Weißbuch Kieferorthopädie

Stand und Perspektiven der Qualitätssicherung in der Kieferorthopädie für die vertragszahnärztliche Versorgung

1993

BDK
Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden

Impressum

Herausgeber: Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden e.V.
Autoren: Dr. Beckmann-van der Ven, Buchholz
Prof. Dr. Rolf Hinz, Herne
Dr. Andreas Schumann, Essen
Dr. Rudolf Uerdingen, Köln
Dr. Klaus Zöller, Osnabrück
Artwork: Type Paradise, Augsburg
Druck: Pröll Druck, Augsburg
Copyright by: Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden e.V.,
Sieglindenstraße 4, 86152 Augsburg
Telefon (08 21) 15 65 10, Telefax (08 21) 15 65 91

Stand und Perspektiven der Qualitätssicherung in der Kieferorthopädie für die vertragszahnärztliche Versorgung

Vorwort

Der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden (BDK) fordert in der Präambel seiner Satzung eine kieferorthopädische Versorgung, die sich am Stand der Wissenschaft orientiert und unter wirtschaftlich vernünftigen Bedingungen erbracht werden kann. Der BDK erwartet von seinen Mitgliedern eine Berufsausübung, die der mehrjährigen Weiterbildung und einer ständigen Fortbildung entspricht und von ärztlicher Verantwortung getragen wird.

Mit der Einführung des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) sind erstmals die Qualitätssicherung und die Überprüfung der Qualität in der kassenzahnärztlichen Versorgung festgeschrieben worden. In § 135 (2) SGB V wird z.B. gefordert, daß für ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die besondere Kenntnisse und Erfahrungen des Arztes voraussetzen, einheitliche Qualifikationserfordernisse zu vereinbaren sind und daß nur Ärzte, die diese Qualifikation erfüllen, entsprechende Leistungen abrechnen dürfen.

Für den Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden als Sachwalter kieferorthopädischer Interessen besteht deshalb Veranlassung, Qualitätskriterien aktualisiert zu beschreiben und in einem Handbuch vorzulegen sowie Verbesserungen aufzuzeigen.

Dem praktischen Zahnarzt, den zahnärztlichen Körperschaften, den Versicherungsträgern und dem Gesetzgeber soll das vorliegende Handbuch deutlich machen, welche Qualifikationen zur kieferorthopädischen Behandlung erforderlich sind und welch großer allgemeiner Aufwand in der Praxis der Kieferorthopädin und des Kieferorthopäden für eine qualitätsgesicherte Leistung erbracht werden muß.

Den angehenden Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden in der Weiterbildung sollen darin die hohen Qualitätsansprüche aufgezeigt werden, die sie später erfüllen müssen.

Den niedergelassenen Fachzahnärztinnen und Fachzahnärzten für Kieferorthopädie, nachfolgend „Kieferorthopäden" genannt, soll das Handbuch eine Orientierungshilfe sein, um die Leistungsqualität in ihrer Praxis an den aufgestellten Kriterien überprüfen zu können und ggf. Verbesserungen zu erreichen.

Wenn über Qualitätssicherung gesprochen wird, sind auch die Strukturen zu beleuchten, in denen die kieferorthopädische Versorgung unserer Patienten stattfindet. Außerdem muß auf die Verantwortung hingewiesen werden, die Patienten, Eltern, Hochschulen, Weiterbildungspraxen und besonders die zahnärztlichen Selbstverwaltungen, die Versicherungsträger und der Gesetzgeber dabei tragen.

Noch etwas Grundsätzliches zur Kieferorthopädie: Sie ist trotz rasanter wissenschaftlich-technischer Fortentwicklung eine Erfahrungswissenschaft geblieben. Ausgangsbefunde, individuelle biologische Reaktionen, Wachstumsveränderungen und schließlich die Mitarbeit der Patienten beeinflussen das Behandlungsergebnis in hohem Maße.

Wenn es auch stets Ziel sein wird, ein perfektes Ergebnis zu erreichen, so wird der Behandlungsabschluß nicht immer einen Idealzustand darstellen können. Häufig wird die Ergebnisqualität danach zu beurteilen sein, ob es gelungen ist, ein individuell funktionelles und ästhetisches Optimum zu erreichen. Dabei sind Ausgangslage und alle vom Behandler nicht unmittelbar beeinflußbaren Umfeldeinflüsse zu berücksichtigen.

Ist aber sichergestellt, daß die Befunderhebung, die Diagnostik, die geplanten Therapiemaßnahmen und der Praxisstandard einschließlich qualifizierten Praxispersonals hohen Anforderungen entsprechen, wird auch das Ergebnis unter Berücksichtigung der individuellen patientenabhängigen Faktoren eine hohe Qualität aufweisen.

Daß dazu die gesetzlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen gegeben sein müssen, versteht sich von selbst: Wer Qualität erwartet und fordert, muß diese auch honorieren.

Abschließend danke ich den Autoren dieses Handbuches, Dr. Georg Beckmann-van der Ven, Prof. Dr. Rolf Hinz, Dr. Andreas Schumann, Dr. Rudolf Uerdingen und Dr. Klaus Zöller, die unter Federführung von Prof. Hinz das Werk in kollegialer Teamarbeit erstellten.

Ein besonderer Dank gilt unserer „Lektorin" Frau Dr. Henriette Dörschug, die mit unermüdlichem Fleiß und mit Sachverstand die einzelnen Teile zusammenfügte.

Dr. Frank Fechner
BDK-Bundesvorsitzender

Augsburg, im November 1993

Inhaltsverzeichnis 8

Einleitung 11

Qualitätssicherung 13

1.1 Begriffserklärung der Qualität 13
1.2 Strukturqualität 14
1.3 Prozeßqualität 14
1.4 Ergebnisqualität 14
1.5 Soziale Qualität 15
1.6 Diskussion über die Qualitätssicherung in der Zahnmedizin 16

I Strukturqualität 21

2. Gesetzliche Regelungen 21
2.1 Gesetzliche Regelungen im SGB V 21
2.2 Wirtschaftlichkeitsgebot, Leistungen, Vergütungen 21
2.3 Gesetzliche Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Qualitässicherung 27
2.4 Personenbezogene Daten bei den Kassenärztlichen Vereinigungen 40
3. Berufsausbildung zum Kieferorthopäden 42
3.1 Kieferorthopädie im Studiengang Zahnheilkunde 40
3.2 Qualifikation des Behandlers durch Weiterbildung 45
3.3 Fortbildung 60
4. Die kieferorthopädische Fachpraxis; Qualifikation der Mitarbeiter 62
4.1 Berufsbild der Zahnarzthelfer/innen 62
4.2 Berufsbild der Zahnmedizinischen Fachhelferin/ZMF 62
4.3 Anpassungsfortbildung der Helferin/ZMF 62
4.4 Ausbildung von Helferinnen, speziell für die kieferorthopädische Praxis 65
4.5 Einsatz von zahnärztlichem Hilfspersonal in der KFO-Praxis 66
4.6 Der Zahntechniker im Praxislabor 72

5. Die kieferorthopädische Fachpraxis - räumliche und apparative Ausstattung 74
5.1 Empfangsbereich 75
5.2 Wartezimmer 76
5.3 Sprechzimmer 76
5.4 Röntgenbereich 77
5.5 Fotodokumentation 79
5.6 Zahntechnisches Labor 80
5.7 Verwaltung 81
5.8 Studienbereich, ärztliches Arbeitszimmer 82
5.9 Personalräume 83
6. Schlußbetrachtung zur Strukturqualität 83

II Prozeßqualität 84

7. Die kieferorthopädische Behandlung 84
7.1 Entscheidungsgründe für eine KFO-Behandlung 85
7.2 Die kieferorthopädische Erstberatung 86
7.3 Unterlagen zur KFO-Behandlungsplanung 92
7.4 Auswertung und Dokumentation der diagnostischen Unterlagen 99
7.5 Diagnose und Behandlungsplanung 104
7.6 Durchführung der KFO-Behandlung in der GKV 111

III Ergebnisqualität 113

8. Vorbemerkungen 113
8.1 Beurteilung des Behandlungsergebnisses von Seiten des Patienten bzw. seiner Eltern 115
8.2 Ergebnisqualität aus der Sicht des behandelnden Kieferorthopäden 117
8.3 Vorstellungen der Krankenkassen bzw. des Gesetzgebers zur Ergebnisqualität 118
8.4 Vorschläge und Forderung zur Qualitätssicherung und Qualitätssteigerung 119

1. Einleitung

Die Kieferorthopädie als eines der 4 Kernfächer der universitären Ausbildung und die drei- bis vierjährige Weiterbildung zur Erlangung der Gebietsbezeichnung „Kieferorthopädie" unterstreichen den Stellenwert dieser Disziplin innerhalb der Zahnheilkunde. Mit seiner Niederlassung als „Fachzahnarzt für Kieferorthopädie" beschränkt sich dieser in seiner Tätigkeit auf die Sachgesamtheit Kieferorthopädie, die etwa 10% aller zahnärztlichen Leistungen ausmacht. Die dafür notwendigen strukturellen Voraussetzungen darzulegen, sowie den Beitrag der Kieferorthopäden zur Qualitätssicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu beschreiben, ist Anliegen dieses Handbuches.

Besonders bei der Strukturqualität ist auf die Unterschiede zwischen der Ausbildung der Zahnärzte und der Weiterbildung zum Fachzahnarzt hinzuweisen. Weitere Unterschiede zur allgemeinzahnärztlichen Berufsausübung spiegeln sich z.B. in der Praxisstruktur, im größeren Raum- und Personalbedarf wieder. Ferner wird auf das differenzierte Anforderungsprofil für ZA-Helferinnen aufmerksam gemacht, das in der Berufsausbildung nicht berücksichtigt ist und für Hilfspersonal in der Kieferorthopädie eine umfangreiche praxisinterne Anpassungsfortbildung erforderlich macht.

Dem Nicht-Zahnarzt soll verdeutlicht werden, daß sich die kieferorthopädische Behandlung in wesentlichen Punkten von der allgemeinzahnärztlichen Behandlung unterscheidet:

1) Jeder kieferorthopädische Krankheitsfall bedarf vor dem eigentlichen Behandlungsbeginn in der Regel einer mit hohem technischen Aufwand verbundenen, umfassenden klinischen Befunderhebung. Dazu gehören z.B. Panorama-Röntgenaufnahmen, Fernröntgenseitenaufnahmen, Röntgenaufnahmen der Hand zur Feststellung der skelettalen Reife, Kiefermodelle und Profil- und En-face-Fotografien. Anhand der Auswertung aller Unterlagen und Befunde kann - klinische Erfahrung vorausgesetzt - die Diagnose gestellt und eine Prognose gewagt werden.

2) Die Therapieplanung erstreckt sich überwiegend auf mehrere Jahre. Dabei sind das unterschiedliche Alter der Patienten und die damit verbundenen Wachstumsvorgänge, die es zu lenken gilt, miteinzubeziehen. Die oftmals nur schwer einschätzbare Reaktionslage bei der Umformung der Zahnreihen oder der Kieferlage ist eine unbekannte Größe, genauso wie die nicht voraussehbare Mitarbeit der Patienten oder die Einhaltung der Aufsichtspflicht seitens der Eltern. Erst wenn Art und Umfang der notwendigen Zahnbewegungen im Einzelkiefer oder die Lageveränderung

der Kiefer zueinander bestimmt sind, können Behandlungsmethoden festgelegt und die Auswahl fallspezifischer Behandlungsbehelfe durchgeführt werden.

3) Ein weiterer Unterschied zur allgemeinzahnärztlichen Behandlung liegt im Wesen der kieferorthopädischen Therapie:

Hier gilt es, bestehende Zahn- und/oder Kieferfehlstellungen positiv zu verändern. Das allein genügt nicht, denn darüber hinaus müssen Fehlfunktionen der Weichteile umgestellt und die Muskelfunktionen so beeinflußt werden, daß ein Rückfall in die ursprünglichen Fehlstellungen weitestgehend vermieden wird. Bei der konservierenden, restaurativen Zahnheilkunde werden in der Regel die ursprünglichen Formen - im Vergleich zur kieferorthopädischen Behandlungszeit - in relativ kurzen Zeiträumen wiederhergestellt. Dabei werden weder die Strukturen verändert, noch muß auf Wachstumsvorgänge, Habits oder ungünstige Wachstumsrichtungen Rücksicht genommen werden.

4) Kieferorthopädie ist Prophylaxe. Diese Feststellung der Kieferorthopäden soll an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben. Denn Behandlungen im Milchgebiß machen umfangreichere Maßnahmen im Wechselgebiß oftmals überflüssig oder schwächen den Schwierigkeitsgrad späterer Behandlungen wesentlich ab.

Frühbehandlungen im Wechselgebiß sind Prophylaxe für das bleibende Gebiß, erleichtern Karies- oder Parodontalvorsorge und schaffen langfristig günstigere Voraussetzungen für einen funktionellen und langlebigen Zahnersatz, wenn er später einmal unvermeidbar wird. Hier müssen die Kieferorthopäden auf ein Versäumnis hinweisen: Während man versucht, Karies und Parodontopathien gezielt durch Gruppen- und Individualprophylaxe einzudämmen - an der wir Kieferorthopäden uns selbstverständlich beteiligen -, findet eine systematische Vorsorge zur Vermeidung von Zahnfehlstellungs- und Kieferanomalien bisher nicht einmal im Ansatz statt. Das SGB V erwähnt eine kieferorthopädisch orientierte Prophylaxe mit keinem Wort. Ungeachtet dessen haben die Kieferorthopäden die Initiative ergriffen, um zusätzlich zur „Zahngesundheit" durch geeignete Informationen und Beratung der Bevölkerung sowie durch Vorsorgemaßnahmen bei Kindern, die Grundlage für eine verbesserte „Kiefergesundheit" zu schaffen.

