



Abschließende Mitteilung

an das
Bundesministerium für Gesundheit
und den GKV-Spitzenverband

über die Prüfung
der Leistungen für Kieferorthopädie

Diese Prüfungsmitteilung enthält das vom Bundesrechnungshof abschließend im Sinne des § 96 Abs. 4 Satz 1 BHO festgestellte Prüfungsergebnis. Sie ist auf der Internetseite des Bundesrechnungshofes veröffentlicht (www.bundesrechnungshof.de).

Gz.: IX 1 (IX 4) - 2014 - 0597

Potsdam, den 27. August 2018

Inhaltsverzeichnis

0	Zusammenfassung	4
1	Vorbemerkung	7
1.1	Thematische Einführung	7
1.2	Gegenstand und Ablauf der Prüfung	8
2	Verfügbare Daten für Leistungen der Kieferorthopädie	9
2.1	Rechtlicher Rahmen	9
2.2	Entwicklung der Ausgaben und Fallzahlen	10
2.3	Begrenzte Datenlage zur Versorgungssituation	12
2.4	Studien zur kieferorthopädischen Behandlungsbedürftigkeit	14
2.5	Äußerungen der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie	15
2.6	Einschätzungen der Krankenkassen und Patientenberatung	16
2.7	Vorläufige Würdigung und Empfehlungen	16
2.8	Stellungnahmen	19
2.8.1	Stellungnahme des Bundesministeriums	19
2.8.2	Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes	20
2.9	Abschließende Bewertung	22
3	Abschluss von Selbstzahlervereinbarungen	23
3.1	Rechtlicher Rahmen	23
3.2	Kritische Diskurse in der Öffentlichkeit und Studienergebnisse	25
3.3	Standpunkt des Bundesministeriums	27
3.4	Verfügbare Kenntnisse der Krankenkassen	27
3.5	Inhalte der Selbstzahlervereinbarungen	28
3.6	Einschätzung und Maßnahmen der Leistungserbringer	30
3.7	Vorläufige Würdigung und Empfehlungen	32
3.7.1	Mangelnde Transparenz und missverständliche Darstellungen	32
3.7.2	Unzureichende Datenlage erschwert Aufklärung	34

3.7.3	Selbstzahlerleistungen von Beratungskompetenz der Krankenkassen umfasst	34
3.7.4	Verbesserung des Beratungsangebots und Einsatz von Testpatientinnen und -patienten	35
3.7.5	Handlungsempfehlungen des Bundesrechnungshofes	36
3.8	Stellungnahmen	37
3.8.1	Stellungnahme des Bundesministeriums	37
3.8.2	Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes	38
3.9	Abschließende Bewertung	39
	Anlage 1	
	Anlage 2	
	Anlage 3	

0 Zusammenfassung

Der Bundesrechnungshof hat geprüft, wie Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenkassen) bei kieferorthopädischen Leistungen für ihre Versicherten verfahren. Nachfolgend stellen wir das Prüfungsergebnis im Sinne des § 96 Absatz 4 Satz 1 Bundeshaushaltsordnung (BHO) abschließend fest. Wesentliche Feststellungen werden im Rahmen einer Bemerkung weiterverfolgt.

- 0.1 Die Krankenkassen geben für kieferorthopädische Behandlungen jährlich rund 1,1 Mrd. Euro aus. Versicherte haben Anspruch auf Behandlung, wenn ihre Zahnfehlstellung anhand einer sogenannten kieferorthopädischen Indikationsgruppe (KIG) ein bestimmtes messbares Ausmaß erreicht. Bei sinkenden Fallzahlen haben sich die Kosten pro Behandlungsfall von 2008 bis 2016 ungefähr verdoppelt. Schätzungsweise über die Hälfte der deutschen Kinder und Jugendlichen befindet sich in kieferorthopädischer Behandlung (Nummern 2.1 und 2.2).
- 0.2 Veröffentlichungen und Gutachten, z. B. aus dem nachgeordneten Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (Bundesministerium), kritisieren seit Jahren die intransparente Datenlage zur kieferorthopädischen Versorgung. Der Forschungsstand zu Versorgungslage und -notwendigkeit sei unzureichend. Bundesministerium, GKV-Spitzenverband und Krankenkassen besaßen kaum Einblick in das konkrete Versorgungsgeschehen. Daten, z. B. zu behandelten Altersgruppen, Behandlungen zugrunde liegenden KIG-Einstufungen, Behandlungsabbrüchen, abgeschlossenen Fällen und zur Behandlungsdauer, fehlten. Der Bundesrechnungshof hat empfohlen, solche Daten zur kieferorthopädischen Versorgung künftig zu erfassen. Das Bundesministerium sollte zusammen mit dem GKV-Spitzenverband den Nutzen kieferorthopädischer Behandlungen einschließlich der Behandlungsmethoden evaluieren (Nummern 2.3 bis 2.7).
- 0.3 Das Bundesministerium hat mitgeteilt, die Bewertung von Behandlungsmethoden im Rahmen der GKV sei nicht seine Aufgabe, sondern die des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Der GKV-Spitzenverband hat die Forderung des Bundesrechnungshofes nach einer

evidenzbasierten Nutzenbewertung der kieferorthopädischen Behandlungen befürwortet. Die notwendigen Studien seien zwar aufwendig, aber zur Erlangung belastbarer Ergebnisse unvermeidlich. Der GKV-Spitzenverband sah keine Möglichkeit, eigenständig eine kieferorthopädische Versorgungsforschung auf den Weg zu bringen. Der Bundesrechnungshof hält an seiner Kritik fest. Das Bundesministerium hat gesetzlich eingeräumte Möglichkeiten, selbst auf eine Versorgungsforschung hinzuwirken. Es darf deshalb im Hinblick auf die unstreitigen Feststellungen nicht untätig bleiben und muss eine Versorgungsforschung im Bereich der Kieferorthopädie anstoßen (Nummern 2.8 und 2.9).

- 0.4 Die Versorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV-Standardversorgung) umfasst nur kieferorthopädische Leistungen, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Viele Versicherte vereinbarten mit den behandelnden Zahnärztinnen oder -ärzten Leistungen, die die Versicherten privat bezahlen mussten. Diese beziehen sich überwiegend auf andere Methoden bei Behandlung, Diagnostik und kieferorthopädischen Apparaturen. Solche Selbstzahlervereinbarungen waren immer wieder Gegenstand von Kritik: Versicherte würden von behandelnden Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden zum Abschluss gedrängt, gelegentlich sei sogar die Behandlung ohne Selbstzahlerleistungen verweigert worden. Außerdem seien der medizinische Nutzen und die finanzielle Belastung oft unklar. Unsere Erhebungen ergaben, dass in Selbstzahlervereinbarungen die GKV-Standardversorgung oft als nicht mehr zeitgemäß dargestellt und Vorteile der selbst zu zahlenden Leistungen einseitig angepriesen wurden, etwa in Hinblick auf kürzere, schmerzärmere und komfortablere Behandlungen. Oft wurden Ratenzahlungsvereinbarungen, teilweise Leistungspakete mit Rabatten angeboten. Werbende Anpreisungen richteten sich auch unmittelbar an die größte Patientengruppe der Kinder und Jugendlichen. Nach Auffassung von Berufsvertretungen der Kieferorthopäden kommt es nur in Einzelfällen zu Fehlverhalten (Nummern 3.1, 3.2, 3.5 und 3.6).

- 0.5 Krankenkassen erhielten in der Regel nur Kenntnis von angebotenen oder abgeschlossenen Selbstzahlervereinbarungen, wenn Versicherte sich beschwerten. Der Bundesrechnungshof hat Bundesministerium und GKV-Spitzenverband empfohlen, eine Verpflichtung der Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden zu prüfen, den Krankenkassen angebotene und verwendete Selbstzahlerleistungen mitzuteilen. Krankenkassen könnten dann ihre Versicherten zu Vor- und Nachteilen der Selbstzahlerleistungen beraten und hätten einen besseren Einblick in das tatsächliche Versorgungsgeschehen (Nummern 3.4 und 3.7).
- 0.6 Allgemein verständliche, wissenschaftlich gesicherte Informationen zu Vor- und Nachteilen verschiedener Selbstzahlerleistungen sind für Versicherte kaum verfügbar. Der Bundesrechnungshof hat Bundesministerium und GKV-Spitzenverband empfohlen, Versicherte fachlich fundiert und verständlich zu Begrifflichkeiten, Notwendigkeit sowie Vor- und Nachteilen einzelner kieferorthopädischer Selbstzahlerleistungen gerade auch im Vergleich zur GKV-Standardversorgung zu informieren. Die hierfür notwendige Auseinandersetzung mit den einzelnen Maßnahmen sollte auch veranlassen zu prüfen, ob solche Bestandteil der GKV-Standardversorgung werden sollten (Nummer 3.7).
- 0.7 Auch nach Auffassung von Bundesministerium und GKV-Spitzenverband steht Versicherten eine zuzahlungsfreie kieferorthopädische Behandlung zu. Das Bundesministerium hat zudem die Auffassung des Bundesrechnungshofes geteilt, dass Versicherte bzw. ihre Sorgeberechtigten eine gute Beratung und eine zuverlässige Informationsgrundlage benötigen, um sich für oder gegen eine zusätzliche Leistung über die Standardversorgung hinaus entscheiden zu können. Aus seiner Sicht schaffe eine Ende 2016 zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung mit dem Bund der Kieferorthopäden dazu getroffene Vereinbarung ausreichende Leistungs- und Kostentransparenz für die Versicherten. Dem widerspricht der Bundesrechnungshof. Ungeprüfte Selbstverpflichtungen der betroffenen Leistungserbringer reichen nicht aus, die notwendige Leistungs- und Kostentransparenz zu schaffen (Nummern 3.8 und 3.9).

1 Vorbemerkung

1.1 Thematische Einführung

Im Jahr 2016 zahlten die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenkassen) für rund 599 000 kieferorthopädische Behandlungsfälle über 1,1 Mrd. Euro. Kieferorthopädische Leistungen gehören zum Leistungsumfang der Krankenkassen.

Gesetzlich Versicherte haben Anspruch auf zahnärztliche Behandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhindern oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.¹ Unter Krankheit ist ein regelwidriger, vom Leitbild des gesunden Menschen abweichender Körper- oder Geisteszustand zu verstehen, der ärztlicher Behandlung bedarf oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.² Zur zahnärztlichen Behandlung gehört die Kieferorthopädie.³ Bereits 1972 entschied das Bundessozialgericht, dass eine Kiefer- oder Zahnstellungsanomalie ein regelwidriger Körperzustand im Sinne des versicherungsrechtlichen Krankheitsbegriffs sei, wenn eine oder mehrere Körperfunktionen des Beißens, Kauens oder Sprechens hierdurch nicht unerheblich beeinträchtigt würden. Eine solche Anomalie müsse kieferorthopädisch behandelt werden, wenn eine Selbstregulierung der Fehlstellung nicht hinreichend wahrscheinlich sei und die Behandlung voraussichtlich zur vollständigen oder teilweisen Behebung der Funktionsstörung führe oder sich deren Verschlimmerung verhindern lasse.⁴ Detaillierte Regelungen zur kieferorthopädischen Versorgung hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in den Kieferorthopädie-Richtlinien (Kfo-RL) erlassen.⁵

¹ § 27 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB V.

² Ständige Rechtsprechung, z. B. Bundessozialgericht, Urteil vom 10. Mai 2005, Az. B 1 KR 25/03 m. w. N.

³ Sie ist abzugrenzen von der allgemeinen ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung nach § 28 Absatz 1 SGB V sowie der Versorgung mit Zahnersatz nach §§ 55 ff. SGB V. Zwar kann grundsätzlich jede Vertragszahnärztin/ jeder Vertragszahnarzt kieferorthopädische Behandlungen zulasten der Krankenkassen durchführen. In der Praxis erbringen diese Leistungen in der Regel jedoch Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden. Kieferorthopädinnen/Kieferorthopäden („Fachzahnärztin/Fachzahnarzt für Kieferorthopädie“) sind Zahnärztinnen und -ärzte mit einer mehrjährigen kieferorthopädischen Spezialausbildung.

⁴ Bundessozialgericht, Urteil vom 20. Oktober 1972, Az. 3 RK 93/71.

⁵ Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für die kieferorthopädische Behandlung (Kfo-RL), Stand: 3. Dezember 2003, auf Grundlage der §§ 29 Absatz 4, 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB V, in Kraft seit 1. Januar 2004. Der Bundesausschuss ist der Rechtsvorgänger des G-BA.

1.2 Gegenstand und Ablauf der Prüfung

Wir haben geprüft, wie Krankenkassen bei der Gewährung kieferorthopädischer Leistungen für ihre Versicherten verfahren. Ziel der Prüfung war, einen Überblick zu den Kosten und Verfahrensabläufen bei der Genehmigung, Durchführung und Abrechnung kieferorthopädischer Behandlungen durch Krankenkassen zu erhalten. In die Untersuchung bezogen wir Fragen der Ordnungsmäßigkeit (insbesondere zum Verfahren bei kieferorthopädischen Behandlungen) und Zweckmäßigkeit (z. B. Wirtschaftlichkeit von Selektivverträgen) ein. Wir führten bei vier Krankenkassen unterschiedlicher Größen und Kassenarten, einem Landesverband von Krankenkassen, beim Bundesministerium für Gesundheit (Bundesministerium), beim GKV-Spitzenverband und beim Bundesversicherungsamt (BVA) örtliche Erhebungen in der Zeit von Oktober 2014 bis Juni 2016 durch. Um die Leistungsgewährung bei kieferorthopädischen Behandlungen durch die gesetzliche Krankenversicherung angemessen – auch aus Sicht der Leistungserbringer sowie der Patientinnen und Patienten – einschätzen zu können, baten wir die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), uns etwaige Erkenntnisse zur kieferorthopädischen GKV-Standardversorgung und zu Selbstzahlervereinbarungen mitzuteilen. Diese Informationen sind in der vorliegenden Prüfungsmitteilung berücksichtigt. UPD wie KZBV hatten vorab Gelegenheit zur Äußerung zu den sie betreffenden Aussagen.

Unsere vorläufigen Feststellungen und Wertungen übersandten wir dem Bundesministerium sowie dem GKV-Spitzenverband mit Prüfungsmitteilung vom 1. Februar 2017. Das Bundesministerium nahm hierauf mit Schreiben vom 24. April 2017 und der GKV-Spitzenverband mit Schreiben vom 12. Mai 2017 Stellung. Die Abschließende Prüfungsmitteilung berücksichtigt diese Stellungnahmen wie auch die Äußerungen der KZBV.⁶ Zentrale Befunde dieser Prüfung verfolgt der Bundesrechnungshof in einer Bemerkung weiter.⁷

⁶ Die UPD äußerte sich nicht.

