

Patienteninformation Kieferorthopädie, CMD-Kieferorthopädie, CMD - KFO Kostenerstattung der CMD - Kieferorthopädie

Allgemeine Information: Kieferorthopädie

Das Fach Kieferorthopädie wird allgemein beschrieben mit dem Korrigieren schief stehender Zähne, Profilgestaltung und einem schönen Lächeln.

In der Kieferorthopädie werden herausnehmbare Geräte und feste Klammern eingesetzt. Die Behandlung mit festen Klammern wird als Orthodontie (Geraderichten von Zähnen) bezeichnet.

Nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse ist die Kieferorthopädie „in einer Phase des Umbruchs“ (Diedrich 2001):

KIEFERORTHOPÄDIE, EINE SCHICKSALSFRAGE

Kieferorthopädie, KFO, ist die Disziplin der Medizin mit der höchsten Stufe der Invasivität und Wirkungstiefe (Wikipedia: Zahnfehlstellung), Basis für die ganze nachfolgende Zahnheilkunde, CMD-Erkrankungen und Persönlichkeitsentwicklung.

Besonders mit dem Wachstum werden durch Kieferorthopädie die gesamten Knochenstrukturen des Kopfes in Größe, Form, Lagebeziehung zueinander, ihre Statik und Funktion, die Kiefergelenke und das Profil verändert.

Damit reicht selbst die Wirkungstiefe der Chirurgie bei Weitem nicht an die Wirkungstiefe der Kieferorthopädie heran.

Die Kieferorthopädie kann daher tiefgreifend positiv wie negativ genutzt werden.

Richtlinien zur vertragszahnärztlichen Versorgung von gesetzlich versicherten Patienten nach § 28(2) und 29 SGBV vom 01.01.2002 für Kieferorthopädie

Abschnitt B, Nr.1

„Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört die kieferorthopädische Behandlung, wenn durch eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung die Funktion

- des Beißens,
- des Kauens,
- der Artikulation der Sprache

oder eine andere Funktion, wie z.B.

- die Nasenatmung,
- der Mundschluss oder
- die Gelenkfunktion,

erheblich beeinträchtigt ist bzw. beeinträchtigt zu werden droht und wenn nach Abwägung aller zahnärztlich-therapeutischen Möglichkeiten durch kieferorthopädische Behandlung die Beeinträchtigung mit Aussicht auf Erfolg behoben werden kann.“

Abschnitt B, Nr. 2

- „Untersuchungen, Beratungen sowie ggf. Diagnostische Leistungen zur Überprüfung, ob die kieferorthopädische Behandlung der vertragszahnärztlichen Versorgung zuzuordnen ist, gehören zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

- Der Zahnarzt soll Inhalt und Umfang der notwendigen diagnostischen Leistungen nach den individuellen Gegebenheiten des Einzelfalls festlegen.

- Diagnostische Leistungen sind in zahnmedizinisch sinnvoller Weise zu beschränken.“

Abschnitt B, Nr. 3

„ Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gemäß §29 Abs. 1 SGBV in Verbindung mit Abs.4 gehört die gesamte kieferorthopädische Behandlung, wenn bei ihrem Beginn ein Behandlungsbedarf anhand der befundbezogenen **Kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG)** – Anlage 1 zu den Richtlinien- festgestellt wird.“

Die Kieferorthopädischen Indikationsgruppen, KIG (KIG – Kieferorthopädie)

- im Widerspruch zu den gesetzlichen Richtlinien von Abschnitt B, Nr. 1, SGBV
- Keine Diagnostische Erfassung von Krankheitsbildern

Die KIG definieren den kieferorthopädischen Behandlungsbedarf nach einem geometrisch dominierten Schema von Zahnfehlstellungen im Schlussbiss überwiegend in Millimetern: Je mehr Millimeter, desto größer der Behandlungsbedarf.

Problem Nr. 1 Unzureichende Erfassung der vertragszahnärztlichen Versorgung durch die KIG

Das Schema der KIG-Diagnostik erfasst überwiegend nur geometrisch – statische Beziehungen von Zähnen in Millimetern im Schlussbiss. Damit werden keine vertraglichen Vorschriften des Gesetzgebers nach § 28(2) und 29 SGBV Abschnitt B, Nr. 1 der Diagnose und Behandlung von Dysfunktionen wie:

„des Beißens, des Kauens, der Artikulation der Sprache, der Nasenatmung, des Mundschlusses oder der Kiefergelenkfunktion, sowie der Kau- und Schluckmuskulatur (Motorik)“ erfasst.

Somit werden Krankheitsbilder, welche vom Gesetzgeber als Kassenleistung definiert werden, dem Gesetzlich Versicherten Patienten vorenthalten.

