

Ihre Beihilfestelle vertritt die Auffassung, die bei Ihnen mit ausführlicher Rechnungsbeurteilung dargestellten Erschwernisse der Behandlung erfüllten nicht den Tatbestand der Personenbezogenheit. Darüber hinaus sei Ihnen eine Erstattung oberhalb des 2,3 fachen Gebührensatzes zu verwehren, weil die Begründungen technisch oder verfahrensbedingt angelegt seien.

Dieses Argument Ihres Kostenerstatters trifft nicht zu!

Warum diese Auffassung nicht zutrifft legt der „Liebold Raff Wissing“ deutlich klar.

Bei Ihnen wurde eine „CMD-Behandlung“ durchgeführt. Bei dieser Behandlung werden zwar Zahnhalteapparat und Zähne behandelt, aber nicht mit dem Ziel einer durchschnittlich, mittelwertigen Zahnbehandlung! Sondern mit dem Ziel die Beschwerden zu lindern oder zu beseitigen, die behandlungsindizierend waren.

Dazu gehören typischerweise :

Kopf- und Gesichtsschmerzen

Halsschulternackenschmerzen

Schwindel

Tinnitus

Sensibilitätsstörungen

Blähungen

Tubenfunktionsstörungen und viele andere.

Die Beseitigung derartiger Beschwerden gehört nicht zum Umfang einer „üblichen „zahnärztlichen Behandlung“, die dem 2,3 fachen Gebührensatz entspricht.

In der Tat sind die Beseitigung dieser Beschwerden durch die Beseitigung von Störungen der statischen und dynamischen Okklusion mit einem erhöhten Zeitaufwand und auch mit einem stark erhöhten technischen Aufwand verbunden. Dieser Aufwand ist aber die Folge der Diagnose einer „CMD“, die als eine besonders komplexe und schwierige Erkrankung dient.

Bereits die GOZ erkennt die Steigerung bei Vorliegen eines schwierigen Krankheitsbildes ausdrücklich an!

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

vom 01.01.2012

§ 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses

Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes. Gebührensatz ist der Betrag, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert vervielfacht wird. Der Punktwert beträgt 5,62421 Cent. Bei der Bemessung von Gebühren sind sich ergebende Bruchteile eines Cents unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden; die Rundung ist erst nach der Multiplikation mit dem Steigerungsfaktor nach Satz 1 vorzunehmen. Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung **kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein**. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. Der 2,3fache Gebührensatz bildet die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung ab; ein Überschreiten dieses Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen; Leistungen mit unterdurchschnittlichem Schwierigkeitsgrad oder Zeitaufwand sind mit einem niedrigeren Gebührensatz zu berechnen.

Die Diagnose einer „CMD“ ist **immer** patientenbezogen. Ca. 5-7 Prozent der Gesamtbevölkerung gelten als behandlungsbedürftig.

Diesen Umständen wurde bereits im Rahmen der Behandlungsplanung als auch der Rechnungserstellung hinreichend Beachtung geschenkt. Als behandlungsindizierend lag in Ihrem Fall die Diagnose einer „CMD“ vor. In der Rechnungsbegründung wurde nochmals auf die behandlungsindizierenden und behandlungerschwerenden Gründe eingegangen. Ob Ihr Sachbearbeiter in der Lage ist die vorliegenden Rechnungsbegründungen hinreichend zu deuten, vermag ich Ihnen nicht zu sagen.

Aus diesem Grunde übersende ich Ihnen die Stellungnahme der Autoren, die regelmäßig von Zivil- und Verwaltungsgerichten herangezogen werden, wenn es um die Interpretation der GOZ geht.

Nachfolgend lesen Sie den nach wie vor gültigen Kommentar aus dem Liebold Raff Wissing:

Liebold/Raff/Wissing 1994

GOZ-Kommentar
Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahme
- Befunderhebung-

Kommentar:

Begriffsbestimmung und Indikation

Funktionsdiagnose und Funktionstherapie

Die Entwicklung der Zahnheilkunde über Jahrzehnte hinweg in Wissenschaft

und Praxis hat dazu geführt, dass man zunehmend von einer Betrachtungsweise Abstand nahm, die die einzelnen Zähne bzw. die reine Kaufunktion ins Zentrum der Aufmerksamkeit rückte. Stattdessen wurde die moderne wissenschaftliche Betrachtungsweise des Kauorgans als stomatognathes System

(wörtlich: Mund-Kiefer-System) entwickelt. Der Begriff des stomatognathen Systems betont den vorwiegend dynamischen Charakter eines ganzen Organkomplexes, bei dem die Zähne nur einen Teil des Gesamtsystems darstellen.