⁷ BT-Drucksache 19/1800, Nummer 9: „Nutzen kieferorthopädischer Behandlungen muss endlich erforscht werden.“

2 Verfügbare Daten für Leistungen der Kieferorthopädie

2.1 Rechtlicher Rahmen

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (sog. Wirtschaftlichkeitsgebot). Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen; Leistungserbringer dürfen sie nicht bewirken und Krankenkassen nicht bewilligen.⁸

Einen Anspruch auf kieferorthopädische Versorgung zulasten der Krankenkassen gibt es nur, wenn sich der zu behandelnde Fall in einer bestimmten sogenannten Indikationsgruppe (KIG) wiederfindet.⁹ Die im Jahr 2002 eingeführten KIG bestimmt der G-BA in den Kfo-RL. KIG müssen befundbezogen und objektiv überprüfbar sein. Sie haben die von den Leistungserbringern einzuhaltenden Standards zur kieferorthopädischen Befunderhebung und Diagnostik vorzugeben.¹⁰ Die KIG sind in fünf Behandlungsbedarfsgrade zur Beurteilung des Schweregrades einer Kiefer- oder Zahnfehlstellung eingeteilt.¹¹ Ein Leistungsanspruch gegen die Krankenkasse besteht nur bei den Graden 3, 4 und 5. Die KIG-Einstufung soll sicherstellen, dass die Krankenkassen nur Kosten für die Behandlung solcher Kiefer- oder Zahnfehlstellungen übernehmen, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigen oder zu beeinträchtigen drohen.¹² Ausgeschlossen ist die kieferorthopädische Behandlung für Versicherte über 18 Jahre, wenn nicht ausnahmsweise die bestehenden Kieferanomalien kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordern (sog. Erwachsenenbehandlung).¹³

Die Krankenkassen haben das Recht, die einzelfallbezogene KIG-Einstufung und den jeweiligen kieferorthopädischen Behandlungsplan begutachten zu lassen. Dieses Gutachterverfahren haben der GKV-Spitzenverband und die KZBV in den Bundesmantelverträgen für die vertragszahnärztliche Leistungs-

⁸ § 12 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V.

⁹ § 29 Absatz 1 SGB V.

¹⁰ § 29 Absatz 4 SGB V.

¹¹ Siehe Anlage 1 zur Kfo-RL, auch Anlage 1 zu dieser Prüfungsmitteilung.

¹² Nummer B. Ziffern 1, 2 Satz 2 Kfo-RL. Behandlungen der Grade 1 und 2 müssen Versicherte selbst bezahlen.

¹³ § 28 Absatz 2 Satz 6, Satz 7 SGB V.

erbringung vereinbart und seit dem 1. April 2014 für alle Kassenarten einheitlich geregelt.¹⁴

Vor Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung stellt die Zahnärztin bzw. der Zahnarzt¹⁵ einen Behandlungsplan auf und legt ihn der Krankenkasse zur Genehmigung vor. Mit der Behandlung soll erst begonnen werden, wenn die Krankenkasse eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben hat.¹⁶

Versicherte leisten zur kieferorthopädischen Behandlung zunächst einen Eigenanteil von 20 % der Kosten – bzw. 10 % ab dem zweiten in Behandlung befindlichen Kind aus demselben Haushalt – an die Zahnärztin bzw. den Zahnarzt.¹⁷ Wenn die Behandlung im medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen ist, zahlt die Krankenkasse den Eigenanteil an die Versicherten zurück.¹⁸

Die Zahnärztinnen und -ärzte rechnen die kieferorthopädischen Behandlungen abzüglich des Versichertenanteils mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) in ihren Bezirken ab.¹⁹

2.2 Entwicklung der Ausgaben und Fallzahlen

Alle Vertragszahnärztinnen und -ärzte sind zur kieferorthopädischen Leistungserbringung berechtigt. Bundesweit nahmen Ende 2016 rund 3 100 Vertragszahnärztinnen und -ärzte ausschließlich an der kieferorthopädischen Versorgung teil.²⁰ Nach Angaben der KZBV waren über 60 % der in der GKV versicherten Kinder und Jugendlichen in kieferorthopädischer Behandlung. Ein Behandlungsfall kostete die Krankenkassen zumeist 1 900 bis 2 600 Euro.²¹ Viele Versicherte nahmen zusätzlich kieferorthopädische Leistungen in Anspruch, deren Kosten die Krankenkassen nicht erstatten.²²

¹⁴ Jeweils Anlage 15 zum Bundesmantelvertrag Zahnärzte (BMV-Z) für die Primärkassen und Ersatzkassenvertrag Zahnärzte (EKV-Z) für die Ersatzkassen.

¹⁵ Soweit im Folgenden der Begriff „Zahnärztin/Zahnarzt“ verwendet wird, sind Vertragszahnärztinnen und -ärzte gemeint.

¹⁶ § 1 Absatz 1, Absatz 3 Satz 2 der Anlage 15 zum BMV-Z/EKV-Z.

¹⁷ § 29 Absatz 2 SGB V.

¹⁸ § 29 Absatz 3 Satz 2 SGB V.

¹⁹ § 29 Absatz 3 Satz 1 SGB V. Die Abrechnung richtet sich nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gemäß § 87 Absatz 2, Absatz 2h SGB V.

²⁰ Stand: 31. Dezember 2016. Quelle: KZBV Jahrbuch 2017, unter www.kzbv.de, abgerufen am 12. Juni 2018.

²¹ Schätzwert der KZBV einschließlich Eigenanteil der Versicherten, ohne privatärztliche Selbstzahlervereinbarungen (Stand: November 2015).

²² Zu diesen Selbstzahlerleistungen siehe Nummer 3.

Im Jahr 2001 unterrichtete der Sachverständigenrat die Bundesregierung für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zu Über-, Unter- und Fehlversorgung auch in der kieferorthopädischen Versorgung.²³ Der Sachverständigenrat stellte fest, dass – mit steigender Tendenz – rund zwei Drittel der deutschen Kinder und Jugendlichen kieferorthopädisch behandelt würden. Dies übersteige alle internationalen Normwerte. Der Sachverständigenrat erkannte eine Überversorgung und empfahl u. a., die Befunderhebung anhand anerkannter Indizes zu objektivieren und damit nachprüfbar zu machen.²⁴

Ab dem Jahr 2002 wurden deshalb die KIG als Grundlage für die Befunderhebung und zur objektivierbaren Einschätzung der Behandlungsbedürftigkeit eingeführt. Darüber hinaus wurden kieferorthopädische Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) ab dem Jahr 2004 abgewertet.²⁵ Fallzahlen und Ausgaben der Krankenkassen für kieferorthopädische Behandlungen²⁶ sanken infolgedessen in den Jahren 2001 bis 2005 um jeweils rund ein Viertel.²⁷

²³ BT-Drucksache 14/6871 vom 31. August 2001.

²⁴ A. a. O., dort S. 566.

²⁵ Siehe z. B. „Rundschreiben zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen“ der KZBV, Dezember 2003, S. 4, 46 ff. Der BEMA gibt das wertmäßige, in Punkten ausgedrückte Verhältnis vertragszahnärztlicher Leistungen zueinander an. Bei einer Abwertung verschlechtert sich also der in Punkten ausgedrückte Wert einer Leistung im Verhältnis zu anderen – aufgewerteten – Leistungen.

²⁶ Honorare und Laborkosten.

²⁷ Fallzahlen: von 1,23 Millionen (2001) auf 0,91 Millionen (2005); Ausgaben: von 1,12 Mrd. Euro (2001) auf 0,83 Mrd. Euro (2005); Quelle: Statistiken KJ 1 (Endgültige Rechnungsergebnisse) und KG 3 (Abrechnungsfälle) des Bundesministeriums.

Während in den vergangenen Jahren die Fallzahlen weiterhin überwiegend rückläufig waren, stiegen die Ausgaben der Krankenkassen für kieferorthopädische Behandlungen stetig an. Die Kosten pro Behandlungsfall haben sich in den Jahren 2008 bis 2016 mehr als verdoppelt:

Tabelle 1:

Fallzahlen und Kosten kieferorthopädischer Behandlungen

Jahr	Anzahl Fälle	Ausgaben in Tsd. Euro	Fallkosten in Euro
2008	1 021 196	857 817	840,01
2009	813 419	885 679	1 088,83
2010	675 779	920 789	1 362,56
2011	591 583	953 641	1 612,02
2012	682 552	977 977	1 432,82
2013	737 248	993 091	1 347,02
2014	596 742	1 023 805	1 715,66
2015	617 602	1 066 495	1 726,83
2016	598 627	1 102 855	1 842,31

Quelle: Bundesministerium, Daten der Statistiken KJ 1 und KG 3 (Stand: 20. Juli 2018).

Die Gründe für den deutlichen Fallkostenanstieg konnte uns das Bundesministerium auf unser Befragen nicht erklären. Dies galt auch für den GKV-Spitzenverband. Außer den Statistiken des Bundesministeriums und den im Jahrbuch der KZBV veröffentlichten Daten verfüge er über kein weiteres Zahlenmaterial. Möglicherweise resultierten die steigenden Fallkosten aus der Verwendung anderen Materials oder anderer Behandlungstechniken.

2.3 Begrenzte Datenlage zur Versorgungssituation

Zur kieferorthopädischen Versorgung veröffentlichte das Bundesministerium wiederkehrend Daten zu

- den jährlichen Ausgaben, getrennt nach Kassenarten und gesamt, aufgeschlüsselt nach Honorar, Pauschalzahlungen, Material- und Laborkosten von praxiseigenen Labors sowie Material- und Laborkosten von gewerblichen Labors und
- jährlichen Fallzahlen, getrennt nach Kassenarten und Versichertenstatus.

Der GKV-Spitzenverband teilte mit, keine Daten über die des Bundesministeriums und der KZBV hinaus zu haben.

Weitere Daten über die Gesamtheit oder eine repräsentative Auswahl von Krankenkassen existierten – soweit erkennbar – nicht. Eine Übersicht über die Zahl der laufenden, abgebrochenen und abgeschlossenen Fälle, die Behandlungsdauer, die kieferorthopädische Versorgung nach Altersgruppen, die der Behandlung zugrunde liegenden KIG, Verlängerungsanträge²⁸, verwendete Materialien und Apparaturen gab es nicht.

Nach Einführung des KIG-Systems, so die KZBV, seien die KIG-Einstufungen zunächst erfasst und ausgewertet worden, um die Auswirkungen des neu eingeführten Indikationsgruppensystems zu überprüfen. Anschließend hätten sich KZBV und Spitzenverbände der Krankenkassen²⁹ darauf geeinigt, diese Daten nach Ende der Erprobungsphase nicht weiter zu erheben.

Als weitere Schwierigkeit nannte uns die KZBV, sie könne Daten beispielsweise nicht nach Altersgruppen filtern. Regionale KZVen besäßen zwar diese Informationen, dürften sie jedoch nicht an die KZBV übermitteln. Im Jahr 2012 habe die KZBV einen Datenkoordinierungsausschuss (DKA) einrichten wollen, an den die regionalen KZVen pseudonymisierte³⁰ Daten hätten übermitteln müssen. Das Bundesministerium habe einer dahingehenden Satzungsänderung aber nicht zugestimmt. Die Datenflüsse seien datenschutzrechtlich unzulässig und rechtswidrig, da keine Übermittlungsbefugnis bestehe.³¹ Das Bundesministerium habe ein mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) abgestimmtes Anonymisierungs- und Löschkonzept für den DKA gefordert.

Datendifferenzierungen sind damit erst in Zukunft möglich, wenn die Forderungen des BfDI zum DKA umgesetzt sind.

²⁸ Anträge auf Verlängerung der Behandlung, wenn entgegen dem Behandlungsplan nach der ursprünglich genehmigten Behandlung deren Ziel noch nicht erreicht ist.

²⁹ An die Stelle der früheren Spitzenverbände der einzelnen Krankenkassenarten trat seit dem Jahr 2008 der GKV-Spitzenverband.

³⁰ Pseudonymisieren von Sozialdaten ist das Ersetzen des Namens oder anderer Identifikationsmerkmale des Betroffenen durch ein Kennzeichen, um die Bestimmung des Betroffenen auszuschließen oder deutlich zu erschweren. Demgegenüber ist Anonymisieren das Verändern der Daten dergestalt, dass die Einzelangaben über persönliche oder sächliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit unverhältnismäßig großem Aufwand einer bestimmten oder bestimmbaren Person zugeordnet werden können, siehe § 67 Absatz 8, Absatz 8a SGB X. Bei der Pseudonymisierung ist unter Einsatz des „Schlüssels“ eine Rückzuordnung von Daten zu einer Person möglich, bei der Anonymisierung nicht.

³¹ Das Bundesministerium verwies auf § 285 Absatz 3, Absatz 1 SGB V sowie § 80 SGB X für die bloße Datenweitergabe.

2.4 Studien zur kieferorthopädischen Behandlungsbedürftigkeit

Im Jahr 2001 hatte der Sachverständigenrat³² bemängelt, die Kieferorthopädie stehe „im Schatten analytischer Bemühungen“. Dass laut einer Studie nur rund 3 % der 13- bis 14-Jährigen ein ideales Gebiss aufwiesen, deute auf einen weiten Ermessensspielraum für die Einschätzung medizinischer Behandlungsbedürftigkeit hin. Epidemiologisches Material wie auch langfristige Effektivitäts- und Effizienzuntersuchungen fehlten weitgehend, eine notwendige kritische Diskussion würde nicht geführt. Langfristige Auswirkungen kieferorthopädischer Behandlungen auf die Zahngesundheit seien nicht hinreichend geklärt.

