

KN PRAXISMANAGEMENT

Die Abrechnungsfähigkeit von ästhetischer Kieferorthopädie

Seit Jahrtausenden setzen die Menschen viel daran, ihren Körper, besonders ihr Gesicht, zu verschönern, und nehmen dafür jedwede Form der Behandlung auf sich. Ziel all dieser Behandlungen ist zu jeder Zeit, die äußere Erscheinung vorteilhaft zur Geltung zu bringen, Aufmerksamkeit zu erregen, eine grundlegende Veränderung des „Gesichtes als Visitenkarte“ herbeizuführen, koste es, was es wolle. Ein Beitrag von Prof. Dr. Robert A. W. Fuhrmann.



Abb. 1a-c: 22-jährige Patientin mit tertiärem Engstand. Motivation für die kieferorthopädische Zweitbehandlung ist der frontale Engstand. Im Rahmen einer ersten KFO-Behandlung im Alter von 12 Jahren erfolgte bereits eine systematische Extraktionstherapie der ersten Prämolaren.

ANZEIGE

A4
frei

Während früher das Gesicht ‚gottgegeben‘, also genetisch definiert war, wird es heute zum Kunstwerk, das sich künstlich ändern lässt. So versprechen die plastisch-kosmetische Chirurgie und die ästhetische bzw. kosmetische Zahnmedizin ein neues Gesicht mit mehr ‚Schönheit‘. Meist steht Ästhetik in Verbindung zu perfekter Funktion. Dabei ist die Kieferorthopädie ein wichtiger Baustein in der präventiven Zahnmedizin.

Ästhetische Orthodontie erfüllt nach der befundbezogenen Einbeziehung von parodontologischen, endodontologischen und restaurativen Erwägungen einen grundlegenden medizinischen Bedarf. Voraussetzung dafür ist eine eindeutige medizinische Indikationsstellung zur Rehabilitation bzw. erneuten Stabilisierung der Funktionsfähigkeit des Kauorgans. Die medizinischen Indikationen haben sich dabei in der Kieferorthopädie in den letzten Jahrzehnten präventionsorientiert verändert. Zusätzlich erlauben neue Techniken – insbesondere die ‚unsichtbaren‘ Behandlungsformen – verstärkt ältere Erwachsene für die zeitlich anspruchsvolle Therapie zur orthodontischen Erneuerung ihrer Gebissfunktion und Ausstrahlung zu gewinnen. Die Verbesserung der dento-fazialen Ästhetik bei gleichzeitiger Stabilisierung der Funktionsfähigkeit wird bei erwachsenen Patienten zum entscheidenden Behandlungsmotiv. Der Bedarf und die Nachfrage sind in der Altersgruppe der 15- bis 40-jährigen am höchsten, denn in diesem Lebensabschnitt wird ein attraktives Gesicht mit beruflichem Erfolg, Prestige und erleichterter Kontaktaufnahme assoziiert.

Gerade die Zähne sind im Laufe der letzten 50 Jahre mehr und mehr zum zentralen Mittelpunkt des Lächelns geworden. Dabei gibt es teilweise eine auffällige Diskrepanz zwischen den objektiv vorliegenden Befunden und der subjektiven Selbsteinschätzung. Deshalb muss man bei der Behandlungskonzeption und Indikation

vorsichtig sein, nicht auf Patienten zu treffen, bei denen tiefer liegende psychische Probleme, wie z. B. Depressionen oder Beziehungsprobleme, die dentale Problematik überlagern.

Die Ästhetikwelle hat sich in den letzten Jahren zu einem festen Teil der Zahnheilkunde mit schnell wachsenden Umsatzanteilen etabliert. Moderne Marketingkonzepte für die kieferorthopädische Praxisdarstellung oder im Rahmen der Werbung für die spezifischen Dienstleistungsangebote, wie die ‚unsichtbare‘ Behandlung mittels transparenten Schienen oder Lingualtechnik, haben dazu geführt, dass sich so manche Zahnarztpraxis heute zum Zentrum für Ästhetische oder Kosmetische Zahnmedizin bzw. Kieferorthopädie umbenannt. Auf allen Inseraten, Praxisschildern, T-Shirts und den Briefköpfen erkennt man das neue Praxismotto ‚create your smile‘ im Sinne einer durchaus perfekten zahnärztlichen ‚Corporate Identity‘. Diese neuen Marketingkonzepte sind sicherlich zeitgemäß und erfolgreich, aber bergen eine Reihe von Risiken.

