

## Stellungnahme

zum

### **Gutachten des IGES-Instituts „Kieferorthopädische Behandlungen“**

Berlin, den 15. Februar 2019

## Inhalt

<b>1. Einleitung</b> .....	3
<b>2. Zu Frage 1 - Nutzen und Wirksamkeit kieferorthopädischer Behandlungsmaßnahmen</b> .....	4
2.1. Beurteilte „Interventionen“ .....	4
2.2. Wirksamkeit.....	4
2.3. Nutzen .....	4
2.3.1. Diagnostische Maßnahmen.....	5
2.3.2. Therapeutische Maßnahmen .....	6
2.3.2.1. Endpunkt „Wiederherstellung von Körperfunktionen“ .....	7
2.3.2.2. Endpunkt „Beseitigung von Entstellungen“ .....	8
2.3.2.3. Endpunkt „Prävention“ .....	9
2.4. Zusammenfassung.....	10
<b>3. Zu Frage 2 – Kosten kieferorthopädischer Behandlungsmaßnahmen</b> .....	11
3.1. Gesamtausgaben und Ausgabenentwicklung .....	11
3.1.1. Punktwertentwicklung .....	12
3.1.2. Entwicklung der Gesamtausgaben .....	13
3.1.3. Vermehrter Einsatz von festsitzenden Geräten .....	14
3.2. Fallwertentwicklung .....	14
3.3. Durch den Patienten zu tragende Aufwendungen.....	16
3.3.1. Mehrleistungen .....	17
3.3.2. Zusatzleistungen.....	18
3.4. Zusammenfassung.....	18
<b>4. Zu Frage 3 – Handlungsempfehlungen und Forschungsbedarfe</b> .....	19
4.1. Limitationen einer Evidenzbasierung in der Kieferorthopädie .....	19
4.2. Handlungsempfehlungen zum Nutzen.....	19
4.2.1. Handlungsempfehlungen Diagnostik .....	20
4.2.2. Handlungsempfehlungen Therapie .....	21
4.3. Handlungsempfehlungen zu Kosten.....	23
<b>5. Zusammenfassung</b> .....	25

## 1. Einleitung

Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragte das IGES-Institut mit der Erstellung eines systematischen Überblicks und einer Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes über die langfristigen Auswirkungen der am häufigsten eingesetzten kieferorthopädischen Behandlungsarten auf die Mundgesundheit sowie eine Darstellung des weiteren Forschungsbedarfs zur Feststellung der Evidenz und des Nutzens kieferorthopädischer Behandlungen. Es sollten dabei die folgenden drei Fragestellungen untersucht werden:

*Frage 1: Welche langfristigen Auswirkungen haben die wichtigsten kieferorthopädischen Behandlungsarten auf die Mundgesundheit?*

*Frage 2: Wie hoch sind die finanziellen Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Selbstzahler für kieferorthopädische Leistungen?*

*Frage 3: Welche weiteren Forschungsbedarfe bestehen, um die Evidenz und den Nutzen kieferorthopädischer Behandlungsmaßnahmen festzustellen, und in welchem voraussichtlichen Zeit-horizont könnten weitere Studien durchgeführt werden?*

In Erfüllung dieses Auftrages hat das IGES-Institut im November 2018 ein Gutachten vorgelegt. Leider wurde bei der Erstellung des IGES-Gutachtens auf die Zusammenarbeit mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften verzichtet. Die Hinzuziehung eines oder mehrerer kieferorthopädischer Sachverständiger hätte sicher die Qualität des Gutachtens erheblich verbessert. Zu den relevanten Aspekten hat die Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie bereits im Mai 2018 ein Positionspapier veröffentlicht, in dem eine Vielzahl von wissenschaftlichen Arbeiten zitiert wurde. Es ist bedauerlich, dass sich das IGES-Institut mit diesem Positionspapier nicht auseinandergesetzt hat.

## 2. Zu Frage 1 - Nutzen und Wirksamkeit kieferorthopädischer Behandlungsmaßnahmen

### 2.1. Beurteilte „Interventionen“

Das IGES-Institut differenziert in seinem Gutachten zunächst diagnostische und therapeutische Interventionen. Die diagnostischen Leistungen werden sodann weiter ausdifferenziert auf einzelne Leistungen bzw. Befunderhebungen. Die therapeutischen Maßnahmen konnten „aufgrund der häufig komplexen therapeutischen Anwendungen, der Kombination von Apparaturen im Behandlungsverlauf“ nicht weiter differenziert werden.

Dieser Befund überrascht nicht, da es in der Kieferorthopädie – ebenso wenig wie in allen anderen medizinischen und zahnmedizinischen Fachgebieten – nicht eine einzelne Behandlung, oder eine einzelne Behandlungsmethode gibt, sondern lediglich ein bestimmtes, sich weiterentwickelndes Repertoire an Behandlungsmitteln (herausnehmbare Apparaturen, fest-sitzende Behandlungsgeräte unterschiedlichster Art, Verankerungsmethoden etc.).

Der Versuch, auf diese Weise Nutzen und Wirksamkeit „der Kieferorthopädie“ ermitteln zu wollen, gleicht dem Versuch, mit dem Blick auf Gips, Bandagen, Knochenschrauben u.ä. die Frage nach Nutzen und Wirksamkeit der Orthopädie und Unfallchirurgie zu belegen.

Insbesondere die Beurteilung des Nutzens im Sinne von kausal positiven Effekten auf patientenrelevante Endpunkte kann notwendigerweise nicht auf der Ebene der Behandlungsmittel, sondern nur in Ansehung der konkreten Fehlstellung und eines konkreten Behandlungsablaufs ermittelt werden.

### 2.2. Wirksamkeit

Das IGES-Institut befasst sich zwar primär mit der Frage des Nutzens, trifft aber durchaus relevante Aussagen zur Wirksamkeit kieferorthopädischer Interventionen. Das Gutachten stellt fest, dass nach den Maßstäben der evidenzbasierten Medizin (i.F. ebM) kieferorthopädische Interventionen nachweislich zu einer Verbesserung der Malokklusion führen.

Eine Wirksamkeit, also eine Eignung, positiv auf eine Krankheit einzuwirken ist daher nach den Feststellungen des IGES-Instituts gegeben. Insoweit ist dem Gutachten in vollem Umfang zuzustimmen.

### 2.3. Nutzen

Hinsichtlich des Bezugspunktes des Nutzens ist festzustellen, dass sich das Gutachten in der Beantwortung der Fragestellung von der eingangs aufgestellten Definition des Nutzens löst.

Das Gutachten definiert den Nutzen einer Maßnahme zunächst unter Bezugnahme auf das IQWiG als das

*„Vorliegen kausaler positiver Effekte auf patientenrelevante Endpunkte.“*

Als „Mittelpunkt der Untersuchung“ wird sodann die Mundgesundheit in der Definition der World Dental Federation identifiziert:

*„Mundgesundheit ist vielgestaltig und beinhaltet die Fähigkeit zu sprechen, zu lächeln, zu riechen, zu schmecken, zu berühren, zu kauen, zu schlucken und Emotionen über Gesichtsausdrücke mit Selbstvertrauen und ohne Schmerz oder Unbehagen sowie ohne Krankheit des kraniofazialen Komplexes zu übermitteln.“*

Diese Aspekte der Mundgesundheit reduziert das Gutachten bedauerlicherweise auf nicht adäquat ausgewählte „Endpunkte“. So wird – trotz der Heranziehung der vorstehenden Definition die Verbesserung der oralen Lebensqualität zwar durch das Gutachten festgestellt, jedoch nicht weiter gewürdigt. Bereits dies zeigt, dass Frage und Prüfungsmaßstab nicht hinreichend geklärt war und im Gutachten nicht hinreichend herausgearbeitet wurde. Nicht zuletzt dies mag die unangemessene und in der Sache falsche Pressereaktion mitverursacht haben.

#### 2.3.1. Diagnostische Maßnahmen

Als patientenrelevanten Endpunkt definiert das Gutachten die Auswirkung einer diagnostischen Intervention auf die Behandlungsplanung. Dieser Ansatzpunkt erscheint grundsätzlich richtig. Wenig Beachtung findet dabei aber, dass die Befunderhebung die Behandlungsplanung in verschiedenen Weisen determiniert, selbst wenn eine bestehende Behandlungsplanung nicht geändert werden muss.

So sind diagnostische Maßnahmen zunächst erforderlich, um die anatomischen Strukturen überhaupt darstellen zu können, und damit eine Diagnose stellen zu können. Dieser Zustand muss dokumentiert werden, da die Behandlungsplanung als solche, also die Festlegung der erforderlichen Zahn- oder Kieferbewegungen nicht in situ erfolgen kann. Von besonderer Bedeutung sind diagnostische Maßnahmen aber regelmäßig auch, um Besonderheiten der anatomischen Strukturen zu erkennen, die zu besonderen Schwierigkeiten führen oder ein bestimmtes Behandlungskonzept gänzlich ausschließen.

Intraorale Fotografien dienen dabei der Dokumentation Fehlstellung und der Visualisierung im Rahmen der Behandlungsplanung.