1.1 Begriffserklärung der Qualität

Im § 135 und 136 SGB V sind schlagwortartig eine Reihe von Qualitätsbegriffen aufgeführt, die es zu klären gilt:

- Qualität
- Qualifikation
- Qualitätssicherung (QS)
- Qualitätskriterien
- Qualitätsanforderungen

Qualität	=	Güte, Beschaffenheit, Wert. Der Begriff „Qualität" ist aus dem Bereich der produzierenden Industrie entlehnt und wurde vom Gesetzgeber in das SGB V eingeführt.
Qualifikation	=	Befähigung, Eignung, Befähigungsnachweis. Sie sind Grundlage der „Strukturqualität".
Qualitätssicherung	=	Zusammenfassung von „Struktur- und Prozeßqualität" in der kassenzahnärztlichen Versorgung.
Qualitätskriterien	=	Prüfsteine, Unterscheidungsmerkmale, Kennzeichen.
Qualitätsanforderung	=	Im Zusammenhang z.B. mit Dentallegierungen angeführt, die mit den Zahntechnikern festgelegt werden müssen.

Nach **DONABEDIAN** (1966) unterscheidet man in der Medizin zwischen

- Strukturqualität
- Prozeßqualität
- Ergebnisqualität

1.2 Strukturqualität

Die Strukturqualität umfaßt die gesetzlichen und sozialpolitischen Bedingungen, unter denen die ärztliche Versorgung im Gesundheitssystem erbracht werden muß. Sie bestimmen den finanziellen Rahmen und damit die Möglichkeiten der freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit, die personelle und materielle Ausstattung der Praxen.

Die universitären Ausbildungsverhältnisse, Fortbildungschancen, Körperschafts- und Kammergesetze sind weitere Einflußgrößen, die sich auf den Ausbildungsstand der Ärzte und ihre Berufsausübung auswirken.

Die Strukturqualität korreliert mit der Prozeßqualität.

1.3 Prozeßqualität

Die Prozeßqualität beschreibt die Interaktion zwischen Patient und Arzt, einschließlich des medizinischen Hilfspersonals. Sie fällt in den speziellen Verantwortungsbereich des Arztes, ist aber in hohem Maße von der „Compliance", der vertrauensvollen Patientenmitarbeit abhängig.

Die Prozeßqualität umfaßt in der Kieferorthopädie beispielsweise die Untersuchung, Befunderhebung, Diagnostik, Festlegung von Behandlungsziel und -plan, Durchführung der Behandlung, Datenerfassung und Dokumentation, Patientenführung und Motivation, Prävention und Retention. Betriebswirtschaftliche Erfordernisse sind ebenso zu berücksichtigen wie personalpolitische. Die eigene Fortbildung und die des Hilfspersonals ist zu erbringen.

1.4 Ergebnisqualität

Struktur- und Prozeßqualität beeinflussen die Ergebnisqualität. Diese ist definiert als die dem ärztlichen Handeln zuzuschreibende Verbesserung des Gesundheitszustandes eines Patienten bzw. von Bevölkerungsgruppen, einschließlich der von diesen Veränderungen ausgehenden Wirkungen.

Dabei muß deutlich gemacht werden, daß die Ergebnisqualität keineswegs ausschließlich von der Struktur- und Prozeßqualität abhängig ist. Ein befriedigendes Behandlungsergebnis kann auch zufällig erreicht werden.

Umgekehrt läßt ein unbefriedigendes Resultat nicht zwangsläufig auf einen mangelhaften Behandlungsprozeß oder ein Versagen der strukturellen Voraussetzungen schließen. Unstreitig ist

aber, daß eine gute Struktur- und Prozeßqualität die Voraussetzung ist, ein entsprechendes Behandlungsergebnis sicherer und systematischer zu erreichen.

1.5 Soziale Qualität

Den erörterten Qualitätsbegriffen wird von seiten der Sozialversicherungsträger noch der Begriff der „Sozialen Qualität" hinzugefügt.

Darunter ist die Hinwendung zum Patienten und der Dienst am Menschen als Grundlage allen ärztlichen Handelns und damit auch als Maßstab für die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität zu verstehen.

1.6 Diskussion über die Qualitätssicherung in der Zahnmedizin

Mit Inkrafttreten des SGB V 1989 wurde die Qualitätssicherung in der Heilkunde gesetzlich verankert. Allerdings ging es dem Gesetzgeber in erster Linie nicht um eine verbesserte Medizin, sondern um die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven und damit um Sparmaßnahmen bei begrenztem Budget. Beweis dieser Auffassung sind die drängenden Mahnungen des Bundesgesundheitsministeriums, in Anbetracht der erneut sprunghaft steigenden Kosten im Gesundheitswesen, jetzt endlich die im SGB V verankerten Vorschriften zur Qualitätssicherung umzusetzen.

Diese Vorschriften sind im Gesundheitsstrukturgesetz 1993 auch für den Bereich der Zahnmedizin verschärft worden und unterstreichen den rigorosen Sparkurs im Gesundheitswesen, der von Dirigismen flankiert wird: Ausgabenbudgets, Einkommenskürzungen, gesetzliche Preis- und Honorarabsenkungen, Ausgrenzung von Leistungen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regresse, Zulassungssperren und degressiv gestaffelte Honorare.

Kein Wunder, daß die Diskussion über Qualitätssicherung heftig entbrannt ist und nicht immer emotionsfrei geführt wird:

Am 30. Oktober 1989 fand in Bonn das Symposion „Qualitätssicherung in der Zahnmedizin", veranstaltet vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BdB), statt. Auf dieser Veranstaltung stellte **Schmeinck** (Bundesverband der Betriebskrankenkassen) zu den Zielen der Qualitätssicherung in der Zahnmedizin fest: Die „ Sicherung der Qualität der Leistungserbringung" (§§ 135 ff. SGB V) ist daher nicht nur eine „ureigene" Aufgabe der Organisationen der Leistungserbringer, sondern auch der Krankenkassen und ihrer Verbände. Sie haben dabei zum einen auf die „einzelne Leistung" abzustellen, die lege artis zu erbringen ist, zum anderen auf die „Leistungsstrukturen und ihre Weiterentwicklung unter Berücksichtigung der Ziele der gesundheitlichen Versorgung".

Weiter forderte er den Abbau von Überversorgungen in der Kieferorthopädie. Er wies darauf hin, daß ein hoher Anteil des Behandlungsbedarfs auf Zahn- und Gebißfehlstellungen zurückgeht, die durch kariöse Zerstörung und dadurch bedingten vorzeitigen Verlust der Milchzähne entstanden sind. Die Krankenkassen erwarteten von der Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen eine Abnahme des Behandlungsbedarfs. Weiter führte er aus, in der Vergangenheit sei weit über das medizinische Maß hinaus therapiert worden. Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen solle in

Richtlinien die Indikation einer kieferorthopädischen Behandlung auf erhebliche Beeinträchtigungen der Funktion begrenzen (§ 29 Abs. 4 SGB V). Die Zahl der von den Krankenkassen finanzierten kieferorthopädischen Behandlungen würde sich damit verringern. Auf dem gleichen Symposion verband er die Qualität mit der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V. „Es sei unbestritten, daß Qualität ein Merkmal der Wirtschaftlichkeit und der lege artis erbrachten zahnärztlichen Behandlungsmaßnahmen ist."

Da dieses Symposion eine breite Diskussion über Wege zur Qualitätssicherung in der zahnmedizinischen Versorgung einleiten sollte, wurden als Richtungsgeber immer wieder die Paragraphen des GRG angeführt. Letzteres führe Transparenz - Vorschriften für die kassenzahnärztliche Versorgung in das Sozialrecht ein, weise der Selbstverwaltung neue Richtlinien - Kompetenzen zu und stelle neue Formen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen bereit.

Herr **Jung** vom BMA meinte auf der gleichen Veranstaltung: „Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle sind nicht ureigenste Sache der Zahnärzte, sondern Sache derer, die sie bezahlen."

Die Vertreter des Ministeriums und der Kassen vertraten einen Standpunkt, den **Saekel** und **Westermann** bereits in „Die Betriebskrankenkasse 2-3/89" geäußert hatten:

„Damit ist klar, daß die Qualitätssicherung in der Zahnmedizin in erster Linie auf die Ergebnisqualität abstellt und nicht auf die Struktur- und die Prozeßqualität."

Zur Verwirklichung der so interpretierten Qualitätssicherung wurde im Bereich Kieferorthopädie von **Schmeinck** und **Jung** besonders auf die beratende Funktion des Medizinischen Dienstes (MD) hingewiesen.

Im Frühjahr 1990 veranstaltete das BMA ein „Symposion zur Qualitätssicherung in der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung". Nach Staatssekretär **Jagoda** sollten mit dieser Veranstaltung drei Ziele verfolgt werden:

„1. Alle Leistungsbereiche der Krankenversicherung müssen in die Qualitätssicherung einbezogen werden; vorrangiger Handlungsbedarf ist da, wo bislang nichts geschehen ist.

2. Qualitätssicherung soll sich verstärkt auf den Behandlungsprozeß als Ganzes und seine Ergebnisse beziehen, Stichwort: „Ergebnisqualität".

3. Qualitätssicherung darf nicht dem Zufall überlassen bleiben, kann also nicht nur eine freiwillige Veranstaltung sein. Sie verlangt selbstverständlich hohe fachliche Kompetenz, aber auch stabile und dauerhafte Rahmenbedingungen."

Jung (BMA) meinte, Vorrang hat der Schwerpunkt Ergebnisqualität, und zwar nicht nur unter dem Aspekt der Freiwilligkeit, sondern auch der Notwendigkeit von Qualitätssicherungsmaßnahmen als Korrelat zu dem, was in der Krankenversicherung für die Gesundheitsleistungen bezahlt wird.

Kaula (Vorsitzender des VdAK) zielte in die gleiche Richtung: „Wir kaufen als Krankenversicherung für unsere Mitglieder Leistungen ein. Wir verlangen eine einwandfreie Qualität (Ergebnisqualität), und diese Qualität soll auch bezahlt werden."

Balzer (BDO) äußerte zu demselben Thema: „Weil die Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Sachleistungsprinzip leisten, ist die Krankenversicherung mitverantwortlich für die Qualität dessen, was an Leistungen erbracht wird. Das kann in einem Kostenerstattungssystem völlig anders sein. Denn wenn der Patient mit irgendeiner Behandlung zufrieden ist, dann mag das im Kostenerstattungssystem in Ordnung sein. Aber im Sachleistungssystem wird gesicherte Qualität verlangt, weil sie letztlich von der Krankenkasse mit vertreten werden muß. Anderenfalls wäre die Qualitätssicherung nur eine Frage des Marketings der Medizin, so wie es in vielen Wirtschaftsbetrieben ist, aber das reicht wohl nicht aus für die hier anzustellenden Bemühungen." An anderer Stelle führte er aus: „ Qualitätssicherungsmaßnahmen sind nicht gratis zu haben. Aber der Grundsatz gilt, daß die Qualität zunächst vom Verkäufer, vom Erbringer der Leistung gewährleistet werden muß. Mit dem vereinbarten Honorar kann wohl nicht eine unzureichende Leistung - in der Wirtschaft würde man „Pfusch" sagen - bezahlt sein, sondern das Honorar gilt für eine qualitativ hochstehende Leistung."

Im Frühjahr 1991 forderte der **Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen:** Interne Qualitätssicherung bei den Zahnärzten verbessern. Er verlangte von der KZBV, Richtlinien für die Qualitätssicherung zu erlassen. Für verbesserungswürdig hielt das Gremium die strukturellen Voraussetzungen einer internen Qualitätssicherung.

In diesem Zusammenhang befürworteten die sechs Wissenschaftler

- eine vermehrte Ausrichtung der zahnärztlichen Dokumentation auf die Anforderungen der Qualitätssicherung,
- die Erstellung qualitätsbezogener, praxisinterner Statistiken,
- einen Zahngesundheitspaß für die Versicherten sowie
- den Aufbau von zahnärztlichen Qualitätszirkeln.

Speziell für den kieferorthopädischen Bereich forderte der Sachverständigenrat eine Verbesserung der Effektivität des Gutachterverfahrens. Es sollen im einzelnen

- Verfahren für die Vereinheitlichung der Begutachtung (explizite Standards, statistische Vergleiche zwischen den Gutachtern etc.) erarbeitet und eingeführt werden,
- die Ergebnisse der Begutachtungen in die interne Qualitätssicherung des einzelnen Zahnarztes einfließen und
- die Begutachtungsaktivitäten transparent gemacht werden.

Nach Meinung der sechs Sachverständigen leidet die Qualitätssicherung in der kieferorthopädischen Behandlung unter erheblichen Wissensdefiziten. Zwar trägt das bestehende Gutachterverfahren zur Qualitätssicherung bei, dennoch fehlen konsensfähige explizite Kriterien für die Indikation, die technische Qualität und die Ergebnisqualität der kieferorthopädischen Behandlung. Zum Schluß ihres Gutachtens verteilte der Sachverständigenrat die Aufgaben für 1991. Angesichts der Möglichkeiten, durch qualitätssichernde Maßnahmen die Qualität der zahnärztlichen Versorgung zu verbessern, sollten 1991

- die KZBV Richtlinien für Qualitätssicherung erlassen **(§ 135 Abs. 3 SGB V)**,
- der gekündigte BMV-Z von den Vertragspartnern unter Berücksichtigung der **§ 135 Abs. 2 u. 4 SGB V** neu abgeschlossen werden und
- der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen Kriterien zur Qualitätsbeurteilung im Einzelfall erarbeitet haben **(§ 136 Abs. 1 SGB V)**.

