

Strittige KZV- bzw. MDK- Gutachten im Rahmen der kassenzahnärztlichen KFO- Versorgung

Robert A.W. Fuhrmann

In der Kieferorthopädie haben sich mit dem neuen BMV-Z vom 01.07.2018 die Rechtsgrundlagen für die Begutachtung im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung bei der Einreichung von KFO-Behandlungsplänen, Nachanträgen, Therapieänderungen und Verlängerungen verändert, so dass die Ausführungen zum Thema Gutachten überarbeitet und ergänzt werden müssen.

Zusätzlich können die GKV-Kassen seit 17 Monaten den Medizinischen Dienst (MDK) entsprechend § 275 SGB V anstelle des klassischen KZV- Verfahrens zur Begutachtung aller Varianten von kieferorthopädischen Behandlungs- bzw. Verlängerungspläne, Nachanträge und Therapieänderungen auswählen. Die beiden Begutachtungsverfahren durch KZV & MDK sind seit dem Landessozialgerichtsurteil aus München vom 27.06.2017 (Az: L5 KR 170/15) gleichberechtigt anwendbar. Die beiden Verfahren dürfen nicht untereinander vermischt werden.

Es ist aktuell nicht zulässig, nach einem abschlägigen MDK-Gutachten, das vertraglich vereinbarte KZV- Obergutachterverfahren zu beantragen. Umgekehrt kann ein restriktives KZV-Gutachten nicht anschließend durch den MDK überprüft werden.

Die neuen Regularien für Gutachter finden sich im BMV-Z in § 4 in Verbindung mit der Anlage 4. Der von der KZBV hierzu herausgegebene Leitfaden für den KFO-Gutachter wurde mit Gültigkeit zum 01.07.2018 entsprechend dem neuen Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (=BMV-Z) überarbeitet und liegt aktuell in der 3. Auflage vor. Ziel dieser Publikation der KZBV ist es, den KZV-, MDK- und Gerichts-Gutachtern für Kieferorthopädie eine verlässliche Arbeitshilfe für die kassenzahnärztliche Versorgung zur Verfügung zu stellen. Die Anwendung dieses gut strukturierten und klar formulierten Richtlinienkommentars der KZBV soll zudem ein hohes Maß an Nachvollziehbarkeit und Validität der kassenzahnärztlichen Begutachtung sicherstellen.

Die hohe Komplexität der unterschiedlichen gutachterlichen Regularien bzw. Durchführungsbestimmungen bei den gesetzlichen Kostenträgern hat die Nachvollziehbarkeit und Validität der außergerichtlichen und gerichtlichen Gutachten aus der Sicht der niedergelassen Zahnarztpraxen und der betroffenen Patienten deutlich erschwert.

Die Sachbearbeiter der Krankenkassen können den Berechtigten die einzuhaltenden Fristen und Versorgungsinhalte oftmals nicht nachvollziehbar vermitteln, so dass Genehmigungs- und Erstattungsprobleme in die KFO-Praxen getragen werden.

Unabhängig von der Art des Kostenträgers muss bei allen Patienten der aktuell gebotene medizinische Standard eingehalten werden. Der Maßstab der Kassenleistung ist bei allen kieferorthopädischen Beratungen, der Diagnostik, der aktiven Therapie und Retention von der vollständigen Angebotspalette des Fachgebietes abzugrenzen. Daraus ergibt sich eine umfassende Aufklärungspflicht der

Zuzahlungsmöglichkeiten einer befundbezogenen Behandlung mit modernen Apparaturen.

Ein wachsender Anteil der kieferorthopädischen Beratungszeit entfällt auf die wirtschaftliche Aufklärung, die Dokumentation und dem Aufzeigen alternativer Versorgungsmöglichkeiten entsprechend dem Patientenrechtegesetz.

Die kassenzahnärztlichen Gutachter - Regularien

Der Kassenzahnarzt ist entsprechend §276 SGB V verpflichtet die Behandlungsunterlagen zeitnah an den MDK zu übersenden. Der MDK muss vorab weder den Namen, die Adresse oder die fachliche Qualifikation des beauftragten Gutachters bekanntgeben. Diese Angaben sind erst nach der Erstellung des Gutachtens offenzulegen.

