lassen. In diesem Falle übersendet er den Heil- und Kostenplan/Antrag auf Versorgung von Einzelzähnen mit Einlagefüllungen/Kronen oder den Parodontalstatus unverzüglich an einen Gutachter, der im Benehmen mit der zuständigen KZV zu benennen ist. Hiervon ist der behandelnde Zivilzahnarzt zu unterrichten. Ein kieferorthopädischer Behandlungsplan ist vor der Entscheidung grundsätzlich einem Gutachter zur Stellungnahme zuzuleiten.

19.2 Der für die Entscheidung zuständige Sanitätsoffizier kann in begründeten Fällen ausgeführte Leistungen zur Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen/Einlagefüllungen begutachten lassen. In diesem Falle benachrichtigt er den behandelnden Zivilzahnarzt und übersendet die Unterlagen, die der Versorgung zugrunde gelegen haben, eine im Benehmen mit der zuständigen KZV benannten Gutachter.

19.3 Der behandelnde Zivilzahnarzt kann für den Heil- und Kostenplan/Antrag auf Versorgung von Einzelzähnen mit Einlagefüllungen/Kronen oder den Parodontalstatus eine Begutachtung beantragen, wenn er mit der Entscheidung des zuständigen Sanitätsoffiziers nicht einverstanden ist. In diesem Falle ist der Heil- und Kostenplan/Antrag auf Versorgung von Einzelzähnen mit Einlagefüllungen/Kronen oder der Parodontalstatus mit allen Befundunterlagen von dem für die Entscheidung zuständigen Sanitätsoffizier an einen Gutachter - der im Benehmen mit der zuständigen KZV zu benennen ist - zu senden. Hiervon ist der behandelnde Zivilzahnarzt zu unterrichten.

19.4 Gutachter sind berechtigt, Soldaten der Bundeswehr zu behandeln, jedoch nicht Soldaten, bei denen ein kausaler Zusammenhang zwischen der Tätigkeit als behandelnder Zahnarzt und der Tätigkeit als Gutachter gegeben ist. Notfallbehandlungen werden hierdurch nicht berührt.

19.5 Weiteres Gutachten

Der behandelnde Zivilzahnarzt oder der für die Entscheidung zuständige Sanitätsoffizier kann bei kieferorthopädischen Maßnahmen und bei der Behandlung von Parodontopathien gegen die Stellungnahme des Gutachters binnen zwei Wochen nach Eingang des Gutachtens einen anderen Gutachter zur Einholung eines weiteren Gutachtens einschalten. In diesen Fällen ist analog der Nr 19.3 zu verfahren.

19.6 Die nach Nr 19.1, 19.2, 19.3 und 19.5 der Richtlinien anfallenden Gutachterkosten gehen grundsätzlich zu Lasten des für die unentgeltliche truppenärztliche Versorgung zuständigen Kostenträgers.

20. Richtlinien für die Individualprophylaxe bei Soldaten der Bundeswehr

A. Allgemeines

20.1 Diese Richtlinien legen Umfang und Nachweis der zahnärztlichen Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (zahnmedizinische Individualprophylaxe) bei Soldaten fest.

20.2 Die zahnmedizinische Individualprophylaxe soll der Vorbeugung gegen Karies und Parodontalerkrankungen dienen und die Maßnahmen der Gruppenprophylaxe sinnvoll ergänzen und fortführen. Die Individualprophylaxe soll der Erhaltung der Zahngesundheit dienen und ggf. Neuerkrankungen oder ein Fortschreiten der Erkrankung verhindern.

Mit der Individualprophylaxe sollen insbesondere die Soldaten betreut werden, die von der Gruppenprophylaxe nicht erfaßt werden.

20.3 Der Erfolg der Individualprophylaxe ist in jeder Phase abhängig von der Mitarbeit des Patienten. Die Förderung dieser Mitarbeit steht daher im Vordergrund der Prophylaxemaßnahmen. Der dafür notwendigen Motivation kommt besondere Bedeutung zu. Ggf. kann sie mehrfach erforderlich sein.

20.4 Um die Bereitschaft des Soldaten zur Kooperation zu erreichen und zu erhalten, ist eine kontinuierliche Durchführung der Zahnprophylaxemaßnahmen erforderlich.

20.5 Die Individualprophylaxe beginnt mit der Erstellung des Mundhygienestatus, dem die eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten vorangegangen sein soll. Erforderlichenfalls folgt die Motivationsphase. Eine ggf. notwendige Intensivmotivation mit der Aufklärung über Krankheitsursachen und ggf. Remotivationen sollen zeitnah, möglichst innerhalb von vier Monaten abgeschlossen sein.

20.6 Die Prophylaxemaßnahmen sollen insbesondere der Risikogruppe stark kariesgefährdeter Soldaten helfen, die Mundgesundheit zu verbessern. Stark kariesgefährdet sind Versicherte mit mehr als 2 kariösen bzw. mehr als 3 gefüllten Zähnen oder mit bereits entfernten bleibenden Zähnen und Versicherte, bei denen der Index erhebliche Hygienedefizite aufzeigt zum Beispiel:

- API-Indexwert über 35 %,
- Quigley-Hein-Index-Durchschnittswert zwischen 3 (plaquebedecktes zervikales Drittel) und 5 (Plaque bedeckt 2/3 der Zahnoberfläche)
- bzw. VPI-Indexwert über 50 %.

Der Zahnarzt soll Inhalt und Umfang der notwendigen Prophylaxemaßnahmen nach den individuellen Gegebenheiten des Einzelfalls festlegen. Bei Soldaten, die der Risikogruppe nicht angehören, sind die Prophylaxemaßnahmen in zahnmedizinisch sinnvoller Weise zu beschränken.

20.7 Die Individualprophylaxemaßnahmen werden nach Maßgabe des Zahnheilkun- degesetzes und der geltenden Ausbildungs- und Fortbildungsbestimmungen durchgeführt.

B. Art und Umfang der zahnmedizinischen Prophylaxe*

20.8 Der Mundhygienestatus umfaßt die Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes des Patienten, die Feststellung und Beurteilung von Plaque-Retentionsstellen sowie die Erhebung geeigneter Indizes mit dokumentierbarem Meßwert.

Das sind z.B. der Papillen-Blutungs-Index (PBI) zusammen mit dem Approximalraum-Plaque-Index (API) oder dem Quigley-Hein-Index. Die Dokumentation ist Bestandteil der Krankenblattunterlagen. Die einmal gewählten Indizes sind innerhalb eines Prophylaxeprogrammes beizubehalten.

Aufgrund der Untersuchung ist patienten- und befundbezogen zu entscheiden, ob und welche weiteren Prophylaxemaßnahmen indiziert sind. Das bedeutet, daß bei entsprechender Mundhygiene außer dem Mundhygienestatus weitere Motivations- und Untersuchungsmaßnahmen nicht erforderlich sind.

20.9 Um das Gebiß prophylaxefähig zu machen, sollen alle iatrogenen und natürlichen Reizfaktoren beseitigt werden. Hier kann auch die Erstellung von Bißflü-gelröntgenaufnahmen angezeigt sein.

20.10 An die Erhebung des Mundhygienestatus schließt sich ggf. die Aufklärung über Krankheitsursachen und deren Vermeidung im Rahmen einer ausführlichen Motivation (Intensiv-Motivation) an.

Die Aufklärung über Krankheitsursachen erfordert eine, dem Alter und Entwicklungsstand des Soldaten angepaßte Erklärung der Entstehung von Karies und Parodontopathien sowie Hinweise für eine zahngesunde Ernährung. Dabei sind dem Soldaten individuelle Erläuterungen zu krankheitsgefährdeten Gebißbereichen und zur Bedeutung der Plaque für die Entstehung von Zahn- und Munderkrankungen zu geben. Insbesondere ist auf die Wechselwirkungen von Plaquequalität und Zeit, Säuregrad und Zuckerkonsum sowie die Wirkungsmechanismen der lokalen Fluoridierung hinzuweisen.

* Für SanOffz Zahnarzt:

s. Handbuch "Individualprophylaxe für Sanitätsoffiziere Zahnarzt" und Unterrichtsmappe "Zahn- und Gebißkrankheiten - ihre Prävention durch wirksame Mundhygiene und gesunde Ernährung".

Aufbauend auf den diagnostizierten Hygienedefiziten sind geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Mundhygiene (insbesondere Zahnputztechniken) auszuwählen und an Modellen, auch unter Zuhilfenahme von didaktischen Hilfsmitteln, zu demonstrieren. Die so vermittelten Hygienetechniken sollen anschließend mit dem Patienten praktisch geübt werden. Zusätzlich ist der Patient befundbezogen über geeignete Hilfsmittel zur Säuberung der Interdentaltäume und über die für ihn sinnvolle häusliche Anwendung von Fluoridpräparaten aufzuklären. Auf eine dem Leistungsinhalt angemessene Terininplanung durch die zahnärztliche Praxis/Behandlungseinrichtung ist zu achten.