Der **Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden** hat sich den Forderungen nach hoher Qualität nie verschlossen. Im Gegenteil, die wesentlichen Impulse und Verbesserungen kamen durch Mitglieder und Mandatsträger aus den eigenen Reihen.

Wir Kieferorthopäden wehren uns nur dagegen, daß die Qualitätssicherung durch den Gesetzgeber zu einer bloßen Erfolgskontrolle, kombiniert mit Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regressen verkürzt wird und nur der Kostendämpfung und der Honorarsenkung dienen soll. Beurteilung nach Durchschnittswerten und Kappung von Überschreitungen führen notwendigerweise zur Nivellierung nach unten. Innovative Impulse werden verhindert. Dazu kommt die Sorge des Praktikers, daß für den Laien eine „Ergebniskontrolle" in der Kieferorthopädie offenbar sehr einfach zu handhaben sei, da Behandlungsabläufe ja anscheinend leicht durch vergleichbare, handwerklich hergestellte Befundunterlagen dokumentiert werden können. Das verführt dazu, die medizinische Bewertung und das mitwirkende Umfeld außer acht zu lassen, obwohl sie, wie bereits dargelegt, das Ergebnis entscheidend mitbestimmen. Es käme wohl niemand auf die Idee, einen Lehrer nach Einzelnoten seiner Schüler oder der Durchschnittsnote seiner Schulklasse zu besolden. Ebensowenig wie ein Arzt seine Patienten, kann sich ein Schullehrer seine Schüler nach Herkommen, Veranlagung oder Begabung aussuchen. Obwohl er nach erprobten Methoden unterrichtet, werden seine Bemühungen bei einzelnen Schülern zu sehr unterschiedlichen Resultaten führen. Ähnliche Ergebnisse sind bei der Beurteilung kieferorthopädischer Behandlungen zu erwarten. Der Mensch ist kein Werkstück. Aber auch der Arzt ist nicht standardisiert. Trotz ggf. einheitlicher Ausbildung wird seine Berufsausübung von Charakter, Mentalität, Temperament und Begabung geprägt sein. Die Vielfalt dieser menschlichen Unterschiede auf Patienten- und Arztseite wird bislang durch die freie Arztwahl (wenigstens teilweise) kompensiert.

I Strukturqualität

2. Gesetzliche Regelungen

Die Strukturqualität umfaßt die gesetzlichen und sozialpolitischen Bedingungen unter denen die ärztliche Versorgung, hier die **kieferorthopädische Versorgung**, im Gesundheitssystem erbracht werden muß.

2.1 Gesetzliche Regelungen im SGB V

Sie sind im SGB V, zuletzt geändert durch Art. 1 und 2 des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der Gesetzlichen Krankenversicherung GSG (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21.12.1992 niedergelegt und beschrieben. Im 1. Kapitel, **Allgemeine Vorschriften** heißt es unter Leistungen:

§ 2 Abs. 1

(1) Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im Dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 12) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. **Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.**

2.2 Wirtschaftlichkeitsgebot, Leistungen, Vergütungen

§ 12 Abs. 1

(1) **Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.** Leistungen, die nicht notwendig oder

unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Das hier formulierte Wirtschaftlichkeitsgebot konkretisiert den Leistungsanspruch des einzelnen Versicherten, begrenzt ihn aber auch.

Durch den Bezug des § 2, Abs. 1 zu § 12 wird gefordert, daß die Qualität neben der Wirtschaftlichkeit gesichert bleiben muß und einem hohen Standard (medizinische Erkenntnisse und Fortschritt) entsprechen muß.

Weiter werden in den §§ 28 (2) und 29 (1) und (4) die Leistungen im kieferorthopädischen Krankheitsfall im Besonderen beschrieben.

§ 28, Abs. 2

(2) Die zahnärztliche Behandlung umfaßt die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. **Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben.** Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 29, Abs. 1,4

(1) **Versicherte haben Anspruch auf Übernahme** von 80 vom Hundert der Kosten der im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durchgeführten kieferorthopädischen Behandlung in **medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht.** Befinden sich mindestens zwei versicherte Kinder, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und mit ihren Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben, in kieferorthopädischer Behandlung, besteht für das zweite und jedes weitere Kind Anspruch auf 90 vom Hundert der in Satz 1 genannten Kosten. Konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die

im Zusammenhang mit der kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden, werden als Sachleistung gewährt.

(4) **Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen bestimmt** in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 **die Indikationsgruppen**, bei denen die in Absatz 1 Satz 1 genannten Voraussetzungen vorliegen.

§ 92 Abs. 1

(1) Die Bundesausschüsse beschließen die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten; dabei ist den besonderen Erfordernissen der Versorgung psychisch Kranker Rechnung zu tragen, vor allem bei den Leistungen zur Belastungserprobung und Arbeitstherapie. **Sie sollen insbesondere Richtlinien beschließen über die zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädische Versorgung.**

In den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 werden die Indikationsgruppen neu beschrieben und sind hier auf den Seiten 29 bis 34 wiedergegeben.

Im 4. Kapitel beschreibt das SGB V **die Beziehungen der Krankenkasse zu den Leistungserbringern** und fordert in § 70, Abs. 1 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit:

§ 70 Abs. 1,2

(1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmässige, **dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muß ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muß wirtschaftlich erbracht werden.**

(2) Die Krankenkassen und Leistungserbringer haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung der Versicherten hinzuwirken.

Dies bedeutet erneut eine Verbindung von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Dazu kommt als neues Druckmittel im GSG der **§ 71 Absatz 1, 2 die Beitragssatzstabilität:**

§ 71 Abs. 1, 2

(1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben in den Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 141 Abs. 2) zu beachten.

(2) Die Vereinbarungen über die **Vergütung der Leistungen** nach § 83 Abs. 1 und den §§ 85, 125 und 127 sind den für die Vertragsparteien zuständigen **Aufsichtbehörden vorzulegen.** Die Aufsichtsbehörden können die Vereinbarungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden.

Als Ergänzung dazu müssen die §§ 72 sowie 85 (2b) (3) (3a) (4b) beachtet werden, um zu ermessen, in welche Zwangssituation der Gesetzgeber die Kieferorthopäden durch das GSG gebracht hat, warum sich der Berufsverband vehement gegen dieses Gesetz gewehrt hat und die rechtliche Überprüfung fordert.

§ 72 Abs. 1, 2

(1) Ärzte, Zahnärzte und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen. Soweit sich die Vorschriften dieses Kapitels auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Zahnärzte.

(2) Die vertragsärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien der Bundesausschüsse durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, daß eine **ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche** Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des **allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse** gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen **angemessen vergütet** werden.

Die angemessene **Vergütung** wird dann folgendermaßen bestimmt:

§ 85 Abs. 2 b, 3, 3 a (Auszug), 4 b

(2 b) Die am 31. Dezember 1992 **geltenden Punktwerte** für zahnärztliche Leistungen bei Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und **bei kieferorthopädischer Behandlung werden**

zum 1. Januar 1993 für die Dauer eines Kalenderjahres um 10 vom Hundert abgesenkt. Ab 1. Januar 1994 erfolgt die Anpassung auf der abgesenkten Basis, wobei sich die Vergütungsanpassung in den Jahren 1994 und 1995 höchstens um den Vomhundertsatz verändern darf, um den sich die nach §§ 270 und 270 a zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied verändern; die Vomhundertsätze sind für die alten und neuen Länder getrennt festzulegen. Der Bewertungsausschuß (§ 87) kann anstelle der zum 1. Januar 1993 in Kraft tretenden Absenkung nach Satz 1 eine differenzierte Absenkung der Bewertungszahlen der einzelnen Leistungen vornehmen. Dabei ist sicherzustellen, daß die Absenkung insgesamt 10 vom Hundert beträgt. Die Angleichung des Vergütungsniveaus im Beitrittsgebiet gemäß § 311 Abs. 1 Buchstabe a bleibt hiervon unberührt.

(3) Die Vertragsparteien des Gesamtvertrages vereinbaren die Veränderungen der **Gesamtvergütungen** unter Berücksichtigung der Praxiskosten, der für die vertragsärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit sowie der Art und des Umfangs der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsausweitung beruhen. **Bei der Vereinbarung der Veränderungen** der Gesamtvergütung **ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71)** in bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen zu beachten.

(3a) Die nach Absatz 3 zu vereinbarenden Veränderungen der **Gesamtvergütungen** als Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen **dürfen sich in den Jahren 1993, 1994 und 1995 höchstens um den Vomhundertsatz verändern, um den sich die nach §§ 270 und 270 a zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen mit Sitz im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebietes je Mitglied verändern.** Die Veränderungen der Gesamtvergütungen im Jahr 1993 sind auf das entsprechend der Zuwachsrate der beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 im Jahr 1992 erhöhte Vergütungvolumen im Jahr 1991 zu beziehen. **Bei der Bestimmung der Gesamtvergütung der Vertragszahnärzte werden zahnprothetische und kieferorthopädische Leistungen nicht berücksichtigt...**

(4 b) Ab einer **Gesamtpunktmenge** je Vertragszahnarzt aus vertragszahnärztlicher Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sowie kieferorthopädischer

Behandlung von **350.000 Punkten pro Kalenderjahr verringert sich der Vergütungsanspruch** für die weiteren vertragszahnärztlichen Behandlungen im Sinne von § 73 Abs. 2 Nr. 2 um **20 vom Hundert, ab einer Punktmenge von 450.000 pro Kalenderjahr um 30 vom Hundert und ab einerPunktmenge von 550.000 pro Kalenderjahr um 40 vom Hundert.** Satz 1 gilt für ermächtigte Zahnärzte entsprechend. Im Beitrittsgebiet tritt die Verringerung des Vergütungsanspruches für Punktmengen ab 350.000 bis 450.000 Punkten je Kalenderjahr erstmalig ab 1. Januar 1994 in Kraft. Falls durch das Aussetzen des degressiven Punktwertes nach Satz 3 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ein Beitrag von mehr als 25 Millionen Deutsche Mark entsteht, ist der Mehrbetrag in den Jahren 1994 und 1995 bei den Zahnärzten dieser Punktekontoklasse des Jahres 1993 auszugleichen. Das Nähere regeln die Vertragspartner der Gesamtvergütung. Die Punktmengengrenzen bei Gemeinschaftspraxen richten sich nach der Zahl der gleichberechtigten zahnärztlichen Mitglieder. Bei nicht gleichberechtigten Mitgliedern gilt die Regelung für angestellte Zahnärzte entsprechend. Eine Gleichberechtigung der zahnärztlichen Mitglieder liegt vor, wenn vertraglich gleiche Rechte und Pflichten der Teilhaber in Berufsausübung und Praxisführung vereinbart sind. Der Nachweis der gleichberechtigten Teilhaberschaft ist gegenüber dem Zulassungsausschuß durch Vorlage des notariell beglaubigten Vertrages zu erbringen. Die Punktmengen erhöhen sich um **70 vom Hundert je ganztägig angestelltem Zahnarzt** im Sinne von § 32 b Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Zahnärzte und um **25 vom Hundert für Ausbildungsassistenten.** Bei Teilzeit- oder nicht ganzjähriger Beschäftigung reduziert sich die zusätzlich zu berücksichtigende Punktmenge entsprechend der Beschäftigungsdauer. **Die Punktmengen umfassen alle vertragszahnärztlichen Leistungen** im Sinne von § 73 Abs. 2 Nr. 2. In die Ermittlung der Punktmengen sind die Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 2 einzubeziehen. Diese werden den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen von den Krankenkassen mitgeteilt.

In diesem Zusammenhang muß einem die zu § 82 (2) gegebene Begründung (zu Abs. 2, 2. Abschnitt) geradezu sarkastisch erscheinen: **„Der Preis für eine Leistung ist das zentrale Anreiz- und Steuerungsinstrument in einem freiheitlichen Gesundheitssystem."**

2.3 Gesetzliche Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Qualitätssicherung

Unter den vorgenannten Prämissen müssen die im Gesetz verankerten Instrumente zur Wirtschaftlichkeitsprüfung und Qualitätssicherung in der kieferorthopädischen Versorgung besonders kritisch gesehen werden.

Die Grenzziehung „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich" erfährt eine absolute Vorrangigkeit, sie gilt folglich auch für alle Qualitätsansprüche.

Folgende Paragraphen beziehen sich auf die kieferorthopädische Behandlung:

2.3.1 Wirtschaftlichkeitsprüfung

§ 106 Abs. 3, 4

(3) Die in Abs. 2 Satz 3 genannten Vertragspartner vereinbaren die Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Absatz 2 gemeinsam und einheitlich. **Sie haben mit der Entscheidung über die Einzelheiten der Durchführung der Prüfungen Art und Umfang der Leistungen, die in die Prüfung einbezogen werden, zu beschränken, wenn das Ziel der Prüfung auch auf diese Weise erreicht werden kann.** Der einer Prüfung nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 zugrundezulegende Zeitraum beträgt mindestens 1 Jahr. Die Vereinbarung für die Prüfung bei Überschreitung der Richtgrößen nach § 84 hat einen Vomhundertsatz der Überschreitungen vorzusehen, ab dem Prüfungen ohne Antragstellung durchgeführt werden, sowie einen Vomhundertsatz der Überschreitung, ab dem der Vertragsarzt den sich daraus ergebenden Mehraufwand zu erstatten hat, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. **Die Vertragspartner haben auch das Verfahren für die Fälle zu regeln, in denen die Krankenkasse den Versicherten nach den §§ 29, 30 und 64 Kosten erstattet.** In den Verträgen ist auch festzulegen, unter welchen Voraussetzungen Einzelfallprüfungen durchgeführt und pauschale Honorarkürzungen vorgenommen werden. Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind pauschale Honorarkürzungen vorzusehen.

