

Die Lingualbehandlung und ihre Abrechnung – nun höchstrichterlich erklärt

Ein Beitrag von Michael Zach, Fachanwalt für Medizinrecht, Mönchengladbach.



Anhand dreier konkreter Befundsituationen werden im Folgenden die Vorzüge der Lingualtechnik gegenüber der bukkalen Multibandbehandlung dargestellt, wie sie jeweils auch Gegenstand einer gerichtlichen Auseinandersetzung mit privaten Krankenversicherungen der entsprechend betroffenen Patienten gewesen waren. In allen drei Fällen wurde vom Gericht die medizinische Notwendigkeit der Lingualtechnik bejaht. In der Fortsetzung des Artikels (KN 4/2019) wird sich dann u. a. der juristisch bestätigten Abrechenbarkeit der lingualen Behandlungsmethode gewidmet.

Fast bei einem jeden Patientenbefund bieten sich gleich eine ganze Reihe kieferorthopädischer Behandlungsansätze an. Die vestibulär befestigte Multibandapparatur stellt einerseits medizin-historisch den Ausgangspunkt dar und andererseits das Modell, an dem die Struktur der 6000er Abrechnungspositionen für kieferorthopädische Leistungen der GOZ ausgerichtet ist.

Vor etwa 25 Jahren wurden dann erste wissenschaftliche Studien vorgelegt, die belegen, dass palatinal gerichtete Kräfte zu sehr ähnlichen Zahnbewegungen und Stressverteilungen führen, unabhängig davon, ob die Kraft labial oder palatinal ansetzt.¹ Es konnte belegt werden, dass die initialen Kraftsysteme der Lingualbrackets mit den in der Bukkaltechnik erzeugten weitestgehend vergleichbar sind.² Es kann somit von einer Emanzipation der lingualen Technik ausgegangen werden, die zumindest zu einer Gleichstellung mit der bukkalen Behandlungstechnik geführt hat.

Bei einer solchermaßen gegebenen Gleichwertigkeit muss bei beiden Behandlungsansätzen davon ausgegangen werden, dass es sich jeweils um schulmedizinische Behandlungsansätze handelt, die dem Patienten auch im Sinne einer echten Alternativeneröffnung seitens des Behandlers aktiv dargelegt werden müssen, um den zahnärztlichen Informationspflichten

sowohl im Hinblick auf die Methodenwahl als auch im Hinblick auf die Kostenaufklärung in sachgerechter Weise nachzukommen.

Gliederung

Stets steht bei der Therapieentscheidung der angetroffene Befund und der auf einen konkreten Behandlungsansatz bezogene „informed consent“ des Patienten im Mittelpunkt. Hier sollen zunächst die Vorzüge der lingualen Behandlungstechnik gegenüber der vestibulären Befestigung der Behandlungsapparatur an drei konkreten Befundsituationen dargestellt werden, die auch jeweils Gegenstand einer gerichtlichen Auseinandersetzung mit der privaten Krankenversicherung des jeweils betroffenen Patienten gewesen waren. Jeweils hat das Gericht sowohl die medizinische Notwendigkeit der Lingualtechnik bejaht als auch die Abrechenbarkeit dieses Behandlungsansatzes bestätigt und schließlich die Kostenträger jeweils zur Zahlung der kieferorthopädischen Behandlungskosten im Rahmen der Lingualbehandlung verurteilt.

Nach dieser Darstellung soll der Frage nachgegangen werden, wie die bisher ergangene Rechtsprechung die Lingualtechnik bewertet hat und ob die Äußerung mancher Kostenträger zutreffend ist, dass die linguale Anbringung der Apparatur stets als bloß ästhetische Behandlungsindikation zu qualifizieren sei

und die Abrechnung zwingend als sogenannte Verlangensleistung zu vereinbaren wäre. Abschließend sollen sodann Hinweise gegeben werden zur richtigen Abrechnung der Lingualtechnik, dies sowohl hinsichtlich der zahnärztlichen Gebührenpositionen nebst möglicher Steigerungsfaktoren wie auch und vor allem hinsichtlich der anfallenden Fremdlaborkosten für die Lingualapparatur. Schließlich wird die Abrechnung des festsitzenden Lingualretainers dargestellt.

