



Rechtliche Aspekte der Funktion in der KFO

← Seite 1

haben. Denn auch in der Kieferorthopädie soll nichts deshalb bleiben, nur weil es so ist. Heute bestimmt häufig nicht der Facharztstandard die Art und das Maß einer durchgeführten Behandlung, sondern die Vorgaben der Kostenträger in den drei Kostensystemen.

1. Stichtagsregelung statt personalisierter Medizin

Das Gesetz sieht die Verpflichtung des öffentlichen Kostenträgers, Kieferorthopädie zu erstatten, nur bei Patienten vor, die entweder minderjährig sind oder einer auch chirurgischen Therapie bedürfen. Hintergrund dieser Regelung ist es, dass der Gesetzgeber meinte, in dem Alter ein taugliches Differenzierungskriterium dafür erkennen zu können, in welchen Fällen die öffentliche Hauskassenkasse mit der Kostenträgerung für Kieferorthopädie belastet sein dürfte. So zweckmäßig eine solche Stichtagsregelung für die Schonung öffentlicher Kassen ist, so fragwürdig erscheint diese Differenzierung doch unter medizinischen Gesichtspunkten: Denn geht man davon aus, dass für die Kieferorthopädie ein besonders weiter Krankheitsbegriff gilt und insbesondere jede Lücke, jede

Drehung und jede Schachtelung erfasst wird (ohne eine metrische Eingrenzung), so stellt sich doch die Frage, warum für andere Krankheitsbilder als solche einer bloßen Zahnstellungsoptimierung (vorübergehend oder dauerhaft) eine Kostenersatzung einfach ausgeschlossen ist. Unbestritten ist die Bedeutung des Kiefergelenkes für die Gesundheit des Patienten, und unbestritten ist die Kompetenz der Kieferorthopädie, heilend auf den Gesamtorganismus des Patienten einwirken zu können. Das Versprechen der öffentlichen Kostenträger ist doch hohl, wenn die Heilung chronischer Erwachsener durch eine Stichtagsregelung a priori ausgeschlossen ist. Der Kieferorthopäde wird dann nur noch dann heilen, wenn die Kostenregularien eines Kostenträgers dies vorsehen, und untätig bleiben, wo er fachlich helfen könnte und ja auch nach seinem Berufsethos an sich tätig werden sollte, aber Kostenregularien eine Behandlung nicht vorsehen. Es ist eine paradoxe Situation, dass für weite Teile der Bevölkerung das Vorliegen einer Erkrankung bejaht wird, das Leistungsversprechen aber an einer Stichtagsregelung endet. Dies führt im



© Verry Shevtsov - stock.adobe.com

„Denn auch in der Kieferorthopädie soll nichts deshalb bleiben, nur weil es so ist.“

Bewusstsein der Bevölkerung dazu, dass Erwachsene letztlich nicht erkranken oder jedenfalls trotz Erkrankung keine Hilfe erfahren. Immerhin seien – so der Bayerische Verwaltungsgerichtshof in seiner Entscheidung vom 23.03.2023, 24 B 20.549 – nach den wissenschaftlichen Studien der WHO innerhalb der Gruppe der CMD-Betroffenen (80 Prozent einer Gesamtbevölkerung unabhängig vom Zivilisationsgrad) in Europa 3,5 Prozent als behandlungsbedürftig anzusehen seien. Dies bedeute, dass in Europa 2,4 bis 4 Prozent (3,2 Mio.) der Bevölkerung eine behandlungsbedürftige (somatische) CMD aufweisen würden. Diese Angaben stimmten mit den Angaben in Wikipedia überein, wonach die Häufigkeit der CMD bei etwa 8 Prozent der gesamten Bevölkerung liege, wobei nur rund 3 Prozent (2,4 Mio.) wegen dieser Beschwerden behandlungsbedürftig seien (https://de.wikipedia.org/wiki/Kraniomandibul%C3%A4re_Dysfunktion). Eine paradoxe Situation, die mit dem Leistungsversprechen der öffentlichen Kostenträger und letztlich mit höchsten Rechtsgrundsätzen nicht in Einklang zu bringen ist. Die Stichtagsregelung hatte der Gesetzgeber noch damit begründet, dass die Kieferorthopädie in der Wachstumsphase besonders effizient sei, ein Argument, das aber für den Erstattungsabschluss Funktionsgestörter nicht überzeugt.