Abdrücke und hieraus hergestellte Modelle (sog. Anfangs- oder Planungsmodelle) dienen einerseits der Dokumentation der Fehlstellung und durch entsprechende Analysen der Diagnostikstellung sowie der Visualisierung im Rahmen der Behandlungsplanung.

Die Panoramaschichtaufnahme (OPG) dient der Abklärung der Zahnzahl sowie der Lage, Mineralisation, Form und Größe von Zahnkeimen und Wurzeln, zur Feststellung von Veränderungen im Bereich der Zahnwurzeln, im Kieferknochen und Parodontium, zur Kariesdiagnostik sowie zur Bestimmung des dentalen Alters und stellt damit eine unabdingbare Voraussetzung

für jede kieferorthopädische Behandlung dar. So kann zum Beispiel ein generalisierter horizontaler Abbau des Kieferknochens durch Parodontose eine Kontraindikation für eine kieferorthopädische Behandlung darstellen. Ab zweites Beispiel kann ein übersehener überzähliger oder verlagerter retinierter Zahn bei einer Zahnbewegung zu ungewollten Nebenwirkungen (Wurzelresorptionen) bei den bewegten Zähnen führen.

Fernröntgenseitenbilder (FRS) erlauben eine schädelbezügliche Lage- und Größenbestimmung der Kieferbasen, Messung der Achsenstellung der Front- und Seitenzähne, metrische Analyse der Gesichtsschädelstrukturen, Differenzierung skelettaler und dentoalveolärer Anomalien und Entwicklungen sowie eine Bestimmung und Voraussage von Richtung und Ausmaß der wachstums- bzw. therapiebedingten Veränderungen des Gesichtsschädels. Damit stellt das FRS eine zweite unverzichtbare Röntgenuntersuchung vor und während fast jeder Kieferorthopädischen Behandlung dar. So kann eine Fehleinschätzung bei der Abgrenzung von skelettaler und dentoalveolärer Anomalie zu einem ungeeigneten Therapieansatz führen.

Die Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie führt hierzu in ihrer Stellungnahme „Indikation und Häufigkeit von Röntgenaufnahmen im Rahmen der kieferorthopädischen Therapie“ aus, dass „im Rahmen der kieferorthopädischen Diagnostik, Behandlungsplanung und -überwachung die Anfertigung von Orthopantomogrammen bzw. Röntgenstaten sowie Fernröntgenseitenbildern unverzichtbar“ sei.

Auch der Ausschluss von Risiken oder Kontraindikationen stellt – unabhängig vom konkreten Einzelfall – einen patientenrelevanten Nutzen dar.

### 2.3.2. Therapeutische Maßnahmen

Als patientenrelevante Endpunkte therapeutischer Maßnahmen identifiziert das Gutachten die Folgenden:

- o Karies
- o Gingivitis
- o Parodontitis
- o Zahnverlust
- o Zahnlockerung
- o Schmerz
- o Wurzelresorption
- o Unerwünschte Ereignisse

Diese Parameter stellen jedoch nur einen Ausschnitt der Beeinträchtigungen dar, die durch kieferorthopädische Behandlungen behandelt werden. Das Gutachten übersieht dabei, dass die Kieferorthopädie, wie im Gutachten zurecht ausgeführt wird, nicht nur die Prävention, sondern auch die (Wieder)herstellung der Funktion sowie die Beseitigung von Entstellungen zum Gegenstand hat.

### 2.3.2.1. Endpunkt „Wiederherstellung von Körperfunktionen“

Fehlstellungen, die kieferorthopädisch behandelt werden, lassen vielfach bereits ein normales Beißen oder Kauen nicht zu, sodass die kurzfristige Herstellung dieser Körperfunktionen als Behandlungsziel im Vordergrund steht. Als besonders prägnantes Beispiel sei hier der sog. Frontal offene Biss genannt. Bei einem offenen Biss bleibt eine Lücke der Schneidezähne zwischen Ober- und Unterkiefer oder der Seitenzähne bestehen, wenn die Zahnreihen im Übrigen geschlossen sind. Es ist bei dieser Fehlstellung auch ohne das Vorliegen evidenzbasierter Studien deutlich, dass ein physiologisches Abbeißen nicht möglich und diese Körperfunktion aufgehoben ist.



*Frontal offener Biss gem. KIG O3*



*Frontal offener Biss gem. KIG O4*

Bei einer solchen Fehlstellung ist es zwar durchaus nachvollziehbar, auch die Frage zu stellen, ob es bei einer Nichtbehandlung durch die Mehrbelastung der Zähne im Seitenzahnbereich und die Unterbelastung im Frontzahnbereich (Fehlen eines Antagonisten) zu einem früheren Zahnverlust kommt. Den Nutzen einer therapeutischen Intervention hierauf zu beschränken, greift jedoch erkennbar zu kurz.

Gleiches gilt, um ein weiteres Beispiel aus den Kieferorthopädischen Indikationsgruppen aufzugreifen, für Fehlstellungen der Indikationsgruppe D und höher, also für die distale sagittale Stufe. Eine solche liegt vor, wenn der Abstand zwischen den Frontzähnen von Ober- und Unterkiefer stark vergrößert ist. Es ist dabei darauf hinzuweisen, dass eine Leistungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung bei dieser Indikation erst ab dem Behandlungsgrad 4 besteht, also wenn eine distale sagittale Stufe von mehr als 6 Millimeter vorliegt.



*Sagittale distale Stufe 6-9mm gem. KIG D4*



*Sagittale distale Stufe > 9mm gem. KIG D5*

Bei diesen und anderen Fehlstellungen führt also bereits das bloße Beseitigen der Fehlstellung zu einem unmittelbaren patientenrelevanten Nutzen.

### 2.3.2.2. Endpunkt „Beseitigung von Entstellungen“

Mit anderen Fehlstellungen ist – unabhängig von zugleich bestehenden Funktionseinschränkungen und zu vermutenden langfristigen Schäden durch Fehlbelastungen – eine so gravierende ästhetische Beeinträchtigung verbunden, dass auch diese nach den Kriterien des SGB V Krankheitswert besitzt. Selbst eine bloße – in der Regel freilich nicht isoliert vorliegende – Verbesserung der Ästhetik kann nach der Rechtsprechung des BSG (vgl. z.B. BSG NZS 2009, 95) zu einem Anspruch auf Krankenbehandlung führen, wenn hiermit ein Entstellung behandelt wird, also eine „erhebliche Auffälligkeit, die naheliegende Reaktionen der Mitmenschen wie Neugier oder Betroffenheit und damit zugleich erwarten lässt, dass die Betroffene ständig viele Blicke auf sich zieht, zum Objekt besonderer Beachtung anderer wird und sich deshalb aus dem Leben in der Gemeinschaft zurückziehen und zu vereinsamen droht, so dass die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gefährdet ist.“

Dies kann – neben den funktionalen Einschränkungen - z.B. bei Engständen, die in der Indikationsgruppe P oder E abgebildet sind, der Fall sein.



Engstand gem. KIG E3



Engstand gem. KIG E4

Es ist jedoch klarzustellen, dass bei Patienten mit diesen Fehlstellungen regelmäßig auch durch die Betrachtung knöchernen Strukturen deutlich wird, dass erhebliche Risiken für Wurzelresorptionen vorliegen, da schlicht der Platz für eine physiologische Wurzelentwicklung nicht zur Verfügung steht.

Auch Patienten mit kraniofazialen Anomalien (z.B. Lippen-Kiefer-Gaumenspalten gem. KIG A5) sind neben der gravierenden Funktionsbeeinträchtigung erheblich ästhetisch beeinträchtigt



Lippen-Kiefer-Gaumenspalte gem. KIG A5



OPG bei Dysostosis cleidocranialis gem. KIG A5



Bereits anhand dieser Beispiele ist erkennbar, dass die Auswahl der patientenrelevanten Endpunkte im IGES-Gutachten nicht geeignet ist, zu einer Bewertung des Nutzens kieferorthopädischer Behandlungen zu führen. Ungeachtet der ebenfalls berechtigten Frage nach den langfristigen Wirkungen kieferorthopädischer Maßnahmen im Bereich der Prävention darf die vergleichsweise kurzfristige Wiederherstellung von Körperfunktionen sowie die Beseitigung von Entstellungen nicht aus dem Blick geraten.