Das Anforderungsprofil für KFO-Gutachter erwartet gemäß § 4 Abs. 9 BMV-Z mindestens 4 Jahre Berufserfahrung, die Qualifikation als Fachzahnarzt und die regelmäßige Teilnahme an den Pflichtfortbildungen für Gutachter bzw. Obergutachter.

Zeitliche Fristen bei der kassenzahnärztlichen Begutachtung

Als Folge des Patientenrechtegesetzes sind KZV- oder MDK- Gutachter verpflichtet, das angeforderte Gutachten nach Vorlage der vom behandelnden Vertragszahnarzt vorzulegenden Befundunterlagen innerhalb von vier Wochen zu bearbeiten. Eine Verlängerung dieser Frist kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der GKV-Kasse fristwährend anzuzeigen. Ein begründeter Ausnahmefall zur Fristverlängerung liegt vor, wenn der behandelnde Kieferorthopäde die erforderlichen Befundunterlagen nicht rechtzeitig übersendet.

Der Gutachter sollte die Krankenkasse darüber informieren, wenn ihm die Befundunterlagen nicht innerhalb von zwei Wochen zur Beurteilung vorliegen. Durch diesen vorausschauenden Fristhinweis hat die Verzögerung nicht der Gutachter zu verantworten. Es empfiehlt sich für Gutachter und Kieferorthopäden die Einrichtung eines Fristenbuches mit der Dokumentation des Ausgangs- und Eingangsdatum von Unterlagen, so dass im Streitfall die Ursache für die Fristversäumnis klargestellt werden kann.

Umstrittene Genehmigungsfähigkeit bei unklarem KIG-Befund

Gehört die geplante kieferorthopädische Behandlung entsprechend dem erhobenen KIG-Befund (Früh- und Hauptbehandlung) nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung, hat der Zahnarzt die Patienten, die Krankenkasse und die KZV mittels Formular 4b nach §29 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V und neuem BMV-Z zu unterrichten.

Bei Patienten, die im Rahmen des ‚KIG-Hopping‘ einen neuen Behandler finden, der eine KFO-Therapie zu Lasten der GKV einleitet und den Versicherten zusagt können die Krankenkassen und der Erstuntersucher ein sogenanntes ‚KIG-Gutachten‘ beantragen. Die Krankenkasse kann in diesen strittigen Fällen innerhalb von 4 Wochen nach Kenntnisnahme der unterschiedlichen Mitteilung von Erst und Zweituntersucher ein Gutachten zur Überprüfung der Zuordnung zur vertragszahnärztlichen Versorgung einleiten. Bei unterschiedlicher Auffassung über die Zuordnung ist die Krankenkasse auf Antrag des Zahnarztes bzw.

Erstuntersuchers zur Einholung eines sogenannten KIG-Gutachtens verpflichtet. Die Kosten der Begutachtung trägt die Krankenkasse.

Überprüfung von GKV-Gutachten

Bei Meinungsverschiedenheiten zum KFO- Behandlungsplan, zur Therapieänderung oder zum Verlängerungsantrag, die zwischen Antragssteller und KZV- Gutachter nicht in kollegialer Weise geklärt werden konnten, ist es weiterhin möglich, dass der betroffene Kassenzahnarzt oder die Krankenkasse innerhalb eines Monats nach Eingang des Gutachtens schriftlich bei der KZBV Einspruch einlegen.

Ziel dieser schriftlichen Entgegnung ist die Einholung eines Obergutachtens. Der Obergutachter wird vom KFO- Fachberater der KZBV bestimmt. Bleibt das Anrufen des Obergutachters erfolglos ist der jeweilige Antragssteller kostenpflichtig. Zunehmend häufiger werden abgelehnte BEMA- Behandlungspläne und die abschlägigen KZV- Gutachten nach Ablauf der vierwöchigen Einspruchsfrist den Versicherten ausgehändigt, mit dem Hinweis sich bei ihrer GKV-Kasse zu beschweren. Ein kostenpflichtiges Obergutacherverfahren ist nach diesem Fristablauf formal nicht mehr möglich.