(4) Die in Absatz 2 Satz 3 genannten Vertragspartner bilden bei den Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsame Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse. Den Ausschüssen gehören

Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl an. Den Vorsitz führt jährlich wechselnd ein Vertreter der Ärzte und ein Vertreter der Krankenkassen. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

Die Sicherung der **Qualität der Leistungserbringung** wird vom Gesetzgeber im § 135 SGB V und die **Qualitätsprüfung** im Einzelfall wird im § 136 SGB V beschrieben.

2.3.2 Qualitätssicherung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung

§ 135 Abs. 1, 2, 3

(1) Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen in der vertragszahnärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur abgerechnet werden, wenn die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen auf Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen in Richtlinien nach § 92, Abs.1,Satz 2, Nr. 5 Empfehlungen abgegeben haben über

1. die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode,
2. die notwendige Qualifikation der Ärzte sowie die apparativen Anforderungen, um eine sachgerechte Anwendung der neuen Methode zu sichern, und
3. die erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung.

(2) **Für ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die ihrer Eigenart nach besondere Kenntnisse und Erfahrungen des Arztes voraussetzen, vereinbaren die Vertragspartner** der Bundesmantelverträge **einheitliche Qualifikationserfordernisse** für die an der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte. **Nur Ärzte, die die Qualifikation erfüllen, dürfen die Leistungen abrechnen.**

(3) **Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bestimmen durch Richtlinien Verfahren zur Qualitätssicherung der ambulanten kassenärztlichen Versorgung.**

In Abs. 1 wird detailliert geregelt, welche neuen Behandlungsmethoden in die zahnärztliche Versorgung aufgenommen werden und welche Qualifikation nötig ist, um sie anzuwenden. **Der Abs. 2 kann für die Kieferorthopäden die wohl wesentlichste gesetzliche Regelung sein.** In der Zahnmedizin gibt es eine Weiterbildung und Beschränkung der Weitergebildeten auf ihr Fachgebiet nur für die Kieferorthopädie. **Die Kieferorthopäden erfüllen daher in besonderem Maße die Voraussetzung von besonderen Kenntnissen und Erfahrung.** Abs. 3 stellt klar, daß die Festlegung der Richtlinien zur Qualitätssicherung allein in der Kompetenz der Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigung liegt. Werden nach § 135 Abs. 3 SGB V Richtlinien zur Qualitätssicherung bei kieferorthopädischer Behandlung von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung bestimmt, können diese nach Meinung des BDK nur auf den KFO-Richtlinien aufbauen, wie sie am 5. November 1993 vom Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen verabschiedet wurden. Ergänzt werden sie durch die Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei kieferorthopädischen Maßnahmen.

2.3.2.1 KFO-Richtlinien

A. Allgemeines

1. Die vom Bundesauschuß der Zahnärzte und Krankenkassen gem. § 92 Abs. 1 SGB V beschlossenen Richtlinien sollen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung im Sinne der §§ 28 Abs. 2, 29 und 70 SGB V sichern.

2. Maßnahmen, die lediglich kosmetischen Zwecken dienen, gehören nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

3. Im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bestimmt der Vertragszahnarzt Art und Umfang der Maßnahmen. Er hat dabei auf eine sinnvolle Verwendung der von der Gemeinschaft aufgebrachten Mittel der Krankenversicherung zu achten.

4. Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört die Tätigkeit eines Vertragszahnarztes auch dann, wenn er sie auf Veranlassung eines Vertragsarztes vornimmt.

5. Es sollen nur Untersuchungs- und Heilmethoden angewandt werden, deren diagnostischer oder therapeutischer Wert ausreichend gesichert ist. Die Erprobung solcher Methoden auf Kosten der Versicherungsträger ist unzulässig.

6. Die in der vertragszahnärztlichen Versorgung tätigen Zahnärzte haben darauf hinzuwirken, daß auch für sie tätig werdende Vertreter und Assistenten diese Richtlinien kennen und beachten.

B. Vertragszahnärztliche Behandlung

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. 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.

2. Untersuchungen, Beratungen sowie ggf. weitere 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.

3. Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gemäß § 29 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit Abs. 4 gehört die gesamte kieferorthopädische Behandlung, wenn Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers oder zur Einstellung der Bißlage medizinisch indiziert und bei Beginn der Behandlung nach dem folgenden Indikationssystem mit mehr als acht Punkten bewertet sind:

	Umformung eines Kiefers				Einstellung der Bißlage		
Zahl der zu bewegenden Zähne bzw. der Zahngruppen	1-2 1	1-2 Zahngruppen 2	alle Zahngruppen 3	Größe der Bißverlagerung	1-2 mm 1	1/2 PB* 3	über 1/2 PB* 5
Größe der Bewegung	1-2 mm 1	3-5 mm 3	mehr als 5 mm 5	Lokalisation	einseitig 1	– 	beiderseitig 3
Reaktionsweise unter Berücksichtigung der Wachstumsrichtung und von Dysfunktionen	sehr günstig 1	gut 3	ungünstig 5	Reaktionsweise unter Berücksichtigung der Wachstumsrichtung und von Dysfunktionen	sehr günstig 1	gut 3	ungünstig 10

*Prämolarenbreite

4. Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört auch die kieferorthopädische Behandlung von Kreuzbissen oder Nonokklusionen von einzelnen Zähnen und Zahngruppen, wenn eine parodontologische Schädigung oder eine funktionelle Beeinträchtigung besteht.

5. Kieferorthopädische Behandlungen bei Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben, gehören nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Das gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Maßnahmen erfordert. Schwere Kieferanomalien in diesem Sinne liegen nach Maßgabe der Anlage zu diesen Richtlinien vor bei

- angeborenen Mißbildungen des Gesichts und der Kiefer,
- skelettalen Dysgnathien und
- verletzungsbedingten Kieferfehlstellungen.

In diesen Fällen ist ein aufeinander abgestimmtes kieferchirurgisches und kieferorthopädisches Behandlungskonzept zu erstellen.

6. Die eigenverantwortliche Befunderhebung, Diagnostik und Planung sind Grundlage der kieferorthopädischen Behandlung. Das Maß der jeweiligen Beeinträchtigung ist durch objektivierbare Untersuchungsbefunde zu belegen. Die Durchführung jeder kieferorthopädischen Behandlung setzt eine dem jeweiligen Behandlungsfall entsprechende Patientenuntersuchung sowie die Erhebung, Auswertung und ärztliche Beurteilung von Befundunterlagen voraus. Aus der selbständigen Erhebung und Auswertung von Befunden und Behandlungsunterlagen und ihrer diagnostischen Zusammenfassung ist vom Zahnarzt persönlich und eigenverantwortlich eine Behandlungsplanung zu erarbeiten. Für die Planung und Durchführung der kieferorthopädischen Behandlung sind je nach Indikation neben der Anamnese und klinischen Untersuchung folgende Unterlagen erforderlich:

a) Gebißmodelle des Ober- und Unterkiefers mit fixierter Okklusion und dreidimensional orientiert (Planungsmodell) einschließlich Analyse. Das Modell des einzelnen Kiefers muß neben der genauen Darstellung der Zähne und des Alveolarkammes auch die Kieferbasis und die Umschlagfalte der Gingiva abbilden.

b) Röntgenologische Darstellung aller Zähne und Zahnkeime beider Kiefer. Dabei soll einem strahlenreduzierten Aufnahmeverfahren, z.B. der Panoramaschichtaufnahme, der Vorzug gegeben werden.

c) Fernröntgenseitenbild mit Durchzeichnung und schriftlicher Auswertung zur Analyse skelettaler und/oder dentaler Zusammenhänge der vorliegenden Anomalie und/oder für Wachstumsvorhersagen.

d) Röntgenaufnahme der Hand mit Auswertung

- bei Abweichung des chronologischen vom Dentitionsalter nur dann, wenn eine Orientierung über das Wachstumsmaximum und das Wachstumsende notwendig ist, oder
- wenn nach abgeschlossener Dentition die Kenntnis des skelettalen Alters für die Durchführung der kieferorthopädischen Behandlung erforderlich ist.

e) Profil- und En-face-Fotografie mit diagnostischer Auswertung als Entscheidungshilfe für Therapiemaßnahmen, soweit Abweichungen von einem geraden Profil, periorale Verspannungen oder Habits vorliegen, die einen zwanglosen Mundschluß unmöglich machen.

7. Der Vertragszahnarzt erarbeitet persönlich und eigenverantwortlich

- die Anamnese,
- die Diagnose aus den Einzelbefunden,
- die Therapieplanung einschließlich der erforderlichen Behandlunggeräte und
- die Epikrise und Prognose

und legt sie schriftlich nieder. Die Behandlungsplanung ist in der Krankenkartei zu dokumentieren.

Zur Überprüfung des Behandlungsablaufes sind geeignete diagnostische Maßnahmen und Auswertungen durchzuführen (fortlaufende Diagnostik). Sie sollen in dem Plan als Vorausschätzung aufgeführt werden.

8. Die kieferorthopädische Behandlung setzt insbesondere bei festsitzenden Apparaturen eine ausreichende Mundhygiene voraus. Der Vertragszahnarzt hat vor Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung diese Voraussetzungen zu überprüfen. Erforderlichenfalls ist eine darauf bezogene Instruktion und Motivation durchzuführen.

9. Gibt es im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung verschiedene, den gleichen Erfolg versprechende Arten der kieferorthopädischen Behandlung, so soll der Zahnarzt diejenige vorsehen, die auf Dauer am wirtschaftlichsten ist.

10. Ist zu vermuten, daß Fehlbildungen mit Abweichungen in anderen Bereichen (z.B. Nasenscheidewand) zusammenhängen, so soll ein entsprechender Gebietsarzt, z.B. für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, hinzugezogen werden.

11. Werkstoffe, bei denen nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse der begründete Verdacht besteht, daß sie schädliche Wirkungen haben, dürfen nicht verwendet werden. Die Erprobung von Werkstoffen auf Kosten der Krankenkassen ist unzulässig.

12. Kieferorthopädische Behandlungen sollen, von begründeten Ausnahmen (z.B. Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, Fehlstellungen des progenen Formenkreises, ein- oder beidseitiger Kreuzbiß, offener Biß) abgesehen, nicht vor dem Dentitionsalter von neun bis zehn Jahren begonnen werden.

13. Kieferorthopädische Behandlungen erstrecken sich in der Regel über längere Zeiträume und schließen eine ausreichende Retentionsphase ein. Dauer und Erfolg einer kieferorthopädischen Behandlung sind wesentlich von der verständnisvollen Mitarbeit der Patienten und deren Erziehungsberechtigten abhängig. Diese sind vor und während der Behandlung entsprechend aufzuklären und zu motivieren. Mangelnde Mundhygiene gefährdet die Durchführung der kieferorthopädischen Behandlung. Bei Patienten, die während der kieferorthopädischen Behandlung trotz Motivation und Instruktion keine ausreichende Mitarbeit zeigen oder unzureichende Mundhygiene betreiben, muß das kieferorthopädische Behandlungsziel neu bestimmt werden. Ggf. muß die Behandlung beendet werden.

Anlage zu Nr. B 5 der Kfo-Richtlinien

1. Zu den angeborenen Mißbildungen des Gesichts und der Kiefer zählen z.B. das Crouzon-Syndrom, Treacher-Collins-Syndrom, Goldenhar-Syndrom, Binder-Syndrom, Nager-Syndrom, die hemifaciale Mikrosomie, alle medialen, schrägen und queren Gesichtsspaltformen, alle Lippen-, Kiefer-, Gaumenspaltformen, alle Formen von craniomaxillofacialen Dysostosen, die durch angeborene Fehlbildungen oder Mißbildungen verursacht sind.

2. Zu den skelettalen Dysgnathien, die auch unabhängig von angeborenen Mißbildungen auftreten, zählen die Progenie, Mikrogenie, Laterognathie, alle Formen des skelettal offenen Bisses sowie des skelettal tiefen Bisses und ausgeprägte skelettal bedingte Diskrepanzen der Zahnbogenbreite oder Kieferbreite.

Protokollnotiz zur Neufassung der Kieferorthopädie-Richtlinien mit Stand vom 05.11.1993

Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen geht davon aus, daß die Spitzenverbände der Krankenkassen und die KZBV die Auswirkungen des Indikationssystems gem. Abschnitt B, Ziff. 3 beobachten und nach einer Verlaufszeit von drei Jahren gemeinsam beurteilen, ob dieses System eine sachgerechte Abgrenzung der der Behandlung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung unterfallenden Kfo-Behandlungsfälle ermöglicht.*

** Der Arbeitsausschuß „Kfo-Richtlinien" des Bundesausschusses hat bei der Überprüfung von 100 Behandlungsfällen festgestellt, daß durch die neuen Bewertungskriterien ca. 10 % der seitherigen Fälle aus dem Leistungskatalog der GKV ausgenommen werden.*

2.3.2.2 Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei kieferorthopädischen Maßnahmen

Entwurf des Berufsverbandes der Deutschen Kieferorthopäden zu den KFO-Gutachtervereinbarungen /Stand: Juli 1993

§ 1 Einleitung des Verfahrens

(1) Vor Beginn der Behandlung ist vom Zahnarzt persönlich und eigenverantwortlich anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen ein Behandlungsplan (Anlage 8 zum BMV-Z) zu erstellen und der Krankenkasse in doppelter Ausfertigung vorzulegen.