### 2.3.2.3. Endpunkt „Prävention“

Aber auch die vom IGES-Institut definierten Endpunkte, die unter dem Stichwort „Prävention“ zusammengefasst werden können, werden erreicht, wie sich auch aus verschiedenen Studien ergibt. Es darf insoweit auf das „Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie zum medizinischen Nutzen kieferorthopädischer Behandlung“ ([www.dgkfo-vorstand.de](http://www.dgkfo-vorstand.de)) verwiesen werden, in dem ausgeführt wird:

*„Dentale Traumata haben im Allgemeinen eine hohe Prävalenz, welche bis zu einem Alter von 35 Jahren mit bis zu 25% angegeben wird. Insbesondere Patienten mit stark nach vorne stehenden oberen Frontzähnen, einer vergrößerten sagittalen Frontzahnstufe und zurückliegendem Unterkiefer haben ein hohes Risiko, ein Frontzahntrauma zu erleiden, wie auch in der AWMF-S2k- Leitlinie zur Thema „Therapie des dentalen Traumas bleibender Zähne“ (AWMF-Register-Nummer 083-004) festgehalten wird. Dabei besteht bei einem Overjet von mehr als 3 mm ein doppelt so hohes Risiko wie bei einem Overjet von < 3 mm, wie ein systematisches Review zeigt. Eine aktuelle systematische Übersicht der Cochrane-Library aus dem Jahre 2018 fasst Daten von 1251 Studienteilnehmern aus insgesamt 27 randomisierten kontrollierten klinischen Studien zusammen und kommt zum Schluss, dass eine frühzeitige kieferorthopädische Behandlung die Inzidenz eines Frontzahntraumas signifikant reduzieren kann, was frühere Untersuchungen bestätigt. In einer Arbeit von Bauss et al. (2008) wird zudem darauf hingewiesen, dass eine zusätzlich fehlende Lippenabdeckung der Schneidezähne aufgrund bestehender Malokklusionen den Schweregrad eines Frontzahntraumas erhöht. Eine Meta-Analyse aus dem Jahr 2015 konnte zudem aufzeigen, dass bei weltweit mehr als 200 Millionen Patienten mit einem dentalen Trauma dieses zumindest anteilig auf eine vergrößerte Frontzahnstufe zurückgeführt werden kann, welche das Trauma-Risiko um das 2-3-fache steigert. Kieferorthopädischen Maßnahmen kommt daher eine wichtige präventive Funktion bezüglich der Vermeidung dentaler Frontzahntraumata bei Patienten mit Angle-Klasse II/1 zu.*

*Sowohl die Karies als auch die Parodontitis, welche von der WHO als „wichtigste globale orale gesundheitliche Lasten“ bezeichnet werden, weisen als sogenannte Volkskrankheiten eine hohe Prävalenz auf. Obwohl nach aktuellen epidemiologischen Daten der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie ein Rückgang der Kariesprävalenz zu beobachten ist, nimmt die Prävalenz von Parodontalerkrankungen weiterhin zu. Aufgrund der demografischen Entwicklung einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung kommt der Prävention beider Erkrankungen eine entscheidende Rolle zu. In diesem Zusammenhang können ausgeprägte Engstände von Zähnen nach gegenwärtigem Stand aufgrund der sich bildenden Schmutznischen eine erhöhte Plaqueakkumulation, Karies Gingivitiden, parodontale Taschen (Parodontitis) und gingivale Rezessionen sowie eine Überbelastung falsch angulierter Zähne (traumatische Okklusion, Infraktionen) mit*

*entsprechenden Folgen für die orale Gesundheit begünstigen.“ [Literaturangaben wurden zur besseren Lesbarkeit weggelassen]*

Ein Zusammenhang zwischen einer Malokklusion und parodontalen Erkrankungen konnte weiter in einer jüngst veröffentlichten Auswertung der Daten der SHIP-Studie (SHIP - Study of Health in Pomerania, Forschungsverbund Community Medicine, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald) einmal mehr nachgewiesen werden (Bernhardt et al. New Insights in the Link Between Malocclusion and Periodontal Disease, zur Veröffentlichung vorgesehen in Journal of clinical Periodontology)

Auch wenn die bisherigen Mundgesundheitsstudien (DMS I-V) nur eingeschränkt kieferorthopädische Fragestellungen umfassten, darf bei der Interpretation der Ergebnisse nicht übersehen werden, dass die Kohorten der DMS nicht nur die ersten Kinder waren, die in Gruppen- und Individualprophylaxe eingebunden waren, sondern die auch Zugang zu kieferorthopädischer Behandlung als Sachleistung hatten. Die kieferorthopädische Versorgung hatte, hiervon ist der Berufsverband überzeugt, als präventionsorientiertes Fachgebiet der Zahnmedizin hieran einen entscheidenden Anteil.

#### 2.4. Zusammenfassung

Nach Einschätzung des Berufsverbandes der Deutschen Kieferorthopäden ist nicht nur die Wirksamkeit kieferorthopädischer Behandlungen und eine Verbesserung der Lebensqualität nachgewiesen, sondern – unmittelbar bedingt durch die Wirksamkeit auch ein unmittelbarer patientenrelevanter Nutzen in Form der Wiederherstellung der Körperfunktionen sowie der Beseitigung von Entstellungen.

Die präventiven Wirkungen kieferorthopädischer Behandlungen sind ebenfalls Gegenstand zahlreicher Veröffentlichungen. Soweit von Seiten des IGES-Instituts Bedenken gegen Studiendesign und Studienqualität geäußert werden, lassen sich gleichwohl insbesondere die von der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie genannten Studien – wenn sie überhaupt als Suchergebnisse durch das IGES-Institut wahrgenommen wurden – nicht vollständig ignorieren.

### 3. Zu Frage 2 – Kosten kieferorthopädischer Behandlungsmaßnahmen

#### 3.1. Gesamtausgaben und Ausgabenentwicklung

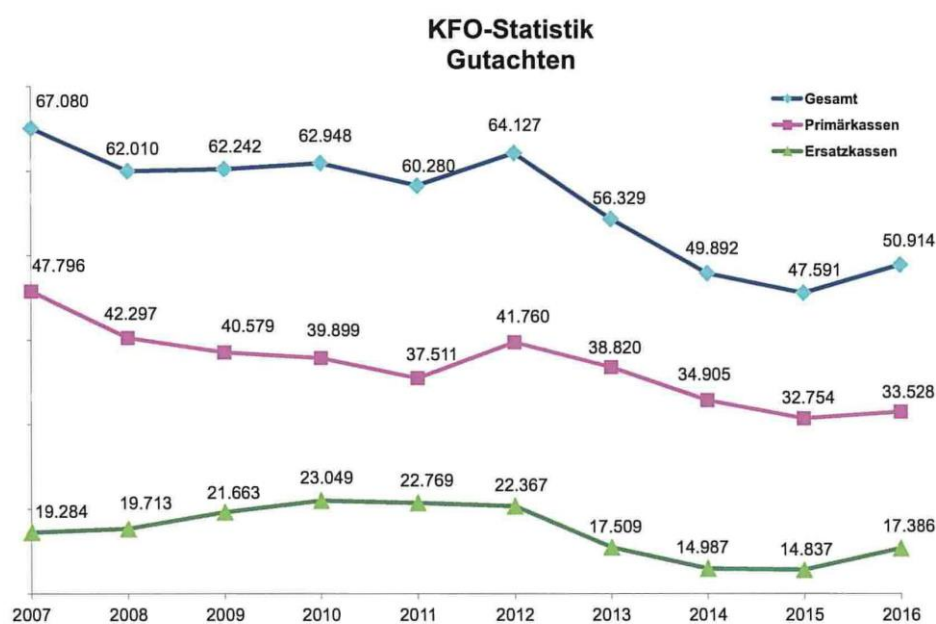
Das IGES-Institut stellt fest, dass sich die Ausgaben für kieferorthopädische Behandlungen seit dem Jahr 2005 kontinuierlich erhöht hätten. Dies ist zutreffend, auch wenn darauf hinzuweisen ist, dass die vom IGES-Institut mitgeteilten Werte mitunter in erheblichem Maße von den Beträgen der über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechneten Leistungen abweichen. Inwieweit die vorliegenden Zahlen auf abgerechnete Leistungen oder tatsächliche Ausgaben abstellen, die wegen Honorarverteilungsregelungen, Degression etc. divergieren, mag dahinstehen.

Die kontinuierliche Steigerung der Gesamtausgaben überrascht im Ergebnis nicht. Dabei ist zunächst festzustellen, dass die normativen Rahmenbedingungen der vertragszahnärztlichen Kieferorthopädie sich zuletzt im Jahr 2004 geändert haben. Aufgrund des in den KFO-Richtlinien vorgesehenen Genehmigungsvorbehalts und dem unveränderten Leistungsspektrum sind „gewillkürte“ Leistungsausweitungen nicht möglich.

Bei Betrachtung der Gesamtkostenentwicklung darf weiterhin nicht übersehen werden, dass ein erheblicher Anteil der Behandlungsleistungen durch die sog. Kernpositionen, also die Gebührenordnungspositionen 119, 120 BEMA-Z abgegolten werden, die einen Zeitraum von bis zu 16 Quartalen umfassen. Bei einem früheren Behandlungsabschluss können in den Fällen nach den Nrn. 119 a und b sowie 120 a und b die restlichen Abschlagszahlungen am Ende der Behandlung abgerechnet werden. Soweit nach den Nrn. 119 c und d sowie 120 c und d eingestufte Behandlungen vor 10 Behandlungsquartalen beendet werden, erhält der Zahnarzt die bis zu diesem Zeitpunkt fällig gewordene Vergütung. Eine Verlängerung der Behandlung über den ursprünglich geplanten Zeitraum hinaus bedarf wiederum der Genehmigung durch die Krankenkasse.