Bei abschlägigen MDK- Gutachten ist das Obergutacherverfahren formal nicht möglich und den Patienten steht nur der Beschwerdeweg bei ihrer GKV- Krankenkasse offen.

Versichertenbeschwerden werden je nach Kasse und dem Kenntnisstand des angesprochenen Sachbearbeiters unterschiedlich gehandhabt. Offensichtlich besteht in dieser Situation ein erheblicher Ermessensspielraum, den man im Vorhinein keinesfalls verlässlich abschätzen kann.

Beim Vorsprechen der betroffenen Versicherten kann die Krankenkasse eine zweite Begutachtung durch einen alternativen KZV-Gutachter beauftragen, den Behandlungsplan mit sofortiger Wirkung genehmigen oder den abschlägig beurteilten BEMA-Plan dem Widerspruchsausschuss der Krankenkasse vorlegen.

Die formal korrekte Vorgehensweise ist es, den Widerspruch des Versicherten zu protokollieren und dem Versicherten die Möglichkeit eines schriftlichen Widerspruchs zur abgelehnten BEMA-Kassenbehandlung einzuräumen. Der eingelegte Widerspruch des Versicherten wird vom Widerspruchsausschuss nach §85 des Sozialgesetzbuches der betroffenen GKV beraten.

Da ein abschlägiges Fachgutachten eines qualifizierten Fachzahnarztes vorliegt und im Widerspruchsausschuss der GKV kein vergleichbar qualifizierter Kieferorthopäde 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 schriftlichen Widerspruchsbescheid mit dem rechtlichen Hinweis am Ende des Textes, dass er innerhalb eines Monats nach Zugang des Bescheides Klage vor dem benannten Sozialgericht erheben kann.

Diese Möglichkeit einer fristwahrenden formlosen Klage mit einem Kurzbrief beim zuständigen Sozialgericht wird zunehmend durch die Versicherten beantragt, da

diese Sozialgerichtsverfahren für die Kläger nahezu kostenlos sind. Das fehlende finanzielle Risiko für die Kläger wird die Inzidenz dieser Vorgehensweise gerade bei abschlägigen MDK- Gutachten zukünftig erhöhen.

Verfahren beim Sozialgericht

Für die Ablehnung des BEMA- Behandlungsplans haftet ausschließlich die beklagte Krankenkasse. Alle betroffenen GKV-Kassen solidarisieren sich in der Regel mit dem vorliegenden Gutachten des KZV- bzw. MDK- Gutachters ohne weitere fachliche Überprüfung. Das eherne Prinzip der zweiten Meinung wird hier vom GKV-System aufgeweicht.

Der Vorsitzende Richter am Sozialgericht wird meist allein ohne Beisitzer das Verfahren steuern. Zunächst wird zur Sachverhaltsklärung die Verwaltungsakte für diesen Genehmigungsvorgang angefordert. Parallel hierzu werden die Befunde und Antragsunterlagen des Klägers beim Kieferorthopäden angefordert. Zusätzlich befragt der Richter den antragstellenden Kieferorthopäden schriftlich als Zeugen. Dieser umfangreiche problemorientierte Fragenkatalog und die Antwort des Kieferorthopäden erlauben dem Gericht einen ersten Überblick des Sachverhalts und der zentralen Streitfragen.

Manchmal bittet das Gericht die beklagte GKV- Kasse und den Kläger um schriftliche Stellungnahmen zu den Ausführungen des Kieferorthopäden.

Nachdem die Streitfragen in den Schriftsätzen herausgearbeitet wurden erstellt der Richter den sogenannten Beweisbeschluss, einem umfangreichen verbindlichen Fragenkatalog mit den zu klärenden Fragen für diese Gerichtssache.

Folgende Fragenkataloge dienen hierbei als Beweisbeschluss:

- Welcher Befund ist im Bereich der Zähne und des Kiefers des Klägers zu erheben?
- Bestehen Fehlstellungen? Ggf. an welchen Zähnen bzw. Zahnbögen genau?
- Welche kieferorthopädische Indikationen bestehen für eine Therapie?
- Ist der vorliegende Behandlungsplan medizinisch diesbezüglich angemessen?
- Inwieweit besteht Übereinstimmung bzw. Abweichung mit den vorliegenden Gutachten?
- Inwiefern weichen Sie von der Einschätzung der Gutachter ab?
Bitte begründen Sie ihre Auffassung ausführlich.