(2) Die Verlängerung der kieferorthopädischen Behandlung über das 16. Behandlungsvierteljahr hinaus ist nach Maßgabe der Abrechnungsbestimmungen zu den Nrn. 119 und 120 unter Verwendung des Verlängerungsantrages (Anlage 8a zum BMV-Z) zu beantragen.

§ 2 Kostenregelung, Behandlungsbeginn

(1) Bei Kostenübernahme bzw. Bezuschussung sendet die Krankenkasse innerhalb von 3 Wochen ein Exemplar des Behandlungsplanes an den Zahnarzt zurück.

(2) Mit der Behandlung soll erst begonnen werden, wenn die Krankenkasse die Kostenübernahmeerklärung auf dem Behandlungsplan abgegeben hat.

(3) Behandlungen, für die die Krankenkasse aufgrund eines Behandlungsplanes Kosten übernommen hat, unterliegen nicht mehr der Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit.

§ 3 Bestimmungen für den Fall der Begutachtung

(1) Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Behandlungsplan begutachten lassen. In diesem Falle sendet sie den Behandlungsplan in doppelter Ausfertigung innerhalb von 3 Wochen an den Zahnarzt zurück mit der Bitte, dem von ihr benannten

Gutachter beide Ausfertigungen des Behandlungsplanes zusammen mit den Befundunterlagen nach Maßgabe der Richtlinien unverzüglich zuzuleiten. Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung der Anlage 13a zum BMV-Z.

(2) Der Gutachter kann vom Zahnarzt weitere Befundunterlagen anfordern; er setzt hiervon die Krankenkasse in Kenntnis. Die Kosten hierfür sind dem Zahnarzt unter Berücksichtigung des § 16 Abs. 1 BMV-Z nach dem Bema von der Kasse zu vergüten.

(3) Die Begutachtung einschließlich der Kostenregelung richtet sich nach den Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter (siehe Anhang).

(4) Der Gutachter nimmt zum Behandlungsplan Stellung. Befürwortet er ihn, so sendet er beide Exemplare des Behandlungsplanes der Krankenkasse zu. Die übrigen Unterlagen sendet er dem Zahnarzt zurück. Befürwortet er ihn nicht, so sendet er mit seiner schriftlichen Stellungnahme ein Exemplar des Behandlungsplanes der Krankenkasse, das zweite Exemplar und die übrigen Unterlagen dem Zahnarzt zurück.

(5) Für die Begutachtung der Verlängerung der kieferorthopädischen Behandlung gelten die Absätze 1 bis 4 entsprechend.

§ 4 Obergutachten

(1) Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Behandlungsplan oder zum Verlängerungsantrag können Zahnarzt und Krankenkasse Einspruch zum Zwecke der Einholung eines Obergutachtens einlegen. Der Einspruch ist zu begründen und binnen eines Monats nach Zugang der Stellungnahme des Gutachters schriftlich bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung einzulegen. Der Zahnarzt übersendet der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung in diesem Falle den Behandlungsplan bzw. den Verlängerungsantrag, das Gutachten und die Entscheidung der Krankenkasse. Soweit er Einspruch eingelegt hat, fügt er seine fachliche Begründung bei. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung kann weitere Unterlagen anfordern. Der Obergutachter wird vom Fachberater für Kieferorthopädie der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung bestimmt.

(2) Im übrigen gelten die Bestimmungen des § 3 sinngemäß.

§ 5 Bestellung der Gutachter

(1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bestellen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen die Gutachter. Entsprechendes gilt für den Widerruf. Die Landesverbände der Krankenkassen können Gutachter vorschlagen. Das Einvernehmen kann nur aus wichtigem Grund versagt werden.

(2) Das Nähere über die Bestellung der Gutachter vereinbaren die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen.

(3) Die Tätigkeit der Gutachter soll in der Regel auf den jeweiligen KZV-Bereich beschränkt sein.

(4) Der Vorstand der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung bestellt im Einvernehmen mit den Bundesverbänden der Krankenkassen die Obergutachter. Die Bestellung der Obergutachter erfolgt jeweils für die Dauer der Amtsperiode der KZBV. Die Bestellung kann aus wichtigem Grund widerrufen werden.

(5) Gutachter und Obergutachter müssen die Anerkennung als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie besitzen.

§ 6 Kosten der Begutachtung

Die Kosten der Begutachtung trägt grundsätzlich die Krankenkasse. In den Fällen des § 4 werden die Gebühren von der betroffenen Krankenkasse und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung je zur Hälfte getragen; diese Gebühren können dem Zahnarzt von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung auferlegt werden, wenn es nach den Umständen gerechtfertigt erscheint.

§ 7 Kieferorthopädischer Fachausschuß

Neben den bestellten Gutachtern richten die KZVen Fachausschüsse für Kieferorthopädie ein. Diese Ausschüsse sind mit drei Fachzahnärzten für Kieferorthopädie zu besetzen. Sie

sind für Fragen zuständig, die über den Auftrag des Gutachters entsprechend den Vereinbarungen über das Gutachterverfahren bei kieferorthopädischen Maßnahmen hinausgehen. Der Kieferorthopädische Fachausschuß hat beratende Funktion gegenüber dem Vorstand der KZV. Der Ausschuß wird tätig auf Anweisung des Vorstandes der KZV, an den Anträge auf Stellungnahme durch den Ausschuß zu richten sind. Die Kosten werden durch die KZV getragen.

Anhang zur Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei kieferorthopädischen Maßnahmen.

Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter

1. Der behandelnde Zahnarzt, dem die Wahl der therapeutischen Mittel freisteht, hat darauf zu achten, daß der Behandlungsaufwand in einem sinnvollen Verhältnis zur Prognose und zur erreichbaren Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten steht.

2. Der Gutachter nimmt zu dem Behandlungsplan nach fachlichen Gesichtspunkten und unter Berücksichtigung der Nr. 1 Stellung. Er empfiehlt Ergänzungen und Änderungen des Behandlungsplanes, wenn die diagnostischen Unterlagen oder die therapeutischen Vorschläge unzureichend sind. Der Gutachter sollte bei wesentlichen Meinungsverschiedenheiten den Sachverhalt mit dem Zahnarzt in kollegialer Weise klären.

3. Der Gutachter ist verpflichtet, die eingehenden Anträge in der Regel innerhalb von vier Wochen zu bearbeiten. Modelle und Röntgenaufnahmen sind dem behandelnden Zahnarzt unmittelbar zurückzusenden.

4. Die Gutachter sind verpflichtet, an den von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung bzw. den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen durchgeführten Gutachtertagungen teilzunehmen. An den Gutachtertagungen können auch Vertreter der jeweiligen Verbände der Krankenkassen teilnehmen.

5. Die Gebühren errechnen sich durch Multiplikation der vereinbarten Bewertungszahlen mit den jeweils gültigen Punktwerten.

§ 136 Abs. 1 fordert und regelt die

2.3.3 Qualitätsprüfung im Einzelfall

§ 136 Abs. 1

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben, deren Auswahl, Umfang und Verfahren im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen festgelegt wird. Die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen entwickeln in Richtlinien nach § 92 Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der vertragsärztlichen Versorgung.

Nach Festlegung der Richtlinien liegt die Qualitätsprüfung im Einzelfall nach Stichproben in der Kompetenz der Länder-KZVen. Bei Auswahl, Umfang und Verfahren muß allerdings das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Primärkassen und den Verbänden der Ersatzkassen hergestellt werden. In § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 ist neben der Versorgung mit Zahnersatz die kieferorthopädische Behandlung ausdrücklich für die Qualitätsprüfung im Einzelfall erwähnt.

Dazu ist festzustellen, daß eine Qualitätsprüfung bei der KFO-Behandlung nur bei der Diagnostik und Therapieplanung ansetzen kann, da es hier objektive Parameter gibt. Die Beurteilung von kieferorthopädischen Behandlungsergebnissen muß vor dem Hintergrund vielfältiger exogener und endogener Faktoren erfolgen, die auf den Behandlungsverlauf einwirken. Sie eignet sich nicht als isoliertes Konstrollinstrument.
Der Berufsverband regt daher an, vermehrt die vorausgehende Wirtschaftlichkeitsprüfung in Form der Begutachtung zu nutzen, die gleichzeitig der Qualitätssicherung dient.

2.3.4 Medizinischer Dienst

Zur Unterstützung der Krankenkassen wurde im SGB V der vertrauensärztliche Dienst durch den neugeschaffenen Medizinischen Dienst der Krankenkassen ersetzt. Letzterer wurde mit umfangreichen Kompetenzen ausgestattet, die sich auch auf unser Fachgebiet auswirken.

§ 275 Abs. 3, 4

(3) Die Krankenkassen können in geeigneten Fällen durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen

1. die **medizinischen Voraussetzungen für die Durchführung der kieferorthopädischen Behandlung** (§ 29),...

(4) Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen bei der Erfüllung anderer als der in Absatz 1 bis 3 genannten Aufgaben im notwendigen Umfang den Medizinischen Dienst zu Rate ziehen, insbesondere für allgemeine medizinische Fragen der gesundheitlichen Versorgung und Beratung der Versicherten, für **Fragen der Qualitätssicherung**, für **Vertragsverhandlungen** mit den Leistungserbringern und für **Beratungen der gemeinsamen Ausschüsse von Ärzten und Krankenkassen**, insbesondere der Prüfungsausschüsse.

Die Krankenkassen können demnach nicht nur die Voraussetzungen (Indikation) für eine KFO-Behandlung überprüfen lassen, sie sind auch berechtigt, sich bei Fragen der Qualitätssicherung vom Medizinischen Dienst beraten zu lassen. Bei Verhandlungen der gemeinsamen Ausschüsse und bei Vertragsverhandlungen wirkt der Medizinische Dienst mit.

Der § 285, Abs. 1 schließlich regelt die Sammlung von Daten:

2.4 Personenbezogene Daten bei den Kassenärztlichen Vereinigungen

§ 285 Abs. 1

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen Einzelangaben über die persönlichen und sachlichen Verhältnisse der Ärzte nur erheben und erfassen, soweit dies zur Erfüllung der folgenden Aufgaben erforderlich ist.

1. Führung des Arztregisters (§ 95),
2. Sicherstellung und Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung,

3. Vergütung der ambulanten Krankenhausleistungen (§ 120),
4. Vergütung der belegärztlichen Leistungen (§ 121),
5. Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 106),
6. Durchführung von Qualitätsprüfungen (§ 136).

Die Datenerfassung in der Kieferorthopädie durch die KZVen wird hier eindeutig auf die Durchführung von Qualitätsprüfungen im Einzelfall und nach Stichproben beschränkt. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolgt vor Behandlungsbeginn mit Erklärung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse auf dem kieferorthopädischen Behandlungsplan. Damit ist eine nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung ausgeschlossen. Eine allumfassende Datenerfassung erübrigt sich.

3. Berufsausbildung zum Kieferorthopäden

3.1 Kieferorthopädie im Studiengang Zahnheilkunde

Der Studiengang der Zahnheilkunde besteht aus einem 5-semestrigen Grundstudium (vorklinischer Teil des Studiums) und einem 5-semestrigen Hauptstudium (klinischer Teil des Studiums).

Das Fach Kieferorthopädie wird erst im klinischen Teil gelehrt. Die Lehrveranstaltungen gliedern sich wie folgt auf:

6. Semester:	
Vorlesung: Einführung in die Kieferorthopädie	1 SWS*
Kursus der kieferorthopädischen Technik mit Demonstrationen	8 SWS
7. Semester:	
Vorlesung Kieferorthopädie I	2 SWS
8. Semester:	
Vorlesung Kieferorthopädie II	3 SWS
Kursus der KFO-Behandlung I	
Seminar:	
• Modellanalyse	
• Klinische Demonstrationen am Patienten in Gruppen	8 SWS
9. Semester:	
Kursus der KFO-Behandlung II	
Seminar (jeweils in Gruppen):	
• Behandlungsplanung mit diagnostisch/therapeutischem Kolloquium	
• Klinische Demonstrationen am Patienten	8 SWS

* SWS = Semester-Wochen-Stunden

Zusammen nehmen die Vorlesungen ca. 96 Stunden (6 SWS innerhalb 16 Wochen) in Anspruch. Die praktischen Kurse nehmen jeweils 8 Wochen-Stunden in Anspruch, so daß die Gesamtzahl der Kursstunden 384 Stunden (24 SWS innerhalb 16 Wochen) beträgt.

Das Ausbildungsziel im Studentenunterricht wurde von **Schopf** im Curriculum Kieferorthopädie 1991 beschrieben.

3.1.1 Die Ausbildung in der Kieferorthopädie: Lehrinhalte - Ausbildungsziel

Das Fach Kieferorthopädie hat durch approbierte Zahnärzte, die in den Jahren von 1984 bis 1986 ihr Staatsexamen ablegten und zur Einschätzung der Qualität der erfahrenen Ausbildung befragt wurden, die schlechteste Bewertung im Vergleich zu den anderen drei Hauptfächern erhalten. Die Ausbildung in der Kieferorthopädie wurde folgendermaßen zensiert:

- 13,6 % mit der Note gut
- 21,0 % mit befriedigend
- 26,0 % mit ausreichend

Diese Beurteilung geht allerdings von völlig falschen Voraussetzungen aus. Die approbierten Zahnärzte, die sich keiner Weiterbildung unterzogen, haben offensichtlich bei ihrer Bewertung verkannt oder vergessen, was das Ausbildungsziel im Studentenunterricht war (**Schopf**, 1991), nämlich die Befähigung:

- normale und abwegige Gebißentwicklung zu erkennen,
- Durchführung kieferorthopädisch-prophylaktischer Maßnahmen,
- kieferorthopädische Befunderhebung,
- Erkennen und Differenzieren von Dysgnathien,
- Möglichkeiten und Grenzen der verschiedenen Apparatesysteme zu erkennen,
- leichte Stellungsfehler mit einfachen Behandlungsgeräten zu therapieren,
- Durchführung kieferorthopädischer Beratungen als Allgemeinzahnarzt, insbesondere bezüglich Indikation und Zeitpunkt kieferorthopädischer Maßnahmen,

- kieferorthopädische Extraktionsregeln zu verstehen,
- Möglichkeiten der präprothetischen und chirurgisch-kombinierten Kieferorthopädie kennenzulernen.