Im Jahr 2008 stellte das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)³³ fest, dass es keine Studien gebe, welche sich mit den langfristigen Wirkungen kieferorthopädischer Interventionen sowie deren Auswirkungen auf die Mundgesundheit befasst hätten.³⁴ Deshalb lasse sich auch nicht sicher sagen, ob und inwieweit die Behebung von Zahnfehlstellungen Voraussetzung für den Erhalt der natürlichen Bezahnung sei. Das DIMDI stellte damals fest, die Indikationsstellung³⁵ für kieferorthopädische Maßnahmen bleibe aus der wissenschaftlichen Literatur völlig offen. Ob Indizes, die zu einer Objektivierbarkeit von Zahn- und Kieferfehlstellungen führen sollen, tatsächlich hinreichend verlässliche kieferorthopädische Aussagen erlaubten, stelle die neuere Forschung in Frage. Nach dem DIMDI bestehe der Eindruck einer großen Kluft zwischen der praktischen Anwendung kieferorthopädischer Maßnahmen und der wissenschaftlichen Erforschung ihrer Wirksamkeit. Eine Erforschung der Indikationsstellung für notwendige kieferorthopädische Intervention sei daher wesentlich – nicht zuletzt aus ethischen Gründen den Patientinnen und Patienten gegenüber. Es müsse geklärt werden, welche Indikationsstellungen für die Entscheidungen über kieferorthopädische Interventionen als wissenschaftlich abgesichert gelten könnten. Die individuelle –

³² A. a. O., S. 560 ff.

³³ Das DIMDI ist eine nachgeordnete Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

³⁴ „Mundgesundheit nach kieferorthopädischer Behandlung mit festsitzenden Apparaten“, DIMDI 2008, auch zum Folgenden S. 1 f.

³⁵ Bei der Indikation geht es darum, welche medizinische Maßnahme bei einem bestimmten Krankheitsbild angebracht ist. Dabei ist nicht nur die Diagnose einzubeziehen, sondern auch der Zustand der Patientin/des Patienten, anatomische Verhältnisse etc.

subjektive – Einschätzung des Behandlers der Notwendigkeit kieferorthopädischer Maßnahmen reiche hierfür nicht aus.³⁶

Auch im Jahr 2014 wurde der unzureichende Forschungsstand zum Zusammenhang von Zahnfehlstellungen und Funktionsbeeinträchtigungen kritisiert.³⁷ Es sei derzeit kaum zu bestimmen, unter welchen Bedingungen eine bestimmte Variation des menschlichen Gebisses eine pathologische Potenz berge. Bloße Kiefer- oder Zahnfehlstellungen seien kein hinreichender Grund für kieferorthopädische Therapien, da ihre Auswirkungen auf die Gesundheit unklar bzw. spekulativ seien.

2.5 Äußerungen der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie

Für die Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGKFO)³⁸ war es nicht verwunderlich, dass Versuche einer objektiven Nachweisbarkeit der Notwendigkeit einer kieferorthopädischen Behandlung zu einem unbefriedigenden Ergebnis geführt hätten. Denn das Therapieziel sei ein individuelles Optimum.³⁹ Den Verfassern der vorgenannten DIMDI-Studie warf die DGKFO vor, sie seien fachfremd und hätten unzureichenden Sachverstand. Die vom DIMDI geforderte wissenschaftliche Erforschung würde sich über Jahrzehnte erstrecken und sei nur mit unvertretbarem personellem, logistischem und finanziellem Aufwand, abgesehen von methodischen Problemen,⁴⁰ möglich. Die Studie des DIMDI sei demzufolge „*nicht relevant und stichhaltig*“. Eine Kommission der DGKFO werde eigene Studienvorschläge machen. Denn die DIMDI-Studie habe verdeutlicht, dass die medizinische Rechtfertigung kieferorthopädischer Interventionen durch Forschungsergebnisse untermauert werden müsse.⁴¹

³⁶ DIMDI-Gutachten, a. a. O., S. 36.

³⁷ Bettin/Spasov/Werner: „Asymmetrien bei der Einschätzung des kieferorthopädischen Behandlungsbedarfs“, Ethik Med, Januar 2014.

³⁸ Die DGKFO ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft der (Fach-)Zahnärzte, die sich mit der Prophylaxe und Korrektur von Stellungsfehlern der Zähne sowie der Lage- und Formabweichungen der Kiefer befassen, siehe www.dgkfo-vorstand.de/die-dgkfo/portrait.

³⁹ Stellungnahme der DGKFO zum DIMDI-Gutachten vom Mai 2008; siehe www.dgkfo-vorstand.de/veroeffentlichungen/stellungnahmen.html, abgerufen am 8. Juni 2018.

⁴⁰ Als methodische Probleme nannte die DGKFO beispielhaft Verlust von Studienteilnehmern (Attrition), Verzerrung (Bias) und systematische Störvariablen (Confounding), Mitteilung der DGKFO vom September 2009, S. 6.

⁴¹ Mitteilung der DGKFO vom September 2009, S. 9.

2.6 Einschätzungen der Krankenkassen und Patientenberatung

Kritik an der Datenlage zu kieferorthopädischen Behandlungen wurde seitens der Krankenkassen geäußert. Eine Studie der hkk⁴² aus dem Jahr 2012 zur kieferorthopädischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen kam ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die Datenlage unübersichtlich und lückenhaft („Steinbruch-Transparenz“) sei. Darin wurde das Fehlen von Referenzmaßstäben und evidenzbasierten Behandlungsleitlinien bemängelt. Die weit überwiegende Mehrheit der von ihr befragten Kinder und Jugendlichen habe nach eigener Erinnerung vor Beginn der mehrjährigen Behandlung nicht an medizinisch oder funktionell relevanten Problemen ihres Gebisses gelitten. Gleichwohl habe die weit überwiegende Mehrheit der Behandelten den Zustand ihres Gebisses nach Abschluss der Behandlung als weit besser angesehen als zuvor, auch derjenigen, die Beschwerdefreiheit vor der Behandlung angegeben hatten. Beides spreche nach Auffassung der hkk für die große Bedeutung ästhetisch-optischer oder sozial relevanter Gründe für die vorgenommenen kieferorthopädischen Behandlungen.⁴³

Vertreter von Krankenkassen zeigten sich im Rahmen unserer Erhebungen ebenfalls unzufrieden mit dem Forschungsstand zum Nutzen von Kieferorthopädie. Es sei nicht hinreichend belegt, welche Kiefer- und Zahnfehlstellungen tatsächlich nachteilige gesundheitliche Folgen hätten und wie bzw. mit welchen Methoden dieser Zustand verbessert oder zumindest seine Verschlimmerung verhindert werden könne.

Auch die UPD teilte uns mit, sie halte die Effizienz derzeitiger kieferorthopädischer Behandlungen hinsichtlich ihrer Ergebnisqualität und der aufgewendeten Kosten für fraglich. Im Gegensatz zu anderen Leistungen der GKV gebe es im Bereich der Kieferorthopädie keinerlei Versorgungsforschung.

2.7 Vorläufige Würdigung und Empfehlungen

Der Bundesrechnungshof hat darauf hingewiesen, dass Bundesministerium, GKV-Spitzenverband, KZBV und den einzelnen Krankenkassen vertiefte Kenntnisse über die kieferorthopädische Versorgungslage und -notwendigkeit fehlten. Die Wirksamkeit kieferorthopädischer Behandlungen wurde bislang nicht

⁴² Früher: Handelskrankenkasse. Bundesweit geöffnete Ersatzkasse mit rund 600 000 Versicherten (Quelle: www.hkk.de, abgerufen am 1. Juni 2018).

⁴³ Vgl. „hkk-Versorgungsforschung. Kieferorthopädische Behandlung von Kindern und Jugendlichen“, unter www.hkk.de.

evaluiert, eine Versorgungsforschung fand nicht statt. Wofür bzw. mit welchem Ziel und mit welchem Erfolg die Mittel bei kieferorthopädischen Behandlungen aufgewendet wurden, ist nicht bekannt. Dies hat der Bundesrechnungshof angesichts des erreichten Volumens der Aufwendungen für kieferorthopädische Maßnahmen von jährlich rund 1,1 Mrd. Euro⁴⁴ und mit Blick auf den im Leistungsrecht geltenden Wirtschaftlichkeitsgrundsatz für nicht hinnehmbar gehalten.

Der Sachverständigenrat hatte bereits vor 17 Jahren angemahnt, dass die Wirksamkeit kieferorthopädischer Behandlungen nicht hinreichend erforscht sei. Das DIMDI hatte diese Kritik vor mehr als neun Jahren bekräftigt. Neuere Veröffentlichungen deuteten in die gleiche Richtung. Das Bundesministerium nahm diese Erkenntnisse, welche über das DIMDI sogar aus seinem eigenen nachgeordneten Geschäftsbereich stammten, hin. Für die in den vergangenen Jahren deutlich angestiegenen Fallkosten konnte es ebenso wenig wie der GKV-Spitzenverband eine belastbare Erklärung abgeben.

Der Bundesrechnungshof hat auf die fehlende Klärung hingewiesen, weshalb sowohl die Ausgaben als auch der Anteil behandelter Kinder und Jugendlicher binnen weniger Jahre nach Einführung der KIG wieder auf den Stand vor ihrer Einführung gestiegen sind. Vor diesem Hintergrund ist unverständlich, warum nicht zumindest die KIG-Daten nach der „Erprobungsphase“ der KIG weiter erfasst wurden. Denn der Sachverständigenrat hatte bereits im Jahr 2001, also noch vor Einführung des Indikationsgruppensystems, die schlechte Datenlage zur Versorgungssituation bemängelt. Dies hätte aus unserer Sicht Anlass geboten, verfügbare Daten weiter zu erfassen, um einen Einblick in die Versorgungssituation zu erhalten und damit besser einschätzen zu können, welche kieferorthopädische Versorgung tatsächlich notwendig, erfolgversprechend und gesundheitspolitisch geboten ist. Nicht zuletzt wurden schließlich die KIG eingeführt, um im Hinblick auf die Beanstandungen des Sachverständigenrates die Befundung zu objektivieren und die Überversorgung in der kieferorthopädischen Versorgung einzudämmen. Wenn Fallzahlen und Ausgaben gleichwohl binnen weniger Jahre wieder das Niveau vor ihrer Einführung erreichen oder sogar überschreiten, spricht dies dafür, dass die KIG die erhoffte Wirkung zumindest teilweise verfehlten.

⁴⁴ Zu den Ausgaben seit dem Jahr 2008 siehe Tabelle unter Nummer 2.2.

Als unter wirtschaftlichen und leistungsrechtlichen Gesichtspunkten⁴⁵ nur bedingt nachvollziehbar hat der Bundesrechnungshof die Auffassung der DGKFO gewertet, dass Behandlungserfolge kaum objektiv nachweisbar sein könnten, da das Therapieziel ein individuelles Optimum sei. Schließlich sollte mit dem KIG-System das kieferorthopädische Behandlungsgeschehen gerade objektivierbar gemacht werden. Ein patientenindividuelles, nicht objektivierbares und damit eigentlich nicht überprüfbares Behandlungsziel eröffnet kieferorthopädischen Leistungserbringern einen unverträglich weiten Ermessensspielraum bei der Behandlungsplanung und -durchführung. Eine Ausgaben- und Qualitätskontrolle hat der Bundesrechnungshof vor diesem Hintergrund als nahezu unmöglich erachtet.

Der Bundesrechnungshof hat den Status Quo nicht nur im Hinblick auf die Ausgaben der Krankenkassen für bedenklich gehalten. Kieferorthopädisch behandelte Patientinnen und Patienten sind weit überwiegend Kinder und Jugendliche. Eine kieferorthopädische Maßnahme dauert meist mehrere Jahre und ist während dieser Zeit für die Patientinnen und Patienten mit teils erheblichen Einschränkungen ihrer Lebensqualität verbunden (Tragen von Apparaturen im Mund, damit ggf. verbunden Schmerzen oder Missempfindungen, ständige Nachkontrollen, besondere Anforderungen an die Mundhygiene, ggf. Einschränkungen des Soziallebens). Auch für die Sorgeberechtigten ist dies nicht selten eine belastende Zeit, zumal der Behandlungserfolg oft maßgeblich von der Mitwirkung der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Sorgeberechtigten abhängt. Umso wichtiger ist, dass Notwendigkeit, Wirkungen, Nebenwirkungen und Nutzen kieferorthopädischer Behandlungen nach objektiven Kriterien – evidenzbasiert – wissenschaftlich untersucht und bewertet werden. Die Datenlage lässt es als hinreichend möglich erscheinen, dass derzeit eine große Zahl von Kindern und Jugendlichen Jahre dauernden belastenden Behandlungen ausgesetzt wird, deren medizinische oder zahnmedizinische Notwendigkeit sowie Erfolgsaussichten mangels evidenzbasierter Evaluierung des Fachgebiets nicht ausreichend geklärt sind. Dies wäre mit dem Wirtschaftlichkeitsbegriff des § 12 SGB V nicht zu vereinbaren und ethisch problematisch. Behandlungsnotwendigkeit und -erfolg müssen sich am sozialrechtlichen Krankheitsbegriff⁴⁶ orientieren.

⁴⁵ Siehe Nummer 2.1, dort zu § 12 SGB V.

⁴⁶ Siehe Nummer 1.1.

Der Bundesrechnungshof hat das Bundesministerium und den GKV-Spitzenverband gebeten, umgehend zu prüfen, wie sich die kieferorthopädische Versorgungslage erfassen und insbesondere im Hinblick auf den sozialrechtlichen Krankheitsbegriff, Behandlungsnotwendigkeiten und -ziele sowie Qualitätsindikatoren und -kontrolle objektivierbar auswerten lassen. Dies könnte beispielsweise mit Unterstützung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) oder des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) geschehen. Eine solche Versorgungsforschung sollte neben den genannten Aspekten nicht nur die Ausgaben der Krankenkassen im Blick haben, sondern auch die mit kieferorthopädischen Behandlungen regelmäßig einhergehenden Belastungen für die zumeist betroffenen Kinder und Jugendlichen.

Wir haben das Bundesministerium und den GKV-Spitzenverband zudem aufgefordert, Regelungen zur systematischen Datenerhebung und Qualitätskontrolle zu schaffen. Es greift zu kurz, der KZBV Datenzusammenführungen unter Verweis auf fehlende Rechtsgrundlagen zu untersagen. Bereits die Gutachten des Sachverständigenrates und des DIMDI hätten das Bundesministerium veranlassen müssen, die Zusammenführung von Behandlungsdaten zur Einschätzung der Versorgungslage zu veranlassen oder wenigstens aktiv zu unterstützen. Erforderlichenfalls sollte das Bundesministerium eine Gesetzesänderung prüfen.