Auch die Genehmigungspraxis der Krankenkassen wird zu betrachten sein. So ergibt sich aus dem Versorgungsreport der hkk „Kieferorthopädische Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Spiegel von Routinedaten (2012 – 2017) (Braun/Spasov, S. 20ff), dass in nicht unerheblichem Umfang Leistungen für Versicherte gewährt werden, ohne dass ein entsprechender Anspruch besteht. So fällt auf, dass bei 0,2% der erfassten Versicherten eine Regelbehandlung bei einem KIG D2 durchgeführt wurde und Frühbehandlungen bei einer Reihe von KIG-Einstufungen durchgeführt wurden, die nicht in der KFO-Richtlinie genannt sind (O3, P4, S4, S5, T3, D4). Nach diesen Daten erscheint ein Leistungsanspruch in ca. 3-5% der Fälle nicht bestanden zu haben. Ob hier fehlerhafte Genehmigungen erteilt oder eine Genehmigungsfiktion gem. § 13 Abs. 3a SGB V eingetreten ist, wäre zu klären.

Weiterhin fällt auf, dass die Krankenkassen ihren Genehmigungsentscheidungen seltener kieferorthopädischen Sachverstand zugrunde legen. So zeigt die Entwicklung der Anzahl der eingeholten Gutachten mit Ausnahme des Jahres 2012 eine stetige Abnahme seit dem Jahr 2007, um erst im Jahr 2016 wieder anzusteigen.



Entwicklung der KFO-Gutachten, Quelle: KZBV

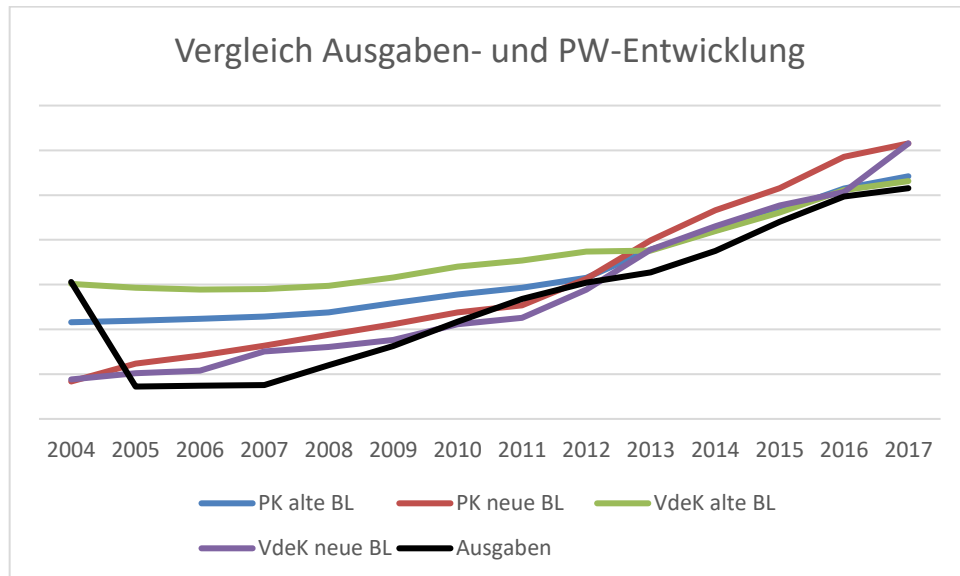
### 3.1.1. Punktwertentwicklung

Es darf jedoch nicht übersehen werden, dass in dem Zeitraum, für den das IGES-Institut eine Ausgabensteigerung feststellt, der Punktwert aller zahnärztlichen Leistungen angehoben wurde. Je nach betrachtetem Punktwert (PK / VdeK) und Region (alte bzw. neue Bundesländer) läuft sich diese Steigerung im Zeitraum 2004 bis 2017 auf zwischen 13,26 (VdeK alte BL) und 29,29 % (PK neue BL).

### Punktwertentwicklung

	PK alte BL	PK neue BL	VdeK alte BL	VdeK neue BL
<b>2004</b>	0,7080	0,6418	0,7508	0,6441
<b>2005</b>	0,7098	0,6618	0,7465	0,6511
<b>2006</b>	0,7119	0,6707	0,7445	0,6540
<b>2007</b>	0,7143	0,6819	0,7450	0,6755
<b>2008</b>	0,7191	0,6939	0,7485	0,6804
<b>2009</b>	0,7292	0,7056	0,7578	0,6884
<b>2010</b>	0,7391	0,7189	0,7701	0,7057
<b>2011</b>	0,7466	0,7269	0,7770	0,7128
<b>2012</b>	0,7577	0,7566	0,7869	0,7443
<b>2013</b>	0,7890	0,7994	0,7879	0,7892
<b>2014</b>	0,8106	0,8329	0,8099	0,8153
<b>2015</b>	0,8319	0,8577	0,8307	0,8385
<b>2016</b>	0,8575	0,8928	0,8554	0,8536
<b>2017</b>	0,8710	0,9077	0,8656	0,9077

Die bei Betrachtung dieses Zeitraums festzustellende Ausgabensteigerung von 12,2 % liegt daher sogar unterhalb der geringsten Punktwertanpassung. Wird der Zeitraum von 2005 bis 2017 betrachtet – 2005 wirkten die Strukturänderungen aus dem Jahr 2004 – zeigt sich eine Ausgabensteigerung von 25,8 %, bei Punktwertsteigerungen von 13,8 bis 28,3 %.

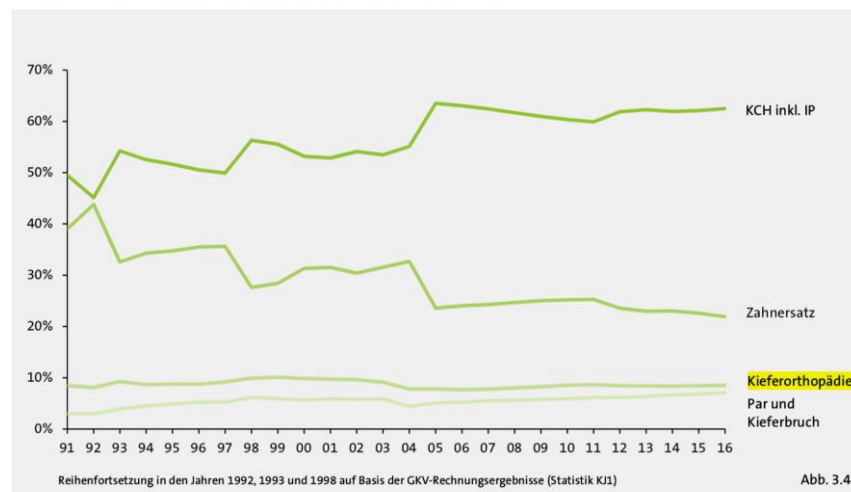


Eigene Darstellung (Daten verwendet von KZBV und IGES)

### 3.1.2. Entwicklung der Gesamtausgaben

Auch im Vergleich zu den Gesamtausgaben für die vertragszahnärztliche Versorgung stellt sich die Ausgabenentwicklung in der Kieferorthopädie nicht auffällig dar. Die Ausgaben für kieferorthopädische Behandlungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung haben sich gleichmäßig mit den Gesamtausgaben für zahnärztliche Behandlungen entwickelt. Dabei liegen die Ausgaben für Kieferorthopädie stets unter 8 Prozent.

Mit den Primär- und Ersatzkassen abgerechnete Beträge – Deutschland  
Anteile an den Ausgaben für zahnärztliche Behandlung



Quelle KZBV

### 3.1.3. Vermehrter Einsatz von festsitzenden Geräten

Bei Betrachtung der Einzelleistungsstatistiken lässt sich weiter eine Steigerung der typischen „Multibandpositionen“, also der Positionen für die Eingliederung von Brackets und Bögen feststellen. So stiegen im Zeitraum von 2006 bis 2016 die abgerechneten Positionen 126a (Brackets) um 29,34% und 126b (Bänder um) 8,14%. (Quelle: KZBV)

Bei der Behandlung mit festsitzenden Geräten fallen aber regelmäßig mehr Leistungen an, die nicht mit den Kernpositionen abgegolten sind.

Diese Entwicklung mag einerseits auf die Weiterentwicklung des Fachgebiets und die gestiegene Akzeptanz von festsitzenden Behandlungsgeräten durch die Patienten zurückzuführen sein. Andererseits mag es sich hierbei aber auch um Effekte handeln, die auf eine Angleichung der vorherrschenden Behandlungskonzepte in den alten und neuen Bundesländern zurückzuführen ist.

### 3.2. Fallwertentwicklung

Die Auswertung bzw. Interpretation der Fallwertentwicklung bzw. die Entwicklung der Ausgaben pro Fall fällt schwer, da im IGES Gutachten keinerlei Definitionen des „Falles“ erfolgte. Der Mangel einer eindeutigen „Fallkostendefinition“ lässt eine sinnvolle Auswertung der Ausgabenentwicklung bei kieferorthopädischen Behandlungen kaum zu, da eine Vergleichbarkeit der Datengrundlagen nicht gegeben ist.

So weist die KG3-Statistik für das Jahr 2004 ca. 1.1 Mio und für das Jahr 2016 ca. 598.000 „Abrechnungsfälle/Leistungsfälle“ aus, deren Definition letztlich unklar bleibt. Nach dieser Statistik hätte sich der Fallwert nahezu verdoppelt, wie es der Bundesrechnungshof – fälschlicherweise - behauptete.