Die Prüfungsordnung der Zahnärzte vom 22. April 1971 lautet im § 51:

„Die Prüfung in der Kieferorthopädie wird von einem Prüfer in der Regel an 4 Tagen abgehalten. Der Kandidat hat in einem schriftlichen Bericht über einen Krankheitsfall und in einer mündlichen Prüfung seine theoretischen Kenntnisse über die Genese und die Beurteilung von Kieferdeformitäten sowie in der Planung von Regulierungsapparaten nachzuweisen und außerdem mindestens eine einfache Regulierungsapparatur selbst herzustellen."

Der Ausgangspunkt für die Festlegung des Lehrstoffes (**Schmuth**, 1989) muß das für die studentische Ausbildung gesetzte Ziel sein, nämlich: der fortbildungs- und weiterbildungsfähige Zahnarzt. Dies gilt besonders für das Fach Kieferorthopädie, in welchem während des studentischen Unterrichts keine ausreichenden praktischen Kenntnisse vermittelt werden können, die es zulassen würden, daß der Zahnarzt sofort auch auf dem kieferorthopädischen Gebiet tätig wird. Juristisch ist ihm dies zwar erlaubt, aber die dafür auf Weiterbildung gestützten fachlichen Voraussetzungen sind in der Regel nicht gegeben.

Deshalb ist entweder die Weiterbildung zum Kieferorthopäden erforderlich oder eine regelmäßige Fortbildung, durch welche der Zahnarzt in die Lage versetzt wird, einfache kieferorthopädische Maßnahmen in seiner Praxis durchzuführen. Die Schwierigkeit besteht allerdings in der Indikationsstellung von Behandlungsmaßnahmen. Für diese sind umfassende Kenntnisse in der kieferorthopädischen Diagnostik und Behandlungsplanung notwendig. Deshalb müssen diese beiden Bereiche bereits beim studentischen Unterricht im Vordergrund stehen, auf Einzelheiten der Behandlungsdurchführung wird man jedoch noch nicht eingehen können. Voraussetzung für eine sachgerechte kieferorthopädische Diagnostik ist die Kenntnis des normalen Gebisses, jeweils für spezifische Altersgruppen sowie die Kenntnis von Abnormitäten der Gebißentwicklung, wozu auch die Analyse des gesamten dentofacialen Komplexes gehört. Der Student muß wissen, daß in jedem Fall eine Anamnese zu erheben ist, dann folgt eine klinische Untersuchung, schließlich die Auswertung von Kiefermodellen, Röntgenbildern und evtl. anderen Befundunterlagen sowie die Beurteilung von

Fotografien des Gesichtes und der Zahnreihen auch bezüglich der Okklusion. Der Kandidat muß die Grundzüge der Röntgenkephalometrie kennen, die wichtigsten Bezugspunkte und Bezugslinien müssen ihm bekannt sein und er soll Längen- und Winkelmessungen interpretieren können. Für die Wachstumsanalyse müssen Überlagerungsmethoden von Röntgenbildern beherrscht werden. Ziel ist, die Entwicklung einer Anomalie aufgrund von Wachstumsvorgängen abzuschätzen und auch die Grenzen der ausschließlich kieferorthopädischen Behandlungsmöglichkeiten kennenzulernen.

Hinsichtlich der festsitzenden und herausnehmbaren kieferorthopädischen Apparaturen sind dem Studenten lediglich die Grundzüge dieser Behandlungssysteme beizubringen. Er soll wissen, welche Behandlungsmaßnahmen bei der Frühbehandlung in Frage kommen und welche Apparaturen bei der späteren Behandlung verwendet werden. Man kann dabei auch zwischen den präventiven, interzeptiven und korrektiven Maßnahmen unterscheiden. Auf die wichtigsten Problemfälle ist hinzuweisen, wie etwa auf das Schließen eines echten frontal offenen Bisses, auf die letztlich nur operativ zu lösenden Fälle dieses Formenkreises, besonders auch der Progenie und die gelegentlich zu beobachtenden, schwer zu behandelnden Tiefbiß-Fälle.

3.2 Qualifikation des Behandlers durch Weiterbildung

Der **§ 135 Abs. 2 des SGB V** befaßt sich mit der **Qualifikation von Ärzten und Zahnärzten** für die vertragszahnärztliche Versorgung. Hier heißt es wörtlich:

> ***§ 135 Abs. 2***
>
> Für ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die ihrer Eigenart nach besondere Kenntnisse und Erfahrungen des Arztes voraussetzen, vereinbaren die Vertragspartner der Bundesmantelverträge einheitliche Qualifikationserfordernisse für die an der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte. Nur Ärzte, die die Qualifikation erfüllen, dürfen die Leistungen abrechnen.

In Satz 1 werden die ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angesprochen, für die „besondere Kenntnisse" und „Erfahrungen des Arztes" vorausgesetzt werden.
Für den **BDK** gilt es, diese zu definieren, bevor „einheitliche Qualifikationserfordernisse" durch die Vertragspartner des Bundesmantelvertrages festgelegt werden.

Während die „besonderen Kenntnisse" für das Fach Kieferorthopädie im Studiengang Zahnmedizin, in der Weiterbildung, durch Eigenstudium und durch permanente Fortbildung zu sichern sind, ist die „Erfahrung des Arztes" nur durch mehrjährige klinische Behandlungstätigkeit zu erlangen.

Kieferorthopädische Behandlungen fallen in „ihrer Eigenart" aus dem Rahmen der allgemeinzahnärztlichen Behandlung, da sie sich über lange Zeiträume - in der Regel über 2 bis 4 Jahre - erstrecken. **Die geforderte klinische „Erfahrung des Arztes" ist durch Belegung der Vorlesungen und Kurse „Kieferorthopädie" während des Studiums wegen der dort nicht stattfindenden Patientenbehandlung nicht zu erlangen. Sie wird aber durch die Weiterbildung zum Kieferorthopäden gewährleistet.**

3.2.1 Weiterbildungsordnungen

Die Grundlage für die Weiterbildungsordnungen ist das Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 1972. In dieser Entscheidung hat das Bundesverfassungsgericht festgestellt, daß das Facharztwesen, für das der Bund keine Gesetzgebungszuständigkeit besitzt, nicht ausschließlich der Satzungsregelung der Kammern überlassen werden darf. Mindestens die „statusbildenden Bestimmungen" muß der Gesetzgeber selbst treffen, wobei auch Bestimmungen über Berufspflichten mit einschränkendem Charakter für die freie Berufsausbildung einer gesetzlichen Grundlage bedürfen. Die Zuständigkeit für die Weiterbildungsordnung ist in dem Gesetz über die Kammern, die Berufsausübung, die Weiterbildung und die Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Apotheker, Tierärzte und Zahnärzte im Heilberufsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom Juli 1975 zu finden.

3.2.2 Weiterbildungsordnung der Zahnärztekammern

Die Kammerversammlungen der einzelnen Zahnärztekammern haben Weiterbildungsordnungen beschlossen, die durch jeweiligen Erlaß des zuständigen Ministers einer Genehmigung bedurften. Im Land Nordrhein-Westfalen z.B. wurde die Weiterbildungsordnung 1978 vom zuständigen Minister genehmigt. So hat sich in Rechtsfolge seit 1979 auch die ursprüngliche Bezeichnung der Kieferorthopäden „Fachzahnarzt für Kieferorthopädie" dahingehend geändert, daß nunmehr ein Zahnarzt nach erfolgter Weiterbildung die Gebietsbezeichnung „Kieferorthopädie" der Berufsbezeichnung „Zahnarzt" anfügt oder sich „Kieferorthopäde" nennt.

Entsprechend dem Beschluß des 94. Ärztetages in Homburg, den Facharzttitel wieder einzuführen, versucht auch der BDK, bei den entsprechenden Gremien der Zahnärzte den Titel „Fachzahnarzt für Kieferorthopädie" wieder bundesweit einzuführen, wie ihn auch der Gesetzgeber im GSG, Zulassungsverordnung § 55 a, benutzt.

Die Dauer der Weiterbildung zur Erlangung der Gebietsbezeichnung „Kieferorthopäde" darf drei Jahre nicht unterschreiten und soll grundsätzlich kontinuierlich erfolgen. In den einzelnen Landeszahnärztekammern wurden unterschiedliche Weiterbildungszeiten vereinbart, wobei die dreijährige fachspezifische Weiterbildungszeit teilweise durch ein weiteres Jahr in einer allgemeinzahnärztlichen Praxis ergänzt wurde.

Die Weiterbildung erfolgt in praktischer und theoretischer Unterweisung. Sie umfaßt die für den Erwerb der jeweiligen Gebietsbezeichnung erforderliche Vertiefung der beruflichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrungen. Die Weiterbildung auf dem Gebiet der Kieferorthopädie umfaßt die Erkennung, Verhütung und Behandlung von Fehlbildungen des Kauorgans, von Zahnstellungs- und Bißanomalien sowie Kieferfehlbildungen, Deformierungen der Kiefer und des Gesichtsschädels nach anerkannten Diagnostik- und Behandlungsmethoden.

Im einzelnen sind im Rahmen der Weiterbildung folgende Kenntnisse und Fertigkeiten zu vermitteln:

- Kieferorthopädische Nomenklatur
- Entwicklung des Gesichtsschädels und des Kauorgans
- Einfluß von Erbe und Umwelt
- Statisch funktionelle und dynamisch funktionelle Zusammenhänge
- Verschiedene Verfahren der Diagnostik, Modellanalysen, kephalometrische Untersuchungen
- Auswertungsverfahren von Röntgenaufnahmen und Fotografien
- Grundlagen der Therapie, Indikation, Durchführung, prognostische Beurteilung
- Anfertigung und Wirkungsweise der Behandlungsbehelfe

- Gewebsreaktion
- Orthodontische Mechanik
- Grundlagen biomechanischer und funktioneller Behandlungsmittel
- Grenzen der kieferorthopädischen Behandlungsmöglichkeiten
- Epikritische Beurteilung der Behandlungsergebnisse
- Zusammenhänge mit anderen Teilgebieten der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und Grenzgebieten der Medizin

Im ersten Weiterbildungsjahr soll eine Einführung, im zweiten Weiterbildungsjahr eine Vertiefung und im dritten Weiterbildungsjahr eine umfassende praktische Anwendung dieser Kenntnisse und Fertigkeiten erfolgen.

Eine Weiterbildungszeit an kieferorthopädischen Abteilungen von Hochschulkliniken für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten kann bis zu 3 Jahren angerechnet werden. Eine Weiterbildungszeit, die in der Praxis eines zur Weiterbildung ermächtigten niedergelassenen Kieferorthopäden abgeleistet wird, kann bis zur Dauer von 2 Jahren angerechnet werden. Mindestens 1 Jahr muß zusätzlich an einer Hochschulklinik absolviert werden.

Von der dreijährigen Weiterbildungszeit müssen 2 Jahre ohne Unterbrechnung in einer der genannten Weiterbildungsstellen abgeleistet werden.

Die während der Weiterbildung erworbenen Kenntnisse werden in einem Fachgespräch durch einen Prüfungsausschuß der Zahnärztekammer überprüft.

Die Prüfung ist mündlich. Sie soll für jeden Antragsteller in der Regel 30 Min. dauern. Es sollen nicht mehr als 4 Antragsteller gleichzeitig geprüft werden.

Der Prüfungsausschuß entscheidet aufgrund der vorgelegten Zeugnisse und der mündlichen Darlegung des Antragstellers, ob die vorgeschriebene Weiterbildung erfolgreich abgeschlossen wurde und die vorgeschriebenen besonderen Kenntnisse auf dem Fachgebiet erworben worden sind.

3.2.3 Richtlinien des BDZ für die Ermächtigung zur kieferorthopädischen Weiterbildung

Weiterbildungsstätten zum Zahnarzt (für) Kieferorthopädie/Kieferorthopäden sind:

- Kieferorthopädische Abteilungen/Polikliniken an ZMK-Kliniken von Universitäten bzw. Instituten
- Kieferorthopädische Abteilungen an anderen zugelassenen Einrichtungen
- Kieferorthopädische Fachpraxen

Die Ermächtigung zur Weiterbildung erfolgt auf Antrag eines niedergelassenen Kieferorthopäden und richtet sich nach der Weiterbildungsordnung der zuständigen Zahnärztekammer. Voraussetzung ist die Beschränkung auf das Fachgebiet und eine mindestens fünfjährige kieferorthopädische Tätigkeit nach der Anerkennung als Fachzahnarzt.

Die Ermächtigung zur Weiterbildung ist zu versagen, wenn der Kieferorthopäde Behandlungspläne für gewerbliche zahntechnische Labors erstellt oder für Zahnärzte, die zur selbständigen Behandlungsdurchführung nicht befähigt sind.

Die Ermächtigung kann nur erteilt werden, wenn der Kieferorthopäde fachlich und persönlich geeignet ist. Er muß auf dem Gebiet umfassende Kenntnisse und Erfahrungen besitzen. Die Kenntnisse und Erfahrungen sollten durch Fortbildung gefestigt und ständig ergänzt werden.

