

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Sylvia Gabelmann, Harald Weinberg, Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann (Zwickau) und der Fraktion DIE LINKE.

Wirksamkeit und Transparenz in der Kieferorthopädie

Gesetzlich Krankenversicherte haben Anspruch auf kieferorthopädische Behandlung, soweit diese aus medizinischen Gründen notwendig ist. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen müssen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Dies beinhaltet die Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung und die Vermeidung von Risiken.

Um eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung sicherstellen zu können, ist eine wissenschaftliche Fundierung der Versorgung erforderlich. Verschiedene Gutachten und Studien weisen jedoch darauf hin, dass häufig diagnostische und therapeutische Maßnahmen erbracht werden, für die es keine Nutznachweise gibt. Zugleich, so die Kritik, bestehen im Bereich der kieferorthopädischen Versorgung erhebliche Probleme in Bezug auf die Transparenz der Versorgung.

Die Behandlungsrate von „etwa 60 – 70 Prozent jedes Altersjahrgangs“ bei den 11- bis 14-Jährigen in Deutschland ist „international einmalig hoch“ und „betrifft zu jedem Zeitpunkt etwa 1,2 – 1,6 Millionen Personen“ (Spasov, A., Bettin, H., Braun, B.: „Die vertragszahnärztliche Kieferorthopädie – unzweckmäßig, intransparent und paternalistisch“; in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 6/2016, S. 64 – 70). Auch die „durchschnittliche Behandlungsdauer [...] liegt mit 30 – 40 Monaten ebenfalls erheblich über der international üblichen, die bei etwa 24 Monaten“ liegt (ebenda S. 1).

Bereits durch den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen im Jahr 2001 und in einem Health-Technology-Assessment (HTA)-Bericht im Jahr 2008 wurde darauf hingewiesen, dass es noch zu wenige wissenschaftliche Untersuchungen in Bezug auf die Indikationsstellung und die Wirksamkeit kieferorthopädischer Maßnahmen gebe (vgl. Frank et al. 2008, S. 1, https://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta205_bericht_de.pdf).

Der Bundesrechnungshof weist in seinem Jahresbericht 2017 darauf hin, dass die Versorgungslage, die Behandlungsnotwendigkeiten und die Behandlungsziele unzureichend untersucht sind und der Nutzen bzw. die Wirksamkeit kieferorthopädischer Behandlung wissenschaftlich nicht belegt ist. Der Bundesrechnungshof hat das Bundesministerium für Gesundheit daher aufgefordert, eine Versorgungsforschung im Bereich Kieferorthopädie anzustoßen (vgl. Bundestagsdrucksache 19/1800, S. 46 – 51).

Andererseits zeigt sich, dass auch bereits vorliegende wissenschaftliche Ergebnisse nicht hinreichend in der Versorgungsrealität berücksichtigt werden. Gravierend ist dies aus Sicht der Fragestellenden insbesondere dann, wenn es um nutzlose, aber belastende diagnostische Verfahren oder andere Interventionen geht. Beispiele dafür sind die offenbar zu häufige Diagnostik mit Röntgenaufnahmen und die Frühbehandlung mit losen Zahnsparren.

Zu behandlungsplanerischen und diagnostischen Zwecken können in einzelnen Fällen Röntgenaufnahmen erforderlich sein. Jedoch sind sie „für die Planung in den meisten Fällen nicht notwendig“ (Spasov et al. 2016). Zudem ist besonders für Heranwachsende ihr „Gefährdungspotential [...] keineswegs gering“ (ebd.: 67), weshalb ein besonders strenger Indikationsmaßstab zugrunde zu legen ist (ebd.). Dennoch „wurden 2014 [...] fast 2 Millionen Röntgenaufnahmen im Kopfbereich bei Kindern und Jugendlichen durchgeführt“ – also praktisch als „Routinemaßnahme“ (ebd.). Auch eine Auswertung von Routinedaten einer Krankenkasse zeigte, dass diagnostische Maßnahmen mit Röntgenstrahlung [...] „unabhängig von Alter und kieferorthopädischer Indikationsstellung bei nahezu allen Versicherten durchgeführt“ wurden, was gegen „zum Schutz der Gesundheit junger Menschen aufgestellte sozialrechtliche Regelungen, nationale und internationale Röntgenverordnungen sowie wissenschaftliche Leitlinien“ (Braun & Spasov 2018: 62f) verstößt.

