

## „Systemversagen Kieferorthopädie“

### Allgemeine Einführung

Die zurzeit gelehrte und praktizierte Kieferorthopädie wird zunehmend in der Öffentlichkeit kritisch thematisiert.

Das CMD Institut begleitete diese Diskussion seit 2005, und ist dort auf der Internetseite unter: „Archiv: aktuelle Texte zeitbezogen“ zu verfolgen.

Die Öffentlichkeit, aber auch die fachliche Öffentlichkeit wurde besonders 2008 durch das Health Technology Assessment über “Kieferorthopädie“ im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstmalig besonders deutlich über Grundlagenprobleme in der Kieferorthopädie aufmerksam.

2005 kritisierte bereits der Wissenschaftsrat in einem offiziellen Gutachten die unzureichende interdisziplinäre Verbindung der Zahnmedizin mit der allgemeinen Medizin. Danach rückte speziell die CMD, die so genannte Cranio Mandibuläre Dysfunktion als interdisziplinäres Bindeglied zur Allgemeinmedizin in den wissenschaftlichen und praktischen Fokus der Zahnmedizin. Die Kieferorthopädie konnte diese Entwicklung fachlich nicht angemessen begleiten.

Die Hochschullehrerschaft der Kieferorthopädie ist in der Verbindung Kieferorthopädie mit Krankheiten im Bereich der CMD, cranio Mandibuläre Dysfunktion, wissenschaftlich wie praktisch nachhaltig verunsichert und orientierungslos.

Diese allgemeine Orientierungslosigkeit der richtungsweisenden Organe in der Kieferorthopädie wird u.a. in der “Kursinformation des 6. Kieferorthopädischen Fach-Symposiums“ der KFO IG vom 12. November 2011 (verschoben auf den 17.März 2012) von Prof. Dr. D. Kubein-Meesenburg, Göttingen, deutlich:

*“Aber es ist nicht abzustreiten, dass das Wissen über die exakten Ursachen von CMD immer noch weitgehend ein wissenschaftlich unerforschtes oder ungelöstes Problem darstellt. Hier ist eigentlich dringend nach präziser Forschung mit neuen Ideen gefragt, um neben einer Therapie nach ‘trial-and-error’ durch das Verstehen des biologischen Systems zu untermauern und nach Erfolg screenen zu können.“*

Auf diesem Fachsymposium wurde von Dr. Georg Risse das Thema: “Das Behandlungsgebiet des Kieferorthopäden als Orientierung für CMD“ vorgetragen.

Im obigen Vortrag wurde die Funktionseinheit der Muskulatur des Kauorgans mit der Kopf- Nacken -Schultermuskulatur anhand eines schematischen Schaubildes nach Brodie (1949) dargestellt, und weiter erörtert (siehe Archiv-CMD Institut).

Hieraus ergab sich zwingend, dass der Bereich der CMD mit der Begrenzung auf Dysfunktionen im Bereich vom Cranium und der Mandibula völlig unzureichend ist, da die funktionelle Systemeinheit des Kauorgans mit der Kopf-Nacken-Schultermuskulatur über die Atlasgelenke mit integriertem Rückenmark und entsprechender vaskulärer Versorgung als Einheit untrennbar ist.

Damit ist insbesondere die Kieferorthopädie, welche die gesamten funktionellen und strukturellen Vernetzungen des Kauorgans besonders während des Wachstums, aber auch nach dem Wachstum, höchst invasiv gestaltet und verändert, nachhaltig gefordert, die bisherigen Grundlagen der Kieferorthopädie nachhaltig zu überarbeiten, um der nachfolgenden Zahnmedizin- und infolge der Beziehung zu den Atlasgelenken- der Allgemeinmedizin angemessen Rechnung zu tragen.

Die medizinische Aufgabenstellung für die Kieferorthopädie zur ursächlichen Therapie interdisziplinärer Krankheitsbilder wurde bereits in diesem obigen Artikel anfänglich dargestellt.

