

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

(Einzelplan 15)

9 Nutzen kieferorthopädischer Behandlung muss endlich erforscht werden

(Kapitel 1502 Titel 636 06)

9.0

Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung geben jährlich über 1 Mrd. Euro für kieferorthopädische Behandlungen aus. Nach dem Willen des Gesetzgebers müssen Krankenkassen ihre Leistungen in ausreichendem, zweckmäßigem und wirtschaftlichem Maße erbringen. Ob Krankenkassen dies erfüllen, erscheint vor allem angesichts einer fehlenden Versorgungsforschung fraglich.

9.1

Kieferorthopädische Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenkassen) gaben im Jahr 2016 für kieferorthopädische Behandlungen 1,1 Mrd. Euro aus. Die Kosten pro Behandlungsfall (Fallkosten) haben sich in den Jahren 2008 bis 2016 ungefähr verdoppelt. Die weitaus meisten Patientinnen und Patienten sind Kinder und Jugendliche. Nach Angaben der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), einem Spitzenverband der Zahnärztinnen und -ärzte, wird schätzungsweise mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen in Deutschland kieferorthopädisch behandelt. Die Behandlung dauert dabei regelmäßig zwei bis vier Jahre. Kieferorthopädische Leistungen erbringen Zahnärztinnen und -ärzte, die meist eine Zusatzqualifikation zum Kieferorthopäden haben.

Die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung müssen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein (Wirtschaftlichkeitsgebot). Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (Versicherte) haben Anspruch auf kieferorthopädische Behandlung, soweit sie aus medizinischen Gründen notwendig ist. Näheres regeln die Kieferorthopädie-Richtlinien (Kfo-RL). Danach besteht nur dann ein Anspruch auf kieferorthopädi-

sche Versorgung zulasten der Krankenkassen, wenn die Zahn- oder Kieferfehlstellung ein bestimmtes Ausmaß erreicht. Wann dies der Fall ist, bestimmen die sogenannten kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) in der Kfo-RL. Danach werden Behandlungen nur übernommen, wenn krankhafte Kiefer- oder Zahnfehlstellungen das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigen oder zu beeinträchtigen drohen.

Die Kfo-RL erlässt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Der G-BA ist das höchste Gremium der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. In ihm beraten Krankenkassen und Leistungserbringer (z. B. Ärzte- und Zahnärzteschaft, Krankenhäuser), welche Leistungen die Gesetzliche Krankenversicherung übernimmt.

Zu den Aufgaben des BMG gehört es, die Qualität des Gesundheitssystems zu sichern und weiterzuentwickeln. Dabei hat es auch die Wirtschaftlichkeit der Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährleisten, die Beitragssätze zu stabilisieren sowie die Interessen der Patientinnen und Patienten zu stärken.

Nutzen kieferorthopädischer Behandlung wissenschaftlich nicht belegt

Der Bundesrechnungshof stellte bei einer Prüfung fest, dass das BMG und die Krankenkassen kaum Einblick hatten, mit welchen kieferorthopädischen Leistungen Patientinnen und Patienten konkret versorgt wurden. Es fehlten bundesweite Daten, z. B. über Art, Dauer und Erfolg der Behandlung, behandelte Altersgruppen, zugrundeliegende Diagnosen sowie die Zahl der abgeschlossenen Fälle und Behandlungsabbrüche. Im Jahr 2012 versuchte die KZBV, Abrechnungsdaten von Kieferorthopäden bundesweit zusammenzuführen, um einen besseren Einblick in die Versorgung zu erhalten. Dies verhinderte das BMG wegen datenschutzrechtlicher Bedenken.

Bereits im Jahr 2008 hatte das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) darauf hingewiesen, dass es keine Studien gebe, die sich mit den langfristigen Wirkungen kieferorthopädischer Behandlungen befassen hätten. Es bestehe der Eindruck einer großen Kluft zwischen praktischer Anwendung kieferorthopädischer Maßnahmen und der wissenschaftlichen Erforschung ihrer Wirksamkeit. Das DIMDI ist eine nachgeordnete Behörde des BMG.