2. Erstattungsabschluss für Schulmedizin

Ein ähnliches Schicksal erfährt die Funktionsdiagnostik und Funktionstherapie. Das SGB V sieht einen totalen Ausschluss vor, und die Beihilfeverordnungen des Bundes und der Länder sehen eine Erstattungspflicht nicht generell vor, sondern nur in jeweils besonders zu begründenden Ausnahmefällen bei restriktiver Verwaltungspraxis, in denen eine gewisse Härte ärztlich dargelegt werden muss. So wird ein ganzer Diagnose- und Therapieansatz und mit ihm das Kapitel J. der GOZ (Nr. 8000) in ähnlicher Weise zur Makulatur – so wie die Leistungen

des Kapitel G. (Nr. 6000) im Bereich der Erwachsenenbehandlung unter dem Regime öffentlicher Kostenträger. Dieser Ausschluss funktionsanalytischer/funktionstherapeutischer Maßnahmen in der GKV hat in der Vergangenheit zu ganz erheblichen Defiziten in der kieferorthopädischen – wie auch der prothetischen – Versorgung geführt, wenn ein GKV-Patient nicht bereit war, den angeratenen Aufwand hierfür selbst zu tragen. Denn eine medizinisch objektiv indizierte kieferorthopädische Behandlung darf nicht durchgeführt werden, wenn die zur Befundung notwendige Funktionsanalyse gleich aus welchen Gründen nicht durchgeführt wurde. Dieser Leistungsausschluss ist fiskalisch geboten, aber fachlich kaum zu rechtfertigen und führt im Ergebnis dazu, dass die chronischen Erkrankungen Funktionsgestörter in der täglichen Praxis kieferorthopädischer Anwendungen häufig nicht festgestellt und nicht behandelt werden. Eine indizierte, aber fehlende Funktionsbehandlung ante wird regelmäßig eine einfach durchgeführte Zahnbegradigung im Hinblick auf eine Standardunterschreitung infizieren.

3. Kostenausschluss effizienter Therapieansätze

Offensichtlich auch nicht (mehr) fachlich, sondern fiskalisch motiviert ist der Ausschluss der Therapie mit Alignern aus der Kostenträgerung in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Dies wird schon daran erkennbar, dass sie im Rahmen der öffentlichen Beihilfe durch das Erstattungssystem immerhin für Minderjährige seit 2012 inkludiert ist, und völlig unstrittig lassen sich viele KIG-Befunde Minderjähriger erfolgreich mit Alignern behandeln. Auch dieser Ausschluss mag aus Gründen einer forcierten Ausgabensparnis zu rechtfertigen sein, auch wenn viele fiktive Vergleichsplanungen im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsprinzips betreffend festsitzende Versorgung gezeigt haben, dass Aligner-Behandlungen eben nicht kostenaufwendiger sind als festsitzende Versorgungen. Berufs-

ANZEIGE

Hallo Wechsel, hallo Vorteile, hallo Zukunft. »

Mit der ABZ gewinnen Sie einen Kooperationspartner, der Ihnen die beste Unterstützung im Praxisalltag bietet. Wir erledigen Ihre Verwaltungsaufgaben; Sie haben vollen Fokus auf Ihre Patientinnen und Patienten. Profitieren Sie von unserem exklusiven Leistungspaket im Rahmen des KFO-Factorings – weil nur das Beste gut genug ist.

Die ABZ-ZR GmbH in Bayern ist ein Gemeinschaftsunternehmen der DZR GmbH und der ABZ eG. Im Bereich KFO-Factoring bietet die ABZ-ZR GmbH in Zusammenarbeit mit dem DZR durch das ABZ Kompetenzzentrum Kieferorthopädie deutschlandweit exklusive Factoringlösungen für KFO-Praxen an.



ABZ vorteile.abz-zr.de

politisch mag es zwar erstrebenswert sein, einen Bereich des privat abrechenbaren Portfolios den kieferorthopädischen Praxen zur Solidisierung ihres Ertragspotenzials zu eröffnen bzw. zu erhalten (Erwachsenenbehandlung, FAL, Aligner-Therapie) – fachlich zu rechtfertigen (und dies ist die Perspektive des Patienten und der Medizin) ist dies aber wohl kaum.