Die KZBV orientiert sich in ihrer Darstellung der Abrechnungsfälle an der gebührenrechtlichen und im Bundesmantelvertrag Ärzte verwendeten Definition, nach der ein Behandlungsfall alle in einem Kalendervierteljahr in der gleichen Praxis erbrachten Leistungen umfasst. So würde ein Patient, der jedes Quartal bei seinem Kieferorthopäden erscheint viermal in der Statistik erfasst. Beratungen, Praxisvertretungen, Retentionskontrollen, Lückenhalterkontrollen würden zu zusätzlichen Fällen führen. Nach dieser Statistik liegt ein Zuwachs der Abrechnungsfälle von 7.266.500 in Jahr 2004 auf 7.936.600 im Jahr 2017 vor. Betrachtet man die Statistik der KZBV (2006-2016) und geht davon aus, dass jedes Jahr die gleiche Falldefinition galt, stieg der Fallwert in diesem Zeitraum um 10,82%

Es ist erkennbar, dass anhand dieser uneinheitlichen Falldefinition eine Betrachtung der durchschnittlichen Kosten einer kieferorthopädischen Behandlung nicht ohne weiteres möglich ist.

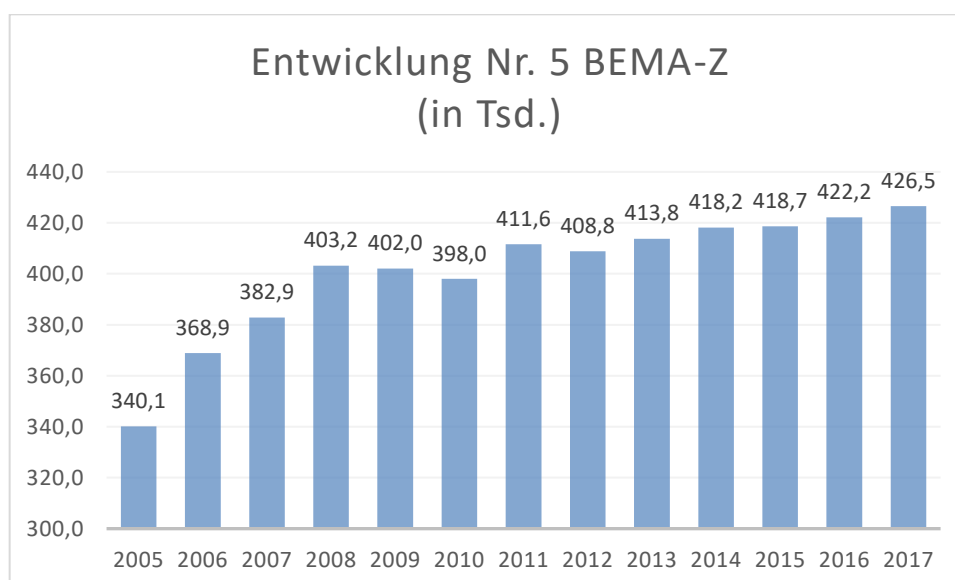
Sollen die Ausgaben für einer kieferorthopädischen Behandlung ermittelt und bewertet werden, wäre zunächst zu definieren, was unter einer kieferorthopädischen Behandlung zu verstehen ist.

Nach Auffassung des Berufsverbandes der Deutschen Kieferorthopäden e.V. umfasst eine kieferorthopädische Behandlung alle Leistungen von der Anfangsdiagnostik bis zum Abschluss der Retentionskontrollen. Dabei sollten diagnostische Maßnahmen jedoch nur zu den Behandlungskosten in diesem Sinne gezählt werden, wenn eine Behandlungsnotwendigkeit festgestellt wird.

Da solche Daten nicht vorliegen, erscheint es für die derzeitige Beurteilung der Behandlungskosten zielführend, wenn die erstellten und abgerechneten Behandlungspläne gem. der Gebührennummer 5 BEMA-Z als Grundlage der Betrachtung dienen. Die Abrechnung der Gebührennummer 5 setzt voraus, dass der Versicherte sich kieferorthopädisch vorgestellt hat, ein Leistungsanspruch besteht und ein Behandlungsplan aufgestellt wurde. Es mag zwar sein, dass der Versicherte sich trotz Genehmigung dieses Plans noch gegen eine Behandlung entscheidet, dies stellt jedoch die Ausnahme dar.

Die Anzahl der abgerechneten Leistungen nach der Gebührennummer 5 BEMA-Z lässt also einen guten Rückschluss darauf zu, wie viele Behandlungen in dem betreffenden Jahr geplant und begonnen wurden.

Die Entwicklung der erstellten und abgerechneten Behandlungspläne stellt sich wie folgt dar.



*Eigene Darstellung, Daten der KZBV*

Die Anzahl der Behandlungspläne hat sich also im Zeitraum von 2005 bis 2017 um 25,4 % gesteigert. Hinzuweisen bleibt darauf, dass insbesondere im Jahr 2005 noch erhebliche Unsi-

cherheit aufgrund von Veränderungen in den Rahmenbedingungen der vertragszahnärztlichen Kieferorthopädie bestand (Neuregelungen, Behandlungsplan auch bei Frühbehandlung etc.), sodass diese Jahre nicht als repräsentativ angesehen werden können. Aber selbst dann, wenn das Jahr 2006 als Basis herangezogen wird, zeigt sich noch ein Anstieg der Zahl der Behandlungspläne von 15,6%.

Würde man den Fallwert nun auf der Grundlage der BEMA-Nr. 5 ermitteln, würde sich für den Fallwert eine Zunahme von 15% ergeben. Auch diese Zahl ist jedoch zu hinterfragen, da zwar durch die Anzahl der BEMA-Nr. 5 die Zahl der begonnen Behandlungen ausgedrückt werden kann, die Ausgaben sich jedoch auch auf laufende Behandlungen beziehen.

Zum derzeitigen Zeitpunkt lassen sich daher die durchschnittlichen Ausgaben für eine kieferorthopädischen Behandlung im oben genannten Sinne nicht darstellen.

### 3.3. Durch den Patienten zu tragende Aufwendungen

Im Hinblick auf die Belastung der Patienten mit Aufwendungen für kieferorthopädische Interventionen ist zunächst zwischen Aufwendungen für rein privat Zahnärztlich durchgeführte und abgerechnete Behandlungen auf der einen und Aufwendungen für Mehr- oder Zusatzleistungen im Rahmen von vertragszahnärztlichen Behandlungen zu differenzieren.

Durch die Beschränkung des Sachleistungsanspruchs in der gesetzlichen Krankenversicherung werden sowohl erwachsene gesetzlich versicherte Patienten rein privat Zahnärztlich behandelt, die nicht kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgisch behandelt werden müssen oder wollen. Auch solche Patienten, die aufgrund des KIG-Systems keinen oder zumindest noch keinen Anspruch auf Behandlung haben, werden rein privat Zahnärztlich behandelt.

Diese Behandlungen erfolgen auf der Grundlage zivilrechtlicher Behandlungsverträge und werden auf der Grundlage der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abgerechnet. Um dem besonderen Informationsbedürfnis gesetzlich Versicherter Rechnung zu tragen, wird in diesen Fällen unter Verwendung des Formulars 4b gem. Anlage 14 zum BMV-Z aufgeklärt. Hinzu kommt eine Vereinbarung gem. § 8 Abs. 7 BMV-Z.

Ob zum Umfang privat Zahnärztlicher Leistungen aussagekräftige Daten (z.B. beim PKV-Verband) existieren, ist nicht bekannt.

Das Gutachten legt jedoch, dem Auftrag entsprechend, den Fokus auf die Aufwendungen gesetzlich Versicherter neben einer laufenden vertragszahnärztlichen Behandlung.

Bei solchen Aufwendungen ist zunächst zwischen den Eigenanteilen gem. § 29 SGB V und die Aufwendungen für Mehr- oder Zusatzleistungen zu differenzieren. Gerade in Versichertenbefragungen erscheint fraglich, ob diese Unterscheidung hinreichend gelingt.

Die Eigenanteile gem. § 29 SGB V werden quartalsweise berechnet und betragen 10 bzw. 20% der Behandlungskosten. Diese Belastung der Versicherten dient der Sicherung der für eine Behandlung erforderlichen Mitarbeit.



Daneben können Aufwendungen für Mehr- und Zusatzleistungen entstehen, also für Leistungen, die über die Regelversorgung hinausgehen.

Die Inanspruchnahme dieser Leistungen hat in der jüngeren Vergangenheit immer wieder zu medialer Aufmerksamkeit geführt, obgleich die objektivierbare Relevanz dieser Thematik (44 Beschwerden an die KZVen im Jahr 2015) deutlich geringer war. Gleichwohl haben der BDK und die KZBV unter wissenschaftlicher Begleitung der DGZMK und DGKFO eine Vereinbarung geschlossen, mit der ein Rahmen geschaffen wurde, der einerseits die Möglichkeit der Versicherten wahr, sich für sämtliche, der modernen Kieferorthopädie zur Verfügung stehenden Mittel zu entscheiden, andererseits aber für die notwendige Information und Transparenz in diesem Entscheidungsprozess sorgte.