20.11 Remotivationen sind angezeigt, wenn der Zahnarzt/Sanitätsoffizier Zahnarzt Hygienedefizite feststellt. Zu welchem Zeitpunkt und in welchem Umfang Remotivationen erforderlich sind, hat der Zahnarzt/Sanitätsoffizier Zahnarzt aufgrund des individuellen Hygienebefundes des Soldaten zu entscheiden. Dabei ist zu berücksichtigen, wie sich die Meßwerte der gewählten Indizes im Laufe der Prophylaxebehandlung verändert haben. Hieraus sind ggf. Konsequenzen für Motivationsmaßnahmen zu ziehen.

Aufbauend auf den Inhalt der ausführlichen Motivation (Intensivmotivation), sollen eine befundbezogene Besprechung der persönlichen Probleme des Patienten bei der Mundhygiene und ggf. weitere Hinweise für eine zahngesunde Ernährung erfolgen. Die Hinweise auf geeignete Zahnputztechniken, die Reinigung der Interdentaltäume sowie bestimmte Fluoridierungsmaßnahmen sind unter Betonung schwerpunktmäßig erforderlicher Maßnahmen zu wiederholen. Ggf.

sind weitere praktische Unterweisungen und Übungen vorzunehmen. Auf eine dem Leistungsinhalt angemessene Terminplanung durch die zahnärztliche Praxis/Behandlungseinrichtung ist zu achten.

20.12 Als begleitende Maßnahme ist die lokale Fluoridierung zur Schmelzhärtung mit Lack, Gel o.ä. angezeigt. Dabei sind häusliche Fluoridierungsmaßnahmen (z.B. mit Fluorid-Pastillen, Fluorid-Spülungen) und der Wunsch des Soldaten zu berücksichtigen. Voraussetzung für die lokale Fluoridierung ist die gründliche Beseitigung von Zahnbelägen und die Trockenlegung der Zähne, um eine gleichmäßige Benetzung des Zahnschmelzes mit Fluorid zu gewährleisten. Die

erste lokale Fluoridierung soll während der Motivationsphase innerhalb von vier Monaten nach der Prophylaxeuntersuchung durchgeführt werden. Die weiteren Fluoridierungen sollen in regelmäßigen Abständen von ca. sechs Monaten erfolgen.

20.13 Sind bereits wiederholt Prophylaxemaßnahmen durchgeführt worden, so sollen bei zufriedenstellender Mundhygiene, nur die Erhebung des Mundhygienestatus sowie die lokalen Fluoridierungen durchgeführt werden. Weitere Motivations- und Unterweisungsmaßnahmen sind dann entbehrlich. Dies schließt nicht aus, daß bei einer späteren Verschlechterung der Mundhygiene erneut Motivations- und Unterweisungsmaßnahmen erforderlich werden können. Verbessert sich der Mundhygienestatus eines Soldaten trotz wiederholter Motivationsmaßnahmen nicht, so sind nur noch der Mundhygienestatus und Fluoridierungen zweckmäßig.

20.14 In ein Bonusheft ist bei den bis 19jährigen für jedes Kalenderhalbjahr das Datum der Erhebung des Mundhygienestatus einzutragen. Das Bonusheft dient dem Soldaten nach seinem Ausscheiden aus dem Dienstverhältnis als Nachweis für den Anspruch auf erhöhte Zuschüsse zum Zahnersatz gem. § 30 Abs. 2 SGB V. In das Bonusheft sind daher auch die jährlichen zahnärztlichen Untersuchungen nach Vollendung des 20. Lebensjahres einzutragen. Sollte kein Bonusheft vorgelegt werden, soll die entsprechende Dokumentation formlos erfolgen.

20.15 Die bei der Erhebung des Mundhygienestatus festgestellten Befunde und die Indexwerte sind im Krankenblatt aufzuzeichnen.

C. Fissurenversiegelung

20.16 Zur unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung gehört die Fissurenversiegelung mit aushärtenden Kunststoffen der Molaren 6 und 7. Die Versiegelung der gefährdeten Fissuren sollte so früh wie möglich erfolgen. Eine Versiegelung ist nicht angezeigt, wenn die Fissur bereits kariös erkrankt ist. Um mit der Fissurenversiegelung einen langfristigen Schutz der Zähne zu erreichen, ist die gründliche Beseitigung von Zahnbelägen und die Trockenlegung der Zähne er-

forderlich. Soweit eine Versiegelung im zeitlichen Zusammenhang mit Maßnahmen der lokalen Fluoridierung durchgeführt wird, muß die Versiegelung vor der Fluoridierung abgeschlossen sein. Die Versiegelung muß alle kariesfreien Fissuren des Zahnes einbeziehen.

21. **Richtlinien für die systematische Behandlung von Parodontopathien (PAR - Behandlung) bei Soldaten der Bundeswehr**

21.1 Das Ziel der systematischen PAR-Behandlung ist es, ein Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern, entzündliche Erscheinungen zum Abklingen zu bringen und einer weiteren Retraktion des Zahnhalteapparates vorzubeugen.

21.2 Eine systematische PAR-Behandlung ist angezeigt bei

- Parodontitis marginalis superficialis,
- Parodontitis marginalis profunda,
- Parodontosis.

21.3 Die Prognose der Parodontopathien hängt vom Zeitpunkt der Behandlung ab. Sie ist nur bei frühzeitiger Behandlung günstig.

21.3.1 Die Prognose ist für das gesamte Gebiß ungünstig

- bei unzureichender Mitarbeit des Patienten,
- bei Allgemeinerkrankungen mit ungünstigem Einfluß auf die

Abwehrbereitschaft des Organismus
und die Regenerationsfähigkeit der parodontalen Gewebe,

- bei generalisiertem Lockerungsgrad III (s. Nr 21.5.2) und weit fortgeschrittenem Knochenabbau.

Wenn trotzdem eine systematische PAR-Behandlung durchgeführt werden soll, ist eine besondere Begründung erforderlich.

21.3.2 Die Prognose ist für einzelne Parodontien ungünstig

- bei weit fortgeschrittenen parodontalen Erkrankungen (u.a. frühzeitige Lockerung, rezidivierende parodontale Abszesse, interradikuläre Parodontitis, erhebliche Zahnwanderungen),
- bei ätiologisch wichtigen, der Behandlung nicht oder nur unzureichend zugänglichen Parafunktionen, Okklusions- und Artikulationsstörungen. In diesen Fällen ist in der Regel die Entfernung der Zähne angezeigt.

21.4 Die Vorbehandlung geht der systematischen Behandlung voraus. Sie besteht in der Entfernung des Zahnsteins, der weichen Beläge und sonstiger Reizfaktoren sowie in der Anleitung des Patienten zu richtiger Mundhygiene.

Zwei bis drei Wochen nach Abschluß der Vorbehandlung ist zu entscheiden, ob eine systematische PAR-

Behandlung noch angezeigt ist. Dies ist in der Regel nicht der Fall, wenn

- die Mitarbeit des Patienten nicht ausreicht und deshalb ein Erfolg nicht zu erwarten ist,
- nach dem Rückgang der entzündlichen Schwellung des Zahnfleisches nur noch Zahnfleischtaschen bis 2 mm und keine funktionellen Störungen bestehen.

21.5 Zur Befunderhebung gehören

- Parodontalstatus,
- Röntgenaufnahmen,
- Kiefermodelle.

21.5.1 Der Lokalbefund umfaßt

- fehlende und ersetzte Zähne,
- Karies und ihre Folgen (unbehandelte Karies, marktote Zähne, periapikale Erkrankungen u.a)
- Zustand und Verlauf des Zahnfleischsaumes (Entzündung freiliegende Zahnhäse, Taschenbildung, sogenannte Zahnfleischnischen usw.)
- Form und Umfang der Knochenveränderungen (Höhen- und Seitenabbau mit Unterformen, Breite und Form des Desmodontalspaltes)
- mechanische Reizfaktoren (z.B. Zahnstein, subgingivale Konkremente, Approximalflächenkaries, mangelhafte Füllungen und Kronen.

21.5.2 Der Funktionsbefund umfaßt

- Kieferfehlbildungen und Stellungsanomalien,
- die Belastungsverhältnisse in den einzelnen Artikulationsphasen einschließlich der Bewegung in den Schlußbiß (vorzeitige Kontakte, funktioneller Zwangbiß u.ä),
- Parafunktionen, wie Knirschen, Pressen, Lippen- und Zungendruck und Angewohnheiten
- Zahnwanderung
- Zahnlockerung.

Die Lockerung wird nach Graden eingeteilt

- I = fühlbar
- II = sichtbar
- III = beweglich auf Lippen- und Zungendruck oder in axialer Richtung.

21.5.3 Der Internbefund

Wenn eine Allgemeinerkrankung besteht oder vermutet wird soll ein fachärztlicher Befund eingeholt und berücksichtigt werden. Besonders zu beachten - auch im Verlaufe der Behandlung - sind Störungen des Kohlehydrat- und Eiweißstoffwechsels, der Magen- und Darmfunktion, der Leber, des Kreislaufes und des Hormonhaushaltes sowie des blutbildenden Apparates.