Die vielen Einzelteile des Gesamtsystems, wie z. B. - Kieferknochen,

- Kiefergelenke,
- Zähne,
- Zahnhalteapparat (Desmodont),
- Kaumuskulatur,
- Kauhilfsmuskulatur,
- Zunge,
- periorale (den Mund umgebende) Weichteile, - Speicheldrüsen,
- Nerven, Blutgefäße, Lymphgefäße und
- die Haltung der Wirbelsäule und des Bewegungsapparates,

unterliegen auf sehr komplexe Weise einem Zusammenspiel, so dass die Störung bzw. Fehlfunktion eines einzelnen Teils das ganze (stomatognathe) System aus dem Gleichgewicht bringen kann.

Neben der reinen Kaufunktion übernimmt der Mund- und Rachenraum also noch eine Vielzahl von anderen Funktionen:

- Beginn des Verdauungsweges (Verdauung)
- Beginn der Atemwege (Atmung)
- ästhetische Funktion (Zähne als Schmuck)
- Sprachfunktion (Phonetik)
- psychomotorische Funktion (Mimik als Ausdruck der emotionalen Lage wie z. B. Freude, Trauer, Aggression und Angst). Über Sprache, Mimik und Ästhetik erfolgt die interindividuelle Kommunikation; somit beteiligt sich das stomatognathe System auch an den Sozialfunktionen des Menschen.
- psychosomatische Funktion (der Mund als psychosomatisches Projektionsfeld, d. h., seelische Erkrankungen werden in Erkrankungen der Mundregion körperlich manifest)

Bei der Suche nach Ursachen von Störungen des stomatognathen Systems ist es also wichtig, nicht nur organische Störfaktoren, sondern besonders auch die psychische Situation des Patienten zu beurteilen. Man erkennt diesen Zusammenhang beispielsweise daran, dass unbewältigter Stress Zähneknirschen (Bruxismus) oder andere Parafunktionen (nichtphysiologische Funktionen) wie z. B. Zähnepressen, Zungenpressen, Lippenbeißen, Wangenbeißen etc. zur Folge haben kann. **Die Projektion von psychischen Problemen in das Somatische (Körperliche) stellt für den Zahnarzt eine große Herausforderung dar, da das Erkennen schwierig ist und eine zahnärztliche Therapie mit großer Vorsicht geplant und durchgeführt werden muss, in Extremfällen sich sogar verbietet.**

Das stomatognathe System unterliegt einer neuro-reflektorischen Steuerung, d. h., Informationen gelangen von der Peripherie (z. B. Rezeptoren in den Zähnen, im Zahnhalteapparat, im Kiefergelenk, in der Muskulatur, in den Sehnen, in der Haut und

Schleimhaut) in die neuronalen Schaltzentren (z. B. Hirnnervenkerne, Großhirnrinde). Dieser Informationsfluss von der Peripherie zum Zentrum wird in der Sprache der Systemanalytiker auch Input genannt. Vom neuronalen Zentrum aus werden wiederum Befehle an die Peripherie (z. B. zur Kaumuskulatur) gegeben. Dieser Informationsfluss wird auch als Output bezeichnet. Input und Output und deren jeweilige Verschaltungen bilden den Systemkreislauf des stomatognathen Systems.

Funktionsstörungen im stomatognathen System

Funktionsstörungen im stomatognathen System sind als Disharmonie des Zusammenspiels im Systemkreislauf des stomatognathen Systems aufzufassen. Sie können verursacht werden durch:

- okklusale (die Kaufläche betreffende) Störfaktoren - psychoemotionale Störeinflüsse
- Verletzungen (Traumata)
- Gewebsneubildungen (Tumoren)
- Systemerkrankungen (z. B. Rheumatismus)

Betont werden muß hierbei, daß beim Auftreten von Funktionsstörungen in der Regel mehrere dieser Faktoren zusammenwirken, so daß von einem multikausalen Geschehen (Geschehen mit vielen Ursachen) gesprochen wird.

Die Suche nach der Ursache von Funktionsbeschwerden wird zusätzlich dadurch erschwert, daß gleichartige Beschwerden auch von oft ganz unterschiedlichen, nicht dysfunktionsbedingten Ursachen herkommen können. So können z. B. infektiöse Prozesse (der Zähne, des Kiefers, der Nebenhöhlen, des Ohres usw.), Zustände nach äußeren Gewalteinwirkungen (z. B. Frakturen), Neuralgien (Nervenentzündungen) oder Malignome (bösartige Tumore) ähnliche Symptome hervorrufen wie Funktionsstörungen des stomatognathen Systems.