Unterkiefer ist die Kompression im anterioren Bereich zu finden. Auch hier zeigt sich ein frontaler Engstand mit leichter Abrasion der Schneidekanten. Für die Eckzähne besteht ein Platzmangel, dadurch stehen sie rotiert zu weit labial (außen).

Die Zähne 36 und 46 sind nach bukkal (außen) gekippt; die Zähne 36, 35, 33, 32, 41, 42, 43, 44, 46 stehen rotiert. An Okklusionsbefunden sind die knappe sagittale Stufe und der knappe Überbiss zu nennen. Es finden sich Kreuzbisse der Zähne

„Gerade bei der Behandlung von Protrusionen bietet die linguale Behandlungstechnik deutliche Vorzüge.“

Drei gerichtlich entschiedene Fälle

Fallbeispiel 1

Im ersten Fall (AG Mainz, Urt. v. 25.10.2012, 81 C 316/11) weist das Modell vom 2.2.2010 im Oberkiefer eine starke transversale Kompression mit Engstand der Frontzähne und starken Platzmangel für die Eckzähne, die im Hochaußenstand stehen, auf. Die Zähne 17, 16, 14, 13, 21, 22, 23, 26 und 27 stehen rotiert; die Molaren und Prämolaren sind auf beiden Seiten nach mesial (vorne) gekippt. Im

16, 12, 22, 26/36, 33, 43, 46, das heißt, die unteren Zähne stehen weiter wangen- oder lippenwärts als die oberen. Der Unterkiefer liegt in seiner dentalen Relation zum Oberkiefer im molaren Bereich regelrecht (Klasse I), im Eckzahnbereich eher zu weit hinten (Klasse II). Die Kiefer liegen zueinander mit leichter Tendenz zur Klasse II (Tendenz zur Unterkieferrücklage). Die Schneidezähne im Unterkiefer stehen leicht protrudiert (nach vorne gekippt).

Zur Vermeidung eines weiteren Knochenverlustes durch eine weitere Kippung der Frontzähne sei nach den Feststellungen des sachverständig beratenden Gerichts hier primär – und damit vorrangig vor dem bukkalen Behandlungsansatz – die linguale Befestigung der Behandlungsapparatur die Methode der Wahl, da so in gesteigerter Weise eine gleichmäßige und potenziell physiologische Kraftverteilung im Parodontium gewährleistet sei, um der orovestibulären Kippneigung entgegenzuwirken. Gerade bei der Behandlung von Protrusionen bietet die linguale Behandlungstechnik deutliche Vorzüge.

Vor dem Behandlungsbeginn waren auf den labialen Frontzahnflächen Unregelmäßigkeiten auf dem Schmelz zu finden, sodass die linguale Anbringung der Apparatur hier im Sinne des „nihil nocere“ sogar erforderlich war, zur Schonung der Patientenbelange. Schon damals entsprach es gesicherter Studienlage, dass sogenannte White-

Zur Info

Michael Zach ist als Fachanwalt für Medizinrecht in Mönchengladbach niedergelassen und widmet sich schwerpunktmäßig dem (Fach-)Zahnarztrecht. Als Referent für Zahnärztekammern, Berufsverbände sowie Dentalproduktehersteller informiert er u. a. über aktuelle Rechtsprechungen.



Spot-Läsionen (WSL) signifikant kleinflächiger auftreten, wenn linguale statt bukkale Brackets verwendet werden.³ Weitere Studien belegen darüber hinaus, dass die Läsionen signifikant seltener auftreten, wenn die Apparatur lingual befestigt wird. Da es sich bei dem Risiko des Auftretens von technikbezogenen Dekalzifikationen um Behandlungsinformationen handelt, die der Patientin vor der Behandlungseinleitung im Rahmen der sogenannten therapeutischen Aufklärung (vgl. OLG Stuttgart, Urt. v. 20.5.2008, 1 U 122/07) mitgeteilt werden müssen, dürfte dieser Umstand in sogar generalisierter Weise zugunsten der Lingualtechnik sprechen.