21.6. Die Lokalbehandlung hat das Abklingen der Entzündung, die Beseitigung der Zahnfleischtaschen und - soweit wie möglich - die Regeneration der parodontalen Gewebe zum Ziele.
Die einzelnen Maßnahmen umfassen

21.6.1 die Ausschaltung noch vorhandener entzündungsbegünstigender Reize,
- Konkremententfernung, Schaffung möglichst glatter Zahnhals- und Wurzel- flächen,
- eingehende Belehrung/Remotivation und Kontrollen über die häuslichen Maßnahmen zur Verringerung der Plaquebildung,

21.6.2 die Beseitigung bzw. Einebnung der Zahnfleischtaschen Herstellung eines günstigen Zahnfleischreliefs und ggf. Bildung einer genügend breiten Zone unverschieblicher Gingiva und Kürettage allein oder in Verbindung mit Gingivektomie bei Höhenabbau, Gingivoplastik bei Hyperplasien und Zahnfleischnischen, Lappenmethoden und osteoplastische Verfahren bei Seitenabbau, Mucogingivale Plastik bei unzureichend tiefem Mundvorhof.

21.7 Die Funktionsbehandlung hat das Ziel der Wiederherstellung optimaler Okklusions- und Artikulationsverhältnisse sowie die Behebung von Parafunktionen, um ein Gleichgewicht zwischen der Belastung und der Belastungsfähigkeit der erkrankten Parodontien zu erreichen. Hierzu kommen ggf. in Betracht:

21.7.1 Änderung des Kauflächenreliefs durch
- Beseitigung von Okklusionsstörungen (vorzeitige Kontakte und Gleithindernisse)
- Schaffung eines Artikulationsausgleichs (Beschleifen, ggf. Verkleinerung der Schliff-Flächen),
- prothetische Maßnahmen.

21.7.2 Stabilisierungsmaßnahmen
durch festsitzende Schienung, in begründeten Fällen auch in Verbindung mit herausnehmbaren Schienen mit körperlicher Erfassung der Zähne. Die herausnehmbare Schiene kann als relative Stabilisierungsmaßnahme in Verbindung mit herausnehmbarem Ersatz zweckmäßig sein.

21.7.3 Lückenschluß
durch Brücken oder abgestützte Prothesen.

21.7.4 Bißlageveränderung durch Aufbißschiene, festsitzenden oder herausnehmbaren Zahnersatz.

21.7.5 Ausschalten von Parafunktionen
nach dem Okklusions- und Artikulationsausgleich (Nr 21:7.1) sind ggf. prothetische Maßnahmen, Aufbißschienen indiziert.

21.8 Die Mitarbeit des Patienten ist Voraussetzung für die Aufrechterhaltung des durch die systematische PAR-Behandlung erzielten Erfolges. Sie besteht in

- der richtig durchgeführten Mundpflege,
 - der Massage des Zahnfleisches,
 - guter Kautätigkeit bei richtiger Ernährung.
- Darüber ist der Patient eingehend aufzuklären.

21.9 Die regelmäßige Untersuchung des Patienten nach Abschluß der Behandlung ist wegen der Neigung zu marginal entzündlichen Prozessen grundsätzlich nötig. Die Untersuchung dient zugleich der Überwachung der Mitarbeit des Patienten. Lokale Maßnahmen an einzelnen Parodontien sind ggf. zu wiederholen. Die erste Untersuchung sollte spätestens drei Monate nach Abschluß der systematischen Behandlung erfolgen. Hierbei kann ggf. über weitere funktionsverbessernde Maßnahmen, z.B. über zurückgestellte Schienungen, entschieden werden. In der Regel sollte der Abstand von einer Untersuchung zur anderen nicht mehr als sechs Monate betragen.

22. Richtlinien für die zahnärztlich-konservierende Versorgung mit Einlagefüllungen/ Einzelkronen von Soldaten der Bundeswehr

Versorgung mit Zahnkronen

22.1 Ob Zahnkronen angezeigt sind, ergibt sich aus dem klinischen und röntgenologischen Befund der zu überkronenden Zähne einschließlich ihrer Parodontalgewebe und aus statischen und funktionellen Gesichtspunkten. Die Erhaltung der Zahnschubstanz hat Vorrang vor der Versorgung mit Zahnkronen.

22.2.1 Zahnkronen können angezeigt sein

- zur Erhaltung eines erhaltungsfähigen und erhaltungswürdigen Zahnes, wenn eine Erhaltung des Zahnes durch andere Maßnahmen nicht mehr auf Dauer nicht möglich ist,
- zum Schutz des Zahnes gegen Schädigung durch Zahnersatz,
- zur Abstützung eines Zahnersatzes,
- zur Veränderung der Kieferrelation bei Zahnersatz,
- im Kronenverbund zur Stabilisierung des Restgebisses im notwendigen Umfang, auch vor der Eingliederung von herausnehmbarem Zahnersatz.

22.2.2 Konfektionierte Kronen dürfen nicht verwendet werden.

22.3 Einlagefüllungen/ Einzelkronen sind nicht angezeigt bei Zähnen, die ohne Antagonisten bleiben und für die Verankerung von Zahnersatz nicht benötigt werden.

22.4 Bei der Planung von Zahnkronen bei jugendlichen Soldaten ist eine besonders sorgfältige Indikationsstellung erforderlich.

22.5 Zeigt das Röntgenbild einen krankhaften Befund, ist dieser bis zur Eingliederung der Krone zu beseitigen. Konservierende Maßnahmen, die der Aus-

heilung dieses krankhaften Prozesses dienen, müssen abgeschlossen sein. Anatomische und klinische Voraussetzungen für eine spätere chirurgische Behandlung müssen bestehen; eine röntgenologische Untersuchung nach etwa 9 Monaten ist erforderlich.

22.6 Bei der Versorgung mit Einlagefüllungen gelten die Nr 22.1 - 22.5 entsprechend.

22.7 Verblendungen sind in der Regel bis einschließlich Zahn 5 im Unterkiefer und Zahn 6 im Oberkiefer angezeigt. Bei medizinischer Indikation können diese Verblendgrenzen überschritten werden. Ihr Überschreiten ist schriftlich zu begründen. Im Seitenzahnbereich sind okklusale Verblendungen grundsätzlich nicht angezeigt.

23. Richtlinien für die zahnärztlich-prothetische Behandlung von Soldaten der Bundeswehr

23.1 Versorgung mit herausnehmbarem Zahnersatz

23.1.1 Zum Zahnersatz gehören die erforderlichen Halte- und Stützvorrichtungen.

23.1.2 Bei Teilprothesen ist in der Regel eine parodontal abgestützte Modellgußkonstruktion angezeigt. Die Grundsätze der Parodontalhygiene sind dabei zu berücksichtigen.

23.1.3 Bei einem Restgebiß ohne parodontale Abstützmöglichkeit ist in der Regel eine Kunststoffprothese ohne aufwendige Halteelemente angezeigt.

23.1.4 Bei totalen Prothesen ist in der Regel die Basis in Kunststoff herzustellen. In zu begründenden Einzelfällen kann eine Metallbasis angezeigt sein.

23.1.5 Bei nachgewiesener Allergie gegen einen im Mund verwendeten Werkstoff ist ein durch Testen als verträglich ermittelter Werkstoff zu wählen.

23.1.6 Netz- und Drahteinlagen sind als Mittel zur Verstärkung von Prothesen nicht geeignet; Gummisauger und Beschwerungseinlagen sind nicht angezeigt.

23.1.7 Bei zahnlosem Kiefer ist die Abformung mittels eines Funktionsabdruckes angezeigt; das gleiche gilt, wenn bei stark reduziertem Restgebiß - in der Regel bis zu drei Zähnen - eine funktionelle Randgestaltung notwendig ist.

23.2 Versorgung mit Brücken

23.2.1 Brücken dienen in der Regel der Schließung zahnbegrenzter Lücken. Die Indikation ergibt sich aus dem klinischen und röntgenologischen Befund der zu überkronenden Zähne einschließlich ihrer Parodontalgewebe und aus sta-

tischen und funktionellen Gesichtspunkten. Brückenglieder sind
hygienefähig zu gestalten.

23.2.2 Eine Brücke ist in der Regel angezeigt, wenn
- in einem Kiefer bis zu vier Schneidezähne fehlen und die Kautüchtigkeit
im Seitenzahnggebiet durch die natürlichen Zähne oder durch bereits
eingegliederte Brücken gesichert
ist,
- im Seitenzahnggebiet eines Kiefers ein oder zwei Zähne fehlen und wenn
durch die Brücke(n) eine geschlossene Zahnreihe in dem zu versorgenden
Kiefer wiederhergestellt wird,
und/ oder wenn dadurch die Zahl der Prothesensättel sinnvoll reduziert wird,
- herausnehmbarer Zahnersatz die Tätigkeit (ATN) beeinträchtigen würde.