Auch andere Expertinnen und Experten kritisieren seit Jahren, dass Versorgungslage und -notwendigkeit in der Kieferorthopädie unzureichend wissenschaftlich untersucht seien. Dazu zählte bereits im Jahr 2001 der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Das BMG ging der Kritik nicht nach.

Versicherte zahlen oft Selbstzahlerleistungen

Um dem Wirtschaftlichkeitsgebot zu entsprechen, müssen die Zahnärztinnen und -ärzte den Krankenkassen vor jeder Therapie einen Behandlungsplan zur Genehmigung vorlegen. Darüber hinaus bieten Zahnärztinnen und -ärzte häufig zusätzliche Leistungen an, die die Versicherten privat bezahlen müssen. Diese Selbstzahlerleistungen betreffen überwiegend andere Methoden bei Behandlung, Diagnostik und kieferorthopädischen Apparaturen (z.B. Zahnspangen). In Hinweisen für ihre Patientinnen und Patienten stellen Zahnärztinnen und -ärzte die kieferorthopädische Versorgung durch die Krankenkassen als nicht mehr zeitgemäß dar. Angebotene Selbstzahlerleistungen bewerben sie z. B. damit, dass die Therapie schonender und schmerzärmer sei, die Behandlung schneller durchgeführt werden könne und Komplikationen weniger wahrscheinlich seien als bei den Leistungen der Krankenkassen. Dazu verwenden sie häufig Formulierungen wie „optimierte Therapie“, „modernste Methoden“, und „aus der Raumfahrttechnologie“ in Abgrenzung zur Versorgung nur durch die Krankenkassen.

Die Krankenkassen hatten Zweifel, ob solche Angaben belegbar sind und ob es sich nicht vorwiegend um werbende Anpreisungen handelt. Es gebe kaum wissenschaftlich fundierte Studien, mit denen sich Vor- und Nachteile der als Selbstzahlerleistungen angebotenen Therapien belegen ließen. Das BMG bestätigte dies. Versicherte können sich derzeit nicht allgemein verständlich und wissenschaftlich gesichert über kieferorthopädische Selbstzahlerleistungen informieren.

Die Studie einer Krankenkasse kam zu dem Ergebnis, dass drei Viertel der Befragten private Selbstzahlerleistungen mit ihren behandelnden Kieferorthopäden vereinbarten. Bei knapp der Hälfte der Befragten habe der Zuzahlungsbetrag über 1 000 Euro gelegen, wobei es große regionale Unterschiede gebe. Versicherte hätten vor allem die mangelnde Aufklärung über zu erwartende Kosten

der Selbstzahlerleistungen durch die Zahnärztinnen und -ärzte beklagt.

Die Krankenkassen wussten meist nicht, welche kieferorthopädische Versorgung mit welchen Selbstzahlerleistungen ihre Versicherten konkret erhalten hatten. Sie erfuhren davon nur in Ausnahmefällen, etwa wenn Versicherte sich über ihre Zahnärztinnen oder -ärzte beschwerten.

9.2

Der Bundesrechnungshof hat beanstandet, dass weder die Krankenkassen noch das BMG derzeit vertiefte Kenntnisse über die kieferorthopädische Versorgungslage und -notwendigkeit haben. Es fehlen eine wissenschaftliche Untersuchung der kieferorthopädischen Versorgung der Bevölkerung (Versorgungsforschung) und eine darauf aufbauende Bewertung des Nutzens kieferorthopädischer Behandlungen. Mit welchem Ziel und mit welchem Erfolg die Krankenkassen jährlich über 1 Mrd. Euro für kieferorthopädische Behandlungen aufwenden, ist deshalb nicht bekannt. Dies ist auch nicht mit dem Wirtschaftlichkeitsgrundsatz vereinbar. Der Bundesrechnungshof hat zudem kritisiert, dass das BMG den Hinweisen auf diesen Missstand auch aus seinem eigenen Geschäftsbereich seit Jahren nicht nachgegangen ist.