Störungen im stomatognathen System können sich in vielfältigen Symptomen äußern:

- Symptome des Kiefergelenks, z. B.:
- Kiefergelenksschmerzen
- Kiefergelenksschnappen oder -reiben
- Bewegungseinschränkungen des Unterkiefers
- Symptome der Kau- und Kauhilfsmuskulatur, z. B.:
- Muskelschmerzen (Myalgien)
- Muskelverhärtungen (Myogelosen)
- Muskelsteifigkeit
- Bewegungseinschränkungen des Unterkiefers - Symptome der Okklusion, z. B.:
- Schliffacetten und Abrieb (Abrasion, Attrition) der Zähne
- Zahnlockerungen
- Zahnwanderungen
- Allgemeinsymptome, z. B.:
- Kopf- und Nackenschmerzen
- Schluckbeschwerden und Kloßgefühl - Zungenbrennen
- allgemeine Verspannungen
- Schwindel

Das Erkennen und Einordnen (Befund und Diagnose) dieser Symptome wird durch die Methoden der Funktionsanalyse ermöglicht. Bei der Funktionsanalyse werden zwei unterschiedliche eigenständige, sich jedoch nach Bedarf ergänzende Methoden angewandt:

- die klinische Funktionsanalyse
- die instrumentelle Funktionsanalyse

Klinische Funktionsanalyse

Bei der klinischen Funktionsanalyse bedient sich der Zahnarzt der klassischen ärztlichen Untersuchungsmethoden der Anamneseerhebung, Inspektion, Palpation, Auskultation (vgl. GOZ-Nr. 001) sowie bei Bedarf erweiterter bildgebender Verfahren (vgl. GOA-Nrn. 5000 ff.). Hierbei werden die einzelnen Teile des stomatognathem Systems untersucht und aus den Einzelbefunden Rückschlüsse auf etwaige Funktionsstörungen gezogen. Vor allem die Befunde von Kaumuskulatur, Kiefergelenken und Unterkieferbeweglichkeit geben Hinweise auf Funktionsstörungen bzw. Erkrankungen des stomatognathen Systems. Ebenso wichtig ist das Erkennen von evtl. vorliegenden psychischen Belastungen oder Erkrankungen. Auf einen apparativen Aufwand wie bei der instrumentellen Funktionsanalyse wird verzichtet.

Das Ergebnis der klinischen Funktionsanalyse, der klinische Funktionsstatus, wird auf speziellen, wissenschaftlich entwickelten Formblättern, die gleichzeitig auch als Checkliste eines systematischen Vorgehens dienen, aufgezeichnet und anschließend vom Zahnarzt ausgewertet. Die klinische Funktionsanalyse ist eine originäre ärztliche Leistung, die ein hohes Maß an Zeitaufwand, Ruhe, Einfühlungsvermögen und Hinwendung zum Patienten erfordert. Oftmals bedürfen Patienten mit Funktionsstörungen einer Vorbehandlung vor der eigentlichen Funktionstherapie. Besonders im Stadium der Vorbehandlung kommt der klinischen Funktionsanalyse große Bedeutung zu, die nicht unterschätzt werden darf. Die klinische Funktionsanalyse dient also sowohl der Erkennung von Funktionsstörungen bzw. Erkrankungen des stomatognathen Systems als auch der Verlaufskontrolle von Vorbehandlungen und der definitiven Therapie.

Instrumentelle Funktionsanalyse

Bei der instrumentellen Funktionsanalyse bedient sich der Zahnarzt spezieller Instrumente und Apparate. Die instrumentelle Funktionsanalyse dient dabei sowohl der Diagnose als auch der Therapie.

a) Diagnostik

- Die mechanische oder elektronische Aufzeichnung der Bewegungsbahnen des Unterkiefers eines Patienten dient dem Vergleich mit physiologischen Bahnen, d. h. Bahnen gesunder Individuen. So können pathologische Bewegungsmuster (Muster mit Krankheitswert) erkannt werden. Diese Aufzeichnungen dienen rein diagnostischen Zwecken ohne Übertragung in einen Artikulator, da allein schon die Analyse der aufgezeichneten Bahnen Rückschlüsse auf die Funktionsfähigkeit des stomatognathen Systems zuläßt (vgl. GOZ-Nr. 806).