2.8 Stellungnahmen

2.8.1 Stellungnahme des Bundesministeriums

Das Bundesministerium hat darauf hingewiesen, dass die Umstellung auf das befundorientierte KIG-System erhebliche Auswirkungen auf die Zahl der Leistungsfälle und die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für kieferorthopädische Behandlungen hatte. Die Zahl der Abrechnungsfälle habe sich gegenüber den Jahren vor der Umstellung halbiert (2015: 617 602, 2001: 1 230 285). Die Gesamtausgaben der Krankenkassen für kieferorthopädische Behandlungen hätten im Jahr 2015 noch unterhalb der Gesamtausgaben in den Jahren vor Einführung des KIG-Systems gelegen (2015: 1,07 Mio. Euro, 2001: 1,12 Mio. Euro). Das KIG-System gewährleiste eine zuverlässige und an objektiven Kriterien ausgerichtete Entscheidung über den Anspruch einer oder eines Versicherten auf kieferorthopädische Behandlung. Das zwischen

dem GKV-Spitzenverband und der KZBV vereinbarte Gutachterverfahren ermöglichen es ergänzend, die vorgesehene Versorgung unter zahnmedizinisch-fachlichen Gesichtspunkten zu beurteilen.

Allerdings ließen weder das KIG-System noch das Gutachterverfahren zuverlässige Aussagen über die langfristigen Folgewirkungen von Fehlstellungen des Kiefers und der Zähne sowie die Auswirkungen kieferorthopädischer Behandlungen zu. Den Nutzen von Behandlungsmethoden bewerteten im System der GKV gemäß § 135 SGB V jedoch weder der GKV-Spitzenverband noch das Bundesministerium, sondern der G-BA. Dieser habe auch Inhalt und Umfang der kieferorthopädischen Behandlung in der Kfo-RL zu konkretisieren und regelmäßig zu überprüfen.

Das Bundesministerium hat angemerkt, dass die Folgen unbehandelter Fehlstellungen des Kiefers oder der Zähne gravierend sein könnten. Allerdings sei ihm auch aus dem Ausland keine qualitativ hochwertige Studie bekannt, die die Folgen von unkorrigierten Fehlstellungen und möglichen Behandlungsmethoden detailliert untersucht hätte und evidenzbasierte Aussagen darüber zulasse, in welchen Fällen eine Fehlstellung des Kiefers oder der Zähne langfristig zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führt und welche Behandlungsmethoden angemessen sind. Insoweit sei die Entscheidung für oder gegen eine kieferorthopädische Behandlung oft stark von sich ändernden gesellschaftlichen wie individuellen Bewertungen der Betroffenen, ihrer Eltern und der behandelnden Zahnärztinnen und -ärzte abhängig. Die Ungewissheit über die medizinischen Folgen von Fehlstellungen lasse sich in einem überschaubaren Zeitraum nicht auflösen. Eine Nutzenbewertung setze Studien voraus, die es bisher nicht gebe. Eine solche über viele Jahre laufende Studie sei mit erheblichen organisatorischen, methodischen und, da es sich bei den Probanden um Kinder und Jugendliche handele, möglicherweise auch ethischen Problemen verbunden. Das Bundesministerium hat bezweifelt, dass dieser Aufwand angesichts der schwierigen Durchführung und der ungewissen Erfolgsaussicht einer solchen Studie gerechtfertigt wäre.

2.8.2 Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes

Der GKV-Spitzenverband hat darauf hingewiesen, dass sich die Anzahl der abgerechneten Fälle vom Jahr 2001 bis zum Jahr 2015 in etwa halbiert, die potentielle Altersgruppengröße seither jedoch nur um 20 % verringert habe.

Den von der KZBV geschätzten Anteil von 60 % der Kinder und Jugendlichen eines Jahrganges in kieferorthopädischer Behandlung könne der GKV-Spitzenverband deshalb nicht nachvollziehen. Die KIG hätten ihren Zweck erfüllt, den Anteil der kieferorthopädisch behandelten Kinder in Deutschland deutlich zu senken.

Die steigenden Fallkosten hat der GKV-Spitzenverband mit der allgemeinen Kostensteigerung über die Punktwertanpassung von ca. 25 % sowie den durch die KIG-Einführung gestiegenen Anteil der besonders schwierigen und damit teuren Behandlungsfälle erklärt. Die Einführung der KIG sollte eine Grenzziehung von Befunden mit eindeutiger medizinischer Behandlungsnotwendigkeit ermöglichen. Es würden deshalb nur noch wirklich behandlungsbedürftige, schwierige, aber insgesamt auch kostenintensivere Behandlungsfälle zulasten der GKV erbracht. Ein weiterer Grund für die steigenden Fallkosten seien Verlängerungen der kieferorthopädischen Behandlung über die ursprünglich beantragte Zeit hinaus.

Eine weitere Erfassung der KIG-Einstufungen hätte nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes nicht ausgereicht, um festzustellen, welche kieferorthopädischen Leistungen notwendig, erfolgversprechend und gesundheitspolitisch geboten seien. Um Behandlungsnotwendigkeiten festzustellen, müsse man die Mundgesundheit der jeweiligen Bevölkerungsgruppe erheben. Der GKV-Spitzenverband halte die Schaffung einer verbesserten Datengrundlage gleichwohl für sinnvoll, um die kieferorthopädische Versorgungslage im Sinne einer Versorgungsforschung zu beurteilen. Die Datengrundlage sollte dabei so umfassend sein, dass die Versorgungslage insgesamt beurteilt werden könne (z. B. sämtliche abgerechnete Leistungen einschließlich Selbstzahlerleistungen, Behandlungskosten, Alter der Versicherten bei Behandlungsbeginn und -ende, Behandlungsdauer, Behandlungsabbrüche, Materialkosten).

Der GKV-Spitzenverband hat unsere Forderung nach einer evidenzbasierten Nutzenbewertung der kieferorthopädischen Behandlungen befürwortet. Die notwendigen Studien seien zwar aufwendig, aber zur Erlangung belastbarer Ergebnisse unvermeidlich. In diese Evaluation wären auch derzeit als Selbstzahlerleistungen angebotene Methoden einzubeziehen sowie Angaben zur Dauer kieferorthopädischer Behandlungen in den Kfo-RL zu überprüfen. Derzeit gebe es aber keine Rechtsgrundlage für die notwendige umfassende Datenerfassung. Auch sei unklar, wer die erforderlichen Mittel für die Versor-

gungsforschung aufzubringen hätte. Der GKV-Spitzenverband hat gegenwärtig keine Möglichkeit gesehen, eigenständig eine kieferorthopädische Versorgungsforschung auf den Weg zu bringen.

2.9 Abschließende Bewertung

Wir halten an unserer Kritik fest. Die vom Bundesministerium und GKV-Spitzenverband vorgebrachten Erklärungen und Bedenken überzeugen nicht.

So bietet das KIG-System zwar formal eine objektive Grundlage, um über eine kieferorthopädische Behandlung zulasten der Krankenkasse zu entscheiden. Ohne aussagekräftige Studien ist allerdings fraglich, inwieweit das KIG-System überhaupt behandlungsbedürftige Fehlstellungen beschreiben kann. Für nicht notwendige oder nicht ausreichende Behandlungen dürfen Krankenkassen nicht aufkommen. Wir halten solche Studien nicht pauschal für ethisch problematisch, weil Kinder und Jugendliche betroffen sind. Entscheidend sind der Ablauf und Inhalt etwaiger Studien. Ethischen Bedenken begegnet es ebenso, große Teile der Kinder und Jugendlichen – auch mit Blick auf ihre besondere Schutzbedürftigkeit – jahrelang kieferorthopädisch zu behandeln, wenn Nutzen und Erfolgswahrscheinlichkeit angewandter Methoden nicht hinreichend erforscht sind.

Wir halten auch die Annahme des GKV-Spitzenverbandes nicht für plausibel, dass der deutliche Fallkostenanstieg – der sich aus den offiziellen statistischen Zahlen des Bundesministeriums errechnet – zu wesentlichen Teilen auf der Zunahme besonders schwieriger Fälle durch die Einführung der KIG beruhen soll. Die Fallkosten sind nicht plötzlich mit Einführung der KIG, sondern kontinuierlich und anhaltend über einen längeren Zeitraum gewachsen.

Letztlich wenden Krankenkassen jährlich über 1,1 Mrd. Euro für Leistungen auf, deren Nutzen nicht hinreichend belegt ist und ohne ein transparentes Behandlungsgeschehen auch nicht hinreichend belegt werden kann. Das Bundesministerium als für die gesetzliche Krankenversicherung zuständiges Ministerium darf im Hinblick auf unsere Feststellungen nicht untätig bleiben. Es bestehen seit Jahren Hinweise, dass bei kieferorthopädischen Behandlungen das Wirtschaftlichkeitsprinzip als ein tragender Grundsatz im Recht der Krankenversicherung verletzt wird. Unzweifelhaft soll ein Anspruch auf kieferorthopädische Leistungen unabhängig vom Einkommen bestehen. Aus unserer Sicht ist es jedoch fragwürdig, zulasten der Versichertengemeinschaft und der be-

troffenen Patientinnen und Patienten langfristig an bestehenden Leistungen festzuhalten, ohne deren medizinischen Nutzen zu untersuchen.

Das Bundesministerium ist aufgerufen darauf hinzuwirken, dass Krankenkassen notwendige und ausreichende Leistungen für behandlungsbedürftige Fehlstellungen von Zähnen und Kiefern erbringen und dass die angewandten Behandlungsmethoden nach wissenschaftlichen Kriterien wirtschaftlich sind. Um dies zu erreichen, sind fundierte Studien zum Nutzen kieferorthopädischer Behandlungen und der angewandten Methoden erforderlich. Zwar ist die Nutzenbewertung von Leistungen grundsätzlich Aufgabe des G-BA. Das Bundesministerium hat jedoch die Möglichkeit, wissenschaftliche Institute in seinem eigenen Geschäftsbereich oder im Zuständigkeitsbereich des G-BA selbst zu beauftragen.⁴⁷ Dass notwendige Studien aufwendig und langwierig werden können, muss es in Kauf nehmen. Es überzeugt nicht, Krankenkassen kieferorthopädische Leistungen weiterhin ohne hinreichende wissenschaftliche Begründung erbringen zu lassen.

3 Abschluss von Selbstzahlervereinbarungen

3.1 Rechtlicher Rahmen

Das Wirtschaftlichkeitsgebot⁴⁸ gilt auch für die kieferorthopädische Versorgung von Versicherten.⁴⁹ Die Kfo-RL, insbesondere die darin geregelten KIG, konkretisieren das Wirtschaftlichkeitsgebot bei der kieferorthopädischen Versorgung. In den KIG-Behandlungsbedarfsgraden 3 bis 5 werden alle medizinisch notwendigen Leistungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung zuzahlungsfrei zur Verfügung gestellt und von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen (GKV-Standardversorgung⁵⁰).⁵¹

Zusätzlich zur GKV-Standardversorgung steht es Versicherten frei, mit Zahnärzten privatrechtliche Vereinbarungen über Behandlungsleistungen zu schlie-

⁴⁷ Siehe für das IQWiG § 139b Absatz 1, Absatz 2 SGB V, für das IQTIG § 137a Absatz 4 Sätze 1 – 3 SGB V.

⁴⁸ § 12 SGB V, siehe Nummer 2.1.

⁴⁹ Siehe in diesem Zusammenhang auch speziell für die vertragszahnärztliche Berufsausübung §§ 4 Absatz 2 BMV-Z, 2 Absatz 4 EKV-Z.

⁵⁰ Umgangssprachlich wird die kieferorthopädische vertragszahnärztliche Versorgung nach dem SGB V als „Regelversorgung“ bezeichnet. Anders als z. B. beim Zahnersatz (vgl. §§ 55, 56 SGB V) gibt es jedoch im SGB V keine ausdrückliche Grundlage, im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung Leistungen mit privat zu tragenden Mehrkosten zu vereinbaren. Daher verwenden wir im Folgenden nicht die Begrifflichkeit „GKV-Regelversorgung“ sondern „GKV-Standardversorgung“.

⁵¹ § 29 Absatz 1 SGB V, siehe Nummer 2.1.

Ben (sog. Selbstzahlervereinbarungen).⁵² Selbstzahlerleistungen werden nicht von der Krankenkasse, sondern vom Versicherten privat vergütet. Eine Zahnärztin bzw. ein Zahnarzt darf eine Vergütung nur fordern, wenn und soweit die bzw. der Versicherte klar erkennbar verlangt hat, auf eigene Kosten behandelt zu werden. Die Zahnärztin bzw. der Zahnarzt muss dies vor Beginn der Behandlung schriftlich vereinbaren. Sie/er soll sich auch den Wunsch der Versicherten bzw. des Versicherten nach einer Behandlung auf eigene Kosten schriftlich bestätigen lassen.⁵³

Vereinbarungen zwischen Versicherter/Versichertem und Zahnärztin/Zahnarzt über Selbstzahlerleistungen außerhalb der GKV-Standardversorgung sind zivilrechtlicher Natur und richten sich deshalb u. a. nach den Vorschriften über den Behandlungsvertrag.⁵⁴ Die Zahnärztin bzw. der Zahnarzt ist verpflichtet, der Patientin bzw. dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und – soweit erforderlich – auch in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die nach der Behandlung zu ergreifenden Maßnahmen.⁵⁵ Sofern eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist und die behandelnde Zahnärztin bzw. der behandelnde Zahnarzt das weiß oder ausreichende Anhaltspunkte dafür hat, muss sie/er die Patientin bzw. den Patienten vor Beginn der Behandlung in Textform über ihre voraussichtlichen Kosten informieren.⁵⁶

Aufklären muss die Zahnärztin bzw. der Zahnarzt die Patientin bzw. den Patienten außerdem über sämtliche für seine Einwilligung in die Behandlung wesentlichen Umstände, insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf Diagnose oder Therapie. Auf medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden ist hinzuweisen. Die behandelnde Zahnärztin bzw. der behandelnde Zahnarzt muss

⁵² Versicherte können sich auch anstelle der GKV-Standardversorgung vollständig auf Selbstzahlerbasis behandeln lassen. Da dieser Aspekt in der Versorgungspraxis jedoch vermutlich keine große Bedeutung hat, bleibt er hier unberücksichtigt.

⁵³ § 4 Absatz 5d BMV-Z, ähnlich § 7 Absatz 7 EKV-Z.

⁵⁴ §§ 630a ff. BGB.

⁵⁵ § 630c Absatz 2 BGB.