In den Weiterbildungsstätten müssen, neben den erforderlichen Arbeitsplätzen und Hilfskräften, alle technischen Einrichtungen vorhanden sein, die eine umfassende praktische Ausbildung, bis hin zur Labortechnik, ermöglichen und sichern, daß der Weiterbildungsassistent in ausreichender Weise alle anerkannten Diagnose- und Behandlungssysteme kennenlernen kann.

Um zu gewährleisten, daß dem Weiterbildungsassistenten genügend selbst zu behandelnde Patienten zur Verfügung stehen, sollen in der Weiterbildungspraxis mindestens 500 Patienten in laufender Behandlung sein. Andererseits sollte die Patientenzahl 800 nicht übersteigen, damit praxisintern Zeit für die Unterweisung und fachliche Diskussion bleibt.

3.2.4 Vorschläge des BDK zur Neufassung der Weiterbildungsordnung

Im Rahmen der Strukturqualität sollten qualitätssteigernde Voraussetzungen auf dem Gebiet der Weiterbildung geschaffen werden:

- durch erhöhte Anforderungen an die Weiterbildungsermächtigten,
- durch tatsächliche Erfüllung bundeseinheitlich festgelegter theoretischer und praktischer Anforderungen in der Weiterbildungsordnung.

Das betrifft sowohl die zur Weiterbildung Ermächtigten in den kieferorthopädischen Fachpraxen, die ermächtigten Hochschullehrer der kieferorthopädischen Abteilungen der Universitätszahnkliniken, als auch die Weiterzubildenden selbst. **Dazu macht der BDK folgende Vorschläge:**

A. Qualitätsanforderungen an Weiterbildungsermächtigte

- „Die fachliche Eignung", die in der Weiterbildungsordnung festgeschrieben ist, ist durch Nachweis der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, durch persönlich durchgeführte Lehr- oder Fortbildungstätigkeit oder durch eigene wissenschaftliche Arbeiten zu belegen, bevor eine Ermächtigung zur Weiterbildung ausgesprochen wird.
- Der Antragsteller für die Weiterbildungsermächtigung muß einen Kurs über die Weiterbildungsanforderungen in der Kieferorthopädie nachweisen, der unter anderem die Ziele der Weiterbildung, Didaktik und Dokumentation zum Inhalt hat.
- Die Weiterbildungsstätte muß über eine Mindestausstattung an Fachliteratur verfügen, die dem Weiterzubildenden zugänglich sein muß.
- Die Weiterbildungsermächtigten müssen alle 2 Jahre an einem Weiterbildungsseminar teilnehmen, in dem ein Erfahrungsaustausch stattfindet und ggf. Neuerungen erörtert werden, die für die Weiterbildung relevant sind.
- Die Weiterbildungsermächtigten müssen der zuständigen Zahnärztekammer über ihre persönliche laufende Fortbildung , ggf. im Abstand von 3 Jahren auf Befragen Auskunft erteilen.

B. Qualitätssichernde Fortbildung für die Weiterzubildenden

- Für jede Jahrgangsstufe wird jährlich einmal eine zentrale Fortbildungsveranstaltung mit unterschiedlichen, auf die Weiterbildungszeit zugeschnittenen Inhalten durchgeführt, um vor allem ein einheitliches theoretisches Fachwissen zu gewährleisten.
- Die Veranstaltungen finden jeweils in einem Fortbildungszentrum einer Zahnärztekammer statt.

C. Einheitliche Ausrichtung der Prüfungsausschüsse

- Die Mitglieder der bestehenden Prüfungsausschüsse der Landeszahnärztekammern legen einheitliche Prüfkriterien für das am Ende der Weiterbildung stattfindende „Fachgespräch" fest.

D. Dauer der Weiterbildung

- Die Weiterbildungszeit beträgt 4 Jahre. Eine interdisziplinäre Weiterbildung bis zu einem Jahr in einer universitären Einrichtung ist anrechnungsfähig.
- Die Weiterbildung in der Praxis eines ermächtigten Kieferorthopäden kann bis zu zwei Jahren angerechnet werden.
- Die Weiterbildung darf nur dann in einer hierzu ermächtigten Fachpraxis begonnen werden, wenn der Weiterzubildende die Zusage einer anschließenden Assistentenstelle an der kieferorthopädischen Abteilung einer Universitäts-Zahnklinik nachweisen kann.

E. Dauer der Ermächtigung

- Die Ermächtigung zur Weiterbildung ist zeitlich befristet oder kann widerrufen werden, wenn die Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind.

F. Zur Verbesserung der Weiterbildung an den Kliniken und zur Entlastung der kieferorthopädischen Abteilungen schlägt der BDK vor:

- Wie in anderen europäischen Ländern üblich, sollten weiterbildungsberechtigte, niedergelassene Fachzahnärzte in die Arbeit der Kliniken miteinbezogen werden und turnusmäßig Lehraufgaben übernehmen. Lehraufträge können auf einem bestimmten Gebiet, etwa für die Kl. III-Behandlung, die Biophysik der Spaltenbehandlung oder aber für die Weiterbildung eines Assistenten vergeben werden. Der Vorteil eines solchen Modells ist, daß durch Lehraufträge die Kliniken qualifizierte Kieferorthopäden gewinnen und die Assistentenausbildung praxisnah zu einem neuen Schwerpunkt der Kliniken wird.

Eine verbesserte Ausbildung der zukünftigen Fachzahnärzte ist ein wichtiger Schritt zur Steigerung und Sicherung der Qualität der kieferorthopädischen Versorgung.

3.2.5 Vorschläge der Hochschullehrer zur Änderung der Weiterbildungsordnung

Im Hinblick auf die Einigung der EG-Staaten in den kommenden Jahren wurde von einer Hochschullehrer-Kommission aus mehreren europäischen Nationen unter der Leitung von Prof. Dr.**VAN DER LINDE** ein Curriculum für eine EG-einheitliche Weiterbildung im Fach Kieferorthopädie erarbeitet, das vom ERASMUS-Büro der European Culture Foundation der EG-Kommission unterstützt wurde. Dies war für die Hochschullehrer Kieferorthopädie Anlaß, eine Kommission zu berufen, die Änderungsvorschläge der Weiterbildungsordnung für Kieferorthopädie in der Bundesrepublik Deutschland ausarbeiten sollte. Dabei wurde besonderer Wert darauf gelegt, die Inhalte des **ERASMUS-Konzeptes** an die deutschen Besonderheiten, die deutlich von anderen EG-Nationen abweichen, anzupassen.

3.2.5.1 Weiterbildungskonferenz in Kopenhagen

Bereits ein Jahr vorher wurden von Prof. **Witt** (1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie) auf der Weiterbildungskonferenz in Kopenhagen kritische Anmerkungen zur bestehenden Weiterbildungsordnung in der Bundesrepublik gemacht:

1) Es gibt kein Curriculum, in dem festgelegt wird, was im ersten, zweiten und dritten Jahr der Weiterbildung schwerpunktmäßig zu behandeln ist.

2) Die Personalstellen, die an den Hochschulen, bzw. in den Polikliniken für Kieferorthopädie für Assistenten zur Verfügung stehen, sind primär, wie alle anderen Personalstellen an einer Zahn-, Mund- und Kieferklinik in Deutschland, für die Forschung, Krankenversorgung und die Studentenausbildung bestimmt.

Die Weiterbildung wird vom Staat lediglich ermöglicht. Um die Aufgaben in Forschung, Lehre und Krankenversorgung erfüllen zu können, legen die Leiter der Polikliniken für Kieferorthopädie an den Universitäten deshalb Wert darauf, daß möglichst viele ihrer Weiterbildungsassistenten ihre gesamte 3jährige Weiterbildung an der Klinik absolvieren. Die Folge davon ist, daß diejenigen kieferorthopädischen Assistenten, die ihre Weiterbildung in einer Fachpraxis beginnen, Schwierigkeiten haben, das in der Weiterbildungsordnung aller Länderkammern festgelegte Klinik-Pflicht-Jahr zu erfüllen.

3) Der Eintritt der Assistenten in die Kliniken erfolgt nicht einheitlich zu einem bestimmten Zeitpunkt, sondern hängt davon ab, wann eine Stelle frei wird. Die Planung und Durchführung einer systematischen Weiterbildung, die die Kliniken natürlich immer anstreben, wird dadurch erschwert.

4) Obwohl die Weiterbildungsberechtigten in Privatpraxen ihren Weiterbildungsassistenten häufig die Möglichkeit geben, Kurse zu besuchen, ist festzustellen, daß die theoretischen Kenntnisse der Assistenten in der freien Praxis im Vergleich mit den Weiterbildungsassistenten, die ihre gesamte Weiterbildungszeit an der Hochschule verbrachten, nicht immer den gewünschten Standard erfüllen (Prüfgespräch). Dazu mag die interdisziplinäre Kommunikation an den ZMK-Kliniken mit Konservisten, Parodontologen, Prothetikern, Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen, aber auch mit Kollegen aus der Orthopädie, der HNO, Kinderklinik und Humangenetik bei der Untersuchung und Behandlung von gemeinsamen Patienten beitragen. Auch die Zusammenarbeit mit Kollegen aus den Grundlagenfächern ist an der Universität gegeben. Möglicherweise erfolgt auch die Auswahl der Assistenten in der freien Praxis nicht nach den gleichen Kriterien wie an der Hochschule.

Schlußfolgerungen (Witt):

Die Hochschullehrer für Kieferorthopädie haben schon vor mehreren Jahren den Vorschlag gemacht, daß die gesamte Weiterbildung nur an den Hochschulen erfolgen sollte. Das würde die aufgezeigten Probleme weitgehend eliminieren. Es wäre möglich, den Zeitpunkt des Beginns zu vereinheitlichen, was die Planung eines Weiterbildungsprogrammes und die Erfüllung der Weiterbildungsanforderungen wesentlich erleichtern würde. Allerdings bedeutet dies auch, daß die Stellen für die Weiterbildung an den Kliniken vermehrt werden müßten, da die vorhandenen Stellen teilweise mit Dauerkräften zu besetzen sind, um die vorhandenen Aufgaben in Forschung, Lehre, Patientenversorgung und Weiterbildung erfüllen zu können.

Wenn die Weiterbildung der post graduate students entsprechend einem Curriculum gestaltet wird, könnte die Bezahlung niedriger sein als bei den jetzigen Assistentenstellen. Sicher müßte auch über Modelle, wie die Einbeziehung von parttime-teachers aus der Praxis, nachgedacht werden.

Trotz der kritischen Anmerkung darf man sagen, daß alle an der Weiterbildung Beteiligten, angefangen bei denen, die die Weiterbildungsaufgaben wahrnehmen, wie auch die Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung, in den letzten Jahren ein hohes Maß an Engagement entwickelt haben. Das Niveau der kieferorthopädischen Weiterbildung ist deshalb heute in der Bundesrepublik Deutschland deutlich gestiegen.

In Deutschland werden, wie nirgendwo in der Welt, Fortbildungskurse angeboten und auch zahlreich besucht; dennoch meinen wir, daß auch im Zusammenhang mit den Erfordernissen der EG in nächster Zukunft die kritisierten Punkte in Deutschland besondere Aktualität erfahren werden.

3.2.5.2 Kommissionsbericht der Hochschullehrer für Kieferorthopädie zur Neuordnung der kieferorthopädischen Weiterbildung in Deutschland (1991)

(Inhalt auszugsweise wiedergegeben)

1) Zuständigkeit für Weiterbildung und Prüfungen

Die Weiterbildungsordnung im Fach Kieferorthopädie soll bundeseinheitlich sein. Verantwortlich für die Weiterbildungsordnung in der Bundesrepublik Deutschland sind die Zahnärztekammern der Bundesländer, solange keine andere EG-einheitliche Regelung getroffen wird.

Soweit die Weiterbildung eine studienähnliche Gestaltung erhält, könnte eine analoge Regelung wie bei der Studien- bzw. Approbationsordnung gefunden werden, d.h. eine vom Staat erlassene Ordnung, eine durch ein Prüfungsamt organisierte Abschlußprüfung etc.

2) Träger der Weiterbildung

Die Weiterbildung erfolgt an Universitäten oder vergleichbaren akademischen Einrichtungen. Eine eigenständige Weiterbildung in Praxen ist ausgeschlossen. Die Möglichkeit einer Einbeziehung geeigneter, vertraglich gebundener Weiterbildungspraxen in das Ausbildungsprogramm einer Universität im 2. und 3. Weiterbildungsjahr ist vorgesehen. Dadurch bleiben die unverkennbaren Vorteile einer praxisnahen Ausbildung erhalten und Folgen eines eventuell bestehenden Patientenmangels an der Universität oder an akademischen Einrichtungen können vermieden werden. Mindestens 50% der klinischen Weiterbildungszeit müssen aber an einer Universität oder vergleichbaren akademischen Einrichtung erfolgen.

3) Qualifikation und Auswahl der Weiterzubildende

Ein abgeschlossenes Studium der Zahnheilkunde und eine mindestens einjährige allgemeinzahnärztliche Ausbildung ist die Voraussetzung.

4) Zeitlicher Rahmen der Weiterbildung

Die Weiterbildungszeit dauert insgesamt 36 Monate.

Die Weiterbildung erfolgt grundsätzlich in ganztägiger Tätigkeit. Es ist sicherzustellen, daß eine zusammenhängende, mindestens zweijährige Weiterbildungszeit der fachspezifischen kieferorthopädischen Weiterbildung an einer Stelle absolviert werden kann. Anzustreben ist ein einheitlicher Beginn an allen Weiterbildungsstätten.