23.2.3 Eine Brücke kann angezeigt sein, wenn
- in einem Kiefer bis zu vier Schneidezähne fehlen und dort die
Kautüchtigkeit im Seitenzahnggebiet
beim Fehlen natürlicher Zähne durch die gleichzeitige Eingliederung von
Brücken oder einer partiellen Prothese gesichert wird,
- im Seitenzahnggebiet einer Kieferhälfte nicht mehr als drei Zähne fehlen
und wenn durch die Brücke eine geschlossene Zahnreihe in einer Kieferhälfte
wiederhergestellt wird:oder wenn dadurch parodontale Schäden
vermieden werden.

23.2.4 Die Versorgung mit einer Brücke in anderen Fällen bedarf einer
Begründung. Die Versorgung soll aber
grundlegenden fachlichen Forderungen nicht wider- sprechen.

23.2.5 In der Regel sind Endpfeilerbrücken angezeigt. Freundbrücken sind nur
bis zur Prämolarenbreite und unter Einbeziehung von mindestens zwei Pfeilerzäh-
nen angezeigt.

23.2.6 Brücken sind nicht angezeigt
- bei ungenügender parodontaler Belastbarkeit und solchen
Allgemeinleiden, die das parodontale
Gewebe ungünstig beeinflussen,
- wenn das Röntgenbild der zu überkronenden Zähne einen krankhaften
Befund ausweist, sofern dieser nicht bis zum Eingliedern der Brücke
besei- tigt worden ist oder mit dem Eingliedern konservierende Maßnahmen
abgeschlossen worden sind,
die der Ausheilung dieses krankhaften Pro-
zesses dienen. Jedoch müssen die anatomischen und klinischen
Vorausset-
zungen für eine spätere chirurgische Behandlung bestehen; in diesen
Fällen ist eine röntgenologische
Untersuchung nach etwa 9 Monaten erforderlich.

23.2.7 Werkstoffe siehe Nr 9.3 des Erfasses

23.2.8 Verblendungen sind in der Regel bis einschließlich Zahn 5 im Unterkiefer und Zahn 6 im Oberkiefer angezeigt.

Bei medizinischer Indikation können diese Verblendgrenzen überschritten werden. Ihr Überschreiten ist schriftlich zu begründen. Im Unterkiefer sind im Rahmen einer hygienefähigen Gestaltung des Brückengliedes Verblendungen bis einschließlich Zahn 7 möglich. Im Seitenzahnbereich sind okklusale Verblendungen grundsätzlich nicht angezeigt.

23.3 Verblockung, Kombinationsversorgung, Stege, Verbindungselemente

23.3.1 Die Verblockung dient der Stabilisierung des Gebisses im Zusammenhang mit Zahnersatz. Die starre Verbindung der Restzähne durch Stege dient in erster Linie der Stabilisierung der Restzähne und der Lagesicherung der Prothese. In der Regel genügt zur Stabilisierung die Verblockung zweier endständiger Pfeilerzähne (je Kieferhälfte).

23.3.2 Die Verblockung im Zusammenhang mit parodontaltherapeutischen Maßnahmen ist nur bei entsprechender Vorbehandlung und bei aktiver Mitarbeit des Patienten, die sich in der Vorbehandlungszeit bestätigen muß, angezeigt.

23.3.3 Die Kombination von festsitzendem mit herausnehmbarem Zahnersatz ist dann angezeigt, wenn unter Einbeziehung der notwendigen Verbindungselemente und einer ausreichend vorhandenen Anzahl von Pfeilerzähnen eine statisch und funktionell günstigere Retention möglich ist als bei einer entsprechenden Teilprothese.

23.3.4 Verbindungselemente, wie Teleskope und Geschiebe, setzen eine gleichmäßige Verteilung der Belastung auf den Restzahnbestand voraus. Mehr als zwei Verbindungselemente je Kiefer sind zu begründen.

23.3.5 Für Stege und Verbindungselemente sollen vorrangig konfektionierte Teile verwendet werden.

24. Richtlinien für die kieferorthopädische (KFO) Behandlung von Soldaten der Bundeswehr

24.1 Eine Genehmigung für kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen bei Berufssoldaten, Soldaten auf Zeit und Soldaten, die auf Grund der Wehrpflicht Wehrdienst leisten, kann während der Dienstzeit von dem für die Entscheidung zuständigen Sanitätsoffizier nur in begründeten Ausnahmefällen erteilt werden. Die

voraussichtliche Behandlungsdauer sollte das Dienstzeitende grundsätzlich nicht überschreiten.

Eine Kostenübernahme dieser Behandlungen über das Dienstzeitende hinaus ist ausgeschlossen.

24.2 Begründete Ausnahmefälle sind gegeben, wenn der vor der Entscheidung grundsätzlich einzuschaltende Gutachter (Kieferorthopäde) eine zwingende Indikation für die Beseitigung von Zahnstellungsanomalien bestätigt, die eine unumgängliche, unaufschiebbare (z.B. bei Wehrpflichtigen bis zum Ende des Grundwehrdienstes) und eine nicht durch andere zahnärztliche Maßnahmen ersetzbare kieferorthopädische Behandlung bedingt. Bei der Anforderung des Gutachtens ist auf die Beantwortung dieser Frage hinzuweisen.

24.3 Im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung ist der Soldat - zur Vermeidung nachteiliger gesundheitlicher Folgen während der Kfo-Behandlung - nach zahnärztlichem Urteil von gefährdenden Tätigkeiten zu befreien.

24.4 Trägt ein freiwilliger Bewerber/Soldat bei Dienst Eintritt auf Anraten seines behandelnden Kieferorthopäden ein kieferorthopädisches Behandlungsgerät (z.B. sog. Dauerretainer) über den vom Kostenträger mit Kostenerstattung genehmigten Behandlungszeitraum hinaus, ist eine kieferorthopädische Behandlung im Sinne der ZDv 46/1 zu verneinen.

Werden die Kosten der kieferorthopädischen Behandlung von einem Kostenträger (Krankenkasse) übernommen, bestimmt sich der Zeitraum einer kieferorthopädischen Behandlung (aktive Korrekturphase und Retentionsphase) nach der vom Kostenträger genehmigten und vergüteten Gesamtdauer.

Werden die Kosten einer kieferorthopädischen Behandlung im Wege der Privatliquidation abgerechnet, kann die Notwendigkeit der Behandlung nur anhand eines kieferorthopädischen Gutachtens beurteilt werden. Der Gutachter ist im Benehmen mit der zuständigen KZV zu benennen.

Ist die kieferorthopädische Behandlung von seiten des Kostenträgers oder nach Ansicht des hinzugezogenen Gutachters abgeschlossen, so ist der Betroffene ausschließlich nach denjenigen Kriterien der ZDv 46/1 zu beurteilen, die bei einem Probanden ohne kieferorthopädische Behandlung angewendet werden. Eine nach Dienst Eintritt begonnene kieferorthopädische Behandlung ist nicht tauglichkeitsrelevant.

24.5 Musterung/Überprüfungsuntersuchung bei Wehrpflichtigen

24.5.1 Für die Beurteilung der Wehrdienstfähigkeit von Wehrpflichtigen, die sich zum Zeitpunkt der Musterungs-/Überprüfungsuntersuchung in kieferorthopädischer Behandlung befinden, gelten folgende Richtlinien:

Im Rahmen der Feststellung der gesundheitlichen Vorgeschichte ist die Frage nach einer begonnenen und/oder nicht abgeschlossenen kieferorthopädischen Behandlung zu stellen. Die Antwort des Befragten ist auf dem San/Bw/0102 festzuhalten.

Bei der Erhebung des Zahnstatus ist in der G-Karte die Beantwortung der Frage nach kieferorthopädischer Behandlung durch den Zusatz: "KFO-Behandlung: ja/nein" zu dokumentieren.

24.5.2 Wehrpflichtige, die sich im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung in der aktiven Korrekturphase befinden, sind mit der Fehlerziffer V/37 zu beurteilen und spätestens nach 6 Monaten nachzuuntersuchen. Ggf. erforderliche weitere Zurückstellungen von der Ableistung des Wehrdienstes unter Vergabe der Fehlerziffer V/37 bis zum Abschluß der aktiven Korrekturphase dürfen nur auf der Grundlage eines entsprechenden Befundberichtes des behandelnden Kieferorthopäden ausgesprochen werden.

24.5.3 Wehrpflichtige, die sich im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung in der Retentionsphase befinden, sind mit der Fehlerziffer IV/37 zu beurteilen.

24.6. Annahmeuntersuchung bei freiwilligen Bewerbern

24.6.1 Freiwillige Bewerber sind ebenfalls im Rahmen der Annahmeuntersuchung nach einer begonnenen und/oder nicht abgeschlossenen kieferorthopädischen Behandlung zu befragen.

24.6.2 Auch hier ist bei der Erhebung des Zahnstatus in der G-Karte die Beantwortung der Frage nach kieferorthopädischer Behandlung durch den Zusatz "KFO-Behandlung: ja/nein" zu dokumentieren.

24.6.3 Für die Beurteilung der Verwendungsfähigkeit von freiwilligen Bewerbern, die sich zum Zeitpunkt der Annahmeuntersuchung in kieferorthopädischer Behandlung befinden, gelten o.a. Richtlinien sinngemäß.