Auswahl des Sachverständigen durch das Gericht

Der Wahl des Sachverständigen für die Erstellung des Gutachtens kommt bei allen Gerichtsverfahren mit medizinischen Inhalten eine entscheidende Bedeutung zu, da die Richter nicht sachverständig sind und sich im Rahmen der Urteilsfindung auf die Ausführungen des Gerichtsgutachters verlassen.

Bei der Auswahl eines erfahrenen Fachzahnarztes als Gerichtsgutachter hat der klagende Patient ein Vorschlagsrecht. Die Nutzung dieses Vorschlagsrechts zur Benennung von Kieferorthopäden als Sachverständige des Gerichts, ist dem Kläger in Absprache mit dem behandelnden Kassenzahnarzt zu empfehlen.

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

Überprüfung der KIG-Einstufung vorm Sozialgericht

Der Gerichtsgutachter ist an die Fragen aus dem Beweisbeschluss und an das zuständige Regelwerk aus dem Sozialrecht gebunden. Die mit Abstand häufigste Ursache für solche Sozialgerichtsverfahren ist die vollständige Ablehnung einer kieferorthopädischen Indikationsgruppe von mindestens KIG Grad 3 durch den KZV- oder MDK- Gutachter.

Bestreitet der KZV-Gutachter, dass anhand der vorgelegten kieferorthopädische Unterlagen keine Einstufung in eine KIG- Gruppe mit mindestens Grad 3 möglich sei kann keine Behandlung zu Lasten der GKV durchgeführt werden. Die Therapiedurchführung auf Basis der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) stellt für den GKV-Versicherten einen erheblichen Schaden da, sofern er keine eintretungspflichtige private Zusatzversicherung für eine kieferorthopädische Privatbehandlung rechtzeitig abgeschlossen hat.

Ein typischer Beweisbeschluss bei unklarer KIG-Einstufung lautet:

Der KFO-Behandlungsplan nach BEMA 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:

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

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

Erstellung von ‚KIG-Gutachten‘ für Sozialgerichte

Zentraler Punkt bei der Erstellung solcher ‚KIG- Gutachten‘ ist meist eine reproduzierbare Modellvermessung nach dem Kriterienkatalog der KIG- Gruppenbeurteilung.

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

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

Die umstrittensten KIG-Einstufungen sind T2/3; E2/3; P2/3; D2/3 und M4. Von einem fehlerhaften KZV- bzw. MDK- 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 KFO-Anfangsmodellen ist metrisch reproduzierbar und somit wissenschaftlich gesehen als objektive Befundung einzustufen. Wissenschaftlich bzw. statistisch gesehen liegen die durchgeführten Messungen an kieferorthopädischen Modellen bei einer Wiederholung durch andere Sachverständige in einem Streubereich von $\pm 0,5\text{mm}$.

Unwirtschaftliche Therapieplanung vorm Sozialgericht

Weitere zentrale Streitfragen, die zunehmend zur Überprüfung von abgelehnten BEMA- Behandlungsplänen beim Sozialgericht führen ist die Zurückweisung der vorgeschlagenen Therapie als unzureichend, nicht indiziert oder als unwirtschaftlich.

Vom Gericht wird bei solchen Streitfragen folgender Beweisbeschluss formuliert:

Der KFO-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?

Zentraler Punkt des Gerichtsgutachtens ist meist ein Vergleich zwischen dem ursprünglich beantragten Therapiekonzept des Antragsstellers und therapeutischer Alternativen. Eine ‚conditio sine qua non‘ ist dabei, dass alle vorgeschlagenen Techniken bzw. Apparaturen sich im Leistungskatalog der GKV befinden. Benannte außervertragliche Alternativen kann man unter Hinweis der fehlenden Erstattungsfähigkeit ausschließen bzw. die Mehrleistungsfähigkeit von höherwertigen Brackets feststellen.

Die Lingualtechnik wird je nach KZV unterschiedlich bewertet. Rein formal sind Lingualbrackets mehrleistungsfähig, da in der BEMA-Leistungsdefinition festsitzender Apparaturen die einzuhaltende Klebefläche am Zahn nicht angegeben wird. Warum eine linguale Bracketfixation aus dem GKV-Erstattungsrahmen fallen sollte, ist nicht nachvollziehbar.