In der vorliegenden Befundsituation wurde ferner eine „extrem hypertensive Orofazialmuskulatur“ (starke Spannung in der mundumgebenden Muskulatur) festgehalten. Die Sachverständige teilte die Einschätzung des Behandlers, wonach eine vestibuläre Apparatur zu stärkeren Weichteilirritationen und -verletzungen führen würde, was eine verminderte Beweglichkeit der orofazialen Muskulatur besorgen ließe, die zu Ess- und Sprachstörungen führen könnte und so zumindest für die Zeit der aktiven Behandlung in eine „Berufsunfähigkeit“ der Patientin führen könnte. Die universitäre Sachverständige hielt in dieser Situation ausschließlich die lingu-



ale Anbringung der Apparatur für geeignet und schloss einen bukkalen Behandlungsansatz definitiv aus. Einen weiteren Vorteil erkannte die Sachverständige hier darin,

komme, die zu einer Entkopplung der Okklusion führe.

Speziell die Lingualtechnik sei hier in der Lage, eine Dekompensation und damit das Auftreten einer chro-

im Hinblick auf eine ausgelöste CMD-Erkrankung. Im Ergebnis hielt die Sachverständige fest, dass zur Therapie der geschilderten Befunde ausschließlich die lingual befestigte Apparatur ein geeignetes Therapiemittel gewesen ist und der Behandler richtigerweise eine bukkale Befestigung als kontraindiziert ausgeschlossen hat. In diesem Sachverhalt erwies sich die linguale Behandlungstechnik als vorrangig, vorzugswürdig und allein geeignet. Die private Krankenversicherung beantragte den Erlass eines Anerkenntnisurteils, da sie die medizinischen Darlegungen des Sachverständigen für überzeugend hielt und eine Verurteilung mit Urteilsbegründung abwenden wollte.

„Die linguale Behandlungstechnik sei zu bevorzugen, da sie nicht nur in sicherer und prognostizierbarer Weise die Zahnfehlstellungen korrigiere, sondern auch besonders schonend und effizient die Bisshebung zu bewirken vermöge.“

dass die Patientin mit einer kompensierten craniomandibulären Dysfunktion (CMD) lebt und eine Verschlechterung der Kiefergelenksymptomatik dadurch vermieden werden könne, da es infolge der lingualen Anbringung der Brackets zu leichten Aufbissen

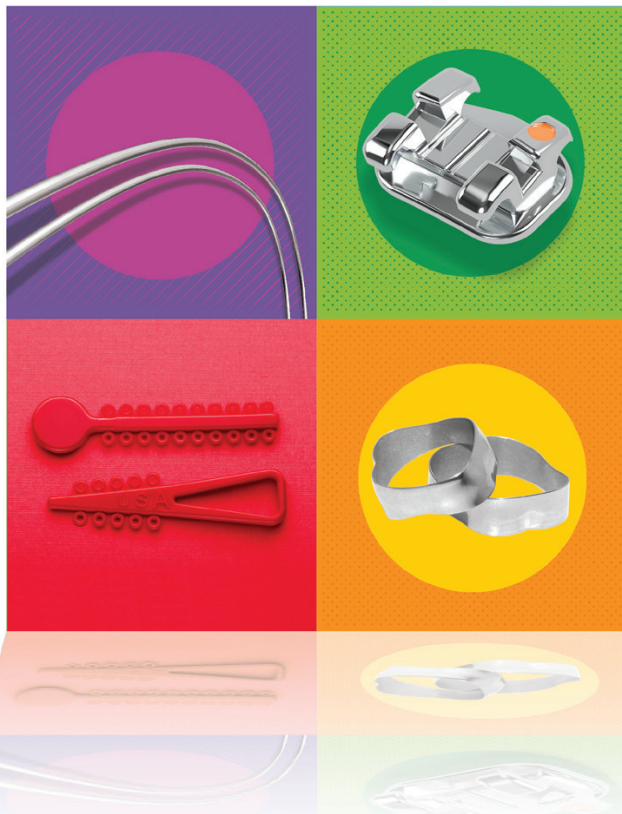
nischen, womöglich den gesamten orthopädischen Stützapparat erfassenden Erkrankung abzuwenden. Die Anwendung in bukkaler Technik hätte hier zwar eine Zahnfehlstellungskorrektur bewirken können, allerdings um den Preis eines beachtlich erhöhten Risikos

Fallbeispiel 2

Einem weiteren Gerichtsverfahren (Landgericht Düsseldorf, Urt. v. 08.05.2017, 9 O 396/14,) lag nach der Auswertung des Kiefermodellpaares vom 11.02.2014 folgender Ausgangsbefund zugrunde: Enge und protrudierte Frontzähne mit

ANZEIGE

IHR BEST-IN-CLASS-PARTNER FÜR KIEFERORTHOPÄDIE



G&H-Produkte erhalten Sie bei Ihrem Händler vor Ort. Bitte kontaktieren Sie uns für ein Verzeichnis der lokalen G&H-Händler.:

GHOrthodontics.com

oder rufen Sie uns an: **800-526-1026**
und **+1 317-346-6655**

EINE KOMPLETTE PRODUKTLINE – HERGESTELLT IN DEN USA.