Ein anderes Beispiel sind Frühbehandlungen mit losen Zahnsparren. In der oben zitierten Studie zeigte sich, dass 25 Prozent aller Frühbehandlungen in der Altersstufe unter acht Jahren begannen oder erfolgten, wobei in diesem Alter kaum Nutzen der Behandlung zu erwarten ist, die jungen Patientinnen und Patienten dagegen Belastungen und Risiken (zum Beispiel auch hier durch Röntgenaufnahmen) ausgesetzt sind.

Die Kosten für aus medizinischen Gründen notwendigen kieferorthopädischen Behandlungen werden in der Regel von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen. In einer Vielzahl von Fällen werden jedoch zusätzlich zu den als ausreichend und zweckmäßig definierten Leistungen noch Behandlungsverträge über darüberhinausgehende Selbstzahlerleistungen geschlossen. Bei einer Studie einer Krankenkasse gab knapp die Hälfte der Befragten an, dass die Kosten ihrer Selbstzahlerleistung über 1 000 Euro betragen. Zugleich zeigten sich starke regionale Unterschiede (www.dak.de/dak/download/studie-kieferorthopaedische-versorgung-1703654.pdf, Zugriff: 14. August 2018). Bei vielen dieser Leistungen fehlten wissenschaftlich fundierte Informationen zu ihrem Nutzen (vgl. Bundestagsdrucksache 19/1800, S. 46 – 51). Ein Viertel der Befragten in der oben genannten Studie gaben an, dass ihnen keine zuzahlungsfreie Behandlung angeboten wurde.

Laut Antwort des Parlamentarischen Staatssekretärs Dr. Thomas Gebhart auf die Schriftliche Frage 67 der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche bereitet das Bundesministerium für Gesundheit die Vergabe eines wissenschaftlichen Gutachtens zur Darstellung und evidenzorientierten Einschätzung des aktuellen medizinischen Wissensstands über die langfristigen Auswirkungen der wichtigsten kieferorthopädischen Behandlungsarten auf die Mundgesundheit, der dafür eingesetzten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Selbstzahlerleistungen vor. Das Gutachten soll auch eine Abschätzung des voraussichtlichen Zeithorizontes für „ggf. erforderliche weitere Studien umfassen, um Evidenz und den Nutzen kieferorthopädischer Behandlungen festzustellen“ (Bundestagsdrucksache 19/2334, S. 45).