2 4.7 Einstellungsuntersuchung/truppenärztliche Befragung bei Wehrübenden

24.7.1 Im Hinblick auf die Beurteilung der Wehrdienstfähigkeit von Soldaten, die vor Dienst Eintritt eine kieferorthopädische Behandlung begonnen haben, gelten folgende Richtlinien:

Die kieferorthopädische Therapie gilt erst dann als begonnen, wenn ein kieferorthopädisches Behandlungsgerät eingegliedert ist. Wird bei der truppenärztlichen Befragung von Wehrübenden nach Dienst Eintritt eine KFO-Behandlung bejaht, ist eine Einstellungsuntersuchung durchzuführen.

Im Rahmen der zahnärztlichen Feststellung der Einstellungsuntersuchung ist bei jedem Soldaten erneut die Frage nach einer begonnenen und/oder nicht abgeschlossenen kieferorthopädischen Behandlung zu stellen.

Bei der Erhebung des zahnärztlichen Befundes ist in der G-Karte die Beantwortung der Frage nach kieferorthopädischer Behandlung durch einen Zusatz: "KFO-Behandlung: ja/nein" zu dokumentieren.

24.7.2 Soldaten, die sich im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung in der aktiven Korrekturphase befinden, sind mit der Fehlerziffer V/37 zu beurteilen und aus dem Wehrdienst zu entlassen.

24.7.3 Soldaten, die sich im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung in der Retentionsphase befinden, sind mit der Fehlerziffer IV/37 zu beurteilen.

24.8 Kostenübernahme

24.8.1 Im Rahmen der Retentionsphase werden die anteiligen Kosten für die Behandlung während des Wehrdienstes auf Bundesmittel übernommen.

24.8.2 In diesen Fällen unterrichtet der Truppenarzt/-zahnarzt den behandelnden Kieferorthopäden nach dem Muster (Ifd.Nr. 24.9), daß die anteiligen Kosten für die kieferorthopädische Behandlung des Soldaten für die Dauer des Wehrdienstverhältnisses im Rahmen des Anspruchs auf unentgeltliche truppenärztliche Versorgung von der Bundeswehr übernommen werden.

Mehrausfertigungen dieser Mitteilung sind gemäß Verteiler für die Abrechnung des Zahnarztes, für den bisherigen Kostenträger und die G = Akte des Soldaten bestimmt.

24.9

MUSTER

Betr.: Kieferorthopädische Behandlung

Sehr geehrte(r) Frau/Herr Dr.

Der/Die oben genannte Patient(in) befindet sich bei Ihnen z.Z. in kieferorthopädischer Behandlung.

Er/Sie ist ab demSoldat der Bundeswehr und hat für die Zeit des Wehrdienstes einen gesetzlichen Anspruch auf unentgeltliche truppenärztliche Versorgung. Die Kosten der kieferorthopädischen Behandlung sind somit ab diesem Zeitpunkt für die Dauer der kieferorthopädischen Behandlung, längstens jedoch bis zur Beendigung des Wehrdienstverhältnisses, von der Bundeswehr zu übernehmen.

Ich bitte Sie deshalb, Ihre ab demerbrachten Leistungen im Rahmen des den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen nach § 75 Abs. 2 SGB V übertragenen Sicherstellungsauftrages über Ihre zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung bei der zuständigen Wehrbereichsverwaltung nach Gebührentarif D des Vertrages zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK) sowie dem Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e.V. (AEV) abzurechnen. Ihrer ersten Abrechnung bitte ich, den genehmigten Behandlungsplan in Kopie und die 2. Ausfertigung dieses Schreibens beizufügen.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Verteiler

1. Ausf.: Zahnarzt
2. Ausf.: Zahnarzt für Abrechnung
3. Ausf.: Soldat für den bisherigen Kostenträger
4. Ausf.: G-Akte des

Soldaten

25. Richtlinien für die funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen (FAL/FTL) bei Soldaten der Bundeswehr

25.1 Bei der zahnärztlichen Betreuung der Soldaten der Bundeswehr im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung ist die Durchführung von funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen grundsätzlich nicht vorgesehen.

25.2 Die klinische Funktionsanalyse und die instrumentelle Okklusionsanalyse sind wissenschaftlich anerkannte Verfahren zur Diagnostik von Funktionsstörungen im stomatognathen System, mit denen die Notwendigkeit therapeutischer Maßnahmen abgeklärt und Art sowie Umfang einer gegebenenfalls erforderlichen Behandlung geplant werden kann. Auf dieser diagnostischen Grundlage erfolgt anschließend die notwendige Funktionstherapie.

25.3 Führen Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen, die mit ausgeprägten Störungen der Ökklusion oder mit stark von der Norm abweichenden Gelenkführungsbahnen und Fehlbisslagen einhergehen zur Einschränkung, oder Gefährdung der Verwendungsfähigkeit des Soldaten und sind diese durch alternative zahnärztliche Maßnahmen oder physikalisch-medizinische Behandlungen in mandibulomaxillären Bereich nicht zu beeinflussen, können in diesen besonders begründeten Einzelfällen funktionsanalytische und

funktionstherapeu- tische Leistungen gesondert
beantragt werden. Die Genehmigung von
funktionsanalytischen/-therapeutischen Leistungen im Rahmen einer prothe-
tischen Versorgung ohne o.a. funktionelle Störungen ist nicht möglich.

25.4 Funktionsanalytische (FAL) und funktionstherapeutische (FTL) Leistungen
sind genehmigungspflichtig.

Vor Beginn der Anwendung von funktionsanalytischen und
funktionstherapeu- tischen Verfahren bei den
vorgenannten Krankheitsbildern ist daher die Genehmigung über den für
die Entscheidung bei sonstigen genehmigungs- pflichtigen Leistungen
zuständigen Sanitätsoffizier bei SanABw - Dezernat I 4 - einzuholen.

25.5 Dem Antrag sind folgende Unterlagen und Angaben beizufügen:

a) Klinischer Funktionsstatus (z.B. Testbogen der Arbeitsgemeinschaft für
Funktionsdiagnostik in der DGZMK) mit eingehender Begründung und
Kostenaufstellung

b) auf Anforderung des Gutachters bzw. SanABw
- einartikulierte Modelle

- Röntgenaufnahmen der
Kiefergelenke

- Dokumentation der
instrumentellen Funktionsanalyse

- Kopie des PAR-Status, KFO-
Behandlungsplanes oder des Antrages auf Versorgung mit
Einzelkronen/Einlagefüllungen oder Zahnersatz zur Beurtei- lung der
Behandlungsplanung.

Zusätzlich durch den zuständigen Sanitätsoffizier (Beratender Zahnarzt):

c) gutachterliche Stellungnahme eines von der jeweiligen Zahnärztekammer
be nannten und durch den zuständigen Sanitätsoffizier einzuschaltenden
zivi- len Gutachters für FAL/FTL, aus der eindeutig die Indikation (Nr 3) für
diese Maßnahmen hervorgehen muß (entfällt bei Behandlung im Bereich der
Bw)

d) ausführliche Stellungnahme des zuständigen Sanitätsoffiziers (Beratender
Zahnarzt).

25.6 Die Therapie dentogen bedingter Myoarthropathien oder anderer Funktions-
störungen im stomatognathen System erfolgt in der Regel wie folgt:

a. klinische Funktionsanalyse,
Stellen der Verdachtsdiagnose

b. Vorbehandlung mit Aufbißbeif(en) zur Entspannung

c. instrumentelle

Okklusionsanalyse

d. probatorische Korrektur der
Okklusion mit Aufbißbeif oder vergleichbaren reversiblen Maßnahmen

(fakultativ)

e. definitive Korrektur der

Ökklusion.

25.7 In besonders schweren Fällen kann es erforderlich sein, zunächst die FAL zu beantragen und aufgrund der danach durchgeführten Funktionsanalyse die exakte Diagnose zu stellen, auf deren Basis dann gesondert Antrag für die erforderliche Funktionstherapie gestellt wird.

25.8 Die Wahl der Behandlungsmethode soll dem Fall angemessen sein und die Kriterien der

- Zweckmäßigkeit
- Dauerhaftigkeit und
- Grundsätze der Wirtschaftlichkeit einbeziehen.

25.9 Werden Leistungen der FAL/FTL von einem zivilen Zahnarzt erbracht, so sind diese bis auf weiteres nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vom 2. Oktober 1987 abzurechnen. Im übrigen erfolgt die Abrechnung gemäß VdAK-Vertrag.

für Der zivile Zahnarzt hat mit der Antragstellung auch die Höhe des von ihm die Abrechnung vorgesehenen Gebührensatzes (§ 5 Abs. 1 GOZ) bekanntzugeben und zu begründen.

muß Die gutachterliche Stellungnahme nach Nr 25.5, b) 3. Strichaufzählung, eine fachliche Beurteilung des angemessenen Gebührensatzes beinhalten.

26. Richtlinien für zahnärztliche Implantologie bei Soldaten der Bundeswehr

26.1 Die Durchführung oraler Implantationen (transdentale Fixation, Inkorporation und anderen Implantaten) im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung in der Bundeswehr ist grundsätzlich nicht vorgesehen.