G & H® Orthodontics stellt ein komplettes Sortiment kieferorthopädischer Produkte her - mit Stolz in den USA hergestellt. G & H widmet sich der Erweiterung und Verbesserung von Produkten zur Optimierung der Behandlungsmöglichkeiten für Kieferorthopäden und Vertriebspartner weltweit. Wenn Sie G & H-Produkte auswählen, wählen Sie Produkte direkt vom Hersteller aus.

KAUF DIREKTE MITTEL:

- Außergewöhnlicher, auf Ihre Bedürfnisse zugeschnittener Service
- Materialien und Standards höchster Qualität
- Pünktliche Lieferung und Kundendienst
- Preisgestaltung ohne Zwischenhändler



Besuchen Sie unseren Stand auf der IDS

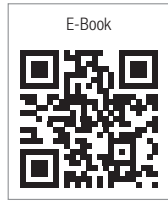
12. bis 16. März 2019
Köln, Deutschland

Hall 03.2 - Stand E070 F071



ORTHODONTICS®
Quality Manufacturing. Exceptional Service.

BRACKETS | BANDS | TUBES | WIRES | SPRINGS | ELASTOMERICS



Zur Info

Zum Thema „Kieferorthopädie – digitale Medizin und analoges Recht“ ist eine Artikelsammlung verfügbar, die über die OEMUS MEDIA AG als E-Book in 3. Auflage erhältlich ist.

Drehständen sowie Kontaktpunktabweichungen zwischen den mittleren und seitlichen vier Schneidezähnen. Die beiden mittleren großen Schneidezähne 11, 21 stehen nach links geneigt und weichen von einer axial normgerechten Waage ab. Der linke mittlere protrudierte Schneidezahn 21 ist auch extrudiert, das heißt, er hat sich axial von der Kieferbasis wegbewegt. Für die vier rotierten Schneidezähne besteht

insgesamt ein deutlicher Platzmangel. Der rechte mittlere Schneidezahn 11 hat eine gaumenwärtige Innenseite, eine deutliche Abrasion des Zahnschmelzes, wie auch die Zähne 12 (distal), 13 (mesiale Höckerspitze) und Zahn 14 (mesio-palatal). Die linken kleinen Backenzähne 24 und 25 sind nach distal rotiert, und im Unterkiefer sind die nach labial stehenden Frontzähne mit Lücken distal 32, 42 extrudiert. An den vier Schneidezähnen sind ausgeprägte Schmelz-Dentin-Defekte mit Substanzverlust zu erkennen. Es besteht ein einseitiger Überbiss. Beim Schlussbiss des Ober- und Unterkiefers besteht ein frontaler Überbiss von 6 bis 7 mm. Bei dem Schlussbiss besteht eine Frontzahnstufe von 8 mm.

Der Sachverständige bestätigte eine geringere Kippneigung bei lingual geklebten Schneidezahnbrackets, woraus eine gleichmäßige und physiologische Kraftverteilung auf den gesamten Zahnhalteapparat resultiere und damit ein relativ ungefährdeter biologisch-anatomi-

scher Umbau der Gewebestrukturen möglich sei. Bei protrudiert stehenden Schneidezähnen sei mittels der lingual fixierten Apparatur sowohl die Retrusion der Schneidezähne als auch die meist notwendige aktive Bisshebung leichter zu erreichen als mit der bukkalen Apparatur, und sie sei deshalb aus zahnmedizinischen Gründen dieser überlegen.