Rechtlich treten ganz erhebliche Friktionen auf, die sogar an der Verfassungskonformität dieser Ausschlüsse zweifeln lassen.

a) Durchbrechungen der Stichtagsregelung geboten

Sofern der Dienstherr (außerhalb der sog. Kombifälle) die Alterslimitierung der Beihilfeverordnung strikt in seinen Erstattungsentscheidungen umsetzt, verletzt er im Einzelfall seine Verantwortung als Dienstherr. Denn bei einer besonders schwerwiegenden Beeinträchtigung und Krankheit seines Beamten, Richters oder Soldaten darf er sich (außerhalb der sog. Kombifälle) nicht auf das formale Kriterium der Minderjährigkeit zurückziehen, um Leistungsfreiheit zu erreichen. Dies führte in Baden-Württemberg bereits zu einer Änderung der Beihilfeverordnung, wonach im Falle einer nur hinreichend gravierenden Beeinträchtigung die Volljährigkeit in der Beihilfe kein Ausschlusskriterium mehr ist (Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg, Urt. v. 01.02.2019, 2 S 1352/18).

Ganz ähnlich wurde der Idee eine Absage erteilt, wonach Funktionsanalyse und Funktionstherapie bei der Behandlung gesetzlich Versicherter fachlich nicht erforderlich seien, weil sie ja dort im Leistungskatalog nicht vorgesehen seien. Völlig unbestritten ist, dass sich derjenige Kieferorthopäde, der die Funktionsanalyse bei einem gesetzlichen Versicherten aus fachlichen Gründen für geboten hält und dennoch auf die Durchführung dieser Maßnahme verzichtet, sich des Vorwurfs der Verletzung der Wahrung des geschuldeten Behandlungsstandards ausgesetzt (Landgericht Stuttgart, Urt. v. 28.02.1994, 27 O 578/92). Dies kann dann auch vertragszahnärztlich geahndet werden.

b) Durchbrechungen des GKV-Methodenausschlusses aussichtslos

Der etablierte und gesicherte Ausschluss der Aligner-Therapie aus der vertragszahnärztlichen Versorgung (Landessozialgericht NRW, Beschl. v. 24.05.2017, L 1 KR 660/15) führt zu immerhin bedenklichen Ergebnissen, wenn wegen Zweifeln an der durchgehend einwandfreien korrekten Mundhygiene eines Minderjährigen die Verwendung feststehender Behandlungshilfsmittel im Einzelfall fachlich kontraindiziert ist. Denn dann kann man sich die Frage stellen, ob statt eines Absehens von einer jedweden kieferorthopädischen Behandlung zulasten der GKV hier einmal die Verwendung herausnehmbarer Aligner bei diesem Minderjährigen geboten sein könnte. Aufgrund des strengen Formalismus der vertragszahnärztlichen Versorgung (bestätigt durch die sog. Nikolausbeschlüsse des Bundesverfassungsgerichtes) wird den so betroffenen Eltern jedoch wohl zu sagen sein, dass selbst in dieser zugespitzten Situation eine Kassenbeteiligung an der Aligner-Behandlung nicht in Betracht kommt, sondern sie als sog. Selbstzahler gefordert sind.

Ganz explizit schließt die Rechtsprechung der Sozialgerichte eine Kostentragung für Funktionsdiagnostik und Funktionstherapie im Kieferbereich im Kontext einer Zahnersatzbehandlung oder im Rahmen einer Okklusionsschiennentherapie aus. Diese Leistungen habe der Gesetzgeber, dem bei der Festlegung des Umfangs des Krankenbehandlungs-

bedarfs ein weiter Gestaltungsspielraum zukomme, der Eigenverantwortung der Versicherten zugewiesen (Bundessozialgericht, Beschl. v. 13.06.2024, B 1 KR 57/23 BH). Zugleich aber bestätigt die Sozialgerichtsbarkeit bei der Folgenbetrachtung, dass die verkannte Funktionsstörung und unbehandelte cranosakrale und craniomandibuläre Dysfunktion zu einer vollständigen Berufsunfähigkeit führen könne und der entsprechenden Leistungspflicht des Sozialversicherungssystems (Landessozialgericht Rheinland-Pfalz, Urt. v. 04.05.2016, L 4 U 203/13, betreffend einen Berufstübsten und Dozenten an einer Musikhochschule).