Alignertherapien zu Lasten der GKV sind von Sozialgerichten zurückgewiesen worden, da diese Therapie nicht vom gemeinsamen Bundesausschuß (G-BA) in den Leistungskatalog aufgenommen wurde.

Ein zentraler Grundsatz der kassenwirtschaftlichen Begutachtung ist die Gewährung von Therapiefreiheit. Oftmals wird diese Grundregel eher kleinlich interpretiert, da der KZV- oder MDK-Gutachter seinen persönlichen Maßstab aus seiner Praxis auf andere Apparaturen bzw. 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 z.B. der Extraktion von gesunden permanenten Zähnen mit dem Hinweis der Einhaltung der Kassenwirtschaftlichkeit.

Der zentrale Grundsatz jeglicher kieferorthopädischer Therapie unabhängig vom Kostenträger und der aktuellen sozialrechtlichen Regelung erfordert die Einhaltung des sogenannten medizinischen Standards der wissenschaftlichen Kieferorthopädie. Deshalb ist hier das uralte Prinzip des ‚**nihil nocere**‘ (=nicht zu schaden) verbindlich.

Die kategorische Einforderung von 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- bzw. MDK-Gutachter verpflichtet auf eine wahrscheinlich unvermeidbare Extraktionsentscheidung hinzuweisen, aber die kategorische Einforderung als Eingangsvoraussetzung für eine kassenwirtschaftliche Behandlung nach BEMA ist nicht zeitgemäß.

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

Die Einhaltung des gültigen medizinischen Standards ist oftmals ein höheres Rechtsgut als die Befolgung von aktuellen sozialrechtlichen Regelungen. Die Perspektive der KZV- bzw. MDK - Gutachter sollte primär auf die langfristige Erhaltung von Zahn- und Knochengewebe des Versicherten ausgerichtet sein und nicht auf kurzfristig anfallende Kosten.

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

Verhandlung beim Sozialgericht

Nach Eingang des schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen bei Gericht bekommen beide Parteien eine Kopie vom Sozialgericht übermittelt. Da die beklagten GKV-Kassen meist keine sachverständigen Mitarbeiter beschäftigen, wird die Beklagte das Gerichtsgutachten dem ehemals beauftragten MDK- bzw. KZV-Gutachter zur Stellungnahme übermittelt.

Für die Abfassung eines Kommentars zum Sachverständigengutachten empfiehlt sich eine sachlich-fachliche Argumentation zu den zentralen kieferorthopädischen und kassenwirtschaftlichen Streitfragen und keinesfalls ein persönlicher Angriff gegen den Sachverständigen des Gerichts.

Oftmals lenken die GKV-Kassen nach Erhalt des Gerichtsgutachtens schnell ein und bieten dem Kläger einen Vergleich an. Die Annahme des angebotenen Vergleichs ist oftmals nicht besonders wirtschaftlich für den Kläger. Für die Erstellung eines Gegenangebots oder das Bestehen auf einem Urteil des Sozialgerichts sollte die Klägerseite fachlichen Rat bei dem behandelnden Kieferorthopäden und einen erfahrenen Rechtsanwalt einholen.

Revision von Sozialgerichtsurteilen

Ein verlorenes Sozialgerichtsverfahren kann beim Landessozialgericht und je nach inhaltlicher Bedeutung der Streitfrage für das Krankenversorgungssystem beim Bundessozialgericht (BSG) erneut aufgerollt werden. Das BSG beurteilt eher selten Einzelfälle, sondern meist zentrale Rechtsfragen zur verbindlichen Interpretation der Sozialgesetzgebung. Solche BSG-Revisionen sind bei den Klagen gesetzlich Versicherter eher selten.

Angefallene GOZ-Kosten aus laufender Privatbehandlung

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

Um diese Behandlungskosten erstattet zu bekommen, werden den beklagten gesetzlichen Krankenkassen meist vom Sozialgericht die vollständige Kostenübernahme auferlegt. Eine Nachberechnung auf BEMA und BEL- Positionen wird von den Gerichten eher selten beschieden.