Der guten Ordnung halber sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die auch im IGES-Gutachten zitierte Feststellung, hkk-Versicherten sei in nur 24,8 % eine kostenfreie Behandlung angeboten worden, sich nicht einmal aus der zugehörigen Tabelle ergibt. In dieser wird lediglich festgestellt, dass 24,8 % der Befragten kein Angebot privat zu finanzierender Leistungen erhalten haben. Diesen Versicherten wurde also ausschließlich eine zuzahlungsfreie Behandlung angeboten. Ob und wenn ja in welchem Ausmaß nicht nur eine zuzahlungsfreie Behandlung, sondern keine zuzahlungsfreie Behandlung angeboten wurde, ergibt sich aus dieser Fragestellung nicht.

### 3.3.1. Mehrleistungen

Bei den Mehrleistungen handelt es sich um Leistungen, ihrer Art nach im BEMA-Z enthalten sind, sich in der konkreten Ausführung oder anhand des eingesetzten Materials unterscheiden.

Typische Mehrleistungen sind Brackets und Bögen aus anderen Materialien als Edelstahl. So sind z.B. zahnfarbene Brackets ebenso zur Korrektur von Fehlstellungen geeignet, wie Stahlbrackets. Sie weisen aber einerseits einen höheren Materialpreis auf und erfordern einen höheren Aufwand beim Eingliedern aufgrund der höheren Bruchgefahr und einer schwierigeren Positionierung. In einer solchen Ausformung gehen Kosten und Aufwand jedoch über das Zweckmäßige, Ausreichende und Wirtschaftliche hinaus, sodass eine Tragung durch die Solidargemeinschaft nicht zu erfolgen hat. Gleichwohl bleibt insoweit der Sachleistungsanspruch des Versicherten bestehen, wie nicht zuletzt im TSVG klargestellt werden soll. Die Mehrkosten sind dabei nach der Gebührenordnung für Zahnärzte abzurechen.

Wie das IGES-Gutachten zeigt, sind auch andere als die Standardmaterialien zur Korrektur von Fehlstellungen geeignet. Soweit berichtet wird, Mehrleistungen würden unter Hinweis auf ansonsten nicht standardgerechte Behandlungen angeboten, so wäre dies – wenn zutreffend - aus fachlicher Sicht nicht haltbar und unzulässig. Entsprechende Verhaltensweisen wären durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu sanktionieren.

Mehrleistungen sind in der Regel geeignet, die Behandlung optisch oder hinsichtlich des Tragekomforts angenehmer zu gestalten. Ggf. kann sich der Einsatz bestimmter Materialien auch als subjektiv mit weniger Missempfindungen darstellen. Ob sich eine schnellere Behandlungsdauer erreichen lässt, ist unklar. Für ein standardgerechtes Behandlungsergebnis ist der Einsatz von Mehrleistungen nicht erforderlich. Dies kann mit den Mitteln der Regelversorgung erreicht werden.

Die im Rahmen von Mehrleistungen eingesetzten Materialien sind aus Sicht des Berufsverbandes der Deutschen Kieferorthopäden hinreichend im Hinblick auf ihre therapeutische Gleichwertigkeit mit den Mitteln der Regelversorgung erforscht, sodass sich insoweit weitere Maßnahmen erübrigen.

Die Höhe der Kosten für Mehrleistungen ergibt sich aus der Wahl des Versicherten und den in der GOZ vorgesehenen Vergütungen.

### 3.3.2. Zusatzleistungen

Bei Zusatzleistungen handelt es sich um solche Leistungen, die grundsätzlich nicht oder nur in einer bestimmten Anzahl vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankversicherung umfasst sind. Dabei kann es sowohl um ergänzende diagnostische Leistungen handeln, wie zum Beispiel eine gem. § 28 SGB V ausgeschlossenen Funktionsanalyse oder nicht im BEMA-Z enthaltenen Behandlungsgeräte (Non-Compliance-Apparaturen, festsitzender Retainer etc.).

Auch die Höhe der Kosten für Mehrleistungen ergibt sich aus der Wahl des Versicherten und den in der GOZ vorgesehenen Vergütungen.

Repräsentative Daten zur Höhe von Aufwendungen für Mehr- oder Zusatzleistungen liegen nach Kenntnis des BDK nicht vor. Bei der Erhebung solcher Daten ist zu beachten, dass dem Patienten stets die Möglichkeit offen bleiben muss, zahnärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen, ohne hiervon einen Dritten zu informieren. Der Schutz der Gesundheitsdaten umfasst insoweit auch die bloße Inanspruchnahme bestimmter Leistungen, sodass eine personenbezogene Übermittlung solcher Daten ohne Einwilligung des Patienten ausscheidet.

### 3.4. Zusammenfassung

Die Entwicklung der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für kieferorthopädische Behandlungen ist in allererster Linie auf die Anpassung der Punktwerte und damit die Anhebung der Honorare für den gesamten Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung zurückzuführen.

Kieferorthopädische Maßnahmen mögen dabei absolut gesehen mit einer Milliarde Euro pro Jahr einen erheblichen Umfang haben. Im Verhältnis zu den für (zahn)ärztliche Leistungen anfallenden Gesamtausgaben bewegt sich die Kieferorthopädie mit einem Anteil von unter 0,5% in einem ähnlichen Ausgabenbereich wie andere Fachgebiete im Rahmen der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Aufgrund des Genehmigungsvorbehaltes sind ungesteuerte Leistungsausweitungen und damit Kostensteigerungen nicht zu befürchten.

Die von den Patienten privat zu tragenden Aufwendungen sind ihrer Höhe nach durch die Preisvorschriften der GOZ geregelt und ergeben sich im Übrigen aus der Wahl des Patienten für oder gegen privat zu zahlende Leistungen. Dabei ist die Freiheit dieser Wahl und die Aufklärung des Patienten über die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Behandlung zu gewährleisten. Hierfür stehen die Regelungen der zwischen BDK und KZBV geschlossenen Vereinbarung zur Verfügung, die mit dem TSVG in der Fassung des Regierungsentwurfs umgesetzt werden soll.

#### 4. Zu Frage 3 – Handlungsempfehlungen und Forschungsbedarfe

##### 4.1. Limitationen einer Evidenzbasierung in der Kieferorthopädie

Das IGES-Institut weist in seinem Gutachten zurecht darauf hin, dass die Möglichkeiten, eine dem „Goldstandard“ der evidenzbasierten Medizin entsprechende Evaluation kieferorthopädischer Interventionen durchzuführen, limitiert sind. Dabei identifiziert das IGES-Institut die ethischen Probleme von RCTs zum Nachweis der Hypothese, dass bei Nichtbehandlung Einschränkungen der Mundgesundheit resultieren. Wir dürfen ergänzend auf den Beitrag von Ruf (zm 10/2018) verweisen, in dem ausgeführt wird:

*„Zur Beantwortung der Frage, warum RCTs häufig an wesentlichen klinischen Fragestellungen der Kieferorthopädie scheitern, müssen wir uns ihren eigentlichen Zweck vor Augen führen: nämlich zu prüfen, ob eine Behandlung funktioniert, und zwar im Vergleich zu einem Kontrollzustand. Dieser kann in keiner, in einer alternativen oder in einer Placebo-Behandlung bestehen. Und da die Kieferorthopädie von Apparaturen bestimmt wird, liegt genau hier das Problem! Denn „kieferorthopädische Behandlungen gestalten sich nicht als sequenzielle Pilleneinnahme, die man randomisiert durchführen und verblindet auswerten könnte“ [Johnston, 2002]. Im Gegenteil: Selbst „unsichtbare“ Apparaturen sind für den Patienten sichtbar, jedenfalls aber wahrnehmbar. Also scheiden, wenigstens für die meisten Fragestellungen, Placebo-Behandlungen schon einmal aus.*

*Natürlich besteht immer die Alternative einer RCT mit einer unbehandelten Kontrollgruppe. Selbst wenn wir jedoch ethische Bedenken einmal ausklammern, wollen wir nur wenige klassische Fragestellungen der klinischen Kieferorthopädie einfallen, die ein solches Studienkonzept rechtfertigen würden. Dies umso mehr, wenn wir realistisch bleiben und nicht die jahrzehntelangen klinischen Erfahrungen ignorieren, über die wir in der Kieferorthopädie verfügen. Hierzu gehört, dass wir unbehandelte Kontrollgruppen nicht bedingungslos auch in lächerlichen Szenarien fordern, in denen eine klinisch relevante, stichhaltige Wahrheitsfindung auch ohne Kontrollgruppe gut möglich ist. Ein Beispiel dafür wäre die Aussage, dass sich starke Bissanomalien wie etwa eine Frontzahnstufe > 9 mm nicht von selbst korrigieren, dazu braucht es schlicht keine Beweisführung auf Evidenzstufe I.“*

Bei den nachfolgenden Überlegungen zu Handlungsempfehlungen und –erforderlichkeiten ist stets im Blick zu behalten, dass Evidenzbasierung kein Selbstzweck ist. Es ist vielmehr stets die Frage zu stellen, ob für die Beantwortung einer konkreten Fragestellung eine entsprechende Untersuchung überhaupt erforderlich ist oder ob tatsächlich eine Tatsache oder Folgerung evident – im deutschen Sprachgebrauch – ist und nicht dem statistischen Beweis – also der englischsprachigen evidence – bedarf.

