

Robert A. W. Fuhrmann

Aufarbeitung strittiger KZV- und MDK-Gutachten



In der Kieferorthopädie haben sich mit dem Landessozialgerichtsurteil (= LSG) aus München vom 27.06.2017 und dem neuen Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (= 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, sodass die Ausführungen zum Thema Gutachten vom Sozialgericht überarbeitet und ergänzt werden müssen¹.

Die GKV-Kassen können seit ca. 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 und MDK sind seit dem LSG 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. Deshalb erhöht sich aktuell die Inzidenz von Sozialgerichtsverfahren.

Die neuen Regularien für Gutachter finden sich im BMV-Z in § 4 in Verbindung mit der Anlage 4. Der von der KZBV hierzu herausgegebene Leitfa-den für den KFO-Gutachter wurde mit Gültigkeit zum 01.07.2018 entsprechend dem neuen überarbeitet und liegt aktuell in der 3. Auflage vor².

Ziel dieser Publikation der KZBV ist es, den KZV-, MDK- und Gerichts-Gutachtern für Kiefer-

orthopädie 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 kassenzahnärztlichen 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 der GKV oftmals nicht nachvollziehbar vermitteln, sodass 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 Fachgebiets 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.

Kassenzahnärztliche Gutachterregulieren

Der Kassenzahnarzt ist entsprechend § 276 SGV 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.

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 4 Wochen zu bearbeiten. Eine Verlängerung dieser Frist kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der GKV-Kasse fristwahrend 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 2 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 Fristenbuchs mit der Dokumentation des Ausgangs- und Eingangsdatum von Unterlagen, sodass im Streitfall die Ursache für die Fristversäumnis klargestellt werden kann.

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. Die Begutachtung übernehmen sogenannte Prüfstellen der KZV'en.

Obergutachten zur 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 4-wöchigen Einspruchsfrist den Versicherten ausgehändigt, mit dem Hinweis sich bei ihrer GKV-Kasse zu beschweren. Ein kostenpflichtiges Obergutachterverfahren ist nach diesem Fristablauf formal nicht mehr möglich.

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

Beschwerde von GKV-Versicherten bei Planablehnung

Versichertenbeschwerden werden je nach Krankenkasse 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 weiter 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. Sachverständige von Verbraucherberatungsstellen oder Patientenschutz-Organisationen wie z. B. Stiftung Warentest sind meist bereit für Sozialgerichte zu arbeiten.

Davon unabhängig führt jedes Gericht eine Gutachterliste oder schreibt die Zahnärztekammern an, mit der Bitte um Benennung eines Fachgutachters.

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 aller kieferorthopädischen Indikationsgruppen 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 Hauptbehandlung 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 bestand.*

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 Behandlungsbedarfsgrads 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 sozialmedizinischen 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, D2/4 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 nahezu objektive Befundung einzustufen. Wissenschaftlich bzw. statistisch gesehen liegen die Identifikationsfehler der Messpunkte und die durchgeführten Messungen an kieferorthopädischen Modellen bei einer Wiederholung durch andere Sachverständige in einem maximalen Streubereich von $\pm 0,5$ mm. Die Fehlerstreuung unterscheidet sich je nach Messparameter bei einer vollständigen KIG-Auswertung der Anfangsmodelle.

Unwirtschaftliche Therapieplanung vorm Sozialgericht

Weitere zentrale Streitfragen, die zunehmend zur Überprüfung von abgelehnten BEMA-Behand-

lungsplänen 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 kieferorthopädischen 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 „primum 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 Non-extraktionstherapie kurzfristig als unwirtschaftlich erscheint.

Die Einhaltung des gültigen medizinischen Standards ist oftmals ein höheres Rechtsgut als die Befolgung von aktuellen sozialrechtlichen Rege-

lungen. 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 Kieferorthopäden 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 übermitteln.

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 meist 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. Ein Urteil ist für den Kläger oftmals wirtschaftlich besser, birgt aber eine Revisionsgefahr beim Landessozialgericht (= LSG).

Revision von Sozialgerichtsurteilen

Ein verlorenes Sozialgerichtsverfahren kann beim LSG 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 und Normenkontrolle. 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, wird 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 gutachter-

lichen 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 von Gutachtern unterschätzt.

Systematische Fehler bei der Gutachtenerstellung

Vorausschauende Hinweise in den BEMA-Behandlungsplänen, wie z. B. der diagnostische Hinweis auf das mögliche Bestehen einer kranio-mandibulären Dysfunktion (Verdacht auf CMD ≥ 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^{3,4}. Bei einem CMD-Screening-Score von mindestens 2 sollte dem Patienten eine manuelle Funktionsanalyse und Kiefergelenksfunktionsprüfung mit Gelenkspieltechniken als außervertragliches Leistungsangebot angeboten 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 Denksätzen, Therapievorschlägen, 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, sodass 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 medizinischen Fachdisziplin und bei vielen Streitfragen unverzichtbar. Solange fortgebildete Kieferortho-

päden sich für dieses schwierige Schiedsrichteramt finden, herrscht Zuversicht und ein allgemein akzeptabler Lösungsweg ist meistens erreichbar.

Gutachten, die zu kieferorthopädischen Fragestellungen ohne Mitwirkung von erfahrenen Kieferorthopäden abgefasst werden sind grundsätzlich bedenklich und halten meist einer fachlich-wissenschaftlichen Prüfung nicht stand. Das Facharztgebot der Gerichtsbarkeit ist hier als Gegenmodell grundsätzlich anzuerkennen. Der Facharztstandard sollte bei kontroversen Diskussionen anhand einzelner Vorfälle nicht infrage gestellt werden.

Die Leser dieses Beitrags sind aufgerufen, sich interaktiv bei der Ausgestaltung der Aussagekraft und regulatorischen Auswirkungen von Gutachten im Rahmen der kieferorthopädischen Leistungserbringung zu beteiligen.

Ziel der Kieferorthopäden sollte eine friedlich-konstruktive Weiterentwicklung der KFO-Begutachtung entsprechend der gebotenen Kollegialität aus der Berufsordnung sein.

Literatur

1. Fuhrmann RAW. Gutachten vor, während und nach Kieferorthopädie. Kieferorthopädie 2015;29:65–70.
2. KZBV. Leitfaden für den KFO-Gutachter, 3. Auflage. Berlin: 2018.
3. Fuhrmann RAW, Voigt S. Indikationen manueller Funktionsanalysen vor, während und nach Kieferorthopädie unter forensischen Gesichtspunkten – Teil I. Kieferorthopädie 2015;29:161–164.
4. Voigt S, Fuhrmann RAW. Indikationen manueller Funktionsanalysen vor, während und nach Kieferorthopädie unter forensischen Gesichtspunkten – Teil II. Kieferorthopädie 2015;29:287–294.



Robert A. W. Fuhrmann

Univ.-Prof. Dr. Dr.
Universitätspoliklinik für
Kieferorthopädie
Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg
Magdeburger Str. 16
06112 Halle
E-Mail: info@
kiss-orthodontics.de

Robert A. W. Fuhrmann