Die Ergebnisse der Grundlagenforschung und die klinischen Erfahrungen der letzten Jahre lassen jedoch die Aussage zu, daß enossale Implantate in bestimmten Behandlungsfällen in die zahnärztliche Therapie einbezogen werden und bei entsprechend kritischer Abwägung unter Umständen anderen Behandlungsmethoden vorzuziehen sind. In diesen besonders begründeten Einzelfällen können, wenn durch prothetische oder praeprothetisch-chirurgische Methoden kein Behandlungserfolg zu erwarten oder erbracht worden ist, bei

Beauftragten Soldaten und Soldaten auf Zeit mit einer Restdienstzeit von grundsätzlich mindestens 12 Monaten zahnärztlich-enossale Implantationen an der Abteilung

VII B des Bundeswehrzentralkrankenhauses Koblenz oder der Bundeswehrkrankenhäuser Hamburg und Ulm sowie in zahnärztlichen Behandlungseinrichtungen der Bundeswehr, deren Leiter die Gebietsbezeichnung "Oralchirurgie" erworben haben, durchgeführt werden.

Nach erfolgreichem Abschluß der implantologisch-chirurgischen Behandlung ist die erforderliche funktionsgerechte zahnärztlich-prothetische Weiterbehandlung (auch Eingliederung einer Einzelkrone) in der Abteilung VII A bzw. den Zahnärztlichen Stationen der o.a. Bundeswehrkrankenhäuser in Zusammenarbeit mit den Abteilungen VII B, bzw. in den o.a. zahnärztlichen Behandlungseinrichtungen der Bundeswehr vorzunehmen.

Die Eingliederung enossaler Implantate ist eine genehmigungspflichtige Heilmaßnahme. Vor Beginn der Behandlung ist daher die Genehmigung bei SanABw - Dezernat I 4 einzuholen.

Bei in Einzelfällen ggf. indizierten Sofortimplantaten im Rahmen einer Notfallbehandlung ist die Genehmigung nachträglich einzuholen. Die Unterlagen sind in diesem Falle nachzureichen.

26.2 Nach Abschluß der implantologischen und zahnärztlich-prothetischen Behandlung ist eine Erfolgskontrolle in Form eines Recall-Systems sicherzustellen und zu dokumentieren.

26.3.1 Muß ein zahnärztliches Implantat aus medizinischer Indikation während der Wehrdienstzeit eines Soldaten entfernt werden, sind die Kosten auf Bundesmittel zu übernehmen.

Dabei ist es unerheblich, ob das Implantat vor Dienst Eintritt, unter Verzicht auf die unentgeltliche truppenärztliche Versorgung oder in Einrichtungen der Bundeswehr inkorporiert wurde.

Eine Genehmigungspflicht für die Entfernung besteht nicht.

26.3.2 Bei der Festlegung von Fehlerziffern im Rahmen der ärztlichen Untersuchung bei Musterung und Dienstantritt von Wehrpflichtigen, Annahme und Einstellung von freiwilligen Bewerbern sowie bei der Entlassung von Soldaten sind zahnärztliche Implantate und Suprakonstruktionen wie Einzelkronen bzw. Zahnersatz zu bewerten.

In der Befundaufnahme ist lediglich auf Lage und Art der Konstruktion hinzuweisen.

26.4 Ablauf des Genehmigungsverfahrens für die
a) zahnärztlich-implantologische Behandlung
b) weiterführende prothetische Behandlung

Zu a) Truppenzahnarzt

- Prüfung, Herstellung und Dokumentation der mundhygienischen Voraussetzungen

- Überweisung des Patienten zur Abteilung VII B BwKrhs/bzw. SanOffz Zahnarzt Oralchirurg (unter

nachrichtlicher Beteiligung des Truppenarztes)

Folgende Unterlagen sind bei der Überweisung mitzugeben:

Facharztüberweisung (San/Bw/0205)

Zahnärztliche Behandlungsunterlagen

Röntgenaufnahmen

evtl. Modelle

Leiter Abteilung VII B/Sanitätsoffizier Zahnarzt Oralchirurg:

- Eingehende Untersuchung/Bewertung
- Entscheidung über Indikation der implantologischen Maßnahmen
- Aufklärung (einschl. Diskussion und gesteigerter Aufklärung) und

Einholung

des schriftlichen

Einverständnisses des Soldaten

- Bewertung und Vorplanung in Absprache mit Leiter Abt VII

A/Zahnärztliche

Station hinsichtlich der

prothetischen Behandlung (Bei SanOffz Zahnarzt

Oralchirurg entfällt die

Absprache, da die prothetische Behandlung von ihm

selbst vorzunehmen ist)

- Beantragung der Genehmigung für die zahnärztlich-implantologische Behandlung bei SanABw - Dezernat I 4.

Mitvorlage:

- Befund
- fachliche Beurteilung und Begründung
- Plan der vorgesehenen Maßnahmen (Implantat-Typ)
- Angaben zur vorgesehenen Behandlungsdauer (implant. Maßnahmen bis zum möglichen Beginn der prothetischen Maßnahmen)
- Prognose
- Geplante prothetische Maßnahmen
- Festlegung des Behandlungstermins

Zu b) (nach Abschluß der zahnärztlich-implantologischen Behandlung)

Leiter Abteilung VII A/Zahnärztliche Station / Sanitätsoffizier Zahnarzt Oralchirurg

- Erstellen des Antrages für Suprakonstruktion (San/Bw/0220 bzw. San/Bw/0221)
- Stellungnahme eines Sachverständigen in Teil V des San/Bw/0220 bzw. entfällt -
- Weiterleitung an SanAmt Dezernat I 4 zur Entscheidung

Mitvorlage:

Stellungnahme des Leiters Abteilung VII B/SanOffz Zahnarzt Oralchirurg über den bisherigen Verlauf der implantologischen Maßnahmen. Aktuelle Röntgenaufnahmen (nach Einholung der Implantate).

2 7. Richtlinien für chirurgische Dysgnathieoperationen bei Soldaten der Bundeswehr

27.1 Chirurgische Dysgnathieoperationen sind bei Soldaten der Bundeswehr grundsätzlich nicht vorgesehen (z.B. Progenie-, Prognathieoperationen).

Tritt bei Berufssoldaten und Soldaten auf Zeit eine Verschlimmerung der Dysgnathie mit nicht mehr ausreichender Kaufunktion während der Dienstzeit ein, können bei einer für eine Behandlung nach ausreichenden Restdienstzeit, die grundsätzlich mindestens 18 Monate betragen soll, notwendige kieferchirurgische Dysgnathieoperationen an der Abteilung VII B eines Bundeswehrkrankenhauses durchgeführt werden.

Dabei ist vorher abzuklären, ob vor oder nach der notwendigen Dysgnathieoperation zusätzliche kieferorthopädische Maßnahmen erforderlich werden und/oder abschließend eine zahnärztlich-prothetische Versorgung geplant ist.

Der Gesamtzeitbedarf aller geplanten Behandlungsmaßnahmen darf die verbleibende Restdienstzeit grundsätzlich nicht überschreiten.

27.2 Zur Abklärung der Notwendigkeit zusätzlicher prä- und/ oder postoperativer kieferorthopädischer Maßnahmen ist entsprechend Bezug 2., Anlage 3 in Absprache mit dem zuständigen Zahnärztlichen Berater ein Gutachten eines Fachzahnarztes für Kieferorthopädie einzuholen.

27.3 Die kieferchirurgische Dysgnathiebehandlung ist eine genehmigungspflichtige Heilmaßnahme. Daher ist vor Beginn der Behandlung vom Leiter der Abteilung VII B eines Bundeswehrkrankenhauses, welches die Dysgnathieoperation durchzuführen beabsichtigt, die Genehmigung bei SanABw -Dezernat I 4 - einzuholen.

27.3.1 Dem Antrag sind folgende Unterlagen und Angaben beizufügen:

- Anfangsmodelle,
Operationsmodelle, Röntgenaufnahmen, Profilaufnahme

- fachliche Beurteilung des derzeitigen Zustandes und ein Plan über die vorgesehenen Maßnahmen mit eingehender Begründung der Notwendigkeit und Prognose sowie Angabe des Zeitbedarfs

- Status des Soldaten,
Diensteintritt, voraussichtl. Dienstzeitende, derzeitige und geplante
Tätigkeit

- Zahnbefunde bei Musterung/Annahme sowie Einstellung

- aktueller Zahnbefund

- Angaben, worin die
Verschlimmerung der Kaufunktion zwischen Einstellung und jetzigem
Zustand besteht

- Abklärung, ob kieferorthopädische Maßnahmen prae- und/ oder
postoperativ notwendig werden

- bei notwendigen kieferorthopädischen Maßnahmen ein
kieferorthopädischer Behandlungsplan, ggf.
bereits mit gemäß Bezug 2. erstelltem Gutachten

- Abklärung, ob zahnärztlich-prothetische Versorgung beabsichtigt ist

- Bestätigung über die erfolgte ausreichende Aufklärung des Soldaten über
die beabsichtigten Maßnahmen (Op-Einwilligung)

- Gesamtzeitbedarf und Stellungnahme zur Beeinträchtigung der Verwen-
dungsfähigkeit während der gesamten Behandlung.

