

Robert A. W. Fuhrmann

Gutachten vor, während und nach kieferorthopädischer Behandlung Teil 1



Robert A. W. Fuhrmann
Univ.-Prof. Dr. Dr.
Universitätspoliklinik für
Kieferorthopädie
Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg
Große Steinstraße 19
06108 Halle/Saale
E-Mail:
info@kiss-orthodontics.de

In der Kieferorthopädie stellt die wirtschaftliche und medizinische Begutachtung beziehungsweise die Erstellung von ärztlichen Stellungnahmen von privaten und gesetzlichen Behandlungsplänen ein häufiges Ereignis dar.

Die mit Abstand meisten Gutachten werden im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung (KZV) bei der Einreichung von kieferorthopädischen Behandlungsplänen, Therapieänderungen und Verlängerungen erstellt. Die Bestätigung und Begutachtung von Nachanträgen ist nach der Abänderung der Gutachterregeln vom 01.04.2014 eher selten.

Gelegentlich wird der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) gutachterlich tätig. Ebenso gibt es Gutachten für die regionale Unfallkasse (UK) und Beihilfesysteme. Bei der Beihilfe unterscheidet man die Bundes-, Landes- und kommunale Beihilfe. Darüber hinaus gibt es Gutachten für die zentral geregelte Postbeamtenkrankenkasse, Soldatenfürsorge und Beamten der Deutschen Bahn.

Davon abzugrenzen sind private Gutachten für private Krankenkassen, private Unfallkassen und Versicherungen auf Gegenseitigkeit. Die Vielzahl der privaten Kostenträger und der angebotenen Voll-, Zusatz- und Zahnzusatztarife geht weit über 1.000 hinaus und ist heute für einen Leistungserbringer nicht mehr zu überblicken. Selbst Fachanwälte für Versicherungsrecht müssen sich bei jedem Einzelfall erst einmal in die Tarifbeschreibung einlesen.

Die hohe Komplexität der unterschiedlichen gutachterlichen Regularien beziehungsweise Durchführungsbestimmungen bei den gesetzlichen und privaten Kostenträgern hat die Nachvollziehbarkeit und Validität aus der Sicht der niedergelassenen Zahnarztpraxen deutlich erschwert.

Das Ziel dieses mehrteiligen Beitrags besteht darin, eine Übersicht über die Regularien und Missverständnisse bei Gutachten und sich daraus ergebende Folgen zu erstellen. Dabei sollen die Auseinandersetzungen zwischen Patient und Antragssteller auf der einen Seite und den Gutachtern und den auftraggebenden Kostenträgern auf der Gegenseite offen dargestellt werden. Die Konsequenzen abschlägiger Gutachten werden aus der Sicht kieferorthopädischer Leistungsanbieter in der niedergelassenen Zahnarztpraxis exemplarisch dargestellt. Ein transparentes Gutachterwesen erlaubt eine vorausschauende Patientenaufklärung hinsichtlich der Genehmigungs- und Erstattungsfähigkeit unterschiedlicher Behandlungskonzepte.

■ Begutachtung für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Im System der gesetzlichen Krankenversicherung hilft ein sogenannter ‚Leitfaden für den KFO-Gutachter‘¹, herausgegeben von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), dem KZV-Gutachter und Obergutachter seine Stellungnahmen nach den aktuell gültigen sozialrechtlichen Standards und den medizinischen Regeln des Fachgebietes zu erstellen.

Dieser Leitfaden der KZBV wurde nach der Neuordnung des Gutachterwesens zum 1. April 2014 in einer zweiten Auflage vorgelegt. Ein Ziel dieser 60-seitigen Publikation ist es, den KZV-Gutachtern für Kieferorthopädie eine verlässliche Arbeitshilfe zur Verfügung zu stellen. Die Anwendung dieses gut strukturierten und klar formulierten Richtlinienkommentars soll zudem ein hohes Maß an Nachvollziehbarkeit und Validität im Rahmen der kassenzahnärztlichen Begutachtung sicherstellen.