##### 4.2. Handlungsempfehlungen zum Nutzen

Das IGES-Institut macht unterschiedliche Handlungsempfehlungen zur weiteren Evaluierung des Nutzens kieferorthopädischer Interventionen. So sollte(n)

- mittels klinischer Studien Evidenz generiert werden

- standardisierte Behandlungspfade in Abhängigkeit von der Malokklusion entwickelt werden
- bereits implementierte Studien um kieferorthopädische Fragestellungen erweitert und
- der Mangel an evidenzbasierten Leitlinien beseitigt werden

Die Handlungsempfehlungen zielen damit einerseits auf die Erhebung und Gewinnung weiterer Daten und die Strukturierung und Bewertung dieser Daten ab. Leitlinien und Behandlungspfade setzen gerade voraus, dass Erkenntnisse vorliegen, die in einer solchen Struktur zusammengefasst, bewertet und konsentiert werden. Mit der Empfehlung, Studien durchzuführen oder zu erweitern postuliert das IGES-Institut insoweit ein Fehlen der entsprechenden Daten.

Es ist jedoch bereits dargestellt worden, dass die vom IGES-Institut definierten Endpunkte unvollständig sind. Auf dieser Grundlage konnten nach Auffassung des Berufsverbandes die für die Beantwortung der vom Bundesministerium gestellten Fragen erforderlichen Informationen nicht aufgefunden werden.

Bevor also die Handlungsempfehlungen im Einzelnen beurteilt werden, ist zunächst eine Neudefinition der Endpunkte erforderlich.

#### 4.2.1. Handlungsempfehlungen Diagnostik

Bei den diagnostischen Interventionen ist grundsätzlich die Fragestellung nachvollziehbar, welche Auswirkung eine bestimmte diagnostische Maßnahme auf die Behandlungsplanung hat. Es genügt jedoch nicht, die Auswirkung des konkreten Befundes auf die konkrete Behandlungsplanung zu beleuchten. Auch hier ist eine differenziertere Fragestellung erforderlich:

Zunächst ist zu klären, welchem Zweck oder welchen Zwecken eine diagnostische Intervention dient. Geht es um den

- Ausschluss von Kontraindikationen oder schweren Risikostrukturen

mag die – ordnungspolitische – Frage gestellt werden, welches Maß an Risiko den Versicherten zugemutet werden kann. Nach Auffassung des Berufsverbandes der Deutschen Kieferorthopäden wäre es jedoch nicht vertretbar, auf diagnostische Maßnahmen zu verzichten, wenn dadurch auch nur bei einem verhältnismäßig geringen Anteil der Patienten schwerwiegende unerwünschte Behandlungsfolgen bis hin zum Zahnverlust vermieden werden können. Ob es tatsächlich sinnvoll, erforderlich und vor allem möglich ist, mit den Mitteln der evidenzbasierten Medizin Kontraindikationen und Risiken „nachzuweisen“ erscheint zweifelhaft. Es kann im Hinblick auf solche diagnostischen Maßnahmen allein die Frage zu stellen sein, ob eine alternative Form der Befunderhebung zur Verfügung steht. Nur wenn dies bejaht wird, mag es sinnvoll sein, Kosten, Nutzen und Risiken dieser alternativen diagnostischen Verfahren weiter zu untersuchen.

Vergleichbare Überlegungen gelten auch, soweit als Endpunkt ein unmittelbarer

- Einfluss auf die Behandlungsplanung

untersucht wird. Auch bei solchen diagnostischen Maßnahmen lässt der Befund im Einzelfall keinen Rückschluss auf einen Nutzen der Maßnahme zu. So überrascht es nicht, dass eine vom IGES-Institut dargestellte Studie zu dem Ergebnis gelangt, die Hinzunahme einer kephalometrischen Aufnahme führe – abhängig von der Erfahrung des Behandelnden – nur in einem geringen Anteil der Fälle zu einer Änderung der Behandlungsplanung (S. 32f des GA). Einmal davon abgesehen, dass ein Anteil von ca. 18% Planungänderungen aufgrund der kephalometrischen Untersuchung durchaus erheblich ist, ist auch insoweit die Frage zu stellen, ob im Einzelfall ein reaktionspflichtiger Befund vorlag. Um die Planungsrelevanz einer diagnostischen Maßnahme zu beurteilen, können daher nicht Stichproben bewertet werden, sondern nur solche Fälle, in denen sich eine z.B. auffällige Kephalemtrie zeigt. Wie sich dabei der Aspekt berücksichtigen ließe, dass mit zunehmender Behandlererfahrung die Fähigkeit zur Ersteinschätzung wächst, Befunderhebungen zur Diagnosesicherung jedoch erforderlich bleiben, bliebe zu diskutieren.

Sinnvoll ist es sicher, den Nutzen neuer, sich insbesondere im Bereich der digitalen Zahnmedizin entwickelnde Untersuchungstechniken mit den Mitteln der evidenzbasierten Medizin zu untersuchen. Dabei sollte die fachliche Forschung gerade bei Methoden, die in anderen Fachdisziplinen bereits bekannt sind (z.B. MRT), bereits zu einem frühen Zeitpunkt durch Kosten-Nutzen-Analysen im Sinne einer Versorgungsforschung flankiert werden.

#### 4.2.2. Handlungsempfehlungen Therapie

Bei den Handlungsempfehlungen zum Nutzen therapeutischer Intervention wirken sich die unvollständig gewählten Endpunkte besonders gravierend aus. Hier müssen nach Einschätzung des Berufsverbandes die Endpunkte vollständig neu gefasst und auf dieser Grundlage eine erneute Betrachtung durchgeführt werden.

Die Endpunkte müssen dabei die unterschiedlichen Malokklusionen und die sich daraus ergebenden – aktuellen - Auswirkungen auf die Mundgesundheit berücksichtigen. Dabei wird für jede Malokklusion die Frage zu stellen sein, ob die Behandlung primär der unmittelbaren (Wieder)herstellung einer Körperfunktion, der Beseitigung einer Entstellung oder der Beseitigung von Funktionsstörungen und damit auch der Vorbeugung von weiteren Erkrankungen des stomatognathen Systems dient.

Es wären also nach hiesiger Auffassung zunächst die folgenden Endpunkte einer weitergehenden Fragestellung zugrunde zulegen

- Kurzfristige (Wieder)herstellung der Fähigkeit zu Beißen oder zu Kauen
- Beseitigung von Entstellungen

Führen Interventionen nicht zu diesen Endpunkten, ist auf einer zweiten Ebene die Frage zu stellen nach der Erreichung weiterer kurzfristiger Endpunkte wie z.B. der

- Beseitigung einer die physiologische Entwicklung des stomatognathen Systems behindernden Fehlstellung. (z.B. retinierte oder verlagerte Zähne).

Erst auf einer weiteren Ebene ist sodann die Frage zu stellen, ob die zu beseitigenden Fehlstellungen langfristig zu weiteren Beeinträchtigungen der Mundgesundheit, also zu

- Karies
- Gingivitis
- Parodontitis
- Zahnverlust
- Zahnlockerung
- Schmerz
- Wurzelresorption

führen können.

Es ist zu erwarten, dass sich bei einer Auswertung der auch vom IGES-Institut vorgefundenen Studien die Erreichung derart konkretisierter Endpunkte deutlich anders darstellen wird. Ob und in welchem Umfang und zu welcher Fragestellung dann noch ein Bedarf an weiteren klinischen Studien besteht, lässt sich aus Sicht des Berufsverbandes heute nicht einschätzen.

Die Erweiterung bestehender Studien (DMS, NaKo) erscheint grundsätzlich ein zutreffender Ansatz zu sein, um ein vollständiges Bild der zahnmedizinischen Versorgung unter Einschluss der Kieferorthopädie zu schaffen. Welche Fragestellungen in laufende Studien sinnvoll integriert werden können, sollte in Zusammenarbeit mit der wissenschaftlichen Fachgesellschaft erörtert werden. Ebenso wäre mit der wissenschaftlichen Fachgesellschaft zu erörtern, welche Daten aus diesen Studien oder anderen Studien ggf. vorliegen und wie eine Auswertung solcher Daten gefördert werden kann.

Die bereits genannte Veröffentlichung von Daten der SHIP-Studie belegt, dass bereits heute Tätigkeit in diesem Bereich entfaltet wird. Soll die Forschungsgeschwindigkeit gesteigert werden, werden auch die Bedingungen für wissenschaftliche Betätigung auf dem Gebiet der Kieferorthopädie zu beleuchten sein. Wird ein relevanter Forschungsbedarf gesehen, wird auch über Maßnahmen zur Verbesserung der Forschungsbedingungen nachgedacht werden müssen.

Die Anregung, die vorliegenden Erkenntnisse in Leitlinien und Behandlungspfaden zu strukturieren, ist ebenfalls bereits Gegenstand heutiger Bestrebungen. So hat die Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie bereits darauf hingewiesen, dass derzeit eine „Qualitätsbroschüre“ überarbeitet wird, die eine Richtschnur für bestimmte Behandlungsabläufe bieten wird.