Finanzielle Risiken

Die enge Vernetzung zwischen eugnather Okklusion und Artikulation, ästhetischer Zahnaufstellung und ihrer ‚Halbschwester‘, der kosmetischen Zahnmedizin, macht es für die Steuerbehörden, Kostenerstatter und Gerichte teilweise schwierig, zwischen medizinischer, ästhetischer Indikationsstellung und kosmetischer Leistungserbringung zu differenzieren. Voraussetzung zur Anwendung der zahnärztlichen bzw. ärztlichen Gebührenordnung (GOZ) ist meistens, dass es sich um eine medizinische Leistung handelt.

Eine kosmetische Leistungserbringung erfolgt häufig ohne medizinische Indikationsstellung auf Wunsch des Patienten, so dass hier die Vereinbarung zwischen Arzt und Patient nicht auf einem klassischen Behandlungsplan (GOZ 004) basiert, sondern

eine Behandlung auf Verlangen darstellt (GOZ 002).

Mehrwertsteuerpflicht für Ästhetikanbieter?

Medizinische Dienstleistungen, die ausschließlich auf Wunsch des Patienten, subjektiv empfundene Schönheitsfehler zu beseitigen, ohne jegliche medizinische Indikationsstellung, sind mehrwertsteuerpflichtig. Die Mehrwertsteuerpflicht bedeutet für Praxisinhaber, die kosmetische Zahnmedizin betreiben, dass eventuell 19 % vom Praxisumsatz abgeführt werden müssen. Da diese Pflicht zur Entrichtung von Mehrwertsteuer bei Zahnarztpraxen meistens im Rahmen einer Betriebsprüfung diskutiert wird, ergibt sich schnell ein mehrjähriger Veranlagungszeitraum und damit sechsstellige Summen.

Fragliche Genehmigung- und Erstattungsfähigkeit

Orthodontische Behandlungsmaßnahmen, die allein auf Veranlassung bzw. Wunsch des Patienten nach neuer ästhetischer Frontzaufstellung ohne klar definierte medizinische Indikationsstellung durchgeführt werden, sind häufig durch gesetzliche oder private Kostenerstatter nicht oder nur eingeschränkt genehmigungs- und erstattungsfähig. Kieferorthopädische Behandlungspläne, die allein eine ästhetische Reorientierung oder Neuaufstellung der Incisivi zum Schluss der dunklen interdentalen Dreiecke und/oder eine Verbesserung der Rot-weiß-Relation im Frontzahnbereich aus ästhetischen Gründen beantragen, werden von vielen Kostenerstattern als medizinisch nicht notwendig eingestuft und zurückgewiesen. Bei orthodontisch-ästhetischen Behandlungsmaßnahmen sollte man den Patienten die Voraussetzungen für die Genehmigungs- und Erstattungsfähigkeit im Rahmen

der Kostenaufklärung eingehend vermitteln. Nach den ersten, nicht erstatteten Liquidationen kann die emotionale Aufgebrachttheit beim Patienten schnell dazu führen, dass gegen den Zahnarzt als Leistungserbringer vorgegangen wird.

Erwachsenenbehandlung als reine ‚Ästhetik‘ oder ‚Kosmetik‘ abgestempelt

Private Kostenerstatter haben mittlerweile verschiedenste Strategien zur Ablehnung kieferorthopädischer Behandlungsmaßnahmen bei Erwachsenen entwickelt. Beinahe jeglicher orthodontischer Behandlungsplan wird als allein ästhetisch motivierte Therapie eingestuft. Dazu notwendige ‚Gefälligkeitsgutachten‘ oder Stellungnahmen finden sich schnell im zahnärztlichen Markt. Die Erstattungsfähigkeit wird entweder komplett oder teilweise abgelehnt. Die Argumentationsgrundlage für einzelne private Krankenkassen wird dabei vermehrt an die restriktive Genehmigung von Behandlungsplänen bei Erwachsenen aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Beihilfe angelehnt. Die gesetzlichen Regelungen bei der vertragszahnärztlichen Versorgung richten sich bekanntlich nach § 29 des SGB V. Ausgehend von diesen Vorgaben bei den gesetzlichen Versicherern, möchten einige private Kostenerstatter nur noch schwerwiegende craniofaziale Kieferanomalien mit angeborenen Missbildungen des Gesichts, ausgeprägte skeletale Dysgnathien oder verletzungsbedingte Kieferfehlstellungen genehmigen, die mindestens in die Behandlungsgrade A5, D4, M4, O5, B4 oder K4 der kieferorthopädischen Indikationsgruppen eingestuft werden können. Die Ausgrenzung medizinisch indizierter orthodontischer Maßnahmen bei erwachsenen Patienten durch private Kostenerstatter ana-

log zu den gesetzlichen Krankenkassen ist nicht statthaft und steht meist in Widerspruch zu den Versicherungsbedingungen, die beim Abschluss der privaten Krankenversicherung gültig waren. Immer mehr betroffene Patienten und Kieferorthopäden haben sich in letzter Zeit erfolgreich gegen die Vorgehensweise der privaten Kostenerstatter durchgesetzt.