Dieser KZBV-Kommentar zum sozialrechtlichen Regelwerk der GKV-Versorgung hat auf vielen Schreibtischen von kassenzahnärztlich tätigen Kieferorthopäden und Gutachtern bei Sozialgerichten einen festen Platz.

■ Überprüfung von KZV-Gutachten

Konnten Meinungsverschiedenheiten zum kieferorthopädischen Behandlungsplan, zur Therapieänderung oder zum Verlängerungsantrag zwischen Antragsteller und KZV-Gutachter nicht in kollegialer Weise geklärt werden, können der Kassenzahnarzt oder die Krankenkasse innerhalb eines Monats nach Eingang des Gutachtens schriftlich bei der KZBV Einspruch einlegen.

Das Ziel dieser schriftlichen Entgegnung ist die Einholung eines Obergutachtens. Der Obergutachter wird vom kieferorthopädischen Fachberater der KZBV bestimmt. Bleibt das Anrufen des Obergutachters erfolglos, ist der jeweilige Antragssteller kostenpflichtig.

Zunehmend häufiger werden abgelehnte BEMA-Behandlungspläne und die abschlägigen Gutachten den Versicherten mit dem Hinweis ausgehändigt, sich bei ihrem Sachbearbeiter von der Krankenkasse zu beschweren.

Solche Versichertenbeschwerden werden je nach Kasse und angesprochenem Sachbearbeiter unterschiedlich gehandhabt. Offensichtlich besteht in dieser Situation ein erheblicher Ermessensspielraum, den man nicht im Vorhinein verlässlich abschätzen kann. Da beim Vorsprechen der betroffenen Versicherten meist die Antragsfrist für Obergutachten verstrichen ist, kann die Krankenkasse eine zweite Begutachtung durch einen alternativen KZV-Gutachter beauftragen, den MDK um Unterstützung bitten oder einen Widerspruchsausschuss etablieren.

Formal korrekt wird der Widerspruch des Versicherten meist zu Protokoll genommen oder es wird durch den Versicherten der schriftlich vorliegende Widerspruch zur abgelehnten BEMA-Kassenbehandlung bestätigt. Der Widerspruch des Versicherten wird vom Widerspruchsausschuss nach § 85 des Sozialgesetzbuches der betroffenen GKV beraten.

Da ein abschlägiges Fachgutachten vorliegt und im Widerspruchsausschuss der GKV kein vergleichbar qualifizierter Fachzahnarzt als ‚Obergutachter‘

vorgesehen ist, wird in der Regel ein abschlägiger Widerspruchsbescheid ausgestellt, da der Antrag des Versicherten nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V entspricht.

Der Versicherte erhält einen förmlich zugestellten Widerspruchsbescheid mit einem rechtlichen Hinweis, dass er innerhalb eines Monats nach Zugang des Bescheides Klage bei dem benannten Sozialgericht erheben kann.

Diese Möglichkeit einer Klage beim Sozialgericht wird nach einem entsprechenden Hinweis durch den Kieferorthopäden zunehmend durch die Versicherten beantragt, da diese Sozialgerichtsverfahren für die Kläger nahezu kostenlos sind.

■ Verfahren beim Sozialgericht

Für die Ablehnung des BEMA-Behandlungsplans haftet ausschließlich die beklagte Krankenkasse. Alle betroffenen GKV-Kassen solidarisieren sich im Verfahren mit dem Gutachten des KZV-Gutachters ohne weitere Überprüfung beispielsweise bei einem MDK-Gutachter. Das eherne Prinzip der zweiten Meinung wird hier bisher nicht eingehalten.

Nach der Prüfung der Antragsunterlagen durch das Sozialgericht werden alle Beteiligten um Stellungnahme gebeten. Anschließend formuliert das Sozialgericht einen problemorientierten und befundbezogenen Beweisbeschluss und beruft einen Gerichtsgutachter.