Folgen von Sozialgerichtsverfahren für MDK- und KZV-Gutachter

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

Es ist nachvollziehbar, dass unterlegene GKV-Kassen bei einem groben Fehler des MDK- bzw. KZV - Gutachters teilweise eine Ablösung bei der zuständigen Behörde beantragen.

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

forcieren. Aus Sicht der Versicherten und verärgelter Antragssteller ist die vermehrte Anrufung von Sozialgerichten nachvollziehbar.

Die multiplen Überschneidungen zwischen kassenwirtschaftlichen Regularien und anderen gesetzlichen Pflichten des klinisch tätigen Kieferorthopäden, insbesondere die Einhaltung des medizinischen Standards werden teilweise vom Gutachtern unterschätzt.

Systematische Fehler bei der Gutachtenerstellung

Vorausschauende Hinweise in den BEMA-Behandlungsplänen, wie z.B. der diagnostische Hinweis auf das mögliche Bestehen einer craniomandibulären Dysfunktion (Verdacht auf $CMD \geq 2$ CMD-Score) oder der therapeutische Vorbehalt hinsichtlich Extraktionen oder einer chirurgischen Bisslagekorrektur bieten keinerlei Überschneidungen mit kassenwirtschaftlicher oder sozialrechtlichen Regularien, da eine Therapieänderung stets schriftlich angezeigt werden muss.

Im Rahmen der Eingangsuntersuchung von allen Patienten ist heute ein CMD-Sechspunkt –Screening verbindlich durchzuführen. Bei einem ‚CMD-Screening Score‘ von mindestens zwei sollte dem Patienten eine manuelle Funktionsanalyse und Kiefergelenksfunktionsprüfung mit Gelenkspieltechniken als außervertragliches Leistungsangebot angeboten werden und die Untersuchungsbefunde in einem CMD-Befunderhebungsbogen dokumentiert werden (=GOZ 8000).

MDK- bzw. KZV-Gutachter, die sich in solche vorausschauende Hinweise einmischen, interpretieren ihre Aufgabe bewußt kleinlich und machtorientiert als Bestimmer im GKV-System. Gutachterliche Maßgaben, die über den Bereich der Sozialgesetzgebung hinausgehen, sind allenfalls als kollegialer Hinweis erlaubt, aber sicherlich kein Ablehnungsgrund für einen beantragten BEMA- Behandlungsplan.

Die Akzeptanz gegenüber anderen Denkansätzen, Therapievorschlügen, 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.

Schlussfolgerung

Die parallele Begutachtung von MDK und KZV im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung hat seit 17 Monaten zu einer erhöhten Inzidenz von Sozialgerichtsverfahren geführt. Ursache hierfür ist, dass das MDK-Verfahren keinerlei Obergutachten vorsieht, so dass den GKV-Versicherten nur der Weg zum Sozialgericht offen steht.

Die kollegiale Wertschätzung für die gutachterliche Arbeit und die Amtsführung von den berufenen KZV- und MDK- Gutachtern im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung kommt im hektischen Berufsalltag meist zu kurz.

Das unverzichtbare 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 medizinischer 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. Das Facharztgebot der Gerichtsbarkeit ist hier als Gegenmodell anzuerkennen. Der Facharztstandard sollte bei aller Diskussion anhand einzelner Vorfälle nicht in Frage gestellt werden.

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

Bitte an die Leser von KiSS - Orthodontics

Die Leser dieses Beitrags sind aufgerufen sich interaktiv 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.

Gemeinschaftliches Ziel aller Kieferorthopäden sollte ein kollegiales friedliches Miteinander zur konstruktiven Weiterentwicklung des Fachgebietes sein.

Literatur

Leitfaden für den KFO- Gutachter 3. Auflage, 2018 Berlin KZBV

Kontaktadresse

Universitätspoliklinik für Kieferorthopädie der MLU
Prof. Dr. Dr. Robert Fuhrmann
06112 Halle (Saale) **Email:** info@kiss-orthodontics.de

Copyright

Alle Rechte liegen beim Autor. Der ganze oder teilweise Nachdruck bedarf der Genehmigung vom Verfasser.