Das grundlegende Problem der konventionellen Kieferorthopädie besteht jedoch darin, dass die Diagnostik der Kieferorthopädie und die therapeutische Umsetzung mit den allgemein üblichen Techniken bereits für die Aufgabenstellung zur Herstellung einer individuellen Funktion des Kauorgans völlig unzureichend ist, und teilweise auch als falsch zu bezeichnen ist (U. Stratmann). Auf dieser Grundlage ist konsequenterweise eine ursächliche Therapie von Dysfunktionen der Atlasgelenke, Fehlbelastung des oberen Rückenmarks und der Medulla Oblongata nebst einer Therapie von interdisziplinären Erkrankungen völlig auszuschließen.

Die allgemeine Orientierungslosigkeit der richtungsweisenden DGKFO, deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie, ein Verbund von Hochschullehrerschaft und Berufsverband der Kieferorthopädie, wird in einem allgemeinen Rundschreiben / „Aufruf“ der DGKFO vom 25.6.2014, gezeichnet von der Präsidentin der DG KFO, Prof. Dr. Ursula Hirschfelder, an die „Praktiker der Kieferorthopädie“ erneut bestätigt:

*„Versorgungsforschung in der Kieferorthopädie, Aufruf zur Projektentwicklung und -initiierung:*

*Angesichts der immer lauter werdenden und oft sehr emotional geführten Debatten in Presse und Politik über den evidenzbasierten Nutzen kieferorthopädischer Interventionen, rufe ich Sie im Namen des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie e. V. (DGKFO) zur Projektentwicklung und-Initiierung im Bereich der Versorgungsforschung in unserem Fachgebiet auf.*

*Im Sinne unseres Fachgebietes und der wissenschaftlichen Fachgesellschaft freuen wir uns auf interessante Ideen zur Evaluation von Effizienz, Effektivität und Qualität der kieferorthopädischen Behandlung. Um deren Multiprofessionalität zu gewährleisten, spielt die interdisziplinäre Zusammenarbeit eine übergeordnete Rolle.“*

Offensichtlich fehlt es dem richtungsweisenden Organ DGKFO und der Hochschullehrerschaft nicht nur an „interessanten Ideen“, sondern an der Erkenntnis der Notwendigkeit zur grundlegenden Neustrukturierung der Kieferorthopädie.

Ergänzend zu dem obigen Vortrag auf dem 6. Fachsymposium der KFO IG: „Das Behandlungsgebiet des Kieferorthopäden als Orientierung für CMD, Cranio Mandibuläre Dysfunktion“, 2012, durch Dr. Georg Risse, wurde am 31.7.2013 die „CMD Kieferorthopädie, CMD-KFO oder genauer die: „Dento-Craniale und Dento-Cervikale Orthopädie und Neurologie, DCC-ON“ wegen der Systemeinheit über die Atlasgelenke offiziell bei der Zahnärztekammer Münster als neue Fachdisziplin der Zahnmedizin eingereicht.

Zwischenzeitlich schwelt natürlich in der Bevölkerung dieses Problem der ursächlichen Therapie und damit der fachlichen und versicherungstechnischen Zuständigkeit sowie der Kostenerstattung insbesondere für pflichtversicherte Kassenpatienten.

Insbesondere der pflichtversicherte Kassenpatient fordert eine Erstattung der Kosten einer ursächlichen Behandlungstherapie im Rahmen der Krankheitsbilder der CMD und der systemimmanenten CMCD, Cranio-Mandibuläre und – Cervicale Dysfunktion.

In den obigen Artikeln wurden mehrere Grundlagenfehler der konventionellen Kieferorthopädie in Diagnostik, dem Behandlungsgebiet und der technischen Umsetzung dargelegt, welche beginnend seit 2000, spätestens aber seit 2004, der DGKFO nachhaltig bekannt sind. Eine Aufarbeitung dieser Grundlagenfehler wurde jedoch von der DGKFO trotz verschiedenster Bemühungen nicht aufgenommen.

Diese Thematik erreicht nun die Sozialgerichte.