Die Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie hat weiter bereits in der jüngeren Vergangenheit die Arbeit an Leitlinien deutlich verstärkt. So hat die Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie in den vergangenen Jahren nicht nur an zahlreichen Leitlinien mitgewirkt (Fissuren- und Grübchenversiegelung (S3), Kondylushypo- und -hyperplasie (S3), Zahnimplantatversorgungen bei multiplen Zahnnichtanlagen und Syndromen (S3), Dentales Trauma bleibender Zähne, Therapie (S3) etc.), sondern ist auch an der Neufassung bzw. Erarbeitung einer Vielzahl von angemeldeten Leitlinien beteiligt:

- Früherkennung und Management von verlagerten und retinierten Eckzähne; (S2k) Anmeldung vom 05.12.2017 (federführend)
- Idealer kieferorthopädischer Behandlungszeitpunkt unter besonderer Berücksichtigung von Klasse-II- und Klasse-III-Anomalien, (S2k) Anmeldung vom 03.01.2019 (federführend)
- Dentale Digitale Volumetomographie; (S2k) Anmeldung vom 05.12.2017 (beteiligt)
- Implantate in der KFO; (S3) Anmeldung 01.04.2017 (beteiligt)

- Rechtfertigende Indikation bei Röntgenaufnahmen in der Kinderzahnheilkunde; (S2k) Anmeldung 24.07.2014 (beteiligt)
- Diagnostik und Therapie von Patienten mit Kraniosynostosen; (S2k) Anmeldung 22.10.2018 (beteiligt)

Es ist zu erwarten und zu begrüßen, dass damit eine strukturierte Aufbereitung des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes voranschreitet.

#### 4.3. Handlungsempfehlungen zu Kosten

Das Gutachten des IGES-Instituts kommt zurecht zu dem Befund, dass mit den derzeitigen Daten eine Betrachtung der Fallkosten im Sinne einer Betrachtung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für eine kieferorthopädischen Behandlung in Gänze nicht möglich ist.

Um eine solche Betrachtung zu ermöglichen, wäre es erforderlich, die über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechneten Leistungen des Behandelten zusammenzuführen. Dabei kann nach Auffassung des Berufsverbandes zunächst nicht die Praxis des behandelnden Kieferorthopäden Anknüpfungspunkt der Datenerhebung sein. Im Fall von Behandlerwechseln, Wohnortwechseln und Ähnlichem wäre eine Sammlung der erforderlichen Daten nicht möglich. Auch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind insoweit nur bedingt zur Datenerlieferung in der Lage, da auch hier Wohnortwechsel zur Änderung der Zuständigkeit führen.

Vertragszahnärzte und Kassenzahnärztliche Vereinigungen liefern die Daten über die erbrachten Leistungen ohnehin im Rahmen der Abrechnung an die Krankenkasse, die damit bereits jetzt über die notwendigen Daten verfügt. Aufgrund der den Krankenkassen vorliegenden Behandlungspläne stehen weiterhin die für eine fehlerstellungsbezogene Betrachtung erforderlichen Diagnosedaten ebenfalls zur Verfügung. Es erscheint daher naheliegend, die vorhandenen Daten der Krankenkassen unter Berücksichtigung des Datenschutzes dahingehend aufzubereiten, dass fehlerstellungsbezogen und auf einen zu definierenden „Behandlungsfall“ oder besser Behandlungszeitraum bezogen die Abrechnungsdaten zusammengeführt werden. Nur so lassen sich Rückschlüsse auf die tatsächlichen Fallkosten ziehen.

Dabei sollten die Daten auch weitergehend kategorisiert werden. So sollte auch untersucht werden, ob z.B. die Durchführung von Gutachten oder Obergutachten einen signifikanten Einfluss auf die Behandlungskosten hat. Als Begleitdaten sollten auch die während einer kieferorthopädischen Behandlung anfallenden weiteren Behandlungskosten auf allgemein-zahnärztlichem Gebiet untersucht werden, um ggf. unwirtschaftliche Wiederholungsleistungen zu identifizieren.

Unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung sollte dabei auch die Qualifikation bzw. der kieferorthopädische Tätigkeitsumfang berücksichtigt werden, um zu untersuchen, ob – bei gleicher Ausgangssituation – eine größere behandlerische Erfahrung, die sich durch eine

schwerpunktmäßige Tätigkeit auf dem Gebiet der Kieferorthopädie bildet, auch Auswirkungen auf die Behandlungskosten hat.

Der Vorschlag, solche Daten um Patientenbefragungen zu ergänzen, wird kritisch gesehen. Um zu einer adäquaten Datenqualität zu gelangen, müssten die Patientenangaben verifiziert werden. Die hierfür erforderlichen Informationen (Diagnose, Therapie, abgerechnete Leistungen) lassen sich jedoch ohnehin den Daten der Krankenkassen entnehmen. Sinnvoll erscheinen Patientenbefragungen in erster Linie zur Beurteilung von subjektiven Wahrnehmungen wie einer Verbesserung der oralen Lebensqualität, die jedoch bereits hinreichend unterlegt ist.

Im Hinblick auf die privat zu tragenden Kosten besteht, wie bei allen ergänzenden oder komplementären medizinischen Leistungen (IGeL, Mehrkosten bei Füllungen, Implantologie etc.) das Problem der Datenerhebung. Da es jedem Patienten offen stehen muss, ärztliche oder zahnärztliche Leistungen ohne Kenntnis irgendeines Dritten in Anspruch zu nehmen, kann insoweit nur auf Daten zurückgegriffen werden, die der Patient zu diesem Zweck übermittelt. Insoweit mögen Patientenbefragungen ebenfalls sinnvoll sein, ebenso die Aufnahme von entsprechenden Erhebungen im Rahmen von anderen Studien.

In diesem Kontext – wenn auch nicht beschränkt auf den Bereich der Kieferorthopädie – wird es auch notwendig sein, die Wirksamkeit der Instrumente zur Gewährleistung einer freien Entscheidung des Patienten zu evaluieren. Im Bereich der Kieferorthopädie stehen mit der Vereinbarung zwischen KZBV und BDK bereits ein für die Handelnden erkennbarer Regelungsrahmen, der mit dem TSVG auch gesetzlich normiert werden soll, zur Verfügung.

Die weiter rückläufige Zahl der bekannten Beschwerden zu diesem Problemkomplex sowie die bislang geleistete Aufklärungsarbeit von KZVen und Berufsverband belegt, dass Versicherte im Bereich der Kieferorthopädie sich ganz überwiegend frei für oder gegen privat zu zahlende Leistungen entscheiden können. Es sind keine Fälle bekannt, in denen die KZVen Verstöße mit empfindlichen Sanktionen ahnden mussten.



## 5. Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das Gutachten des IGES-Instituts an einem gravierenden strukturellen Mangel leidet, da es die Kieferorthopädie und ihre Ziele auf die (langfristige) Vermeidung von Karies, Parodontose u.ä. reduziert. Auch wenn die Prävention ein wichtiges Anliegen der Kieferorthopädie ist, ist die (auch kurzfristige) Wiederherstellung der Funktion primäres Ziel jeder kieferorthopädischen Intervention.

Diese Verengung auf einen rein präventiven Ansatz führt in der Folge zu nicht adäquat ausgewählten Endpunkten, was den letztlich nicht nachvollziehbaren geringen Einschluss von Studien erklären mag.

Diesbezüglich erscheint eine Einbindung der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie in die weiteren Erörterungen unbedingt wünschenswert.

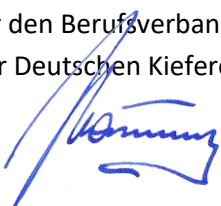
Die Ausgaben für Kieferorthopädie liegen mit unter 0,5% der Leistungsausgaben in einem verhältnismäßig geringen Bereich, auch wenn der absolute Ausgabenbetrag mit ca. 1 Mrd. € ein anderes Bild vermittelt. Der Anstieg der Ausgaben in den vergangenen Jahren (seit ca. 25 % seit 2004) ist in allererster Linie auf die Anhebung des vertragszahnärztlichen Punktwertes zurückzuführen. Die zur Verfügung stehenden Leistungen wurden weder erweitert noch in ihrer Bewertung verändert. Leistungsausweitungen durch „Morbiditätsausweitungen“ sind durch den Genehmigungsvorbehalt und die Begutachtungsmöglichkeit ausgeschlossen.

Eine Betrachtung der auf eine kieferorthopädische Behandlung entfallenden Ausgaben ist in Ermangelung einer einheitlichen Falldefinition nicht möglich.

Um zu weiteren Erkenntnissen über die kieferorthopädische Versorgung zu gelangen, erscheint eine Versorgungsforschung insbesondere auf der Grundlage zusammengeführter Abrechnungsdaten der Krankenkassen unter Berücksichtigung der Morbiditäts- und Versorgungsstruktur sinnvoll.

Transparenz und Wahlfreiheit in Bezug auf die Entscheidung für oder gegen ergänzende Behandlungsmaßnahmen sind im Bereich der Kieferorthopädie sowohl durch die innerhalb des zahnärztlichen Berufsstandes vereinbarten Regelungen sowie durch die vorgesehen gesetzlichen Regelungen gewährleistet.

für den Berufsverband  
der Deutschen Kieferorthopäden e.V.



Dr. Hans-Jürgen Köning  
1. Bundesvorsitzender