⁵⁶ § 630c Absatz 3 BGB, zur Textform siehe § 126b BGB.

verständlich und so rechtzeitig aufklären, dass die Patientin bzw. der Patient eine Entscheidung wohlüberlegt treffen kann.⁵⁷

Leistungserbringern ist irreführende Werbung untersagt.⁵⁸ Von Irreführung ist insbesondere dann auszugehen, wenn Behandlungen, Gegenständen oder anderen Mitteln eine therapeutische Wirksamkeit oder Wirkungen zuerkannt werden, die sie nicht haben, oder wenn fälschlich der Eindruck erweckt wird, dass ein Behandlungserfolg mit Sicherheit erwartet werden kann.⁵⁹

Jeder hat Anspruch auf Beratung über seine sozialrechtlichen Rechte und Pflichten. GKV-Versicherte haben diesen Anspruch gegenüber ihrer Krankenkasse. Leistungsberechtigte sollen so vor und während des Leistungsbezuges über ihre individuellen Rechte und Pflichten Bescheid wissen und ihre Bedeutung einschätzen können. Die Beratungspflicht bezweckt die umfassende Unterstützung von Leistungsberechtigten vor und während des Leistungsbezuges.

3.2 Kritische Diskurse in der Öffentlichkeit und Studienergebnisse

Selbstzahlerleistungen in der kieferorthopädischen Versorgung sind immer wieder Gegenstand kritischer Diskussionen und Presseveröffentlichungen.

Die DAK-Gesundheit veröffentlichte im Herbst 2015 die Ergebnisse einer nach ihren Angaben repräsentativen Studie zur kieferorthopädischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Danach seien zwar 80 % der Eltern behandelte Kinder mit der Behandlung und Beratung durch ihre Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden vollkommen zufrieden oder zufrieden. Jedoch müssten drei Viertel der Befragten für die kieferorthopädische Versorgung privat zahlen, würden also Selbstzahlervereinbarungen eingehen. Obwohl Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden verpflichtet seien, eine zuzahlungsfreie kieferorthopädische Versorgung durch die GKV anzubieten, sei dies einem Viertel der Befragten nicht angeboten worden. Spezielle Apparaturen, wie sogenannte Speed-Brackets, Keramik-Brackets oder thermoplastische Bögen, machten die Behandlung nicht unbedingt wirkungsvoller, aber teurer. Der Zuzahlungsbetrag liege bei einem Viertel der Befragten zwischen 500 und 1 000 Euro pro Behandlung und bei knapp der Hälfte der zuzahlenden Familien

⁵⁷ Siehe § 630e Absatz 1, Absatz 2 Nummern 2, 3 BGB.

⁵⁸ § 3 Satz 1 Gesetz über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens (Heilmittelwerbegesetz – HWG).

⁵⁹ § 3 Nummer 1, Nummer 2 a) HWG.

über 1 000 Euro. Es gebe zudem große regionale Unterschiede bei den geplanten Mehrkosten. So lägen diese in Mecklenburg-Vorpommern in unter 10 % der Fälle über 1 000 Euro, in Rheinland-Pfalz hingegen in über 50 % der Fälle. Oft seien die in Rechnung gestellten Kosten nicht transparent. So erhalte jede achte Familie bereits keinen detaillierten Kostenvoranschlag für die angebotenen Selbstzahlerleistungen. Aufgrund vereinbarter monatlicher Ratenzahlung verlören Eltern außerdem oft den Überblick über die Gesamtkosten der privat zu zahlenden Selbstzahlerleistungen.⁶⁰

Auch die Presse setzte sich mit den privat zu tragenden Kosten kieferorthopädischer Selbstzahlerleistungen auseinander. So hieß es Anfang des Jahres 2015 in einer überregionalen Wochenzeitung⁶¹, Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden würden Eltern zu hohen privaten Zuzahlungen drängen. Zuzahlungsfreie Behandlungen für deren Kinder würden verweigert. Krankenkassen seien die Hände gebunden, in etwaigen Beschwerdeverfahren vor den zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen stehe oft *„Aussage gegen Aussage“*. Die Veröffentlichung regte an, *„Testpatienten“* in kieferorthopädische Praxen zu entsenden.

Laut UPD hatten zahnmedizinische Erkrankungen im Zeitraum 2012/2013 den höchsten Anteil an allen in den Beratungen dokumentierten Diagnosegruppen.⁶² Bei kieferorthopädischen Behandlungen würden zur GKV-Leistung zusätzliche Behandlungsangebote unterbreitet, die die Versicherten privat bezahlen müssten und deren Zweck und Reichweite sie weder finanziell noch medizinisch abzuschätzen vermochten.⁶³

Die hkk stellte fest, dass bei kieferorthopädischen Behandlungen die finanzielle Belastung vor allem durch ausschließlich privat zu finanzierende Selbstzahlerleistungen für die Versicherten enorm sei. Eltern beklagten vor allem die man-

⁶⁰ „Eltern zahlen bei Kinder-Zahnspangen drauf“, Pressemitteilung der DAK-Gesundheit vom 30. September 2015, detaillierte Ergebnisse unter „Kieferorthopädische Versorgung. Versichertenbefragung 2015“, jeweils unter www.dak.de abgerufen.

⁶¹ „Eine schöne Spange Geld“, Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung (FAS) vom 18. Januar 2015.

⁶² UPD: Monitor Patientenberatung 2013, Berichtszeitraum 1. April 2012 – 31. März 2013, S. 19 ff.

⁶³ Fallbeispiel in UPD: Monitor Patientenberatung 2014, Berichtszeitraum 1. April 2013 – 31. März 2014, S. 33.

gelnde Aufklärung seitens der Behandelnden über zu erwartende finanzielle Belastungen.⁶⁴

3.3 Standpunkt des Bundesministeriums

Das Bundesministerium stellte auf eine parlamentarische Anfrage klar, dass Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden eine zuzahlungsfreie kieferorthopädische Behandlung anbieten müssten. Anderenfalls müssten sie wegen Verstoßes gegen ihre vertragszahnärztlichen Pflichten mit Sanktionen rechnen.⁶⁵ Das Bundesministerium habe die KZBV zur Stellungnahme über die vorerwähnte Veröffentlichung in einer überregionalen Wochenzeitung aufgefordert. Die KZBV habe mitgeteilt, die regionalen KZVen seien 44 Beschwerdefällen für das Jahr 2014 nachgegangen. Die betroffenen Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden seien auf ihre Pflichten hingewiesen worden. In Einzelfällen seien auch disziplinarische Maßnahmen eingeleitet worden. Die KZBV erachte die Zahl der Beschwerdefälle als gering, man könne nur von Fehlverhalten Einzelner sprechen.

Den Einsatz von Testpatientinnen und -patienten hält das Bundesministerium für nicht sachgerecht. Vielmehr müssten die bestehenden Beratungsangebote für die Versicherten, etwa der Krankenkassen, KZVen und der UPD, stärker bekannt gemacht und weiterentwickelt werden.

3.4 Verfügbare Kenntnisse der Krankenkassen

Im Rahmen unserer Erhebungen teilten die von uns geprüften Krankenkassen mit, sie hätten keinen Überblick zu Inhalten und zur Anzahl von Selbstzahlervereinbarungen. Sie würden davon lediglich erfahren, wenn Versicherte sich bei ihrer Krankenkasse beschwerten oder beraten lassen wollten. Krankenkassen wüssten im Regelfall nicht, welche kieferorthopädische Versorgung Versicherte erhalten haben, nachdem die Krankenkasse den Behandlungsplan genehmigt hätte. Sie wüssten nicht, ob sich Versicherte möglicherweise auch unmittelbar bei der zuständigen KZV beschwert hätten. Alle geprüften Krankenkassen brachten zum Ausdruck, dass sie aufgrund ihrer Gespräche und des Schriftverkehrs mit ihren Versicherten den Eindruck hätten, dass ein

⁶⁴ Vgl. o. g. Studie der hkk.

⁶⁵ Antwort des Bundesministeriums auf eine Anfrage anlässlich der o. g. Veröffentlichung in der FAS, BT-Drucksache 18/3960 vom 6. Februar 2015, Nummer 58.

großer Teil der Versicherten über die GKV-Standardversorgung hinaus Selbstzahlerleistungen in Anspruch nehmen.

Auch zu den Vor- und Nachteilen der verschiedenen Methoden und einzusetzenden Apparaturen verfügten die Krankenkassen ebenso wie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung über keine wissenschaftlich bestätigten Informationen.

Anders verhält es sich mit sogenannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)⁶⁶, die vorwiegend im ambulanten vertragsärztlichen Bereich angeboten werden. Etliche solcher IGeL hat der MDS⁶⁷ bewertet und seine Erkenntnisse öffentlich zugänglich gemacht.⁶⁸

3.5 Inhalte der Selbstzählervereinbarungen

Auf Selbstzählervereinbarungen trafen wir bei unseren Erhebungen bei Beschwerden von Versicherten. Den in diesem Zusammenhang vorgelegten Selbstzählervereinbarungen entnahmen wir vorformulierte Hinweise der behandelnden Zahnärztin bzw. des behandelnden Zahnarztes, dass⁶⁹

- die GKV-Standardversorgung *nicht zeitgemäß* sei,
- eine zusätzliche Behandlung *schonender und schmerzärmer* verlaufe, weil man sich neuer Methoden bediene,
- eine *schnellere Behandlungsdurchführung* in Aussicht gestellt wurde,
- bei Wahl der GKV-Standardversorgung *mit größerer Wahrscheinlichkeit Komplikationen* bei der Behandlung oder danach drohten und
- *jede Privatpatientin bzw. jeder Privatpatient* eine Behandlung wie die in der Selbstzählervereinbarung vorgeschlagene erhalte.

Selbstzahlerleistungen wurden häufig in von behandelnden Zahnärztinnen und -ärzten zusammengestellten Leistungspaketen preislich zusammengefasst. Im Regelfall wurde in den Formularen eine Ratenzahlungsvereinbarung über meh-

⁶⁶ Hierbei handelt es sich um Leistungen, die Vertragsärztinnen und -ärzte anbieten können, die jedoch nicht zur Standardversorgung der GKV gehören und deshalb von Patientinnen und Patienten selbst bezahlt werden müssen.

⁶⁷ Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, finanziert vom GKV-Spitzenverband, siehe § 282 SGB V.

⁶⁸ www.igel-monitor.de.

⁶⁹ Beispiele mit Textauszügen siehe Anlage 2 zu dieser Prüfungsmitteilung.

rere Jahre hinweg angeboten. Teilweise wurde ein Rabatt gewährt bei Sofortzahlung.

Angebotene Selbstzahlerleistungen waren vielgestaltig. In den von uns eingesehenen Angeboten dominierten Fachbegriffe wie Damon Brackets, selbstligierende Brackets, Bracketumfeldversiegelung (z. B. „in Zusammenhang mit vorprogrammierten hightech Andrews-Brackets“), Kunststoff-Ligaturen, Teilbogen, Fissurenversiegelung, Panoramaschichtaufnahme, thermosuperelastische bzw. titansuperelastische Bögen, „headgearfreie Behandlung mittels Gleitbogenmechanik (J-Hook-Methode), alternativ: Flexdeveloper“, Klebretainer, Speed-System, Hightech-Bögen etc. Mitunter wurden zwar Begrifflichkeiten schriftlich erklärt und Vorteile der Methoden dargestellt. Vertreter von Krankenkassen hielten es aber für unklar, inwieweit die dargestellten Vorteile gegenüber den anderen Methoden der GKV-Standardversorgung tatsächlich belegbar seien und inwieweit es sich vorwiegend um werbende Anpreisungen handele.

Wiederholt wurden in Selbstzahlervereinbarungen Begrifflichkeiten wie „optimale Behandlung“, „optimierte Therapie“, „modernste Methoden“, „schnell“, „schonend“, „ästhetisch“ und „aus der Raumfahrttechnologie“ in Abgrenzung zur Standardversorgung verwendet. An die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen gerichtete derartige „Anpreisungen“ fanden sich auch in Internetauftritten kieferorthopädischer Praxen, z. B.:

- „Feste Zahnschienen sind für ein Hollywood-Lächeln unbedingt notwendig, nur damit kann man die Zähne ganz genau bewegen. Heute sind feste Zahnschienen was ganz normales, ca. 40 % aller Kinder bekommen eine. Eine gut gepflegte Zahnschiene kann deshalb sogar niedlich aussehen.“
- „Dein Telefon ist drahtlos. Dein Computer ist drahtlos. Warum nicht auch Deine Zahnschiene. ... Befreie Dein Lächeln – mach's drahtlos!“

Wir fanden mehrere Beschwerden von Patientinnen und Patienten bzw. ihrer Sorgeberechtigten über Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden, die Behandlungen trotz einer Genehmigung durch die Krankenkasse abgelehnt hatten, weil die Eltern der zu Behandelnden nicht bereit waren, eine Selbstzahlervereinbarung abzuschließen. Auch fanden wir Selbstzahlervereinbarungen, in denen Versicherte schriftlich bestätigen sollten, dass sie eine Vereinbarung über Selbstzahlerleistungen ablehnten (z. B. „Die vorgeschlagene Behandlung

möchten wir ablehnen. Über mögliche Nachteile einer Ablehnung der Behandlung wurden wir informiert.“).

3.6 Einschätzung und Maßnahmen der Leistungserbringer

Die Zahnärzteschaft befasste sich mit der öffentlichen Kritik an ihrer Praxis im Zusammenhang mit Selbstzahlerleistungen. So solle die kieferorthopädische Behandlung transparenter werden. Vereinheitlichte Formulare sollten zukünftig mehr Transparenz bei der Aufklärung der Patientin bzw. des Patienten und dem Abschluss von Selbstzählervereinbarungen schaffen.⁷⁰ Versicherte hätten Anspruch auf eine zuzahlungsfreie Behandlung. Der Umfang der GKV-Standardversorgung nach dem BEMA erlaube nach wie vor eine standardgerechte kieferorthopädische Behandlung. Auch mit Maßnahmen der GKV-Standardversorgung könne eine gute vertragszahnärztliche Versorgung gewährleistet werden. Daher bestehe derzeit kein Bedarf, die Kfo-RL zu ändern.

Der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden (BDK) wies die Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden auf ihre Pflichten gegenüber GKV-Versicherten hin; die KZBV schloss sich dieser Darstellung an:⁷¹

- Der Patientin bzw. dem Patienten könnten und sollten auch Behandlungsalternativen außerhalb der Standardversorgung angeboten werden. Patientenaufklärung müsse darauf zielen, dass auch eine Standardversorgung das gewünschte Behandlungsziel in aller Regel erreichen könne.
- Die Information der Patientin bzw. des Patienten müsse ordnungsgemäß und vollständig sein, um dessen Wahlfreiheit zu gewährleisten. Eine übertrieben negative Darstellung der Standardversorgung sei nicht mit den vertragszahnärztlichen Pflichten vereinbar, ebenso wie die Ankündigung oder Umsetzung von „Schikanemaßnahmen“, etwa überlangen Wartezeiten.
- Die Standardversorgung sei zweckmäßig, wirtschaftlich und ausreichend. Wenn die Patientin bzw. der Patient es wünsche, könne die Behandlung nicht nur mit den Mitteln der Standardversorgung durchgeführt werden,

⁷⁰ Neue Musterformulare siehe Anlage 3 zu dieser Prüfungsmitteilung.