Aus diesem Anlass wurde wegen des öffentlichen Interesses nachfolgend ein Auszug zum Diskussionsstand vor Sozialgerichten anonymisiert beigefügt:

### **Stellungnahme**

Auf das Schreiben Ihres Rechtsanwalts vom 14.11.2014 kontaktierte das Landessozialgericht Hamburg mit Schreiben vom 28.11.2014 den GBA / Gemeinsamer Bundesausschuss.

Die Fragestellung des Landessozialgerichts Hamburg an den GBA richtete sich im Wesentlichen dahin, *“ob, wann und in welcher Form sich der GBA mit der streitigen Behandlungsmethode bzw. dem in Rede stehenden Behandlungskomplex unter Auswertung welcher Erkenntnisquellen auseinandergesetzt hat, und welche Entscheidung hierzu bzw. gegebenenfalls zu alternativen Behandlungsmethoden getroffen wurden.“*

Klarzustellen ist, dass es in der aktuellen Thematik bezüglich des Systemversagens primär nicht um die *“Behandlungsmethode CMD Kieferorthopädie“* geht, sondern primär um die *“neue Behandlungsmethode“*: *„Klinische Funktionsanalyse im Rahmen der KIG, Kieferorthopädische Indikationsgruppen“*:

Der Präsident der DGZMK, Professor Dr. Georg Meyer hat auf dem Ersten Deutschen Zahnärztetag in Frankfurt **2004** diese obige Problematik beklagt, welche u.a. in dem Artikel:

*„Lücken zwischen GKV Leistungskatalog und dem State of the Art“, 48 / 04 DZW, veröffentlicht wurde:*

*“An dieser Stelle wird Wissenschaft zum Politikum, wenn gesetzgeberische Lücken klaffen zwischen dem Rahmen des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherungen, GKV, und dem was die DGZMK als Mindeststandard für eine Behandlung vorsieht... Die klinische Funktionsanalyse muss demnach bereits bei Verdacht auf das Vorliegen funktionell bedingter Zahn-, Kiefer-, Gelenk- und Muskelerkrankungen vor einer Behandlung durchgeführt werden.“*

Eine Wertung des Gerichtes ausschließlich nach den Richtlinien des GBA ist unzulässig, da die Richtlinien des GBA *“untergesetzliche Rechtsnormen“* darstellen, speziell gegenüber dem Grundgesetz, GG, Art. 2. (1) und (2).

Da die klinische Funktionsanalyse und -Therapie im SGB V und in den KIG der GKV ausdrücklich ausgeschlossen wird, liegt ein komplexes Systemversagen, nach BGH-Urteilen, im Rahmen eines „Groben Behandlungsfehlers“ vor:

*„Zu einem Systemversagen kann es kommen, wenn eine Behandlungsmethode vor dem GBA von den Antragsberechtigten Stellen oder dem GBA selbst überhaupt nicht, nicht zeitgerecht oder nicht ordnungsgemäß betrieben wird, und dies auf eine willkürliche oder sachfremde Untätigkeit oder Verfahrensverzögerung zurückzuführen ist.“*

[BSG Bundessozialgericht -B1 KR 44 / 12 R-Urteil vom 07.05.2013]

Dieser Tatbestand einer ausdrücklichen Unterlassung der klinischen Funktionsanalyse durch die KIG und nach Paragraph 28 SGB V liegt seit 2004 vor.

Das gleiche gilt für die Bewertung der „Behandlungsmethode“ – Kieferorthopädie der Gesetzlichen Krankenkasse- durch das Bundesministerium für Gesundheit, BMG, 2008, durch das HTA, Health Technology Assessment:

„Mundgesundheit nach kieferorthopädischer Behandlung mit festsitzenden Apparaturen“, Wilhelm Frank, Karin Pfaller, Brigitte Konta:

*„Die Kieferorthopädie trägt bedeutsam zum Gesamtumfang zahnmedizinischer Behandlungen bei. Entsprechende Indikationen würden jedoch nicht auf ausreichender wissenschaftlicher Basis gestellt, sondern vor allem nach subjektiver Einschätzung und Erfahrung des Behandlers. Damit können sie aber nicht ausreichend begründet werden: weder ethisch gegenüber dem Patienten, noch ökonomisch gegenüber dem Sozialversicherungssystem.“*