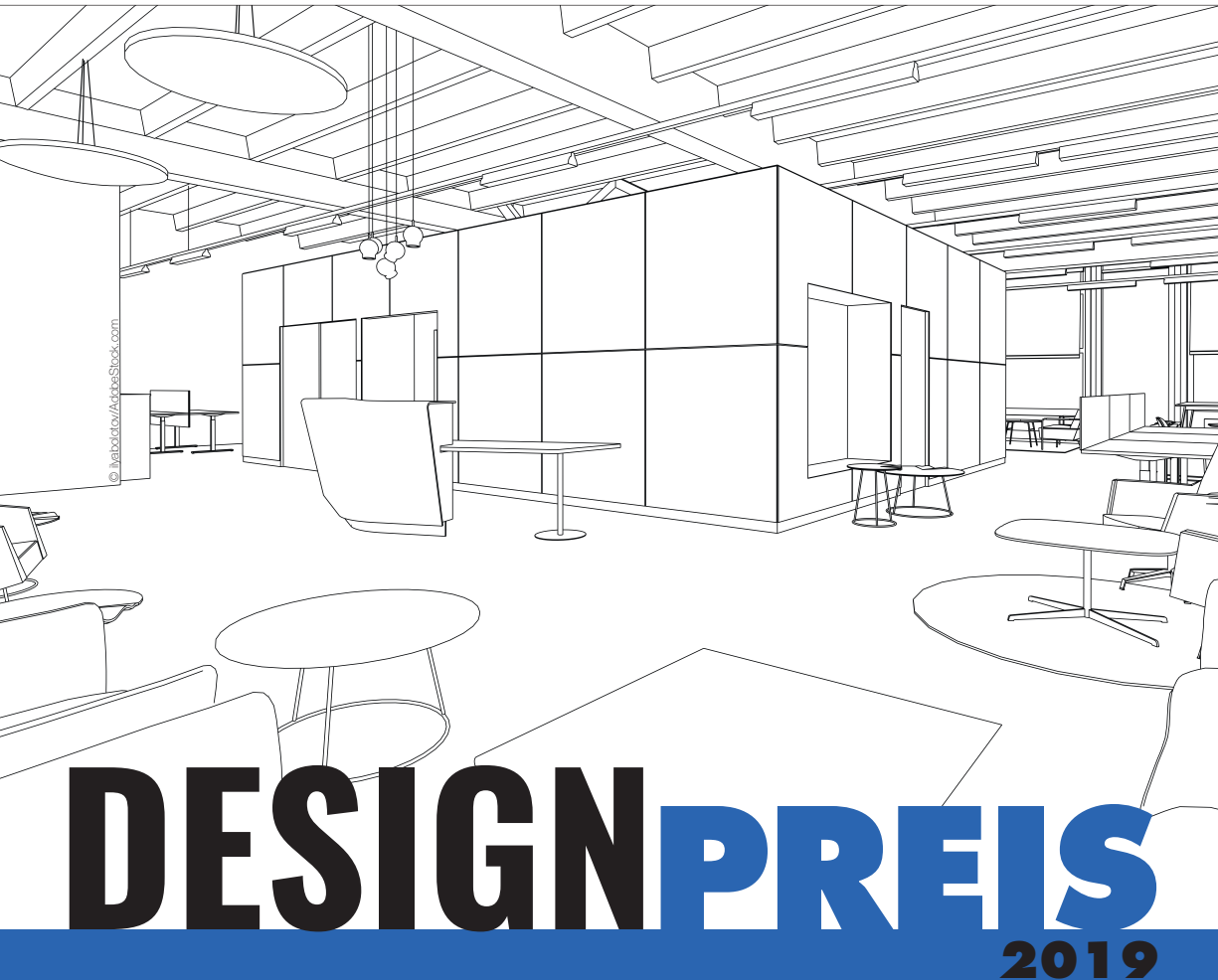
Diese Überlegenheit lasse sich auch daraus ableiten, dass eine weitere Kippung der Frontzähne auf diesem Wege besonders effizient vermieden werde, sodass sich die bereits eingeleiteten horizontalen Knochenabbauvorgänge zumin-

finden sich retrudierte und retinierte Inzisivi, ein frontaler Engstand sowie eine elongierte Front und starke Drehstände. Die Bisslage wurde der Angle-Klasse II rechts und der Angle-Klasse I links mit vergrößerter sagittaler Frontzahnstufe bei tiefem Biss zugeordnet. Als Therapiegeräte sind die Lingualtechnik vorgesehen sowie ein festsitzender Lingualretainer im Unterkiefer.