Der Sachverständige des Gerichts analysiert den vorliegenden medizinischen Sachverhalt nach fachlichen und sozialrechtlichen Standards und nimmt zu den einzelnen Fragen aus dem Beweisbeschluss schriftlich Stellung.

Sobald das Gutachten des beauftragten Gerichtsgutachters bei der beklagten Krankenkasse vorliegt, überstellt die beklagte GKV es dem involvierten KZV-Gutachter und bittet um Stellungnahme.

■ Überprüfung der KIG-Einstufung

Die mit Abstand häufigste Ursache für solche Sozialgerichtsverfahren ist die Ablehnung einer kieferorthopädischen Indikationsgruppe von mindestens KIG 3 durch den Gutachter.

Bestreitet der KZV-Gutachter, dass anhand der vorgelegten kieferorthopädischen Unterlagen keine Einstufung in eine KIG-Gruppe mit mindestens Grad 3 möglich sei, steht er in Gegensatz zum Antragssteller.

Vom Gericht wird zur Erstellung des Gutachtens meist ein Beweisbeschluss mit folgenden inhaltlichen Fragestellungen formuliert:

Der KFO-Behandlungsplan vom tt.mm.jjjj wurde von der Beklagten nicht befürwortet, da keine KIG-Einstufung mit dem Grad 3 oder größer bestanden habe.

Das Gutachten ist nach Aktenlage zu erstatten zu folgenden Fragen:

- Welche Gesundheitsstörungen lagen beim Kläger im Hinblick auf den Kiefer und die Zähne zum Zeitpunkt der Antragsstellung vor?
- Welche Einstufung des Behandlungsbedarfsgrades der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) lag zum Zeitpunkt der Antragstellung vor?
- Hatte die 2. Phase des Zahnwechsels schon begonnen? Wenn nein, bestand ein Ausnahmefall im Sinne der KFO-Richtlinien?
- War die geplante Behandlung medizinisch notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich?
- Gabe es Alternativen? Wenn ja, welche?

Zu dem vorliegenden KZV-Gutachten ist kritisch-wissenschaftlich Stellung zu nehmen, soweit hinsichtlich der Befunde und/oder der sozial-medizinischen Beurteilung davon abgewichen wird.

Für den Kläger empfiehlt es sich, beim Sozialgericht einen Gutachter vorzuschlagen, der nicht gleichzeitig KZV-Gutachter ist. Jedes Gericht führt eine Gutachterliste oder schreibt die Zahnärztekammern an, mit der Bitte um Benennung eines Gutachters.

Der Gerichtsgutachter ist an die Fragen aus dem Beweisbeschluss und an das Regelwerk aus dem Sozialrecht gebunden. Zentraler Punkt bei der Erstellung solcher Gutachten ist meist eine reproduzierbare Modellvermessung nach dem Kriterienkatalog der KIG-Gruppenbeurteilung:

- Vermessung der größten klinischen Einzelzahnabweichung.
- Alle Messstrecken müssen in einer Ebene liegen; das heißt, sie dürfen nicht dreidimensional verlaufen.
- Die Kieferrelation ist nicht systemrelevant.
- Alle Angaben erfolgen in Millimeter.

Bei einer Ablehnung des ursprünglichen kieferorthopädischen Behandlungsplans aufgrund einer unzureichenden KIG-Einstufung ohne jegliche Millimeterangaben durch den KZV-Gutachter kann man meist davon ausgehen, dass keine Modellvermessung beziehungsweise metrische Modellanalyse durchgeführt wurde.

Die umstrittensten KIG-Einstufungen sind T2/3; E2/3; P2/3; D2/3 und K.

Von einem fehlerhaften KZV-Gutachten ist auszugehen, wenn der beschriebene Befund und der vorliegende Modellbefund nicht übereinstimmen. Manchmal wurde das zu beurteilende Modell verwechselt.