Abb. 2: Nach Einholung verschiedener Kostenvorschläge entscheidet sich die Patientin für eine Nonextraktionstherapie mit interdentalen Stripping und Keramikbrackets. Das manuelle und maschinelle Stripping erfolgt schrittweise im Seitenzahnbereich nach orthodontischer Korrektur der Zahnstellung. Die Auflösung des frontalen Engstandes erfolgt nach distal bei konstantem Zahnbogen.

Voraussetzung dafür ist meist ein unabhängiges und gerichtsfestes Gutachten.

Uneingeschränkte Therapiefreiheit in der KFO?

Voraussetzung für die erfolgreiche Kostenerstattung ist der Nachweis der medizinischen Notwendigkeit durch den Versicherten bzw. seinen behandelnden Arzt. Die Definition von medizinischer Notwendigkeit in der aktuellen Rechtssprechung lautet: ‚Eine Heilbehandlung ist medizinisch notwendig, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen.‘ Für die Erstattungspflicht der privaten Krankenkasse kommt es auf die objektive medizinische Notwendigkeit an. Im sogenannten Alpha-Urteil vom 12.3.2003, IV ZR

278/01, wird klar herausgestellt, dass nachdem die medizinische Notwendigkeit nachgewiesen wurde, der Patient bei der Wahl der Therapie nicht die preisgünstigste Möglichkeit wählen muss. Drei Jahre später hat der BGH die Feststellungsklage einer KFO-Patientin gegen ihre PKV befürwortet (IV ZR 131/05, 8. Februar 2006). Die PKV hatte eine Zusage kate-

gorisch verweigert, da der Versicherungsgutachter nur ein kombiniertes Vorgehen mit chirurgischer Bisslagekorrektur als medizinisch sinnvoll angesehen hat. Im Kommentar dazu schrieb der BGH: ‚Die Klägerin habe einen Anspruch gegenüber ihrer PKV darauf, vor einem nicht abzuschätzenden Kostenrisiko geschützt zu werden.‘ Entscheidend, so der BGH, kommt es auf die Eignung einer medizinischen Maßnahme an, eine Krankheit zu heilen oder zu lindern. Der BGH nimmt die zahnärztliche Therapiefreiheit ernst und formuliert: ‚Eine Behandlung kann auch dann medizinisch sinnvoll sein, wenn ihr Erfolg nicht sicher vorhersehbar sei. Es genügt, wenn die Befunde zum Zeitpunkt der Behandlung als vertretbar erscheinen lassen, die Behandlung als notwendig anzusehen.‘ Diese eindeutige BGH-Rechtssprechung für die Versicherten und die zahnärztliche Therapiefreiheit wird

durch das neue Versicherungsvertragsgesetz zukünftig beeinflusst werden. In diesem Gesetz wird ein neuer Begriff der Übermaßbehandlung definiert. Was in der Kieferorthopädie eine Normal- bzw. Übermaßbehandlung ist, wird in den nächsten Jahren vermutlich vor Gericht landen. Es bleibt abzuwarten, inwieweit sich durch dieses Gesetz die Therapiefreiheit in der Kieferorthopädie verändert.

Überprüfbare und legale Abrechnung

Private Liquidationen werden zunehmend von privaten Kostenerstattern und der Beihilfe hinsichtlich der Abrechnung adäquater Gebührenpositionen und angemessener Steigerungsfaktoren auf Plausibilität überprüft. Bei Unstimmigkeiten werden die entsprechenden Gebührenpositionen durch die Sachbearbeiter immer häufiger nicht erstattet, teilweise mit dem Hinweis ‚Ihr Zahnarzt rechnet falsch ab‘. Die Patienten bringen diese Briefe mit in die Praxis, mit der Bitte um Klarstellung, Korrektur bzw. Erstattung.