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wie viele Fachzahnärztinnen und Fachzahnärzte für Kieferorthopädie praktizieren nach Kenntnis der Bundesregierung derzeit in der Bundesrepublik Deutschland?
Wie viele davon bieten vertragszahnärztliche Leistungen an?
Wie haben sich die entsprechenden Zahlen in den letzten 20 Jahren entwickelt?
2. Wie haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung in den letzten 20 Jahren die Gesamtkosten für kieferorthopädische Behandlungen und die durchschnittlichen Kosten pro Behandlung entwickelt (bitte nach von der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV – übernommenen Kosten und Selbstzahlerkosten unterscheiden)?
3. Wie viele gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten wurden in den letzten 20 Jahren nach Kenntnis der Bundesregierung kieferorthopädisch behandelt (bitte nach Altersgruppen – mindestens voll- und minderjährig – aufschlüsseln und jeweils den Anteil der Behandelten in den Altersgruppen an der jeweiligen Gesamtgruppe angeben)?
4. Wie lange haben die Behandlungen nach Kenntnis der Bundesregierung durchschnittlich gedauert?
5. Wie hoch war nach Kenntnis der Bundesregierung der Anteil an Frühbehandlungen bei den kieferorthopädisch behandelten Kindern (bitte nach Altersgruppen und Jahr aufschlüsseln)?
6. Welche Kenntnisse liegen der Bundesregierung vor über den Anteil der Menschen, die in anderen, mit der Bundesrepublik Deutschland vergleichbaren Ländern kieferorthopädisch behandelt werden?
7. Welche Kenntnisse liegen der Bundesregierung über die Dauer kieferorthopädischer Behandlungen in anderen, mit der Bundesrepublik Deutschland vergleichbaren Ländern vor?
8. Welche Kenntnisse liegen der Bundesregierung über den Anteil an Frühbehandlung (vgl. Frage 5) in anderen, mit der Bundesrepublik Deutschland vergleichbaren Ländern vor?
9. Welche Evidenz besteht nach Einschätzung der Bundesregierung für die Aussage in dem „Leitfaden für KFO-Gutachter“, wonach „für die Beurteilung [...] in der Regel ein OPG“, also ein Röntgenbild des Ober- und Unterkiefers der (meist) Kinder „notwendig“ sei?
10. Wie bewertet die Bundesregierung den häufigen Einsatz der Röntgendiagnostik in der kieferorthopädischen Behandlung?
Welche Maßnahmen werden ergriffen, um diesen Einsatz auf ein notwendiges Maß zu reduzieren?
11. Wie ist es nach Einschätzung der Bundesregierung mit den von Dr. Alexander Spassov genannten Studienergebnissen, in denen für lose Spangen beschrieben wird, dass sie mit wenigen Ausnahmen ineffizient bis unwirksam sind, zu vereinbaren, dass in einer von dem Autor durchgeführten und zitierten Studie 64,5 Prozent der befragten Jugendlichen damit statt mit festsitzenden Spangen behandelt wurden?
12. Besteht für die Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden die Pflicht, die Behandlungspläne den Versicherten auszuhändigen?
Falls nein, welche Folgen hat dies für die Versicherten im Hinblick auf die Transparenz der Leistung und der Kosten?

13. Wie bewertet die Bundesregierung das Gutachterverfahren in der Kieferorthopädie hinsichtlich seiner Transparenz für die Patientinnen und Patienten sowie deren Beteiligungs- oder Einspruchsmöglichkeiten?
Sieht sie hier Verbesserungsbedarf, und wenn ja, welchen?
14. Inwieweit sind Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden verpflichtet, auf die Möglichkeit der Nichtbehandlung und deren Folgen hinzuweisen?
15. Welche „Choosing wisely/klug Entscheiden“- Listen für kieferorthopädische Behandlung existieren nach Kenntnis der Bundesregierung derzeit oder werden gerade erstellt?
Welche wissenschaftliche Fachgesellschaft ist bzw. welche wissenschaftlichen Fachgesellschaften sind nach Kenntnis der Bundesregierung geeignet bzw. zuständig für die Erarbeitung entsprechender Leitlinien?
16. Welche Hilfen für „Shared-decision Making“ für kieferorthopädische Behandlung existieren nach Kenntnis der Bundesregierung derzeit oder werden gerade erstellt?
Welche Institutionen kommen nach Ansicht der Bundesregierung für die Erarbeitung entsprechender Hilfen in Frage oder sind zuständig?
17. Welche Institution wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit mit der Erarbeitung des Gutachtens zur Darstellung und evidenzorientierten Einschätzung des aktuellen medizinischen Wissensstands über die langfristigen Auswirkungen der wichtigsten kieferorthopädischen Behandlungsarten auf die Mundgesundheit, der dafür eingesetzten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Selbstzahlerleistungen beauftragt?
Wann ist mit den Ergebnissen des Gutachtens zu rechnen?
18. Welche Unterstützung gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung für Menschen mit niedrigem Einkommen oder Sozialleistungen, um den Versicherungsanteil für kieferorthopädische Behandlung finanzieren zu können, und was geschieht für den Fall, dass der Erfolg der Behandlung ausbleibt?

Berlin, den 5. September 2018.

Dr. Sahra Wagenknecht, Dr. Dietmar Bartsch und Fraktion