Die Vermessung von dreidimensional orientierten kieferorthopädischen Anfangsmodellen ist metrisch reproduzierbar und kann somit wissenschaftlich gesehen als objektive Befundung eingestuft werden. Wissenschaftlich beziehungsweise statistisch gesehen, liegen die durchgeführten Messungen an kieferorthopädischen Modellen bei einer Wiederholung durch andere Sachverständige in einem kleinen Streubereich.

■ Unwirtschaftliche Therapieplanung

Zu den weiteren zentralen Streitfragen, die zunehmend zur Überprüfung von abgelehnten BEMA-Behandlungsplänen beim Sozialgericht führen, zählt die Zurückweisung der vorgeschlagenen Therapie als unzureichend, medizinisch nicht indiziert oder unwirtschaftlich.

Vom Gericht wird bei solchen Streitfragen inhaltlich folgender Beweisbeschluss formuliert:

Der kieferorthopädische Behandlungsplan vom tt.mm.jjjj wurde von der Beklagten nicht befürwortet, da keine medizinisch ausreichende und wirtschaftliche Behandlung beantragt wurde.

Das Gutachten ist nach Aktenlage zu erstatten zu folgenden Fragen:

1. Liegt bei der Klägerin eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vor, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht?
2. Ist die im Behandlungsplan aufgeführte Behandlung geeignet, die Fehlstellung – bestmöglich – zu korrigieren?

3. Gibt es Behandlungsalternativen? Wie hoch sind ungefähr die Kosten beim Vergleich unterschiedlicher Therapievarianten?

Zu dem vorliegenden KZV-Gutachten ist kritisch-wissenschaftlich Stellung zu nehmen, soweit hinsichtlich der Befunde und/oder der sozial-medizinischen Beurteilung davon abgewichen wird.

Zentraler Punkt dieser Gerichtsgutachten ist meist ein Vergleich zwischen dem ursprünglich beantragten Therapiekonzept und Alternativen. Eine *Conditio sine qua non* ist dabei, dass alle vorgeschlagenen Techniken beziehungsweise Apparaturen sich im Leistungskatalog der GKV befinden.

Außervertragliche Alternativen kann man unter Hinweis der fehlenden Erstattungsfähigkeit ausschließen beziehungsweise die Mehrkostenfähigkeit feststellen. Hierzu führen Hinweise auf eine höherwertige Bracketqualität im BEMA-Behandlungsplan.

Ein zentraler Grundsatz der kassenwirtschaftlichen Begutachtung gegenüber dem Antragssteller ist die Gewährung von Therapiefreiheit. Oftmals wird diese Grundregel eher kleinlich interpretiert, da der KZV-Gutachter seinen persönlichen Maßstab aus seiner Praxis auf andere Apparaturen beziehungsweise Techniken projiziert. Dabei lässt sich anmerken, dass man Bisslagekorrekturen mit unterschiedlichsten Behandlungsgeräten erzeugen kann. Eine kategorische Einforderung eines spezifischen Gerätetypus ist wenig sinnvoll.

Ebenso unverständlich ist die kategorische Einforderung einer invasiven oder irreversiblen Therapie, wie beispielsweise der Extraktion von gesunden permanenten Zähnen mit dem Hinweis der Einhaltung der Kassenwirtschaftlichkeit.

Der zentrale Grundsatz einer jeglichen kieferorthopädischen Therapie, unabhängig vom Kostenträger und der aktuellen sozialrechtlichen Regelung, ist die Einhaltung des sogenannten medizinischen Standards der wissenschaftlichen Kieferorthopädie. Deshalb ist das uralte Prinzip des *„Nihil nocere“* (= nicht zu schaden) höher einzuschätzen als die Kassenwirtschaftlichkeit.

Die kategorische Einforderung der Extraktion vier gesunder Prämolaren unter dem unklaren Deckmantel der sogenannten ‚Kassenwirtschaftlichkeit‘ widerspricht meist dem Prinzip der ‚Ultima Ratio‘ einer kieferorthopädischen Extraktionsentscheidung.