⁷¹ „Echte Wahlfreiheit gewährleistet die Patientenrechte“, in: zm vom 1. November 2015, S. 26 f. Die zm (Zahnärztliche Mitteilungen) ist das offizielle Organ von KZBV und BZÄK (Bundeszahnärztekammer). Die Autorin des Artikels ist die Bundesvorsitzende des BDK. Die KZBV nahm in einem Statement ihres Vorstandsvorsitzenden zum Artikel Stellung und unterstrich den „Schulterschluss zwischen KZBV, KZVen und den kieferorthopädischen Fachverbänden“, zm vom 1. November 2015, a. a. O.

sondern müsse das auch. Die Zulassung als Vertragszahnärztin bzw. -arzt begründe nicht nur das Recht, gesetzlich Versicherte zu behandeln, sondern auch die Pflicht dazu. Der Einwand, Standardmaterialien seien in der Praxis der Zahnärztin bzw. des Zahnarztes nicht vorhanden, greife daher nicht, ebenso wenig wie vorgeblich mangelnde Erfahrung mit einer Behandlung nach Standardversorgung. Schließlich könne der Entzug der vertragszahnärztlichen Zulassung drohen.

Die KZBV teilte uns mit, dass es jedem gesetzlich Krankenversicherten nach Maßgabe der §§ 4 Absatz 5 lit. d BMV-Z, 7 Absatz 7 EKV-Z freistehe, Privatleistungen anstelle oder zusätzlich zur GKV-Standardversorgung in Anspruch zu nehmen. Die Krankenkasse des Versicherten sei in diese Leistungsbeziehung, einschließlich deren Abrechnung, nicht einbezogen. Insoweit werde genauso verfahren wie etwa bei Zahnfüllungen⁷² und Zahnersatz⁷³. Krankenkassen würden vor ihrer Leistungszusage lediglich die Versorgungsnotwendigkeit entsprechend dem von der Zahnärztin/vom Zahnarzt getroffenen Befund prüfen, nicht aber die von der Versicherten/dem Versicherten letztlich und konkret gewählte Versorgungsform. Krankenkassen träfen insoweit über die allgemeine Pflicht des § 14 SGB I hinaus keine Beratungs- und Aufklärungspflichten. Denn über die Standardversorgung hinausgehende Leistungen und damit auch Selbstzahlerleistungen in der kieferorthopädischen Versorgung seien keine Sozialleistungen.

Krankenkassen seien daher auch nicht berechtigt, die Entscheidung von Versicherten für solche Selbstzahlerleistungen zu beurteilen. Es stehe ihnen nicht zu, autonome Entscheidungsspielräume der Versicherten zu beeinflussen. Krankenkassen fehle es dafür auch an der erforderlichen zahnmedizinisch-fachlichen Kompetenz und einer vollständigen Befund- und Behandlungsdokumentation, um Versicherte zur Notwendigkeit von Selbstzahlerleistungen beraten zu können. Eine solche Information und Aufklärung obliege nicht den Krankenkassen, sondern allein den behandelnden Zahnärztinnen und -ärzten. Krankenkassen gehe es nicht um die Bewertung eines konkreten Behand-

⁷² § 28 Absatz 2 Sätze 2, 3 SGB V: Versicherte können ihre Zahnfüllung selbst wählen. Die Krankenkassen zahlen jedoch lediglich die Kosten der vergleichbaren preisgünstigsten plastischen Füllung, Mehrkosten trägt der Versicherte.

⁷³ §§ 55 ff. SGB V: Bei Zahnersatz gewähren Krankenkassen keine Sachleistung, sondern befundbezogene Festzuschüsse zum Zahnersatz nach der jeweiligen festgelegten GKV-Standardversorgung. Übersteigende Kosten, auch Inanspruchnahme weitergehender Versorgungsformen, zahlt der Versicherte selbst.

lungsvorschlag und die entsprechende Beratung der Versicherten, sondern um generelle Bewertung bestimmter Leistungen als vermeintlich unnötig und einen vermeintlichen Schutz von Versicherten vor – aus ihrer Sicht – unnötigen Belastungen. Der Sozialgesetzgeber wolle jedoch eine von der Krankenkasse unbeeinflusste Entscheidungsfreiheit der Versicherten bei der Wahl der von ihm gewünschten Versorgungsform.

An den Nachweis der Aufklärung der Patientin bzw. des Patienten durch die Kieferorthopädin/den Kieferorthopäden dürften im Übrigen keine „unbilligen oder übertriebenen Anforderungen“ gestellt werden. Aufklärung könne auch mündlich stattfinden. Der Behandlungsdokumentation komme insoweit ein besonderer Beweiswert zu, zumal Patientinnen und Patienten sich aus vielerlei verständlichen Gründen im Nachhinein an den genauen Inhalt solcher Gespräche, die für sie vor allem von therapeutischer Bedeutung gewesen seien, nicht mehr zu erinnern vermögen.

Einen Einsatz von „Testpatientinnen und -patienten“ zur Überprüfung der Aufklärungsarbeit von Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden hielt die KZBV nicht für sinnvoll. Der erwartete Inhalt eines Aufklärungsgesprächs lasse sich „vorab nur schwer standardisieren“, da er weitgehend abhängig vom Ergebnis der konkreten Befunderhebung sei. Zudem würden Kinder und Jugendliche, die den überwiegenden Teil kieferorthopädischer Patientinnen und Patienten stellen, die Befunderhebung im Regelfall als belastend und unangenehm empfinden, sodass ihr Einsatz als Testpatientin oder Testpatient ohnehin schon zweifelhaft sei.

3.7 Vorläufige Würdigung und Empfehlungen

3.7.1 Mangelnde Transparenz und missverständliche Darstellungen

Der Bundesrechnungshof hat beanstandet, dass Bundesministerium und Krankenkassen den in der Fachwelt sowie seitens der Patientinnen und Patienten geäußerten Bedenken gegen die Praxis der Selbstzahlerleistungen nicht ausreichend begegnet sind. Seit Jahren beanstandeten Versicherte eine fehlende Transparenz der entstehenden Kosten durch Ratenzahlungen, Rabattierungen und Paketpreise und nicht zuletzt fehlende detaillierte Kostenvoranschläge zu den Selbstzahlerleistungen. Bei vielen vorgefundenen Selbstzahlervereinbarungen bestand der Eindruck, dass undifferenziert und einseitig Vorteile der selbst zu zahlenden Behandlungsteile dargestellt werden. Die verwendeten

Fachbegriffe wirkten medizinisch fortschrittlich, waren jedoch aus dem Empfängerhorizont durchschnittlicher Versicherter bzw. Verbraucherinnen und Verbraucher vermutlich kaum zu verstehen. Werbende Anpreisungen standen nicht selten im Vordergrund („modernste Methoden“, „aus der Raumfahrttechnologie“, „optimierte Therapie nach den aktuellen wissenschaftlichen Standards“ etc.). Die GKV-Standardversorgung wurde als nicht zeitgemäß dargestellt. Versicherte wurden teils zusätzlich verunsichert und unter Druck gesetzt, wenn sie ausdrücklich unterschreiben sollten, „nur“ die GKV-Standardversorgung in Anspruch nehmen zu wollen und die hiermit verbundenen therapeutischen Nachteile in Kauf zu nehmen.

Der Bundesrechnungshof hat anerkannt, dass über die GKV-Standardversorgung hinausgehende Behandlungsalternativen und daran anknüpfende Selbstzahlerleistungen vereinbart werden können. Die Patientinnen und Patienten bzw. deren Sorgeberechtigte müssen ihre Entscheidung für oder wider konkrete Selbstzahlerleistung jedoch auf einer verständlichen und vollständigen Tatsachengrundlage treffen können. Sie müssen Kosten, Nutzen und Notwendigkeit der Selbstzahlerleistung in einer für sie verständlichen Weise einschätzen und insbesondere folgende Fragen beantworten können:

- Welchen Nutzen bringt die Selbstzahlerleistung im Hinblick auf die Zahnfehlstellung und daraus resultierende Gesundheitsstörungen, die Behandlungsdauer oder mit der Behandlung verbundene Schmerzen? Wie wahrscheinlich und dauerhaft tritt dieser Nutzen ein? Bietet die Selbstzahlerleistung in erster Linie Vorteile bei Optik bzw. Komfort?
- Welche Nachteile außer den selbst zu tragenden Kosten bringen die einzelnen Selbstzahlerleistungen ggf. mit sich?
- Wie hoch sind die selbst zu tragenden Kosten, welche Zusatzkosten können noch entstehen?

Nicht nur Krankenkassen, GKV-Spitzenverband und Bundesministerium, sondern auch die kieferorthopädischen Berufsvertretungen hielten die für die Versicherten zuzahlungsfreie gesetzliche Standardversorgung in der Kieferorthopädie für ausreichend und zweckmäßig. Sie sahen keine Veranlassung, auf eine Aktualisierung der Kfo-RL hinzuwirken, um bislang als Selbstzahlerleistungen angebotene Methoden und Apparaturen etwa aufgrund überlegener therapeutischer Wirkung in die kieferorthopädische Standardversorgung auf-

zunehmen. Daher konnte bei einseitiger Anpreisung angebotener Selbstzahlerleistungen unter gleichzeitiger Herabwürdigung der GKV-Standardversorgung der Eindruck entstehen, der kaufmännische überlagere den medizinischen Aspekt der Leistungserbringung. Dies galt auch für das Angebot von Rabatten und Paketpreisen, bei denen Versicherte die Notwendigkeit und Angemessenheit der einzelnen enthaltenen Maßnahmen noch schwieriger einschätzen können.

3.7.2 Unzureichende Datenlage erschwert Aufklärung

Der Bundesrechnungshof hat die angebotenen Selbstzahlerleistungen unter dem Gesichtspunkt der schlechten Datenlage zur Notwendigkeit und zum Nutzen der Kieferorthopädie für bedenklich gehalten, da sich diese Unsicherheit auch auf die einzelnen angewandten Methoden auswirkt.⁷⁴ Wenn sich Anpreisungen von Methoden und Apparaten in Selbstzahlervereinbarungen bzw. in mündlichen Beratungsgesprächen nicht ausreichend wissenschaftlich belegen lassen, kann dies irreführend und damit nach § 3 HWG unzulässig sein.

Nach Auffassung des Bundesrechnungshofes haben die Ausführungen der KZBV zur Aufklärung der Patientinnen und Patienten die in Veröffentlichungen dargestellte Problematik bestätigt, in Streitfällen stehe „Aussage gegen Aussage“. Dies sollte Anlass sein, Patientinnen und Patienten so weit wie möglich in Schriftform ausgewogen über die angebotenen Selbstzahlerleistungen aufzuklären. Der Bundesrechnungshof hat deshalb den Ansatz der KZBV begrüßt, einheitliche Formulare zu Patienteninformation und Kosten anzubieten. Die bisherigen Schritte reichen jedoch nicht aus. Notwendig ist vor allem eine fachlich fundierte und ausgewogene Information über die einzelnen angebotenen Selbstzahlerleistungen, bei der nicht der anpreisende Aspekt im Vordergrund steht. Zudem ist der Einsatz der Musterformulare nicht bindend. Es bleibt abzuwarten, inwieweit die Leistungserbringer sie nutzen.

3.7.3 Selbstzahlerleistungen von Beratungskompetenz der Krankenkassen umfasst

Der Bundesrechnungshof hat die Auffassung vertreten, dass Krankenkassen nach § 14 SGB I über angebotene Selbstzahlerleistungen beraten dürfen. Der behauptete oder tatsächliche Zusatznutzen von Selbstzahlerleistungen be-

⁷⁴ Siehe Nummer 2.7.

stimmt sich gerade nach der GKV-Standardversorgung. Standardversorgung und Selbstzahlerleistungen lassen sich damit kaum trennen, sie bauen aufeinander auf. Die Entscheidung für oder wider selbst zu zahlende Leistung können Versicherte deshalb nur treffen, wenn sie in ihrem konkreten Einzelfall über Vor- und Nachteile der GKV-Standardversorgung (z. B. Behandlungsdauer, Behandlungshäufigkeit, Schmerzen, ästhetische Fragen) und in der Folge die darauf aufsetzenden Vor- und Nachteile konkret angebotener Selbstzahlerleistungen – bei denen der Kostenaspekt hinzukommt – informiert sind. Die Argumentation der KZBV führt an dieser Stelle nicht weiter. Denn belegt hat sie ihre pauschale Darstellung nicht, Krankenkassen würden überhaupt nicht zu konkreten Behandlungen beraten, sondern lediglich trotz fehlender fachlicher Kompetenz in die autonome Entscheidungsfreiheit des Versicherten eingreifen wollen, um diesen vor aus ihrer Sicht vermeintlich unnötigen Leistungen zu bewahren.

3.7.4 Verbesserung des Beratungsangebots und Einsatz von Testpatientinnen und -patienten

Bundesministerium und GKV-Spitzenverband sollten prüfen, inwieweit sie analog zum IGeL-Monitor Versicherte fachlich fundiert und verständlich zu angebotenen kieferorthopädischen Selbstzahlerleistungen (z. B. Begrifflichkeiten, Vor- und Nachteile, Kosten) gerade im Verhältnis zur GKV-Standardversorgung informieren können. Dabei sollten sie eine Auflage für Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden in Erwägung ziehen, Krankenkassen angebotene Selbstzahlerleistungen stets mitzuteilen. Dies würde die Datenlage zur kieferorthopädischen Versorgung verbessern⁷⁵ und es erleichtern, Versicherten konkrete Beratungen anzubieten.

Die generellen Bedenken im Hinblick auf Testpatientinnen und -patienten hat der Bundesrechnungshof nicht geteilt. Eine Behandlung zu Testzwecken wäre zwar ethisch unvertretbar. Für ein reines Aufklärungsgespräch gilt dies u. E. nicht. Wir haben insofern auf den Einsatz sogenannter pseudo customer durch Apothekenkammern verwiesen, die eingesetzt werden, um die Beratungs-

⁷⁵ Siehe Nummer 2.

qualität von Apotheken zu überprüfen und in als kritisch erkannten Fragen Hilfe zu leisten.⁷⁶

Wir beanstandeten, dass das Bundesministerium sich mit der Auskunft der KZBV, also der Seite der betroffenen Leistungserbringer, problematisches Vorgehen von Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden bei Selbstzahlerleistungen sei lediglich in Einzelfällen festzustellen, schon angesichts der seit Jahren immer wieder geäußerten Kritik nicht hätte begnügen dürfen. Die Zahl von Versichertenbeschwerden bei KZVen sagte nicht genug über das Ausmaß des Problems aus. Beschwerden gehen auch bei Krankenkassen ein. Außerdem sind Versicherte, anders als in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, im vertragszahnärztlichen Bereich seit Jahren hohe Selbstzahlerleistungen und Zuzahlungen gewohnt.⁷⁷ Versicherte könnten als unabdingbar angebotene Selbstzahlerleistungen für üblich und damit hinzunehmen halten.