27.4 Nach Behandlungsabschluß ist von der Abteilung VII B des betreffenden
Bun- deswehrkrankenhauses ein Befundbericht bei SanABw vorzulegen.

Verteiler:

Außenverteiler VI A

XI D

XII D

nachrichtlich:

Bundesministerium für Frauen und Jugend	5300 Bonn	4 x
Bundesministerium für Gesundheit	5300 Bonn	4 x
Bundesministerium der Finanzen	5300 Bonn.	4 x
Bundesministerium des Innern	5300 Bonn	2 x
Bundesministerium für Verkehr	5300 Bonn	2 x
Bundesministerium für Arbeit		

und Sozialordnung	5300 Bonn	2 x
Bundesministerium für Post- und Telekommunikation	5300 Bonn	2 x
Der Wehrbeauftragte des Deutschen Bundestages	5300 Bonn 2	3 x
H I 3		5 x
H II 3 (zugl. für BRH)		5 x
VR I 3		2 x
VR III 2		5 x
S II 7	alle im Ministerium	2 x
InSan I 1		2 x
InSan I 2		2 x
InSan I 5		2 x
InSan II 3		2 x

Anhang 11: SanABw I 3 1996

Sanitätsamt der Bundeswehr

Bw 224
I 3 - Zahnmedizin -
Az 42 - 75 - 50

53225 Bonn, 11.04.96
Platanenweg 29
Kennzahl: 3420
Tel.: 0228/942 - 2765
Telefax: 0228/942 - 2406
(Impl/B_196.DOC)

Sanitätsamt der Bundeswehr Platanenweg 29, 53225 Bonn

Bundesministerium der Verteidigung
- InSan I 6 -
Postfach 1328

53003 Bonn

InSan I 6
Eing.: 12. APR. 1996
Ktr.-Nr. _____

Betr.: Sachstandsbericht zur Anwendung zahnärztlicher Implantate im Bereich der Bw

- Bezug:
1. BMVg - InSan I 6 - Az 42 - 75 - 50 vom 13.01.1992
 2. BMVg - InSan I 6 - Az 42 - 75 - 50 vom 15.12.1992
 3. SanABw - I 4 (alt) - vom 18.01.1993
 4. BMVg - InSan I 6 - Az 42 - 75 - 50/51 vom 01.10.1993

Die im letzten Protokoll der Konsiliargruppe VII B angegebene zunehmenden Belastung durch vermehrt erforderliche zahnärztliche Implantate hat Anlaß gegeben, diesen Sachverhalt zu prüfen.

Statistik der dem für die Entscheidung zuständigen Dezernat Zahnmedizin im SanABw vorgelegten Anträge auf zahnärztlich implantologische Versorgung :

Jahr	genehmigt	gen m Änd.	nicht gen.	Summe
1992	100	3	10	113
1993	170	1	19	200
1994	173	1	5	179
1995	202	0	10	212

Die Steigerungsrate erscheint auch im Vergleich zur Entwicklung im zivilen Bereich als moderat.
Für das Jahr 1995 wurde zusätzlich die regionale Verteilung, die Zahl der Einzelimplantate und die die Implantationen durchführende Behandlungseinheit ermittelt:

	Anzahl der Implantatanträge	Anzahl der Implantate
BwKrhs Ulm - Zahnärztliche Station	51	106
BwKrhs Ulm - Abt. VII B	25	54
BwKrhs Hamburg - Abt. VII B	42	68
BwKrhs Hamm - FZU Oralchirurgie	6	16
BwKrhs Bad Zw'ahn - FZU Oralchirurgie	14	28
BwKrhs Gießen - FZU Oralchirurgie	1	2
BwZKrhs Koblenz - Abt. VII B	52	82
SanAkBw München - Lehrzahnarztgruppe	4	6
Zahnarztgruppe - 606/1 Hammelburg	2	4
LwSanStff / LwURgt - Köln-Wahn	3	4
Summe:	200	370

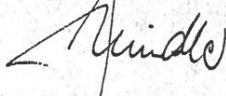
Demnach wurden 119 Anträge (204 Einzelimplantate) von Abteilungen VII.B und 81 Anträge (166 Einzelimplantate) von zahnärztlichen Teileinheiten gestellt. Hier ist allerdings als leistungsmindernder Faktor die Tatsache einer nicht vorhandenen dienstlichen Material-Ausstattung zu vermerken. *(bei den zukünftigen TE's)* | ?

Mit Zulauf der beantragten materiellen Ausstattung Oralchirurgie dürften sich erhebliche Kapazitätserhöhungen ergeben, die nach gegenwärtig möglicher Einschätzung den künftigen Erfordernissen zunächst genügen.

Als Problem ist jedoch die notwendige Anschlußversorgung mit Suprakonstruktionen erkennbar, wo erhebliche qualitative Anforderungen an die funktionelle Integration in das stomatognathe System zu beachten sind. !

Dazu wurde bereits ein Antrag auf Anpassung der als veraltet anzusehenden Ausstattung "Gnathologie" vorgelegt.

Im Auftrag



Dr. Schindler
Oberarzt

Anhang 12: BMVg InSan I 6 2001



Bundesministerium der Verteidigung
InSan I 6 – Az 42-26-22/42-27-15

Bonn, 11. April 2001
Telefon: (0 18 88) 24- 6564
Telefax: (0 18 88) 24- 18036914
E-Mail: BMVgInSanI6
@BMVg.Bund400.de

Bundesministerium der Verteidigung - Postfach 13 28, 53003 Bonn
Sanitätsamt der Bundeswehr
Leitender Zahnarzt ZSanDBw/SKB
Platanenweg 29
53225 Bonn

2dA

NV 22.05.01 v. d. J. 2474.07

nachrichtlich: Inspizient Zahnmedizin der Bundeswehr Bonn
Heeresunterstützungskommando III 2 (2) Koblenz
Generalarzt der Luftwaffe – I 3 Zahnmedizin Köln
Marineamt - Admiralarzt der Marine – Zahnmedizin Rostock

Betr.: Zahnärztlich-implantologische Versorgung von Soldaten der Bundeswehr
hier: implantologische Versorgung

Aktuelle Veröffentlichungen in Fachmedien haben zu einer Anfrage geführt, wieviele zahnärztliche Implantate pro Jahr im Rahmen der zahnärztlichen Versorgung „verbraucht“ werden und von welchen Herstellern diese beschafft werden.

Hintergrund sind offenbar Veröffentlichungen in der DZW und in der Zeitschrift des BDIZ und möglicherweise Aktivitäten von Herstellern.

Ich bitte mir bis 22. Mai 2001 eine Aufstellung zu liefern, die folgende Angaben enthält:
Gesamtzahl der implantologisch versorgten Soldaten 1999 und 2000

Gesamtzahl der dabei inserierten Implantate

Gleiche Aufstellung bezogen auf oralchirurgisch/implantologisch tätige zahnärztliche Behandlungseinrichtungen mit Angabe des/der verwandten Implantattyps (Hersteller).

Ich bitte weiterhin, im Zuge dieser Ermittlungen, die implantologisch tätigen Sanitätsoffiziere Zahnarzt auf das Gebot der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit hinzuweisen und diesen dazu die beiliegende Tabelle/Grafik zu übersenden. Bei der Verwendung eines hochpreisigen Implantattyps sollte dafür eine stichhaltige Begründung abverlangt werden, nach Möglichkeit sollte eruiert werden, welche Gründe ggf. einer grösseren Einheitlichkeit entgegenstehen. Ich gehe weiterhin davon aus, dass Implantate grundsätzlich als Kommissionsware beschafft/bevorratet werden, wie dies etliche Hersteller anbieten und erbitte auch dazu eine Stellungnahme.