Selbstverständlich ist der KZV-Gutachter dazu verpflichtet, auf eine wahrscheinlich unvermeidbare Extraktionsentscheidung hinzuweisen, aber die kategorische Einforderung als Eingangsvoraussetzung für eine kassenwirtschaftliche Behandlung nach BEMA ist zurückzuweisen.

Selbstverständlich kann bei mehreren, tief zerstörten ersten Molaren und erkennbaren Weisheitszahnanlagen eine systematische Molarenextraktion durchaus indiziert und kassenwirtschaftlich sein, obwohl eine solche Therapie hinsichtlich von Behandlungszeit und Kosten im Vergleich zur Nonextraktionstherapie kurzfristig als unwirtschaftlich erscheint.

Die Einhaltung des gültigen medizinischen Standards ist stets ein höheres Rechtsgut als die Befolgung von sozialrechtlichen Regelungen. Die Perspektive des KZV-Gutachters sollte primär auf die langfristige Erhaltung von Zahn- und Knochengewebe des Versicherten ausgerichtet sein und nicht auf kurzfristig anfallende Kosten. Dieser Grundsatz sollte in das vorliegende Regelwerk aufgenommen werden.

Das sogenannte Patientenrechtegesetz nach § 630a-h BGB und die daraus erwachsene Sorgfaltspflicht sind nicht nur für den klinisch tätigen Zahnarzt, sondern auch für den KZV-Gutachter verbindlich. Dabei ist die Wertigkeit der BGB-Gesetzgebung insgesamt höher einzustufen als die Beachtung der Kassenwirtschaftlichkeit. Bei einem Arzthaftungsprozess verspricht der Hinweis eines beklagten Kieferorthopäden auf aktuelle sozialrechtliche Regelungen und Budgetierung meist wenig Erfolg.

■ Folgen von Sozialgerichtsurteilen

Ein verlorenes Sozialgerichtsverfahren kann beim Landessozialgericht – und je nach inhaltlicher Bedeutung der Streitfrage für das gesetzliche Krankenversicherungssystem – beim Bundessozialgericht erneut aufgerollt werden. Solche Revisionen oder Sprungrevisionen sind bei den Klagen gesetzlich Versicherter eher selten.

Oftmals werden die gesetzlich Versicherten parallel zur rechtlichen Aufarbeitung der verweigerten Kassenbehandlung als Selbstzahler therapiert und die anfallenden Therapiekosten nach GOZ und BEB berechnet.



Um diese Behandlungskosten anschließend bei einer erfolgreichen Klage erstattet zu bekommen, werden den beklagten GKV-Kassen oftmals vom Sozialgericht die vollständige Kostenübernahme auferlegt. Eine Umrechnung auf BEMA und BEL-Positionen wird eher selten beschieden.

Für die beklagte Krankenkasse sind verlorene Sozialgerichtsverfahren besonders nachhaltig, da sie einem ihrer Versicherten aufgrund eines fehlerhaften KZV-Gutachtens eine ihm zustehende Leistung verweigert haben.

Es ist nachvollziehbar, dass unterlegene GKV-Kassen bei einem groben Fehler des KZV-Gutachters teilweise ungehalten eine Ablösung bei der zuständigen KZV beantragen. Die Berufung und Abberufung von Gutachtern ist im sozialrechtlichen Regularium nicht klar geregelt.

Abberufungen von Gutachtern durch die KZV sind extrem selten. Zur Vermeidung von missbräuchlicher Amtsführung wäre eine anonyme Qualitätssicherung mittels Prüffällen zur Kalibrierung der gutachterlichen Einschätzung durch die KZBV wünschenswert. Ein frühzeitiger Hinweis auf Fehleinschätzungen könnte die Fluktuation bei den berufenen Gutachtern beleben und den Besuch der regelmäßigen KZV-Gutachterschulungen forcieren.

Aus Sicht der Versicherten und verärgerter Antragssteller ist die vermehrte Anrufung von Sozialgerichten zum Aufbrechen verkrusteter Strukturen und Netzwerke nachvollziehbar.