4. Friktionen und Fazit

Eine nicht behandelte CMD kann zu einer Zerstörung der Kiefergelenkstrukturen und damit einhergehend zu einer chronischen Schmerzsymptomatik bis hin zur Berufsunfähigkeit führen. Als Ursache der Folgeprobleme einer CMD komme auch „die Schädigung des Gebisses mit umfangreicher zahnmedizinischer Versorgung in Form von Brücken, Implantaten, Wurzelfüllungen etc. infrage“ (Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg, Urt. v. 01.02.2019, 2 S 1352/18). Wenn der Grundsatz richtig ist, dass eine jede umfassende zahnmedizinische Rehabilitation auch den Gesichtspunkt der Funktion inkludieren muss, um als solche fachgerecht zu

sein, dann stellt sich die Frage, warum in dem Bereich der Kieferorthopädie, anders als in der Prothetik, die Gesichtspunkte der Funktion häufig ein Schattendasein führen. Dies ist gleich aus zwei Gründen völlig unverständlich: Zum einen sind funktionsbeeinträchtigte Patienten viel stärker in ihrer Gesundheit beeinträchtigt und bedürfen eines viel größeren Behandlungsaufwandes als „rein kieferorthopädisch“ behandelte Patienten. Zum anderen steht mit der Aufbisssschiennentherapie nach Nr. 7000 GOZ ein hervorragendes Instrumentarium zur Verfügung, um zu ermitteln, welcher Patient dauerhaft durch eine Bisslagenänderung

von einem chronischen Leiden geheilt werden kann. Es ist sachlich nicht gerechtfertigt, gerade diese Patientengruppe von einer Teilhabe an einer sachgerechten Versorgung auszuschließen, die besonders stark beeinträchtigt ist, und es lässt sich auch nicht rechtfertigen, dass Behandlungsstandards, die im Rahmen einer prothetischen Rehabilitation gefordert werden, für eine kieferorthopädische Behandlung für den Regelfall ausgeklammert werden.

Zu begrüßen ist daher die Tendenz in der Aligner-Konzeption und -Produktion, die Okklusion stets in der patientenverträglichen und kiefergelenkbezüglichen Bisslage zu gewährleisten. Es wäre nur schwer verständlich, wenn ausgerechnet die verwendeten Aligner-Apparaturen als MPG-Sonderanfertigungen und personalisierte Medizin (Verordnung [EU] 2017/745 gemäß Art. 52 Abs. 8 Satz 1 und Anhang XIII), die dynamische Okklusion unter Berücksichtigung der Kiefergelenke nicht erfasste und therapeutisch nicht reflektierte. Die Aligner-Schienen sollten deshalb auch nicht nur dem Wunsch nach einem „perfekten Lächeln“ Rechnung tragen, sondern auch den höchstpersönlichen Funktionsbedürfnissen des individuellen Patienten.

RA Michael Zach

info@rechtsanwalt-zach.de
www.rechtsanwalt-zach.de

RA Rüdiger Gedigk

sekretariat@kanzlei-gedigk.de
www.kanzlei-arbeit-gesundheit.de

„Denn bei einer besonders schwerwiegenden Beeinträchtigung und Krankheit seines Beamten, Richters oder Soldaten darf er sich (außerhalb der sog. Kombifälle) nicht auf das formale Kriterium der Minderjährigkeit zurückziehen, um Leistungsfreiheit zu erreichen.“

OEMUS
OEMUS
OEMUS
OEMUS
OEMUS
OEMUS
OEMUS
OEMUS
OEMUS
OEMUS
OEMUS
OEMUS
OEMUS
OEMUS
OEMUS
OEMUS
OEMUS
OEMUS
OEMUS
OEMUS

WELOVEWHATWEDO.ORG
Wir feiern 30 Jahre Dentalmarkt-Power. Feiern Sie mit.



Holbeinstraße 29 · 04229 Leipzig · Deutschland
Tel.: +49 341 48474-0 · info@oemus-media.de