Bei der Verwendung von paraokklusalen Löffeln (Registrierbehelfen, die im Gegensatz zu anderen Registrierverfahren die gesamte Kaufläche des Unterkiefers freilassen, so daß ein natürlicher Kontakt von Oberkiefer zu Unterkiefer während des Registrierens möglich ist) können die Vorgänge beim Kauen und bei Parafunktionen (nichtphysiologische Funktionen) beurteilt werden.

- Die Montage von Oberkiefer- sowie Unterkiefermodellen des Patienten in den Artikulator (wörtlich: Gelenksimulator, d. h. ein Gerät, mit dessen Hilfe Bewegungen der Kiefer zueinander nachgeahmt werden können) dient der möglichst genauen Simulation der

Bewegungsabläufe des Unterkiefers des Patienten. Somit wird die Unterkieferbewegung außerhalb des Mundes des Patienten von allen Seiten her einsehbar und kann beliebig oft reproduziert werden.

Die Voraussetzung hierfür ist eine exakte Abformung der Kiefer und anschließende Modellherstellung (z. B. in Superhartgips). Mit Hilfe eines sogenannten Gesichts- oder Übertragungsbogens wird das Oberkiefermodell in den Artikulator schädelbezüglich, d. h. entsprechend der vom Patientenschädel vorgegebenen anatomischen Situation, montiert. Dies kann relativ schnell nach arbiträrer (wörtlich: dem Ermessen überlassen), d. h. einem anatomischen Mittelwert entsprechenden Achsenbestimmung oder aufwendiger mit speziellen Gesichtsbogen geschehen, die die Einstellung auf die individuellen Gelenkachsenpunkte gestatten (vgl. GOZ-Nrn. 802 und 803).

Mit Hilfe eines sogenannten „zentrischen Registrats“ (vgl. GOZ-Nr. 801), das am Patienten angefertigt wurde, wird das Unterkiefermodell zum Oberkiefermodell in Position gebracht und in dieser Stellung im Artikulator fixiert (vgl. GOZ-Nr. 804). Um nun die Unterkieferbewegungen möglichst patientengetreu ausführen zu können, müssen individuelle Werte des Patienten in das Gerät übertragen werden. Am Patienten können diese Werte (z. B. individuelle horizontale Gelenkbahnneigung oder individueller Bennettwinkel) entweder exakt durch vollständige Aufzeichnung (Pantographie) oder vereinfacht durch den Checkbiß festgestellt werden. Die Einstellung des Artikulators entsprechend den am Patienten ermittelten Werten erfolgt an den entsprechenden, je nach Gerätetyp unterschiedlich konstruierten Vorrichtungen (vgl. GOZ-Nrn. 805 und 806). Nun kann eine diagnostische Auswertung der Modelle vorgenommen werden (vgl. GOZ-Nr. 808).

Auswertungskriterien, ob möglicherweise eine Funktionsstörung im stomatognathen System vorliegt, sind zum Beispiel:

- die Beurteilung der Kiefergelenke (Knacken, Reibegeräusche, Druckdolenzen, Schmerzen, eingeschränkte bzw. übergroße Gelenkskopfbewegungen) ggf. Gelenkröntgen und evtl. Kernspintomogramm,
- die Beurteilung der Kau- und Kauhilfsmuskulatur (Druckdolenzen, Schmerzen, Verhärtungen, Hypertrophien),
- die Beurteilung der Kiefergelenksbewegungen: Öffnungs- und Schließbewegung, Vorschub (Protrusion), Seitenschub (Latero- und Mediotrusion),
- die Beurteilung der Kiefergelenksbeziehung bzw. der Zahnreihen in „Zentrik“, d. h. in einer Position, in der die Unterkiefergelenksköpfchen (Kondylen) eine physiologische Position innerhalb der Gelenkpfanne einnehmen (sogenannte retrale Kontaktposition = RKP),
- die Beurteilung der Kieferbeziehung bzw. der Zahnreihen im gewohnheitsmäßigen Schlussbiß des Patienten (sog. habituelle Interkuspiration = IKP),
- die Beurteilung des Abgleitens von der RKP in die IKP,
- die Beurteilung der Kondylenbewegung bei Abgleiten von RKP in IKP, - die Beurteilung der Bisshöhe,
- die Beurteilung des Sprechabstandes (geringster Abstand vom Oberkiefer zum Unterkiefer beim Sprechen der Zahlen: 60, 61 usw. bis 69),
- die Beurteilung der Frontzahnsituation (Frontzahnführung)
- die Beurteilung, ob eine Einschleiftherapie (das Entfernen störender okklusaler Kontakte mittels dosierten, punktuellen Beschleifens der Zähne) überhaupt möglich ist. Dies setzt voraus, daß ein Sägemodell angefertigt wird, bei dem die Seitenzähne entfernt werden können, um so auf der Bisshöhe des Patienten die Frontzahnbeziehung zu beurteilen.