Problem Nr. 2 Falsche Definition von „Dysfunktion“ im Schlussbiss durch die KIG

Eine Dysfunktion der Zahnbeziehung entsteht immer erst in der letzten Phase des Zusammenbeißen, somit im Bereich von Bruchteilen eines Millimeters. Greifen dann die Zahnhöcker nicht reibungslos ineinander – wie bei Zahnrädern einer Uhr etwa – so kommt es beim weiteren Zubeißen zu einer zwanghaften Ablenkung. Dieses nennt man dann Vorkontakt oder Zwangsbissführung. Diese durch eine Fehlbeziehung der Zahnhöcker erzwungene Ablenkung des Unterkiefers führt dann zu Fehlbelastungen oder zu einem Aushebeln der Kiefergelenke – wie bei jedem normalen Kugellager auch. (Gesetzgeber: „des Beißen, Kauens“)

Gleichermaßen werden durch Zwangsbissführungen einzelner Zahnhöcker die Kau- und Schluckmuskulatur fehlbelastet, was zu Bruxismus, Verhärtungen dieser Muskulatur und starken Schmerzentwicklungen führen kann.

So kann sehr leicht sogar eine optisch perfekte Verzahnung im Schlussbiss schwerste Zwangsbissführungen beinhalten mit komplexen Dysfunktionen, Verhärtungen, Schmerzen der Kaumuskulatur und Schluckmuskulatur sowie ausgehebelten Kiefergelenken.

Nach vorliegender KIG- Einstufung der Zahnbeziehungen nach Millimetern im Schlussbiss werden diese eigentlichen Krankheitsbilder, welche der Gesetzgeber jedoch als behandlungsbedürftig vorgeschrieben hat, nicht erfasst.

Die durch Dysfunktion von Zähnen verursachten Krankheitsbilder werden unter der Bezeichnung: Craniomandibuläre Dysfunktion, CMD, erfasst. Darunter fallen Krankheitsbilder wie:

Komplexe Kopfschmerzen, Nacken-Schulterschmerzen, Bandscheibenvorfälle, Migräne, Schwindel, Konzentrationsschwächen, Kiefergelenkknacken, Zahnfleischschwund und Knochenschwund.

Die CMD ist schleichend und führt nicht selten bis zur Arbeitsunfähigkeit und Einschränkung der Fahrtüchtigkeit. Von der CMD sind im Laufe des Lebens ca. 50% der Bevölkerung und mehr betroffen.

Den Krankenkassen und den Arbeitgebern entstehen hierdurch Kosten in kaum bezifferbaren mehrstelligen Millionenbeträgen – abgesehen vom Schicksal des einzelnen Patienten, welcher bei nicht ursächlicher Therapie nicht selten sogar in der Psychiatrie endet.

Der Gesetzgeber hat aber gerade die Therapie der Dysfunktion der oben beschriebenen Bereiche als Leistung für pflichtversicherte Patienten vorgesehen. Somit ist die Therapie der CMD durch funktionelle Korrektur von falsch stehenden Zähnen Pflichtleistung der Gesetzlichen Krankenkassen. Dieses findet Bestätigung im ersten Gerichtsverfahren, Az.: S 9 KR 259/07

Problem Nr. 3 Keine Abrechnungspositionen für medizinische Leistungen nach „Richtlinien § 28(2) und 29 SGBV Abschnitt B, Nr. 1“ durch KIG

- Gerichtsverfahren, Az.: S 9 KR 259/07 Duisburg, 23.01.09 stellt KIG-Einstufung in Frage
- Erkrankungen des Craniomandibulären Systems, CMS, nach § 28(2) und 29 SGBV Abschnitt B, Nr. 1 sind erstattungspflichtig. (siehe auch www.cmd-institut.de)

Problem Nr. 4 Falsche Behandlungsvorschriften durch gesetzliche Krankenkassen

Zahnfehlstellung: Die gesetzlichen Krankenkassen haben Verträge für eine orthodontische Behandlung (feste Klammer), wonach aus wirtschaftlichen Gründen überwiegend nur gerade, automatisierte Fertighbögen eingesetzt werden dürfen (Vorschrift durch Kassengutachter). Diese Technik beinhaltet eine Straight- Wire- Anatomie und Zahnstellungen / Ausrichtung der Zahnachsen, welche dem wissenschaftlich anerkannten Stand der Erkenntnisse grundlegend widersprechen. Somit werden mit den Festen Klammern der Gesetzlichen Krankenkassen flächendeckend Zahnfehlstellungen produziert, welche vielfach auch noch zusätzlich unnötige Zahnextraktionen mit Einengung des Zungenraums verursachen und über diese Zahnfehlstellungen und deren Dysfunktionen später auftretende CMD- Erkrankungen verursachen können.