Die Rechtslage für eine „notwendige Behandlung“:

„Die Notwendigkeit einer medizinischen Heilbehandlung hängt ab von den objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen im Zeitpunkt der Vornahme der Behandlung. Steht danach die Eignung einer Behandlung, eine Krankheit zu heilen oder zu lindern, nach medizinischen Erkenntnissen fest, folgt daraus grundsätzlich auch die Eintrittspflicht des Versicherers.“ (BGHZ 133 aaO)

Es ist festzustellen, dass mit den vorgeschriebenen Indikationsgruppen, KIG, keinerlei Krankheiten diagnostizierbar sind, da nur Messungen von Millimetern von Zahnstellungen in Relation zu einer gedachten idealen Form unter ausdrücklichem Ausschluss einer Diagnostik der Funktion bzw. einer Dysfunktion vorgeschrieben sind.

Sind mit den vorgeschriebenen Diagnosekriterien der Krankenkasse keinerlei Krankheiten diagnostizierbar, können zwangsläufig auch keine Krankheiten therapiert werden.

Auch können die Grundlagen der Aufklärungspflicht, welche im so genannten „Sozialmedizinisches Glossar“ der „Deutschen Rentenversicherung Bund“, 2009, und im Patientenrechtegesetz, 2013, definiert sind, im Rahmen der KIG nicht erfüllt werden.

Die kieferorthopädischen Indikationsgruppen, KIG, der Krankenkasse verstoßen somit grundlegend gegen alle Rechtsvorschriften der Aufklärung, Diagnostik und Therapie, und sind somit bei Anwendung in vielfältiger Form als Körperverletzung einzustufen.

Das seinerzeitige Behandlungsergebnis und der damalige Behandlungsverlauf sowie die damalige prospektive Behandlungsplanung, der Extraktion von vier bleibenden Zähnen auf der Grundlage angewandter Behandlungsmethoden der GKV-Kieferorthopädie bestätigen diese Einstufung.

Neben einer Körperverletzung durch Unterlassung wäre unter diesen Bedingungen nach SGB IX "Teilhabe am Leben" die gesamte Zukunft eines diesbezüglich behandelten jugendlichen Patienten als „verheerend“ einzustufen, wenn bereits einschlägige Krankheitsbilder des Bereichs CMD / CMCD u.a. von Skoliose oder diverser anderer interdisziplinärer Erkrankungen wie Konzentrationsschwächen, Kopfschmerzen usw. bis hin zur „Schulunfähigkeit“ (schlechte Schulnoten – keine Zukunft) eingetreten sind.

Damit ist insgesamt festzustellen, dass die KIG, Kieferorthopädischen Indikationsgruppen, nicht nur keine medizinische Diagnostik darstellen, sondern u.a. durch Ausschluss der Klinischen Funktionsanalyse als „grobe Behandlungsfehler“ eingestuft werden. (OLG Schleswig-Holstein vom 13.Oktober 1993, Az.: 4U 145/91).

Daraus ist auch zu schließen, dass das kieferorthopädische Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenkassen nach den aktuellen Vorschriften umgehend als Leistung der gesetzlichen Krankenkasse nicht mehr angeboten werden darf, schon gar nicht bei Pflichtversicherten Patienten, da dem Bürger nach Art. 2 (2) des Grundgesetzes ein Recht auf Unversehrtheit zusteht.

Da die so genannte „CMD Kieferorthopädie“ eine medizinisch definierte Kieferorthopädie darstellt, Krankheiten diagnostiziert, und mit anerkannten Behandlungsmitteln therapiert wird, ist der Kassenpatient nach Paragraph 13 (3) SGB V berechtigt, unter gegebenen Umständen sich die „notwendige Behandlung“ privat zu besorgen, da die „notwendigen“ medizinischen Leistungen "zu Unrecht" abgelehnt wurden, und eine "Körperverletzung auf Krankenschein" dem Grundgesetz widerspricht.

**08.12.2014**

**Dr. Georg Risse**