Der Sachverständige führte aus, dass die Lingualtechnik eine bessere Kontrolle der sagittalen Bewegung der Zahnachsen ermögliche. Dies sei im vorliegenden Falle auch erforderlich und unabdingbar, da zur Auflösung von Engständen der

„Der Sachverständige führte aus, dass die Lingualtechnik eine bessere Kontrolle der sagittalen Bewegung der Zahnachsen ermögliche.“

ANZEIGE



DESIGNPREIS 2019

Deutschlands schönste Zahnarztpraxis

OEMUS MEDIA AG · WWW.DESIGNPREIS.ORG

ZWP ZAHNARZT
WIRTSCHAFT PRAXIS

**JETZT
BEWERBEN**
EINSENDESCHLUSS: 1.7.2019

dest nicht weiter vertieften. Das so gegebene Potenzial, weitere Schäden abzuwenden und dennoch die angestrebte Zahnstellungskorrektur durchzuführen, begründe die Überlegenheit der lingualen statt der bukkalen Anbringung der Apparatur. Die Behandlung der Tiefbiss-situation bei dem Patienten könnte bei Vestibulärtechnik nur durch Verwendung sogenannter Bite-Ramps erfolgen, also fest auf der Innenseite der oberen beiden mittleren Schneidezähne geklebter Hilfsmittel zur Entkopplung der Verzahnung für die Bisshebung. Diese Maßnahme könne bei Verwendung der lingualen Apparatur völlig entfallen, da sie ohne diese Hilfsmittel effektiver in der Lage ist, die Bisshebung zu erreichen.

Der Sachverständige bestätigt in einem jeden dieser Punkte die Überlegenheit der Lingualapparatur und bejaht ihre medizinische Indikation. Auf dieser Grundlage hat das Landgericht Düsseldorf festgestellt, dass die linguale Behandlungstechnik zu bevorzugen sei, da sie nicht nur in sicherer und prognostizierbarer Weise die Zahnfehlstellungen korrigiere, sondern auch besonders schonend und effizient die Bisshebung zu bewirken vermöge und insgesamt die Wiederherstellung der Sprech- und Kaufunktion besser durch die linguale Apparatur als durch die vestibuläre Apparatur gelinge.

Fallbeispiel 3

In einem weiteren Fall (AG Mülheim an der Ruhr, Urt. v. 11.01.2017, 13 C 167/16) hatte der Behandler folgende Diagnosen erhoben: teilweise prothetisch versorgtes permanentes Gebiss mit leichter Gingivitis und parodontalen Rezessionen an 13, 15. Die Oberkieferfrontzähne sind elongiert und weisen Drehstände auf, des Weiteren sind diese retrudiert und rekliniert. Im Unterkiefer

linguale Kräfteinsatz eindeutig von Vorteil und der bukkalen Befestigung der Apparatur überlegen sei. Diese Behandlungstechnik sei ferner deshalb vorzuzugswürdig, weil vorliegend aufgrund der so ermöglichten physiologischeren Kraftverteilung im Parodontium das Auftreten von Wurzelresorptionen vermieden werden könne, was bei bukkaler Anbringung nicht in dieser Art und Weise gewährleistet sei. Die Krankenversicherung hat Einwände gegen diese Begutachtung nicht erhoben und wurde so dann zur Zahlung der Behandlungskosten verurteilt.