3.7.5 Handlungsempfehlungen des Bundesrechnungshofes

Anknüpfend an die vorgenannten Bewertungen haben wir gebeten darzustellen, wie eine vollständige und verständliche Information von Versicherten über angebotene Selbstzahlerleistungen sichergestellt werden könnte. Dies sollte eine Einschätzung zu folgenden Aspekten umfassen:

- Verpflichtender Einsatz einheitlicher Aufklärungsformulare,
- Einsatz von Testpatientinnen und -patienten,
- Information von Versicherten durch Veröffentlichungen von Krankenkassen bzw. GKV-Spitzenverband analog dem IGeL-Monitor,
- Verpflichtende Mitteilung an Krankenkassen über angebotene Selbstzahlerleistungen, um einzelfallbezogene Beratung zu ermöglichen und einen Überblick über die Versorgungswirklichkeit zu erhalten.

Wir haben darauf hingewiesen, dass abhängig von den hierbei erzielten Ergebnissen zu überprüfen wäre, ob die GKV-Standardversorgung nach dem aktuellen wissenschaftlichen Stand tatsächlich noch als ausreichend angesehen

⁷⁶ Siehe ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.: „Das Ziel des Pseudo Customer-Konzeptes ist, sich berufsintern kritisch mit der Qualität der Beratung in öffentlichen Apotheken auseinander zu setzen. Es stellt ein praktikables Instrument zur Qualitätssicherung und -verbesserung im Apothekenalltag dar.“, unter www.abda.de/themen/apotheke/qualitaetssicherung0/angebote-qs-kammern/pseudo-customer0/, abgerufen am 15. August 2016.

⁷⁷ Siehe z. B. die Regelungen zu Zahnfüllungen und Zahnersatz, vgl. Nummer 3.6.

werden kann oder ob derzeit als Selbstzahlerleistung angebotene Methoden zum Gegenstand der GKV-Standardversorgung gemacht werden müssen.

3.8 Stellungnahmen

3.8.1 Stellungnahme des Bundesministeriums

Das Bundesministerium hat dargestellt, dass die Versorgung durch die GKV u. a. die Befunderhebung, diagnostische Leistungen, Auswertungen der Erhebungen, Beratungen, Therapie- und Retentionsplanung einschließlich der Planung der erforderlichen Geräte sowie die Behandlung selbst einschließlich einer ausreichenden Retentionsphase umfasst. Auch in Einzelfällen notwendige zusätzliche Untersuchungen, Beratungen sowie gegebenenfalls weitere diagnostische Leistungen zur Überprüfung des Behandlungsbedarfes gehörten nach der Kfo-RL zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Insgesamt sollten dabei die für den individuellen Behandlungsfall vorgesehenen Leistungen ausreichend, zweckmäßig sowie wirtschaftlich sein.

Das Bundesministerium hat unsere Auffassung geteilt, dass Versicherte bzw. ihre Sorgeberechtigten eine gute Beratung und eine zuverlässige Informationsgrundlage benötigen, um sich für oder gegen eine zusätzliche Leistung über die Standardversorgung hinaus entscheiden zu können. Für eine Mitteilungspflicht zu durchgeführten Selbstzahlerleistungen sieht es aber keine Rechtsgrundlage, da es sich um privatrechtliche Vereinbarungen zwischen Versicherten und Leistungserbringern handele.

Das Bundesministerium hat vor diesem Hintergrund eine von KZBV und BDK zum Jahresende 2016 getroffene Vereinbarung zur kieferorthopädischen Versorgung begrüßt. Diese umfasse u. a. einen Katalog, der neben der GKV-Standardversorgung auch die Leistungen enthält, die den Versicherten üblicherweise als Mehr- oder Zusatzleistungen angeboten werden. Zudem enthalte sie eine standardisierte Vereinbarung über privat Zahnärztliche Leistungen, die die damit verbundenen voraussichtlichen Kosten aufschlüsselt. Vereinbart sei ferner, dass die Leistungserbringer es zukünftig im Rahmen der Abrechnung mit der jeweiligen KZV anzuzeigen haben, wenn mit Versicherten Selbstzahlerleistungen vereinbart wurden. Die KZBV habe angekündigt, zeitnah die für eine Umsetzung der Vereinbarung erforderlichen Änderungen im Bundesmantelvertrag anzustreben. Aus Sicht des Bundesministeriums würden diese vereinbarten Maßnahmen die Leistungs- und Kostentransparenz verbessern.

3.8.2 Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes

Der GKV-Spitzenverband hat darauf hingewiesen, dass das SGB V derzeit – anders als bei Füllungen und Zahnersatz – privat zu tragende Selbstzahlerleistungen bei einer kieferorthopädischen Behandlung nicht thematisiere. Die von KZBV und BDK vorgenommene Unterteilung kieferorthopädischer Leistungen in „Leistungen der Regelversorgung“, „Selbstzahlerleistungen“ und „Zusatzleistungen“ versuche allerdings, Mehrkostenregelungen nach dem Vorbild des Zahnersatzes für den Bereich der Kieferorthopädie „gängig“ zu machen. Der GKV-Spitzenverband sieht das kritisch.

Versicherten stehe eine zuzahlungsfreie kieferorthopädische Behandlung zu. Dass Leistungserbringer vielfach das volle vertragszahnärztliche Honorar für die Leistungen und gleichzeitig gegenüber den Versicherten einen unspezifischen Mehraufwand privat abrechnen, hat der GKV-Spitzenverband für inakzeptabel gehalten. Die Zahnärztin bzw. der Zahnarzt habe in vielen Fällen keinen zeitlichen Mehraufwand. Zudem ließen sich abgerechnete angebliche Mehrkosten für Materialien häufig nicht durch Hersteller- und Händlerpreise belegen. Der tatsächliche Zusatznutzen angebotener Selbstzahlerleistungen werde also ebenso wenig belegt wie der höhere Kostenaufwand. Die von uns vorgeschlagene Einführung einheitlicher Formulare zur Patienteninformation und Kosten trage deshalb nicht zu einer tatsächlichen Problemlösung bei.

Der GKV-Spitzenverband hat den Einsatz von Testpatientinnen und -patienten für zulässig und möglich gehalten. Er hat es jedoch für fraglich gehalten, dass der damit verbundene Polizeieffekt die Aufklärung und Versorgung der Versicherten verbessert. Zudem würden den Krankenkassen für den Einsatz von Testpatientinnen und -patienten Kosten entstehen.

Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes wie auch der wissenschaftlichen kieferorthopädischen Fachgesellschaften ermögliche die GKV derzeit eine ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechende Behandlung. Der GKV-Spitzenverband hat unsere Empfehlung, die Kfo-RL im Hinblick auf den Nutzen der kieferorthopädischen Behandlung einschließlich des Nutzens von Behandlungsmethoden zu überprüfen, befürwortet. So lasse sich sicherstellen, dass die kieferorthopädische Behandlung tatsächlich noch dem aktuellen Stand der Wissenschaft entspricht. Anschließend müsste feststehen, welche Maßnahmen einen Nutzen im Ver-

gleich zu einer Nichtbehandlung haben und welche Maßnahmen bei gleichem Ziel die beste Wirtschaftlichkeit aufweisen. Andere Leistungen wären dann im Vergleich zu den im BEMA genannten Leistungen hinsichtlich ihres diagnostischen und therapeutischen Nutzens sowie der Wirtschaftlichkeit unterlegen. Einen Zusatznutzen könnten diese Leistungen nur bezüglich nicht für die Versorgung der GKV-Versicherten relevanter Aspekte (verbesserte Ästhetik, erhöhter Tragekomfort) haben. Nur darüber müssten die Versicherten dann noch informiert werden. Dies könne durch den G-BA oder alternativ den IGeL-Monitor oder das IQWiG im Rahmen der Gesundheitsinformationen oder der evidenzbasierten Patienteninformation geschehen.

Der GKV-Spitzenverband hat unseren Vorschlag einer verpflichtenden Mitteilung an die Krankenkassen über die geplanten und abgerechneten Selbstzahlerleistungen befürwortet. Auf diese Weise würden die Krankenkassen Kenntnis über das tatsächliche Versorgungsgeschehen erlangen. Anderenfalls wären eine Evaluation und eine Versorgungsforschung nur eingeschränkt möglich und die Weiterentwicklung der Kieferorthopädie erschwert. Allerdings müssten dafür die gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen werden. Im Rahmen der Abrechnungen nach § 295 Absatz 1 SGB V sei es bislang nur möglich, die Daten zu vertragszahnärztlichen Leistungen an die Krankenkassen zu übermitteln.

3.9 Abschließende Bewertung

Der Bundesrechnungshof hält an seinen Wertungen und Empfehlungen fest. Bundesministerium und GKV-Spitzenverband stimmen zu, dass Versicherten eine zuzahlungsfreie kieferorthopädische Behandlung zusteht. Bereits deshalb sollte untersucht werden, inwieweit die GKV-Standardversorgung nach dem aktuellen wissenschaftlichen Stand ausreichend ist oder ob als Selbstzahlerleistung angebotene Methoden zum Gegenstand der GKV-Standardversorgung gemacht werden müssten. Um die dafür notwendige umfassende Versorgungsforschung in der Kieferorthopädie betreiben zu können, muss bekannt sein, welche Selbstzahlerleistungen die einzelnen Versicherten konkret erhalten haben. Darüber hinaus bleibt abzuwarten, inwieweit die genannten Verbände der Zahnärztinnen und -ärzte ihre angekündigten Änderungen tatsächlich umsetzen. Verbindliche Regelwerke haben sie bislang nicht geändert. Die in ihrer Vereinbarung aufgeführten Selbstzahlerleistungen haben sie weder erläutert

noch bewertet. Das Bundesministerium darf es nach unserer Auffassung nicht bei ungeprüften Selbstverpflichtungen der betroffenen Leistungserbringer belassen.

Wir halten insoweit sowohl den vorgeschlagenen Einsatz von Testpatientinnen und -patienten als auch die Information der Versicherten analog zum IGeL-Monitor nach wie vor für geeignete Ansätze, die Transparenz der kieferorthopädischen Behandlung nicht zuletzt mit Blick auf die Patientenrechte zu fördern.

Wir schließen die Prüfung ab, verfolgen unsere Empfehlungen aber in einer Bemerkung weiter.

Kranz

Sievers

ANLAGE 1 zu Abschnitt B Nr. 3 (jetzt Nr. 2) der KFO – Richtlinien in der Fassung des Beschlusses vom 17.08.2001

Schema zur Einstufung des kieferorthopädischen Behandlungsbedarfs anhand kieferorthopädischer Indikationsgruppen (KIG)

Grad		1	2	3	4	5
Indikationsgruppen (Befunde)						
Kraniofaziale Anomalie	A					Lippen-Kiefer-Gaumen-spalte bzw. andere kraniofaziale Anomalie
Zahnunterzahl (Aplasia oder Zahnverlust)	U				Unterzahl (nur wenn präprothetische Kieferorthopädie oder kieferorthopädischer Lückenschluss indiziert)	
Durchbruchstörungen	S				Retention (außer 8er)	Verlagerung (außer 8er)
• distal			über 3, bis 6		über 6, bis 9	über 9
• Sagittale Stufe	D					
• mesial	M				0 bis 3	über 3
Vertikale Stufe	O	bis 1	über 1, bis 2	über 2, bis 4	über 4 habituell offen	über 4 skelettal offen
offen (auch seitlich)						
tief	T	über 1, bis 3	über 3 ohne/mit Gingivakontakt	über 3 mit traumatischem Gingivakontakt		
Transversale Abweichung	B					Bukkal-/Lingual - Okklusion
	K		Kopfbiss	beidseitiger Kreuzbiss	einsseitiger Kreuzbiss	
Kontaktpunktabweichung Engstand	E	unter 1	über 1, bis 3	über 3, bis 5	über 5	
Platzmangel	P		bis 3	über 3, bis 4	über 4	

Alle Zahlenangaben in mm

Anlage 2: Beispiele für Formulierungen in Selbstzahlvereinbarungen

Fall 1:

Kostenvoranschlag über 1 974,00 Euro, zahlbar einmalig 350,00 Euro und 48 Monatsraten je 44,25 Euro

Textauszüge (Hervorhebungen übernommen):

- „Bei Ihrem Kind wird eine kieferorthopädische Behandlung geplant, die von der gesetzlichen Krankenkasse erstattet wird. Der Gesetzgeber schreibt im Sozialgesetzbuch vor, dass diese Behandlung ausreichend, wirtschaftlich und zweckmäßig sein muss. Dies weicht jedoch gravierend von dem heutigen, neuesten Stand der kieferorthopädischen Zahnmedizin ab. Wir können Ihr Kind durch zusätzliche, moderne Therapiemittel jedoch **schneller, schmerzfreier und ästhetisch optimaler** behandeln.“
- „Folgende Leistungen, die auch jeder Privatpatient erhält, sind kennzeichnend für eine moderne und schonende kieferorthopädische Behandlung in unserer Praxis: ...“
- „Die Zähne werden bei der festen Zahnsperre an Drähten, den sogenannten Bögen, entlanggeführt. Dies kann entweder überwiegend an relativ starren Stahldrähten erfolgen oder an besonderen, hochflexiblen Titan-Bögen. Stahlbögen haben eine besonders hohe Steifigkeit und Kraftabgabe, die für uns nicht exakt zu dosieren ist, sodass die Kraft zu hoch sein kann – mit Schädigungen für den Zahn – oder zu niedrig sein kann, wodurch sich die Behandlungszeit verringert. Titan-Bögen haben eine genau definierte Kraftabgabe, sodass man sowohl sicherer, schneller, als auch schmerzärmer behandeln kann. Der Preis dieser Titan-Bögen liegt ca. 20x höher als der von sogenannten preiswerten, einfachen, Stahldrähten. Von der gesetzlichen Krankenkasse kann jedoch nur ein Einheitspreis erstattet werden, egal ob hochwertig oder billig.“
- „Wir verwenden in unserer Praxis Spezial-Brackets (Damon-Brackets), die mit einem besonderen Metallklipp geschlossen werden. Dadurch verringert sich die Reibung der Bögen um bis zu 600 % pro Bracket!!!“

gegenüber normalen Brackets. ... Der Preis dieser Spezialbrackets liegt ca. 24x höher als der von sogenannten preiswerten Normalbrackets. Von der gesetzlichen Krankenkasse kann jedoch nur ein Einheitspreis erstattet werden, egal ob hochwertig oder billig.“