■ Überlagerung sozialrechtlicher Regularien mit anderen Pflichten

Die multiplen Überschneidungen zwischen kassenwirtschaftlichen Regularien und anderen gesetzlichen Pflichten des klinisch tätigen Kieferorthopäden, insbesondere die Einhaltung des medizinischen Standards und der gebotenen Aufklärungspflichten aus dem Patientenrechtegesetz, werden teilweise vom KZV-Gutachter unterschätzt.

Gegen vorausschauende aufklärende Hinweise in den Behandlungsplänen, wie beispielsweise der diagnostische Hinweis auf das mögliche Bestehen einer kranio-mandibulären Dysfunktion oder der therapeutische Vorbehalt hinsichtlich Extraktionen oder einer chirurgischen Bisslagekorrektur, ist aus der Sicht

kassenwirtschaftlicher Versorgung oder sozialrechtlichen Regularien nichts einzuwenden, da eine Therapieänderung stets schriftlich angezeigt werden muss.

KZV-Gutachter, die sich solcher aufklärenden Hinweise gegenüber verschließen und eine dirigistische Maßgabe in ihrem Gutachten festschreiben, interpretieren ihre Aufgabe kleinlich als Bestimmer im GKV-System.

Gutachterliche Maßgaben, die über den Bereich der Sozialgesetzgebung hinausgehen, sind allenfalls als kollegialer Hinweis erlaubt, aber sicherlich kein Ablehnungs- oder Kürzungsgrund für einen regelkonform beantragten BEMA-Behandlungsplan.

Die Akzeptanz gegenüber anderen Denkansätzen, Therapievor schlägen, alternativer Apparaturen könnte die Toleranz und gelebte Kollegialität deutlich verbessern. Es gehört mehr Mut dazu seine gutachterliche Meinung zu ändern, als an seinen eigenen Maßstäben zu kleben.

■ Begutachtung durch den MDK

Neben der klassischen KZV-Begutachtung steht den gesetzlichen Krankenkassen der Medizinische Dienst (MDK) zur Begutachtung von Einzelfällen und zur Beratung in zahnmedizinischen Grundsatzfragen zur Verfügung. Rechtsgrundlage für eine zahnmedizinische MDK-Begutachtung ist § 275 Abs. 1 SGB V. Die MDK-Begutachtung dient dem Schutz der Versicherten vor unzureichenden oder zu aufwendigen unwirtschaftlichen Behandlungen.

Die angerufene Krankenkasse kann die gesetzlich Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die aus möglichen Behandlungsfehlern entstanden sind, unterstützen und hierzu den MDK einbinden (§ 66 SGB V).

Der MDK begutachtet vertragliche und außervertragliche Leistungen, die weit über den ursprünglich beantragten BEMA-Behandlungsplan hinausgehen. Einzelne GKV-Kassen haben spezifische Fachberater für außervertragliche Leistungen. Die Meinung dieser hinzugezogenen AVL-Gutachter ist nicht verbindlich und gesetzlich bisher nicht geregelt und gehört keinesfalls zur MDK-Begutachtung.

Der MDK-Gutachter prüft, ob die Behandlung gemäß der kassenärztlichen Richtlinien durchgeführt und zusätzlich inwieweit der aktuelle medi-



zinische Standard der Kieferorthopädie eingehalten wurde.

Der MDK-Gutachter untersucht, inwiefern ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler und einem Gesundheitsschaden besteht. Neben einer kostenlosen gutachterlichen Bewertung für den Versicherten kann die GKV-Kasse eigene Regressansprüche an den kieferorthopädischen Leistungserbringer stellen, sofern ein kausaler Zusammenhang tatsächlich nachgewiesen wurde (§ 116 SGB X).

Bei der Auswahl der Gutachter für die KZV und den MDK handelt es sich meistens um niedergelassene Fachzahnärzte für Kieferorthopädie, die zwischen dem regional verantwortlichen KZV-Vorstand und den Krankenkassen einvernehmlich bestellt werden. Die MDK-Gutachter sind nur ihrem ärztlichen Gewissen verpflichtet (§ 275 Abs 4 SGB V). Die KZV-Gutachter bzw. Obergutachter und die MDK-Gutachter haften für ihre ärztliche Stellungnahmen nicht.