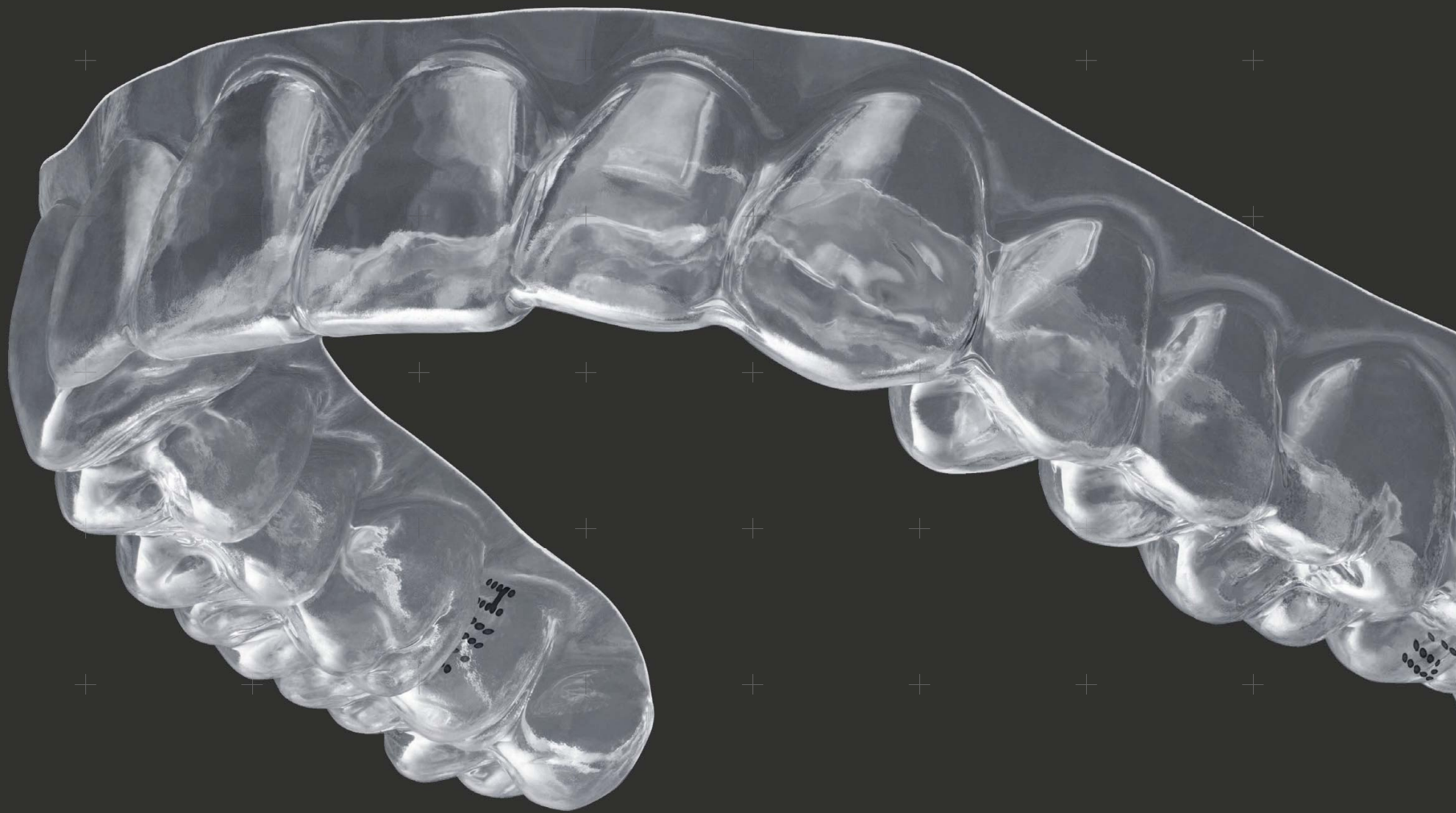
Die Fortsetzung des Artikels erfolgt in KN-Ausgabe 4/2019.

kontakt



RA Michael Zach

Kanzlei für Medizinrecht
Volksgartenstraße 222 a
41065 Mönchengladbach
Tel.: 02161 68874-10
Fax: 02161 68874-11
info@rechtsanwalt-zach.de
www.rechtsanwalt-zach.de



IDS 2019
Halle 10.1
Stand C 40/D 49

LET`S GO PRO.

CA[®] PROFESSIONAL

DAS NEUE ALIGNER-SYSTEM FÜR KOMPLEXE INDIKATIONEN.

Mit dem CA[®] PROFESSIONAL kommt nun eine Lösung für komplexe Indikationen auf den Markt, die bewährte Bewegungsprinzipien der Kieferorthopädie für die Aligner-Therapie nutzbar macht. Das Multiphasen-Behandlungssystem reduziert überflüssige Mischbewegungen, sorgt für eine optimale Verankerung und ermöglicht so effizientere Ergebnisse. Auch die Therapieplanung wurde optimiert: Eine fundierte, bildgestützte Anamnese, die präzise digitale Planung und der kompetente klinische Support „Made in Germany“ garantieren einen bestmöglichen Behandlungsverlauf. When do you go pro? CA DIGITAL – Ihre digitale Zukunft ist nur einen Klick entfernt: www.ca-digit.com