In anderen Leistungsbereichen der Gesetzlichen Krankenversicherung muss der Nutzen einer Therapie wissenschaftlich bestätigt sein. Der Bundesrechnungshof hat deshalb empfohlen, die kieferorthopädische Versorgungslage, Behandlungsnotwendigkeiten und -ziele sowie Qualitätsindikatoren und -kontrollen zu erfassen und objektiv auszuwerten. Das BMG sollte Evaluierungen anstoßen und, soweit notwendig, auf die Schaffung der gesetzlichen Voraussetzungen hinwirken. Hierzu gehören auch Regelungen zur Zusammenführung vorhandener oder neu erhobener Daten. Zudem muss das BMG die Frage klären, wer für solche Evaluierungen die Kosten trägt.

Bedenklich ist zudem, dass nicht bekannt ist, welche Selbstzahlerleistungen die Versicherten in Anspruch nehmen und wie sie konkret kieferorthopädisch versorgt werden. Bei vielen dieser Leistungen fehlen wissenschaftlich fundierte und für die Versicherten verständliche Angaben über ihre Vor- und Nachteile. Der

Bundesrechnungshof hat das BMG deshalb aufgefordert, zusammen mit dem Spitzenverband der Krankenkassen zu prüfen, inwieweit Versicherte fachlich fundiert und verständlich über Begrifflichkeiten, die Notwendigkeit sowie Vor- und Nachteile kieferorthopädischer Selbstzahlerleistungen informiert werden können. Das BMG sollte auch hierzu wissenschaftliche Studien anstoßen und die dazu notwendigen Voraussetzungen schaffen. Der Bundesrechnungshof hat darauf hingewiesen, dass solche Studien die Überlegenheit einzelner Selbstzahlerleistungen gegenüber Kassenleistungen belegen könnten. Für diese Leistungen wäre zu prüfen, ob sie nicht zur Versorgung durch die Krankenkassen gehören müssen.

9.3

Das BMG hat erwidert, das bestehende KIG-System gewährleiste eine zuverlässige und an objektiven Kriterien ausgerichtete Entscheidung über die Leistungserbringung. Allerdings lasse es keine verlässliche Aussage über die langfristigen Folgewirkungen von Fehlstellungen der Zähne und des Kiefers zu. Das BMG kenne keine detaillierten und qualitativ hochwertigen Studien über die Folgen unkorrigierter Fehlstellungen und den Nutzen möglicher Behandlungsmethoden. Es könne solche Studien weder selbst durchführen noch beauftragen. Den Nutzen von Behandlungsmethoden zu bewerten, sei Aufgabe des G-BA. Das BMG befürchte eine Abkehr vom System der gemeinsamen Selbstverwaltung, wenn es selbst Studien initiiere, die unmittelbar Auswirkungen auf den Leistungsrahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung haben könnten. Es sei Aufgabe des G-BA, Inhalt und Umfang der kieferorthopädischen Versorgung in der Kfo-RL zu konkretisieren und regelmäßig zu überprüfen. Überdies hat das BMG ethische Probleme bei möglichen Studien zur kieferorthopädischen Versorgung gesehen, da die Patientinnen und Patienten überwiegend Kinder und Jugendliche seien. Abgesehen davon seien solche Studien für die in Deutschland bestehenden Forschungsinstitute in der Gesetzlichen Krankenversicherung neuartig sowie organisatorisch und methodisch problematisch. An den vorhandenen Leistungsansprüchen sollte nach Auffassung des BMG trotz der Schwierigkeiten für Nachweise ihrer Wirksamkeit festgehalten werden. Andernfalls würde der Zugang zu kieferorthopädischen Leistungen stark vom Einkommen der Versicherten bzw. ihrer Sorgeberechtigten abhängen.

Das BMG hat es abgelehnt, dass Zahnärztinnen und -ärzte den Krankenkassen die Selbstzahlerleistungen verpflichtend mitteilen sollten. Es begrüßt aber eine Vereinbarung zwischen der KZBV und dem Berufsverband für Kieferorthopädie aus dem Jahr 2016. Diese umfasse einen Katalog von Leistungen, die Versicherten üblicherweise als Selbstzahlerleistungen angeboten würden und eine Mustervereinbarung über Selbstzahlerleistungen, die die vorgesehenen Leistungen und deren voraussichtliche Kosten aufschlüsselte. Außerdem sollten Zahnärztinnen und -ärzte zukünftig bei der Abrechnung ihrer Leistungen anzeigen, wenn sie mit Versicherten Selbstzahlerleistungen vereinbart haben. Diese Maßnahmen würden aus Sicht des BMG die Leistungs- und Kostentransparenz in der kieferorthopädischen Versorgung für die Versicherten verbessern.