Obwohl die aktuelle Gebührenordnung bereits 20 Jahre alt ist und unzählige teilweise widersprüchliche GOZ-Urteile bei unterschiedlichen Gerichten und Instanzen bundesweit ergangen sind, halten sich viele Kostenerstatter nicht an diese Rechtsprechung. Hinweise, dass diese GOZ-Positionen zweideutig oder umstritten sind, fehlen in diesen Schreiben weitestgehend.

Das Ansetzen von umstrittenen Gebührenpositionen, wie der Position A3 für eine umfassende längere Beratung oder der GOZ-Position 203 für das Separieren vor dem Setzen der Bänder werden von manchen Praxen gar nicht mehr angesetzt, um die Anzahl der Abrechnungskonflikte bzw. Patientenreklamationen zu reduzieren. Obwohl in vielen Praxen überwiegend die Zahnärthelferinnen die Abrechnung vornehmen, sollten sich die Ärzte darüber im Klaren sein, dass Sie allein für die Liquidation haften. Das werbewirksame Abrechnungsmotto ‚alles, was geht‘ hat in den letzten Jahren dazu beigetragen, dass viele Gebührensätze aus der Gebührenordnung für Ärzte unkontrolliert in den Liquidationsbereich der Kieferorthopädie eingebunden wurden. Dies hat das Ausmaß und die Anzahl der Konflikte erhöht. Zur Erreichung einer höheren Rechtssicherheit und zur Reduktion von Abrechnungskonflikten, sollte man vor allem spezifische KFO-Positionen in den Vordergrund der Liquidationsstellung stellen. Zur Wahrung der Umsatzneutralität empfiehlt es sich, die kieferorthopädischen Gebührenpositionen angemessen zu steigern und individuell zu begründen.

Umstellung der zahnärztlichen Gebührenordnung

Die derzeit laufende Diskussion über die Umstel-

lung der zahnärztlichen Gebührenordnung (GOZ 2008) wird durch die vermutete und befürchtete ‚Bematisierung‘ der kieferorthopädischen Leistungspositionen vor schnell emotionalisiert. Niemand außerhalb des BMG weiß zur Zeit, wie die definitive GOZ 2008 aussehen und vor allem wann Sie in Kraft treten wird. Der bisher vorliegende Referentenentwurf hat dabei zur Verunsicherung beigetragen. Vorschnele Fortbildungskurse, die den Inhalt des Referentenentwurfs zur Basis haben, werden nach dem definitiven GOZ-Erlass weitestgehend Makulatur sein. Das Abwarten auf die definitive GOZ-Verordnung ist bei dem aktuellen Pegelstand der Angst zwar schwierig, aber unvermeidlich. Bei allen Risiken durch die anstehende GOZ-Verordnung und das neue Versicherungsvertragsgesetz bin ich zuversichtlich, dass sich zukünftig erstattungsfähige Regelungen für eine angemessene Honorierung kieferorthopädischer Dienstleistung finden lassen. Weitere Informationen finden auf der Homepage www.kiss-orthodontics.de

KN Kurzvita



Univ.-Professor Dr. med. Dr. med. dent. Robert A. W. Fuhrmann

- geboren am 01.08.1960
- 1979–1988 Studium der Humanmedizin und Zahnmedizin, Universität des Saarlandes
- 1985 Promotion zum Dr. med.
- 1990 Promotion zum Dr. med. dent.
- 1988–1990 Kieferorthopädische Weiterbildung in Fachpraxen
- ab 1991 Assistent an Klinik für KFO RWTH Aachen
- 1.02.1993 FZA für Kieferorthopädie, Ernennung zum Oberarzt
- 6.08.1994 Einsetzung in C1-Assistentenstelle
- 13.07.1995 Habilitation
- 1995 Arnold-Biber-Preis der DGKFO
- 1997 Tagungsbestpreis der Strasbourg Osteosynthesis Group
- 6.08.1998 Einsetzung in C2-Oberassistentenstelle
- 1999 Hauptredner der EOS
- 1999 Ernennung zum außerplanmäßigen Professor
- 2000 Hauptredner der Harvard Society of Orthodontics
- 2002 Ruf an Lehrstuhl für KFO der Universität Halle-Wittenberg
- seit 15.12.2003 Direktor der Poliklinik für KFO der Universität Halle-Wittenberg

KN Adresse

Klinikum der Medizinischen Fakultät Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg Große Steinstr. 19 06097 Halle (Saale) www.kiss-orthodontics.de



Abb. 3a–d: Endergebnis nach Abschluss der orthodontischen Therapie.