

3.2.3. HINWEISE ZUR WIRTSCHAFTLICHKEIT IN DER KFO-BEHANDLUNG

Die gesetzliche Einführung eines KFO-Budgets ist Anlaß, an wirtschaftliche Grundsätze der kieferorthopädischen Behandlung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zu erinnern. Dafür gibt es gesetzliche und vertragliche Bestimmungen, die im Prinzip schon in der Vergangenheit zu beachten waren und deren Einhaltung unter dem Gesichtspunkt der Leistungsbegrenzung und der Qualitätssicherung neue Bedeutung gewinnt. Die gleichzeitige Budgetabsenkung auf ein um 5 % gegenüber 1997 reduziertes Niveau erzwingt eine Rationierung und Rationalisierung der kieferorthopädischen Leistungen. Daneben haben die in immer kürzeren Abständen wiederkehrenden Honorarkürzungen die Schere zwischen dem medizinisch Möglichen einerseits und einem in der GKV ausreichenden Behandlungsstandard immer weiter geöffnet. Nur wenn es gelingt, kieferorthopädische Behandlungen im Rahmen der GKV auf das notwendige und wirtschaftliche Maß zu begrenzen, ist für die tatsächlich durchgeführten Behandlungen eine kalkulierbare Vergütung gesichert und damit einem weiteren Qualitätsverlust vorgebeugt.

Inhalt:

- 1.) SGB V § 12, 1
- 2.) SGB V § 18, 2 – Erwachsenenbehandlung
- 3.) SGB V § 29, 2 – KFO-Richtlinien
- 4.) Verbot Behandlerwechsel bei laufender Behandlung

zu 1.) SGB V § 12, 1 – Wirtschaftlichkeitsgebot

„Die Leistungen 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.“

Dem Wirtschaftlichkeitsgebot widerspricht im Regelfall:

- Wunschbehandlung, z.B. Multiband auf Wunsch des Patienten
- Versuchsbehandlung, z.B. FKO bei Vertikalwachstum, NonEx bei ungünstiger Prognose
- Mehrphasenbehandlung, z.B. 1. Phase FKO, 2. Phase MB
- Headgar-Ersatzsysteme wie z.B. Wilson-App., Magnetsysteme, Pendulum-App.
- Herbst-Schamiere, Jasper-Jumper, Malu u.ä. zur Bißlage- bzw. Okklusionseinstellung (GKV-wirtschaftlich : intermaxilläre Elastics)
- linguale Klebetainer (GKV-wirtschaftlich : Retentionsplatte)
- Keramikbrackets (Reparaturhäufigkeit, verlangsamte Behandlung)

zu 2.) SGB V § 28, 2 – Ausschluß der KFO-Erwachsenenbehandlung

„...Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben. Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert...“

Aspekte zur Erhaltung dieser Bestimmung:

- Der Ausschluß der kieferorthopädischen Behandlung bei Erwachsenen beinhaltet den Ausschluß des gesamten Leistungskataloges „Kieferorthopädie“.
- Kleine chirurgische Maßnahmen wie parodontalchirurgische Eingriffe, Extraktionen, Freilegen von verlagerten Zähnen stellen keine Operationsmaßnahmen im Sinne des § 28, 2 SGB V dar.
- Für die Behandlung einer Kieferanomalie im Rahmen der GKV muß eine Kombination KFO-Chirurgie ohne Alternativmöglichkeit erforderlich sein. Ist eine Behandlungsalternative ohne chirurgische Unterstützung möglich, z.B. mit dentalem Ausgleich durch Extraktionstherapie, so trifft der gesetzliche Ausschluß zu – unabhängig von der tatsächlichen Wahl des Therapieverfahrens.
- Wird bei entsprechender Indikation, z.B. Schmalkiefer, beidseitiger Kreuzbiß, eine Down-Fraktur-OP mit sagittaler Spaltung des OK (komplette LeFort I – Osteotomie) durchgeführt, so handelt es sich um eine kombinierte kieferorthopädisch-kieferchirurgische Behandlung entsprechend § 28, 2 SGB V. Wird eine Gaumennahterweiterung vorgenommen und diese chirurgisch unterstützt, so handelt es sich um keine kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgische Behandlung im Sinne des § 28, 2 SGB V.
- Die geplanten kieferchirurgischen Maßnahmen müssen vor Einreichung des Behandlungsplans mit dem Kieferchirurgen abgestimmt und klar im Behandlungsplan dargestellt sein.

zu 3.) SGB V § 29, 2 – KFO-Richtlinien

Im Auftrag des Gesetzgebers sind 1994 die Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für die kieferorthopädische Behandlung in Kraft getreten, die die §§ 28 und 29 SGB V präzisieren und die praktische Umsetzung regeln. Die Kenntnis und Einhaltung dieser in den Vertragsordnern enthaltenen Richtlinien ist für jeden kieferorthopädisch tätigen Vertragszahnarzt **absolutes Muß**.