9.4

Der Bundesrechnungshof hält an seiner Kritik fest. Krankenkassen wenden jährlich über 1 Mrd. Euro für Leistungen auf, deren medizinischer Nutzen nicht hinreichend belegt ist und ohne ein transparentes Behandlungsgeschehen auch nicht hinreichend belegt werden kann. Als für die Gesetzliche Krankenversicherung zuständiges Ministerium darf das BMG in Hinblick auf die unstreitigen Feststellungen des Bundesrechnungshofes nicht untätig bleiben und auf die Akteure in der Gesetzlichen Krankenversicherung hoffen. Es bestehen seit Jahren Hinweise, dass bei kieferorthopädischen Behandlungen das Wirtschaftlichkeitsprinzip als ein tragender Grundsatz im Recht der Krankenversicherung verletzt wird. Zwar bietet das KIG-System formal eine objektive Grundlage, um über eine kieferorthopädische Behandlung zulasten der Krankenkasse zu entscheiden. Wenn aber aussagekräftige Studien fehlen, ist fraglich, inwieweit das KIG-System behandlungsbedürftige Fehlstellungen beschreiben kann. Für medizinisch nicht notwendige oder nicht ausreichende Behandlungen dürfen Krankenkassen nicht aufkommen.

Das BMG bleibt aufgefordert, eine Versorgungsforschung im Bereich Kieferorthopädie anzustoßen. Dazu könnte es – wie schon bei anderen Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung – das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im

Gesundheitswesen einbinden. Das BMG kann diese Institute nach den Bestimmungen des SGB V unmittelbar beauftragen. Beide Institute arbeiten auch im Auftrag des G-BA. Sie messen die Versorgungsqualität und bewerten den aktuellen medizinischen Wissensstand zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren. Zur Erledigung ihrer Aufgaben können die Institute Forschungsaufträge an externe Sachverständige vergeben.

Im Übrigen hält der Bundesrechnungshof Studien nicht pauschal für ethisch problematisch, die Kinder und Jugendliche betreffen. Entscheidend sind Ablauf und Inhalt der Studien. In jedem Fall begegnet es ethischen Bedenken, die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen – auch mit Blick auf deren besondere Schutzbedürftigkeit – jahrelang kieferorthopädisch zu behandeln, wenn Nutzen und Erfolgswahrscheinlichkeit angewandter Methoden nicht hinreichend erforscht sind. Unzweifelhaft soll ein Anspruch auf medizinisch notwendige kieferorthopädische Leistungen unabhängig vom Einkommen bestehen. Aus Sicht des Bundesrechnungshofes ist es jedoch fragwürdig, an bestehenden Leistungen festzuhalten, ohne deren medizinischen Nutzen zu untersuchen.

Der Bundesrechnungshof befürwortet, dass Verbände der Zahnärztinnen und -ärzte die kieferorthopädischen Leistungen transparenter gestalten möchten. Er hält dies jedoch nicht für ausreichend. Er bleibt bei seiner Auffassung, dass den Versicherten fundierte und verständliche Informationen über kieferorthopädische Selbstzahlerleistungen zugänglich sein sollten. Hierfür muss auch deren Nutzen wissenschaftlich evaluiert werden. Für eine umfassende Versorgungsforschung in der Kieferorthopädie muss zudem bekannt sein, welche Selbstzahlerleistungen die einzelnen Versicherten konkret erhalten haben. Im Übrigen bleibt abzuwarten, inwieweit die genannten Verbände der Zahnärztinnen und -ärzte die angekündigten Änderungen tatsächlich umsetzen. Verbindliche Regelwerke haben sie bislang nicht geändert. Die in ihrer Vereinbarung aufgeführten Selbstzahlerleistungen haben sie weder erläutert noch bewertet. Das BMG darf es nicht bei ungeprüften Selbstverpflichtungen der Leistungserbringer belassen.