



Rechtliche Aspekte der Funktion in der KFO

← Seite 1

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

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 Haushaltskasse 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 chronisch erkrankter oder funktionsgestörter 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



© Yuriy Shertsov – stock.adobe.com

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 Erstattungsausschluss Funktionsgestörter nicht überzeugt.

2. Erstattungsausschluss 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 Ausgabenersparnis 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