Wird bei einem Patienten die **medizinische Indikation** zu kieferorthopädischer Behandlung festgestellt, so ist zunächst zu prüfen, ob nach Gesetzes- und Vertragslage eine Indikation zu vertragszahnärztlich kieferorthopädischer Therapie vorliegt. In der Regel wird man dies durch eine klinische Untersuchung feststellen können (⇐Bewertungsschema der KFO-Richtlinien). In Zweifelsfällen notwendige weitergehende Diagnostik (Abdrücke, Röntgenbilder usw.) ist zu Lasten der GKV abrechenbar. Wird keine **kassenzahnärztliche Indikation** festgestellt, so kann auf Wunsch des Patienten bzw. Versicherten eine kieferorthopädische Behandlung auf privater Basis durchgeführt werden. Es wird empfohlen, sich die Aufklärung und den Auftrag zu weiteren diagnostischen und Planungsmaßnahmen schriftlich bestätigen zu lassen.

Hervorzuhebende Gesichtspunkte der KFO-Richtlinien:

- Vor jeder Behandlungsplanung sind die Maßnahmen entsprechend dem Indikationssystem zu bewerten. Bei einer Begutachtung sind die Bewertungen des Indikationssystems und Schwierigkeitsgrades nach 119/120 mit einzureichen.
- Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört die gesamte kieferorthopädische Behandlung, wenn Maßnahmen ...nach dem Indikationssystem mit mehr als acht Punkten bewertet sind.

- Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört auch die kieferorthopädische Behandlung von Kreuzbissen oder Nonokklusionen von einzelnen Zähnen und Zahngruppen, wenn eine parodontologische Schädigung oder eine funktionelle Beeinträchtigung besteht. Dies bedeutet, daß hier nur die notwendige **Teilmaßnahme** (z.B. Überstellung des Kreuzbisses) Bestandteil der GKV ist, nicht aber eine zwar medizinisch indizierte, aber nach Indikationsschema ausgegrenzte Gesamtbehandlung.
- Die persönliche und eigenverantwortliche Erarbeitung von Anamnese, Diagnose, Therapieplanung, Epikrise und Prognose durch den Vertragszahnarzt sind Grundlage jeder Behandlung. Die Übertragung dieser rein ärztlichen Tätigkeit an Außenstehende („Laborplan“) ist nicht zulässig, sondern ein Verstoß gegen vertragszahnärztliche Pflichten.
- Kieferorthopädische Behandlungen sollen nicht vor dem Dentitionsalter von neun bis zehn Jahren begonnen werden.

zu 4.) Verbot Behandlerwechsel bei laufender Behandlung

Der Versicherte einer gesetzlichen Krankenkasse hat vor Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung die freie Wahl unter den Vertragszahnärzten.

Bei laufender KFO-Behandlung ist gemäß § 8 Abs. 3b BMV-Z bzw. § 5 Abs. 3 EKV bis zu deren Abschluß ein Wechsel nur bei Vorliegen eines triftigen Grundes möglich.

Wünscht ein Patient den Behandlerwechsel, so kann er dies bei seiner Krankenkasse beantragen. Die Krankenkasse ist gehalten, den Erstbehandler unter Benennung des Grundes um eine Stellungnahme zu ersuchen. Erkennen Erstbehandler und Krankenkasse den Grund als triftig an, so ist ein Wechsel möglich mit der Folge, daß der Zweitbehandler die laufende Behandlung weiterführt.

Wird die Begründung des Patienten bzw. Versicherten nicht anerkannt, so muß er die Behandlung beim Erstbehandler weiterführen oder kann die Behandlung abbrechen. Mit einem Abbruch verliert er allerdings seinen Anspruch auf Erstattung des bereits gezahlten Eigenanteils durch die Krankenkasse.

Begehrt ein Patient nach Abbruch einer KFO-Behandlung die erneute Aufnahme einer KFO-Behandlung, so ist anhand der Indikationsrichtlinien zu überprüfen, ob eine Indikation zu vertragszahnärztlich-kieferorthopädischer Behandlung vorliegt. Liegt diese vor, so kann ein neuer Plan erstellt werden. Die Wiederaufnahme einer abgebrochenen Behandlung ist nicht möglich.

Anmerkung:

Beispiele zur Bestimmung des Anspruches auf vertragszahnärztliche KFO-Leistungen anhand des Indikationssystems und Hinweise zu den seit dem 01.01.1999 wieder gültigen KFO-Richtlinien sowie eine Stellungnahme von Herrn Dr. B. Damm zu den oben ausgeführten Hinweisen der Wirtschaftlichkeit entnehmen Sie bitte unserem Zahnärzteblatt 3/99.