5) Lehrinhalte und Curriculum

Das Verhältnis zwischen fachspezifischer, theoretischer und klinischer Ausbildungszeit beträgt 1:2. Die Ausbildung teilt sich in eine theoretische und klinische Ausbildungszeit auf. Die anteilmäßige Zeitaufteilung der einzelnen Themenbereiche soll sich an EG-einheitlichen Richtlinien orientieren.

Für jede Jahrgangsstufe findet jährlich mindestens einmal eine überregionale, ganztägige Fortbildungsveranstaltung mit unterschiedlichen, auf den Ausbildungsstand zugeschnittenen Inhalten statt, um vor allem ein einheitliches theoretisches Fachwissen zu gewährleisten.

Überwacht durch einen qualifizierten Kieferorthopäden, sollen von Weiterzubildenden im zweiten Jahr der klinischen Weiterbildung mindestens 50, im dritten Jahr mindestens 100 eigene Patienten laufend aktiv kieferorthopädisch behandelt werden, davon wenigstens die Hälfte an einer universitären Weiterbildungsstätte. Für die Weiterbildungsassistenten ist eine Beteiligung am kieferorthopädischen Studentenunterricht bis zu einem Drittel der regulären Arbeitszeit vorgesehen.

Während der Weiterbildungszeit ist die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen sowie die Mitarbeit an Forschungsprojekten bzw. wissenschaftlichen Untersuchungen obligatorisch.

6) Anforderungen an Weiterbildungsinstitutionen

Den Weiterbildungsassistenten soll mindestens ein eigener Behandlungsplatz zur Verfügung stehen. Die Relation zwischen Weiterzubildenden und Ausbildern (Kieferorthopäden) soll das Zahlenverhältnis 3:1 nicht überschreiten. Soweit Weiterbildungspraxen in das Weiterbildungsprogramm miteingebunden sind, werden folgende Anforderungen gestellt:

Voraussetzung sind vielseitige Fachkenntnisse und mindestens eine 5jährige klinische Erfahrung als Kieferorthopäde. Der niedergelassene Kieferorthopäde muß regelmäßig als Lehrbeauftragter, Ausbilder, klinischer Instruktor oder in ähnlicher Funktion an der Hochschule tätig sein.

Der zur Weiterbildung ermächtigte niedergelassene Kieferorthopäde muß regelmäßig Fortbildungsaktivitäten nachweisen können und alle 2 Jahre an einem überregionalen Fortbildungsseminar teilnehmen, in dem ein Erfahrungsaustausch stattfindet und Neuerungen erörtert werden, die für die Weiterbildung relevant sind.

Die Weiterbildungspraxis eines niedergelassenen Kieferorthopäden soll mindestens 400, jedoch nicht mehr als 800 Patienten in laufender kieferorthopädischer Behandlung haben.

7) Finanzierungsfragen

Das erste Weiterbildungsjahr soll auf einer halben, nach BAT vergüteten Stelle erfolgen. Die Vergütung im 2. und 3. Weiterbildungsjahr soll sich nach dem BAT bzw. der Vergütungsregelung für Ausbildungsassistenten richten.

Entsprechend den erweiterten Aufgaben der Universitäten im Rahmen der kieferorthopädischen Weiterbildung soll der Stellenplan der Polikliniken bzw. der Abteilungen für Kieferorthopädie eine Aufstockung erfahren, die jedoch kapazitätsneutral sein muß, d.h., nicht zu einer Erhöhung der Zulassungszahlen führen darf.

8) Abschlußprüfung

Die kieferorthopädische Weiterbildung wird mit einer mündlichen Prüfung vor einem Weiterbildungsausschuß abgeschlossen, dem 3 Kieferorthopäden angehören, welche die Weiterbildungsberechtigung besitzen, von denen mindestens einer Leiter einer Universitäts-Poliklinik bzw. Abteilung ist. Die Teilnahme an der Abschlußprüfung setzt u.a. voraus, daß der Kandidat eine Aufstellung von 15 voll dokumentierten eigenen Behandlungsfällen unterschiedlicher Zahnstellungs- und Bißanomalien vorweisen kann. Die Behandlungsfälle müssen einen angemessenen Schwierigkeitsgrad haben, unterschiedliche Therapiemethoden und Apparaturen müssen zur Anwendung gekommen sein. Aus der Liste werden vom Gremium 3 Behandlungsfälle ausgesucht, deren Dokumentationen von dem Kandidaten zur Prüfung mitgebracht werden müssen.

Bei der Abschlußprüfung wird vom Prüfungsausschuß u.a. ein Fall präsentiert, dessen Befundergebnisse in einem Befundblatt schriftlich niedergelegt werden. Die Befunde werden im mündlichen Teil der Prüfung ggf. diskutiert. Ein abschließendes Fachgespräch im Beisein des

Weiterbildungsleiters erfolgt mit dem Ziel, sich der Fähigkeit des Kandidaten zur fachzahnärztlichen kieferorthopädischen Tätigkeit zu versichern.

Der hier auszugsweise wiedergegebene Kommissionsbericht wurde auf der Sitzung der Hochschullehrer für Kieferorthopädie am 10. Oktober 1991 von den dort anwesenden Hochschullehrern einstimmig angenommen.

3.2.6 Zusammenfassende Wertung des BDK

Die seit mehr als 30 Jahren bestehende Weiterbildungsordnung zur Erlangung der Qualifikation zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie hat sich bewährt und in den Bundesländern zu einem international anerkannten hohen Standard der weitergebildeten Kieferorthopäden geführt.

Die Weiterbildung in den Praxen niedergelassener Kieferorthopäden ist ausgefüllt durch die praktische und theoretische Ausbildung am Patienten. Die relativ hohe Anzahl der Patienten in einer kieferorthopädischen Fachpraxis erfaßt ein großes Spektrum von Zahnstellungs- und Kieferanomalien und deren unterschiedliche Behandlungsweisen und erlaubt einen umfassenden Überblick.

Aufbauend auf den erworbenen theoretischen Kenntnissen aus dem Studium im Lehrbereich Kieferorthopädie kann der Weiterzubildende seine theoretischen Kenntnisse vertiefen und unter Anleitung praktisch tätig werden. Das ist auch vom ersten Tag seiner Weiterbildung an notwendig, da die kieferorthopädischen Behandlungen im Durchschnitt ca. 36 Monate in Anspruch nehmen - Kurzbehandlungen einmal ausgenommen. Nur die durchgängige, mehrjährige Betreuung von Patienten erlaubt einen Einblick in Reaktionslagen und Abläufe einer komplexen Behandlung im Unterschied zur kieferorthopädischen Ausbildung während des Studiums, wo der Student nur Behandlungsabschnitte zu sehen bekommt.

Ergänzend wird vom BDK jedoch gefordert, die bestehende Weiterbildungsordnung zur Qualitätssicherung zu verbessern. Die Vorschläge des Verbandes sind teilweise in dem Neuordnungspapier der Hochschullehrer wiederzufinden.

Sollte die kieferorthopädische Weiterbildung ausschließlich in dem von den Hochschullehrern abgesteckten Rahmen erfolgen, so ist sicher ein größeres theoretisches Wissen erwerbbar.

Um andererseits genügende kieferorthopädische Praxis und die Behandlungserfahrung zu erlangen, die einen weitergebildeten Kieferorthopäden auszeichnen sollen, erscheint uns die ausschließlich universitäre Ausbildung nicht ausreichend. Das angegebene Verhältnis von praktischer zu theoretischer Ausbildung benachteiligt die praktische Weiterbildung, die ohnedies zu einem Drittel der verfügbaren Zeit durch die Betreuung der Studierenden verringert und darüber hinaus durch obligatorische regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen sowie die Mitarbeit an Forschungsprojekten gemindert wird. Auch die Mindestanzahl der zu betreuenden Behandlungsfälle erscheint uns nicht ausreichend.

Ungeachtet der kassenarztrechtlichen Bedenken, die einer sporadischen Beschäftigung entgegenstehen könnten, wenn Weiterbildungsassistenten nur tageweise in der Praxis eines Niedergelassenen behandeln sollen, ist es für den Assistenten unzumutbar, in Weiterbildungspraxen teilzeitbeschäftigt zu werden, die möglicherweise 100 km vom Ort der Universität entfernt liegen. Gleichzeitig ist es für die Weiterbilder unter diesen Umständen kaum möglich, regelmäßig als klinische Instruktoren an der Hochschule tätig zu sein. Das grenzt die Zahl geeigneter Ausbildungspraxen erheblich ein, was unter dem Aspekt der Qualitätssicherung gerade nicht erwünscht sein kann.

Letztlich haben die Landeszahnärztekammern zu entscheiden, deren Delegierte in den Vertreterversammlungen die Weiterbildungsordnungen beraten und verabschieden. Die Vorteile einer rein universitären Weiterbildung sind nicht so offenkundig, daß eine rückhaltlose Zustimmung der Gremien zu erwarten wäre. Für die niedergelassenen Kieferorthopäden würden Rechte beschnitten, die bisher zur Weiterbildung ermächtigten Kieferorthopäden würden ihren Besitzstand wahren wollen. Letztlich haben sich die Weiterbildungspraxen ja auch räumlich und ausstattungsmäßig wie personell auf die Weiterbildung eingestellt. Die idealisiert dargestellte Weiterbildung ausschließlich in den

kieferorthopädischen Abteilungen der Hochschulen setzt einen nicht unerheblichen Stellenzuwachs für weitergebildete Kieferorthopäden voraus. Auf der anderen Seite ist die in den meisten universitären Einrichtungen geschrumpfte Patientenzahl nicht gerade geeignet, Kieferorthopäden praxisnah auszubilden und praxisfähig zu machen. Aus den vorgenannten Gründen hält der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden an den eigenen Vorschlägen für eine verbesserte Weiterbildungsordnung zur Qualitätssicherung fest.

3.3 Fortbildung

Die Fortbildung ist ein wichtiger Baustein der Strukturqualität in der Kieferorthopädie, da die wissenschaftlich-technische Weiterentwicklung immer schneller fortschreitet. Letztlich haben auch die weltweiten engeren Kommunikationsmöglichkeiten und die Öffnung der wirtschaftlichen Märkte, soweit es sich um neue Technologien handelt, dazu beigetragen.

Die Kieferorthopädie hat in den letzten 20 Jahren die umfangreichste Neueinführung von Diagnoseverfahren, Behandlungsmethoden und neuen Materialien erfahren.

Insbesondere die Kenntnisse über die Fernröntgendiagnostik und die Multibandbehandlungsmethoden mußten über Fortbildungskurse erworben werden. Das betraf nicht nur die in der Weiterbildung stehenden Zahnärzte, sondern auch die niedergelassenen Kieferorthopäden und Hochschullehrer. Derartige Kurse wurden seinerzeit - und werden auch heute noch - zum Großteil außerhalb der Universität durch Privatinitiative oder durch Fortbildungsinstitute in freier Trägerschaft angeboten.

Mit erheblicher zeitlicher Verzögerung haben die universitären Weiterbildungsstellen die eingeführten Neuerungen in die Aus- und Weiterbildung mitaufgenommen und halten in zunehmendem Maße nunmehr auch selbst Fortbildungskurse ab.

Deshalb ist das Fortbildungsangebot spezieller Behandlungsmethoden für die relativ kleine Berufsgruppe der Kieferorthopäden sehr groß.

Die meisten Kieferorthopäden sind Mitglieder der **Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie**, einer wissenschaftlichen Gesellschaft, die jedes Jahr eine mehrtägige wissenschaftliche

Tagung abhält. Das Organ dieser Gesellschaft ist ein Periodikum, das die wissenschaftlichen Vorträge der Tagungen und andere Beiträge anbietet. Daneben existieren zwei weitere praktisch-wissenschaftliche Periodika, die den Kieferorthopäden und Zahnärzten **das Neueste aus Kieferorthopädie und Orthodontie** näherbringen. Zur eigenen Fortbildung stehen zudem eine große Zahl von Lehrbüchern über Kieferorthopädie zur Verfügung, die erst in den letzten Jahren veröffentlicht wurden.

3.3.1 Fortbildung nach dem Zahnheilkundegesetz

Die zuständigen Zahnärztekammern haben nach dem Heilberufsgesetz auch die berufliche Fortbildung der Kammerangehörigen zu fördern. Der einzelne Zahnarzt seinerseits wird in der Berufsordnung der Zahnärztekammern verpflichtet, sich beruflich fortzubilden und dadurch seine Kenntnisse dem jeweiligen Stand der zahnärztlichen Wissenschaft anzupassen. Ebenso muß er sich über die für seine Berufsausübung geltenden Vorschriften informieren.

3.3.2 Fortbildung aus der Sicht des Berufsverbandes

Der Vorstand des BDK hielt das breitgefächerte Angebot von Fortbildungsveranstaltungen für ausreichend und war deshalb erstaunt, einer Umfrage zu entnehmen, daß die Mitglieder des Berufsverbandes eine berufsinterne Fortbildung zum Aufgabenbereich des Berufsverbandes zählen.

Eine spezielle Befragung der Mitglieder zu den gewünschten Fortbildungsthemen ergab folgende Prioritäten: Die klinische Funktionsdiagnostik und die Behandlung mit festsitzenden Apparaturen. Dies liegt wohl daran, daß permanent neue Methoden und Materialien auf diesem Sektor angeboten werden.

Der BDK hat kurzfristig reagiert und Anfang 1992 den ersten Kursus über klinische Funktionsdiagnostik und -Therapie angeboten.

Wegen der Wichtigkeit der Fortbildung für die Prozeßqualität ist die Forderung zu unterstreichen, daß den Fortbildungsausschüssen der Kammern auch Kieferorthopäden angehören müssen.