Fall 2:

Angebot von Paketpreisen mit Rabatten

Textauszüge (Hervorhebungen übernommen):

	Patient der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)
PAKET Superelastisches Drahtmaterial (SEB), Indirektes Kleben von Brackets, Versiegelung 2x (Vor- und nach Multibandbehandlung) + professionelle Zahnreinigung nach Multibandbehandlung inkl. Air-flow	780 €
Keramikbrackets + PAKET	1340 €
Keramikbrackets als Einzelleistung	23 €
Funktionsanalyse	250 €
Retainer	200 € je Kiefer (2x) = 400 €
Bei Inanspruchnahme aller Leistungen	= 1990 Euro (1340+250+400) = 1750 im Paket

Fall 3:

Kostenvoranschlag über 564,23 Euro

Textauszüge (Hervorhebungen übernommen):

- verschiedene Unterschriftsfelder: „**Ja, ich wünsche die Durchführung einer optimierten Therapie nach den aktuellen wissenschaftlichen Standards. Ich wurde darüber informiert, dass diese Leistungen nach § 12 SGB V über das Maß des Wirtschaftlichen und Notwendigen hinausgehen und von meiner gesetzlichen Krankenkasse nicht übernommen werden.**

Nein, ich verzichte auf die Durchführung der optimierten Therapie nach modernsten Standards und wünsche ausdrücklich den Einsatz ausreichender und zweckmäßiger **Behandlungsmittel nach Kassenstandard. Über die daraus resultierenden therapeutischen Nachteile** (längere Behandlungsdauer, erhöhtes Risiko von Schmerzen/Zahnschädigungen/Bracketverlusten) wurde ich aufgeklärt.“

- „**Obwohl aus zahnmedizinischer Sicht bestimmte Therapien sinnvoll sind, wurden sie aus der Leistungspflicht der GKV gestrichen bzw. zahlenmäßig eingeschränkt. Obwohl gerade in der Kieferorthopädie die umfassende und kontinuierliche Röntgendiagnostik ein wichtiger Baustein für den Erfolg einer Behandlung ist, wurden bestimmte – auch medizinisch begründete – Maßnahmen aus der Leistungspflicht der GKV gestrichen bzw. zahlenmäßig eingeschränkt.** Konkret kam es zur Ausgrenzung/Abwertung verschiedener, aber sehr bedeutsamer Behandlungspositionen, die es mir als Behandler unmöglich machen, **derzeit geltende wissenschaftliche Standards** einzuhalten. Um trotzdem auch weiterhin eine optimale und wissenschaftlich fundierte Behandlung anbieten zu können, biete ich Ihnen deshalb folgende zusätzliche private Leistungen an:

1. optimierte modernste Bracketsysteme: Durch die optimale Funktion dieser Brackets sind bessere und genauere Einzelzahnbewegungen möglich. Es sind bessere funktionelle Ergebnisse zu erreichen. Damit ist eine deutlich schnellere Behandlungsdurchführung möglich. Diese Brackets sind schonender für Wangen- und Lippenschleimhaut. ... **Selbst-**

ligierende Brackets für kürzere Behandlungszeiten sowie optimale Mund- und Zahnhygiene. Selbstligierende Keramikbrackets für ästhetisch anspruchsvolle Behandlung. ...

Bei Verwendung dieser modernsten Therapiemittel, die mit einem hohen therapeutischen Aufwand verbunden sind, garantiere ich Ihnen eine optimale, schonende, zügige und schmerzarme Behandlung Ihres Kindes auf höchstem Niveau.“

Fall 4:

Kostenvoranschlag über 957,60 Euro in 36 Raten je 26,60 Euro (sogenanntes Basispaket), außerdem „optionale Leistungen“ für 36 Raten je 12,15 Euro (selbstligierende Metallbrackets) oder 15,03 Euro (selbstligierende Keramikbrackets)

Textauszüge:

- Gegenüberstellung der GKV-Standardversorgung („zweckmäßig“) z. B. mit einem Bild von weit auseinander stehenden Zähnen sowie der Versorgung im Basispaket („einfach besser“) mit geschlossenen Zahnreihen
- „Superelastische Bögen: sind thermoplastisch (aus der Raumfahrttechnologie) und üben einen gleich bleibenden Druck auf die Zähne aus: Das tut weniger weh und minimiert deutlich Wurzelresorptionen.“
- „Selbstligierende Metallbrackets: Vorteil dieses Bracketsystems ist die sehr schonende und angenehme Behandlung. Gleichzeitig verläuft die Zahnbewegung sehr schnell und effizient ab und die Mundhygiene wird durch das moderne Design vereinfacht.“

Fall 5:

Patientenbeschwerde Textauszug:

„Am ... hatten mein Lebensgefährte ... und ich dann ein erneutes Gespräch mit Herrn Dr. ... Er erklärte uns nochmals das komplette Vorhaben der Behandlung. Am Ende des Gespräches gab er uns dann eine private Kostenvereinbarung. Wir sollten uns diese durchlesen, unterschreiben und anschließend wie-

der in der Praxis abgeben. Auf die Frage, was denn nun die Krankenkasse an Behandlungskosten übernehmen würde, bekamen wir nur zur Antwort, dass das eine ja nichts mit dem anderen zu tun hätte. ...

Daraufhin habe ich ... nochmals in der Praxis angerufen und nachgefragt, ob eine Kostenübernahme bzw. eine Zustimmung zur kieferorthopädischen Behandlung seitens der Krankenkasse vorliegen würde. Die Dame am Telefon erklärte mir dann, dass die unterschriebene private Kostenvereinbarung in der Praxis vorliegen müsse, um den Behandlungs- und Kostenplan bei der Krankenkasse einreichen zu können.“

Anlage 3: Neue Musterformulare der KZBV

Vereinbarung über privat Zahnärztliche Leistungen bei der kieferorthopädischen Behandlung

Zwischen

Zahlungspflichtige/-r

und

Zahnärztin/ Zahnarzt für

Patient (falls abweichend vom Zahlungspflichtigen)

werden für die vorgesehene kieferorthopädische Behandlung folgende privat Zahnärztlichen Leistungen vereinbart, die nicht von der gesetzlichen Krankenkasse getragen werden:

Beschreibung der Leistung	Voraussichtliche Kosten für die Zahnärztlichen Leistungen	Voraussichtliche Kosten für Material und Labor
Voraussichtlicher Gesamtbetrag in €		

Erklärung des Versicherten:

Ich bin von meinem Zahnarzt/ Kieferorthopäden über meinen rechtlichen Anspruch informiert worden, eine kieferorthopädische Behandlung (für mein Kind) zu erhalten, bei der ich keine Zuzahlung leisten muss. Ich bin auch darüber informiert worden, dass Fehlstellungen der Zähne mit unterschiedlichen Maßnahmen beseitigt werden können, die teilweise nicht von den gesetzlichen Krankenkassen getragen werden. Im Wissen um meinen grundsätzlichen Anspruch auf eine zuzahlungsfreie kieferorthopädische Behandlung wünsche ich für die anstehende Behandlung die oben genannten Leistungen. Ich bin darüber informiert worden, dass diese Leistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Ich bin darüber informiert worden, dass die tatsächlichen Kosten von den oben aufgeführten Schätzbeträgen abweichen können. Ich wünsche die oben dargestellten Leistungen und verpflichte mich, die anfallenden Kosten selbst zu tragen.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Zahlungspflichtige/-r

Unterschrift Zahnärztin/ Zahnarzt

Anlage zur Vereinbarung von privatärztlichen Leistungen bei kieferorthopädischer Behandlung vom _____

Zahnarzt (Briefkopf)

Patient (Adresse)

Information für den Patienten über die voraussichtlich entstehenden Kosten der kieferorthopädischen Behandlung

Sie haben sich für Leistungen im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung entschieden, die über die vertragliche Versorgung hinausgehen.

Ergänzend zur Vereinbarung über diese Leistungen vom _____ erhalten Sie die nachstehende Kostenaufstellung zur Information.

Kosten der vertragszahnärztlichen Versorgung die Ihre Krankenkasse übernimmt.	EUR	Kosten gemäß der Vereinbarung privatärztlicher Leistungen die von Ihnen zu tragen sind.	EUR
Zahnärztliches Honorar		Zahnärztliches Honorar	
Material- und Laborkosten		Material- und Laborkosten	
Voraussichtliche Gesamtkosten der vertragszahnärztlichen Versorgung		Voraussichtliche Kosten der vereinbarten Leistungen	
Vorläufiger Kassenanteil (Honorar und Material- u. Laborkosten)			
Ihr vorläufiger Eigenanteil hieran beträgt 20 % / 10 % (Erläuterung siehe Hinweise für den Patienten)			
Ihr Eigenanteil nach Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung gemäß Behandlungsplan vom	0		

Hinweise für den Patienten

Die Kosten der Vertragsleistungen übernimmt Ihre Krankenkasse in voller Höhe. Hierzu zählen das Honorar nach dem BEMA und die Material- und Laborkosten nach dem BEL II. Sie haben allerdings zunächst einen Anteil in Höhe von 20 % der Kosten an Ihren Zahnarzt zu zahlen.

Befinden sich mindestens zwei versicherte Kinder, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und mit ihren Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben, in kieferorthopädischer Behandlung, beträgt dieser Anteil für das zweite und jedes weitere Kind nur 10 %.

Wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist, zahlt die Krankenkasse diesen Anteil an Sie zurück.

Name und Adresse des Zahnarztes

Zum Anspruch auf zuzahlungsfreie Behandlung von Fehlstellungen der Zähne Ihres Kindes

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

als gesetzlich Krankenversicherter haben Sie grundsätzlich Anspruch auf die zuzahlungsfreie Behandlung von Fehlstellungen des Kiefers und der Zähne Ihres Kindes. Voraussetzung dafür ist, dass eine Fehlstellung von einem bestimmten Ausmaß vorliegt. Dies wird durch eine Untersuchung Ihres Kindes durch einen Zahnarzt/Kieferorthopäden festgestellt.

Sind die rechtlichen und medizinischen Voraussetzungen für eine bestimmte kieferorthopädische Behandlung erfüllt, übernimmt Ihre Krankenkasse die dafür anfallenden Kosten. Die anstehende Behandlung Ihres Kindes wird von dem behandelnden Zahnarzt/Kieferorthopäden zuvor mit Ihnen gemeinsam geplant. Gesetzlich ist allerdings geregelt, dass zunächst ein Anteil in Höhe von 20 % der Kosten an den Zahnarzt/Kieferorthopäden zu bezahlen ist. Befinden sich mindestens zwei versicherte Kinder, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und mit ihren Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben, in kieferorthopädischer Behandlung, beträgt dieser Anteil für das zweite und jedes weitere Kind nur 10 %. Wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist, zahlt die Krankenkasse diesen Anteil an Sie zurück. Fehlstellungen der Kiefer und Zähne können mit unterschiedlichen Maßnahmen beseitigt werden. Neben der Behandlung, die von Ihrer Krankenkasse bezahlt wird, können weitere Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, über die Sie Ihr Zahnarzt/Kieferorthopäde informiert. Die Behandlung ist für Ihr Kind durch solche Maßnahmen möglicherweise angenehmer und lässt sich leichter durchführen. Zudem bestehen Möglichkeiten, die Behandlungsmittel im Mund Ihres Kindes unauffälliger oder pflegeleichter zu gestalten. Solche Behandlungsalternativen werden von Ihrer Krankenkasse allerdings nicht bezahlt, da sie aufwendiger und teurer sind. Die Krankenkassen dürfen nach dem Willen des Gesetzgebers nur solche Behandlungsmaßnahmen bezahlen, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind.

Jeder Zahnarzt/Kieferorthopäde ist verpflichtet, Sie über das Ergebnis der Untersuchung Ihres Kindes und bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen über ihren Anspruch auf eine zuzahlungsfreie Behandlung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zu informieren und aufzuklären. Darüber hinaus soll ihr Zahnarzt/Kieferorthopäde sie auch über bestehende Behandlungsalternativen informieren und aufklären. Dabei besteht zugleich die Verpflichtung, Sie auch über eventuelle zusätzliche Kosten aufzuklären, die mit den verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten verbunden sind. In jedem Fall muss aber eine zuzahlungsfreie vertragliche Versorgung angeboten werden.

Sollten Sie sich nach dieser Aufklärung für eine Behandlungsleistung entscheiden, die nicht von Ihrer Krankenkasse übernommen wird, müssen Sie die damit verbundenen Kosten grundsätzlich selbst tragen. In diesem Falle schließen Sie mit Ihrem Zahnarzt/Kieferorthopäden eine schriftliche Vereinbarung über die zusätzlichen Leistungen. In dieser Vereinbarung werden diese Leistungen und die damit für Sie voraussichtlich verbundenen Kosten im Einzelnen aufgeführt und rechtlich bindend vereinbart.

Des Weiteren besteht die Möglichkeit, dass Sie bei Ihrer Krankenkasse generell oder nur hinsichtlich der zahnärztlichen Versorgung eine Kostenerstattung wählen. Mit einer solchen Erklärung können Sie für jede zahnärztliche Versorgung eine Privatbehandlung in Anspruch nehmen und erhalten von Ihrer Krankenkasse den Betrag erstattet, den die Krankenkasse für eine sogenannte Kassenbehandlung übernommen hätte. Bitte beachten Sie, dass Sie an eine solche Erklärung mindestens drei Monate gebunden sind. Auch über diese Möglichkeit und über eventuelle weitere Angebote Ihrer gesetzlichen Krankenkasse bei kieferorthopädischen Behandlungen wird Sie Ihr Zahnarzt/Kieferorthopäde näher informieren.

Sollten Sie zu diesen Verfahren oder im Zusammenhang mit der vorgesehenen kieferorthopädischen Behandlung Ihres Kindes weitere Fragen haben, können Sie sich jederzeit auch an Ihre Krankenkasse oder an die Patientenberatungsstelle der Kassenzahnärztlichen Vereinigung wenden.