■ Folgen von MDK-Gutachten

Für die betroffenen kieferorthopädischen Leistungserbringer und die beantragende Krankenkasse ist ein abschlägiges MDK-Gutachten nicht bindend.

Bei einem festgestellten Behandlungsfehler sollte nach Eingang des abschlägigen MDK-Gutachtens beim Kieferorthopäden unverzüglich die Berufshaftpflicht informiert werden und ein Schadensformular ausgefüllt werden. Die weitere Schadensaufarbeitung obliegt der Berufshaftpflicht und dem eventuell angerufenen Zivilgericht.

Bei der Feststellung einer kassenunwirtschaftlichen Behandlung ist ebenfalls Vorsicht geboten. Der Einzelfall kann für die antragstellende Krankenkasse oder die darüber informierte KZV ein Anlass zu einer breit angelegten Wirtschaftlichkeitsprüfung der betroffenen Praxis sein.

Deshalb ist eine vorschnelle Einlassung, Rückzahlung beziehungsweise Regressanerkennung für den betroffenen Kieferorthopäden nicht anzuraten. Notfalls kann man sich nach Absolvierung des Prüfungs- und Widerspruchsausschusses bei der KZV noch vorm Sozialgericht verteidigen beziehungsweise vergleichen. Angesichts des hohen Zeitaufwands für solche langwierige Verfahren ist der absehbare finanzielle

Schaden in einer Kosten-Nutzen-Analyse durch erfahrene sachkundige Berater kritisch einzuschätzen.

■ Schlussfolgerung

Die Wertschätzung für die gutachterliche Arbeit und die Amtsführung von den berufenen Gutachtern kommt im Alltag der zahnärztlich-kieferorthopädischen Versorgung häufig zu kurz. Das unverzichtbare und alternativlose Gutachteramt soll durch diese Übersicht keinesfalls angezweifelt, beschnitten oder negativ dargestellt werden. Dennoch ist es eine Pflicht, den eigenen Kenntnisstand zu verbessern und die erreichte Qualität kritisch zu hinterfragen.

Qualifizierte Fachgutachter sind in jeder medizinischen Fachdisziplin und bei vielen Streitfragen unverzichtbar. Solange fortgebildete Kieferorthopäden sich für dieses schwierige Schiedsrichteramt finden, herrscht Zuversicht und ein allgemein akzeptabler Lösungsweg ist meistens erreichbar.

Gutachten, die zu kieferorthopädischen Fragestellungen ohne Mitwirkung von Kieferorthopäden abgefasst werden, sind bedenklich und halten einer Prüfung meist nicht stand. Hierzu fällt einem die viel diskutierte HTA des Bundesministeriums für Gesundheit aus dem April/Mai 2008 ein, die den Sachstand des Fachgebietes unzureichend darstellte. Das Facharztgebot der Gerichtsbarkeit ist hier als Gegenmodell anzuerkennen. Der Facharztstandard sollte bei aller Diskussion anhand einzelner Vorfälle nicht infrage gestellt werden.

Bei der Benennung verschiedener Institutionen und Abläufe wurde die Vorgehensweise teilweise vereinfacht beziehungsweise verkürzt dargestellt, um die Lesbarkeit und Verständlichkeit des vorliegenden Textes zu erhöhen.

Die Leser dieses Beitrags sind dazu aufgefordert, sich bei der Ausgestaltung dieser Übersicht über die Aussagekraft von Gutachten und deren regulatorische Wirkung im Rahmen der zahnärztlich-kieferorthopädischen Leistungserbringung zu beteiligen. Ergänzungsvorschläge und Kritik sind willkommen.

■ Literatur

1. Leitfaden für den KFO-Gutachter. Berlin KZBV. 2. Auflage, 2014.