Eine andere Methode besteht darin, die Gipsmodelle probeweise einzuschleifen. In bestimmten Fällen kann eine solche Analyse ergeben, daß zur Behebung der Funktionsstörung zusätzlich auch kieferorthopädische oder kieferchirurgische Maßnahmen erforderlich sind.

- die Beurteilung der funktionellen Situation im Hinblick auf eine vorgesehene kieferorthopädische und/oder kieferchirurgische Therapie.

b) Therapie

Es gibt mehrere Möglichkeiten der therapeutischen Anwendung der instrumentellen Funktionsanalyse. Die instrumentelle Funktionsanalyse kann z. B. dienen zur:

- Herstellung von Aufbißbehelfen (vgl. GOZ-Abschnitt H, Aufbißbehelfe und Schienen) zur sogenannten „Schientherapie“
- Herstellung von Provisorien und Langzeitprovisorien beim Zahnersatz - Herstellung von definitivem Zahnersatz
- Remontage (erneutes Wiedereinsetzen in den Artikulator) von Zahnersatz - Einschleiftherapie

Hierbei ist es durchaus möglich, daß mehrere Durchgänge einer instrumentellen Funktionsanalyse notwendig sein können.

Hierzu ein Beispiel:

Ein funktionsgestörter Patient mit Beschwerden im Kopf-, Nacken- und Schulterbereich wird nach Erstellen eines klinischen Funktionsstatus einer Vorbehandlung zugeführt, z. B. einer Schientherapie. Bei subjektiver Besserung und stabiler Unterkieferposition auf der Schiene wird erneut ein klinischer Funktionsstatus erhoben. Wenn hier objektivierbar die Besserung sichtbar wird, kann eine systematische Einschleiftherapie durchgeführt werden. Dies setzt in den meisten Fällen eine instrumentelle Funktionsanalyse voraus.

Nun können evtl. Langzeitprovisorien und später definitiver Zahnersatz notwendig werden. Beide Maßnahmen können eine instrumentelle Funktionsanalyse erfordern.

Der definitive Zahnersatz wiederum kann eine Remontage in den Artikulator erforderlich machen, evtl. mit der Notwendigkeit einer erneuten instrumentellen Funktionsanalyse.

Selbst wenn alle diese Therapieschritte exakt ablaufen, kann es bei ausgeprägten, nicht oder nur unzureichend therapierbaren Parafunktionen notwendig werden, auch auf lange Sicht einen Aufbißbehelf zu tragen. Der Einsatz einer instrumentellen Funktionsanalyse zur Funktionsverbesserung von Zahnersatz setzt nicht immer eine klinische Funktionsanalyse voraus.

Bei dem Einsatz von Gipsmodellen im Artikulator muss beachtet werden, dass weder Zahnbeweglichkeit noch die Durchbiegung vor allem des Unterkieferknochens bei der Mundöffnung simuliert werden können. Auch unterliegen die vom Patienten abgenommenen Individualwerte einer gewissen Vereinfachung.

Eine absolute Übertragung des biologischen stomatognathen Systems des Patienten in den Artikulator als technischen Apparat ist grundsätzlich nicht möglich.

Die funktionsdiagnostische und -therapeutische Tätigkeit stellt hohe Ansprüche an die Fachkenntnis, an Einfühlungs- und Konzentrationsvermögen sowie an das Verantwortungsbewusstsein des behandelnden Zahnarztes. Nicht zuletzt durch die Einflüsse der Psyche des Patienten im Bereich der Funktionsstörungen ist das Zustandekommen eines guten Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient unabdingbare Voraussetzung der Funktionstherapie.

Nach dem Lesen dieser umfassenden Darstellung müsste dem Leser klar sein, dass Ihre „zahnärztliche Behandlung“ nichts mit einer üblichen und damit mittelwertigen Zahnbehandlung zu tun hatte.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. von Peschke
Spezialist für Funktionsdiagnostik und –therapie der DGFDT