Falsches Wachstum: Während des Wachstums versucht der Körper Fehlstellungen der Zähne durch Wachstumsanpassungen der Kieferknochen und der Kiefergelenke auszugleichen. Dieses bedeutet jedoch, dass durch falsche Zahnstellungen auf Kassenleistung auch noch die Knochen- und Gelenkstrukturen falsch wachsen, welches häufig irreparabel ist.

Bewertung der Kieferorthopädie / Orthodontie der DGKFO (Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie) durch offizielle Gutachten und Organe

- 2001 erstellte das BMG, Bundesministerium für Gesundheit, unter Rüdiger Säckel ein Gutachten über die Kieferorthopädie: Erfolgsquote nur 38%
- 2005 erstellte der Wissenschaftsrat, oberstes Kontrollorgan der Universitäten, eine vernichtende Bewertung der Kieferorthopädie an Deutschen Hochschulen in Wissenschaft, Forschung und Lehre, und forderte gleichzeitig einen Paradigmawechsel zur medizinischen Definition der Kieferorthopädie, somit eine Kieferorthopädie zur Diagnostik und Therapie der CMD durch die Kieferorthopädie – welche mit der KIG-Kieferorthopädie der Krankenkassen nicht möglich ist.
- 2008 veröffentlichte das BMG eine Studie über die Kieferorthopädie: „Mundgesundheit nach kieferorthopädischer Behandlung mit festsitzenden Apparaturen.“ Ergebnis : Vernichtende Bewertung der von den Hochschulen vertretenen Kieferorthopädie der DGKFO in allen Bereichen der Wissenschaft, Forschung und Therapie. Selbst die wissenschaftliche Literatur wäre „inakzeptabel“. (www.cmd-institut.de, unter Aktuelles)

Leistungspflicht der CMD- KFO durch Behandler und Krankenkasse:

- Die medizinisch definierte Kieferorthopädie, oder die CMD-Kieferorthopädie, CMD-KFO erfüllt die gesetzlichen „Richtlinien zur vertragszahnärztlichen Versorgung des Gesetzgebers nach § 28(2) und 29 SGBV Abschnitt B, Nr. 1 vom 01.01.2002 für Kieferorthopädie “.
- Die CMD – Kieferorthopädie erfüllt die qualitativen Normen der Gutachten des Wissenschaftsrates 2005 und des BMG 2008, wie:
 - Funktionelle Diagnostik nach Vorgabe der DGZMK, Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde,
 - Ausrichtung der Zähne nach Vorgaben der Funktionellen Anatomie
 - Funktionelle Techniken der Festen Klammer, sog. Biofunktionelle Orthodontie, BFO . Biofunktionalität ist zwischenzeitlich ein neuer richtungsweisender Forschungsbereich
 - Erfassung der CMD-Kieferorthopädie, CMD-KFO auf der Basis der Biofunktionellen Orthodontie nach definierten und veröffentlichten Regeln und Qualitätsleitlinien.

Wirtschaftlichkeit durch CMD-Kieferorthopädie

Da die Gesetzlichen Krankenkassen mit der KIG- Diagnostik und den Vorschriften für eine Straight-Wire -Technik wie - Anatomie (falsche Zahnstellungen), KIG-KFO, nicht den gesetzlichen und medizinischen Normen entsprechen, und im Gegenteil eher für komplexe Dysfunktionen verantwortlich sind, kann keine Abrechnung nach dem KIG -Verfahren erfolgen.

Der Patient erhält über die CMD-Kieferorthopädie, CMD-KFO, einen Heil- und Kostenplan auf der Basis der Privatabrechnung, da die ganzheitlichen, medizinischen Leistungen der CMD-KFO nach den Richtlinien des Gesetzgebers nach § 28(2) und 29 SGBV vom 01.01.2002 SGBV mit der KIG-KFO nicht erfasst werden, bzw. nicht erfassbar sind. Diese Privatrechnungen kann dann der Patient seiner gesetzlichen Krankenkasse zur Erstattung einreichen.

Durch das Wirtschaftlichkeitsgebot der Krankenkassen, die Gelder der Pflichtversicherten wirtschaftlich einzusetzen, und durch ein erstes Gerichtsurteil (siehe oben) der Kostenerstattung der CMD-Kieferorthopädie durch Gesetzliche Krankenkassen, sind Krankenkassen gehalten, anfallende Kosten der CMD-Kieferorthopädie zu erstatten, oder andernfalls Folgekosten von CMD-Erkrankungen oder der KIG- Kieferorthopädie zu übernehmen, was unwirtschaftlich ist. Weitere Informationen über die CMD-Kieferorthopädie, CMD-KFO, unter www.cmd-institut.de