Im Auftrag

Dr. Schindler

RegInSan I: 2. d. V. A. I G,
Az 42-26-22

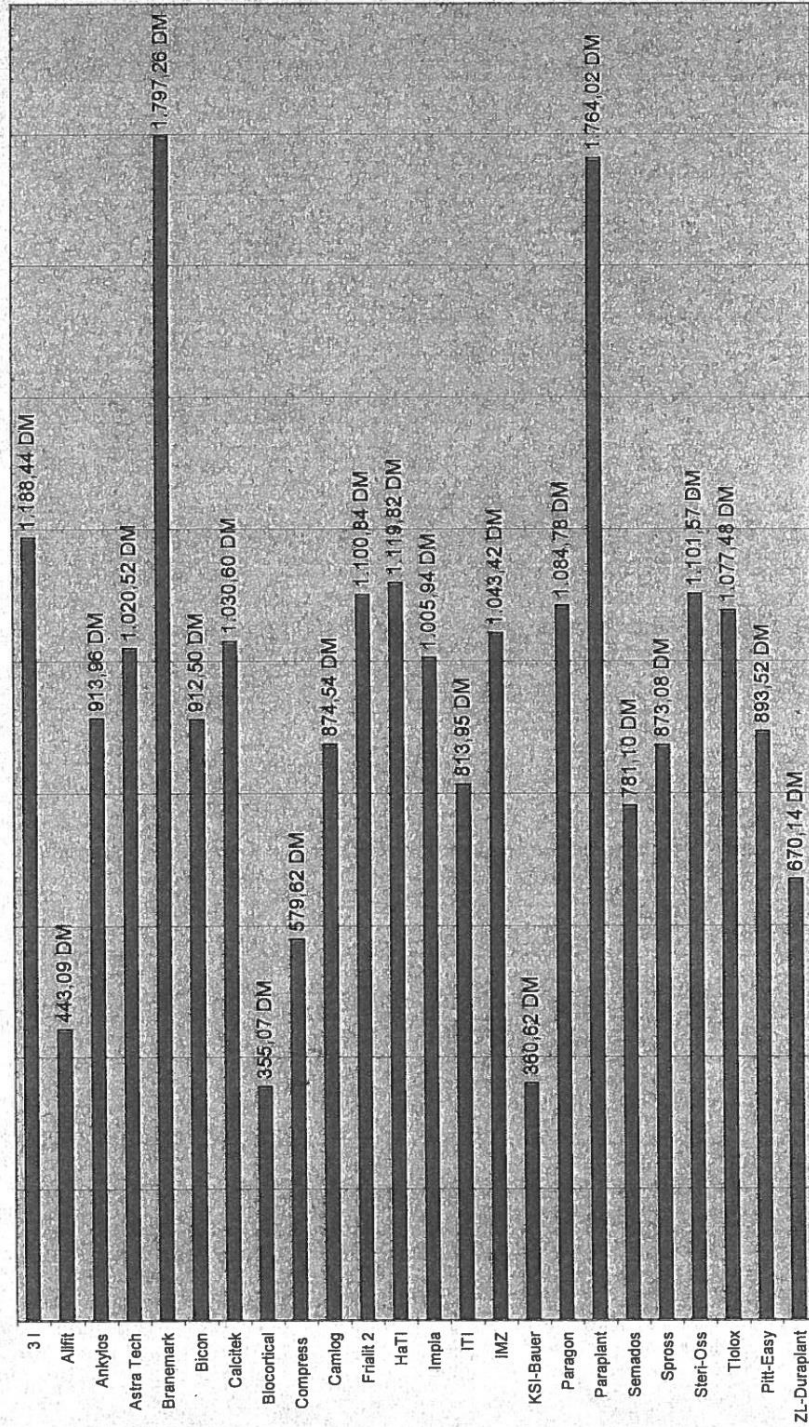
25/04.07

Bonn Postanschrift: Postfach 13 28, 53003 Bonn
Hausanschrift: Fontainengraben 150, 53123 Bonn
Telefon: (02 28) 12-00
Telefax: (02 28) 12-53 57 / 53 58

E-Mail: poststelle@BMVg.bund400.de
Telefon: (0 18 88) 24-00
Telefax: (0 18 88) 24-53 57 / 53 58
Bw-Kennzahl: 34 00

Berlin Postanschrift: 11055 Berlin
Hausanschrift: Stauffenbergstr. 18, 10785 Berlin
Telefon: (0 30) 20 04-00

Preisvergleich Einzelzahnimplantate (Stand: 10/2000)



Vergleich von Implantatspreisen in Deutschland

von Dipl.-Ing. Dr. Helmut B. Engels und Dr. Wienand Olivier

Für den implantologisch tätigen Zahnarzt und für seine Patienten ist es bei den heutigen wirtschaftlichen Umständen sehr wichtig, effektive und auch kostenbewusste Systeme anzubieten. Der Standard der Implantate ist bis auf einige Ausnahmen durchweg im oberen Bereich anzusehen. Die Untersuchungen des BDIZ haben dieses auch wissenschaftlich bestätigt.

Obwohl es bei einigen Systemen aufgrund der Beurteilungen der professionellen Anwendern zu wünschenswerten Verbesserungen bei dem Handling kommen könnte, sind alle in der Liste aufgeführten Systeme praktikabel. Der BDIZ hat in seiner Studie etliche Systeme mit dem BDIZ-Güte siegel ausgezeichnet.

Preisvergleiche von Implantat-Systemen (Stand 13.11.2000)

SYSTEM NAME	Typ	Durchmesser in mm	Länge in mm	Preise in DM									Bohrersatz	Kommentare
				Implantat	Verschluss	Gingivaform	Übertrag.-Posten	Laborimplantat	Kronen-Aufbau	GESAMT				
3I	Osseolite	4	13	635,10	incl.	124,10	102,20	49,64	277,40	1188,44	1081,86	5 Bohrer		
AIHIT	Schra ATIE	3,75	13	248,05	incl.	43,65	43,65	34,89	72,85	443,09	781,46	4 Bohrer		
ANKYLOS	A14	3,5	14	321,20	incl.	45,26	49,64	64,24	433,62	913,96	750,44	5 Bohrer		
AstraTech	TiOblast	4	13	495,77	81,56	137,43	85,61	76,65	143,50	1020,52	654,24	6 Bohrer		
BRANEMARK	SDCA	3,75	15	613,20	90,52	77,38	109,50	37,96	868,70	1797,26	113,80			
BICON	unbeschichtet	4	14	576,70					335,90	912,50	1270,00	4 Bohrer		
CALCITEK	Spilne Twist	3,75	13	540,20	incl.	58,40	138,70	87,60	211,70	1030,60	1277,50	6 Bohrer		
Biocortical	Rundkopf	3,5	14	289,08			18,25	47,74		355,07	105,12	3 Bohrer		
Compress	Stand schrau	3,5	15	284,70	incl.	64,24	100,74	55,48	74,46	579,62	292,00	4 Bohrer		
Camlog	kon. Schrau	3,8	13	401,50	incl.	62,78	127,02	42,34	240,90	874,54	544,58	4 Bohrer		
FRIALIT 2	Frios Tiefen	3,8	13	481,80	39,42	77,38	186,88	70,08	245,28	1100,84	858,48	3 Bohrer		
HATI	konisch	3,5	14	423,40	incl.	119,72	128,48	198,56	249,28	1119,82	575,24	4 Bohrer		
IMPLA	Schrau	4,2	14,5	321,20	51,10	58,40	240,90	67,16	267,18	1085,94	444,00	3 Bohrer		
ITI	Vollschraub	4,1	14	430,70	43,80	58,40	210,97	303,68	35,04	1082,59	255,00	6 Bohrer		
IMZ	Twin plus	4	13	481,80	incl.	77,38	186,88	70,08	245,28	1043,42	899,36	4 Bohrer		
KSI-Bauer	Schra I	3,7	15	341,64			9,49	9,49		360,62	110,96	4 Bohrer		
Paragon	AdVent	3,7	13	591,30	incl.	71,54	71,54	58,40	292,00	1084,78	492,00	3 Bohrer		
Paraplant	Universal	3,7	13	464,62	incl.	65,70	131,40	306,60	795,70	1764,02	884,00	6 Bohrer		
SEMADDS	SchraS 3,75	3,75	13	335,80	incl.	65,70	102,20	51,10	226,30	781,10	670,00	6 Bohrer		
SPROSS	SW	5,5	14	639,48	incl.		58,40	116,80	58,40	873,08	525,60	3 Bohrer		
STERI-OSS	HL Schra	3,8	14	505,89	incl.	87,60	102,20	357,70	48,18	1101,57	897,90	4 Bohrer		
TIOLDX	unbesch	3,5	14	408,80	58,4	116,80	219,00	116,80	157,68	1077,48	659,00	4 Bohrer		
PITT-EASY	BioOss	3,75	14	499,32	incl.	77,38	128,48	59,86	128,48	893,52	338,50	5 Bohrer		
ZL-Duraplant	Schra	3,5	15	348,94	incl.	51,10	59,86	26,28	183,96	670,14	283,00	4 Bohrer		

Hinweis:

Der Vergleich ist für ein Einzelzahnimplantat (mit den dafür erforderlichen rotierenden Instrumenten) und prothetischem Aufbau durchgeführt worden. Die Preise sind von der Industrie per Telefon bestätigte Katalogpreise zzgl. Beschaffungskosten, Lagerhaltungskosten, etc. (30%) und MwSt. (16%). Es sind von jedem System die möglichst ähnlichen Implantatdimensionen verglichen worden.

Danksagung

Ich danke meinen Eltern für eine sorgenlose Kindheit und die Starthilfe in ein interessantes Leben unter ständiger liebevoller Begleitung.

Meiner Ehefrau danke ich für das unermüdliche Verständnis und die Geduld im Rahmen der Erarbeitung dieser Arbeit und im täglichen Leben.

Zudem danke ich allen Personen, Institutionen und Gesellschaften, die mich bei der Erstellung dieser Arbeit durch Überlassung von Unterlagen und Informationen unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Ralf Vollmuth, für seine geduldige und immer zielgerichtete, konstruktive Unterstützung bei diesem Projekt.