



Universität Greifswald, Hauptgebäude

Ethische Betrachtungen zur Stellung der Kieferorthopädie in unserer Gesundheitsversorgung

von Dr. Hartmut Bettin, Dr. Alexander Spassov, Prof. Dr. Micha H. Werner

Drei Wissenschaftler der Universität Greifswald – Dr. Bettin, kommissarischer Leiter des Instituts für Geschichte der Medizin, Dr. Spassov, Mitarbeiter der Poliklinik für Kieferorthopädie (bis 1.10.2014), und Prof. Werner, Inhaber des Lehrstuhls für Praktische Philosophie – haben in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ einen Aufsatz unter dem Titel „Asymmetrien bei der Einschätzung des kieferorthopädischen Behandlungsbedarfs – Kieferorthopädische Praxis und kieferorthopädische Normen im Spannungsfeld der Interessen von Patient, Arzt und Gesellschaft“ veröffentlicht. Darin setzen sie sich mit dem aktuellen sozialrechtlichen Krankheitsbegriff in der Kieferorthopädie auseinander und diskutieren andere Krankheitskonzepte, die den aktuellen empirischen Erkenntnissen besser Rechnung tragen, welche besagen, dass Abweichungen von der „idealen“ Zahn- und Kieferstellung selten eine funktionell beeinträchtigende oder gar pathologische Potenz besitzen. Kernpunkt des Textes ist das Problem der diskrepanten Wahrnehmung von Nutzen und Bedarf kieferorthopädischer Behandlungen durch die verschiedenen Beteiligten.

Nachfolgend lesen Sie zunächst die von den drei Autoren gelieferte Zusammenfassung ihres im März 2014 online erschienenen Zeitschriftenbeitrages. Es folgen (in grauer Schrift) die Überschriften der betrachtenden Teile des Textes, in denen das Problem der diskrepanten Wahrnehmung von Nutzen und Bedarf kieferorthopädischer Behandlung konkretisiert wird. Ungekürzt werden anschließend die im Beitrag gezogenen Schlussfolgerungen im Sinne von Optionen zur Lösung des Problems vorgestellt.

Zusammenfassung

Während der größte Teil der Bevölkerung die kieferorthopädische Therapie, also die Veränderung der Zahn- bzw. Kieferstellung, als eine Behandlung betrachtet, die vor allem auf eine Verbesserung des Erscheinungsbildes zielt, sehen der kieferorthopädische und zahnärztliche Berufsstand sowie auch private und öffentliche Kostenträger in bestimmten Abweichungen von Zahn- oder Kieferstellungen eine Gefährdung der oralen Gesundheit und der Funktionsfähigkeit des Gebisses. Letztere Auffassung bestimmt das ärztliche Handeln in der Kieferorthopädie und begrün-

det auch die Übernahme zumindest bestimmter Leistungen durch die gesetzlichen Krankenkassen. Anhand aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse lassen sich jedoch in vielen Fällen keine (akuten oder potentiellen) gesundheitlichen oder essentiellen funktionellen Beeinträchtigungen und Risiken abweichender Zahnstellungen nachweisen. Ziel dieses Aufsatzes ist es, diesem Widerspruch nachzugehen. Im Folgenden werden wir aufzeigen, welche Faktoren die Anbieter kieferorthopädischer Leistungen beeinflussen, welches die entscheidenden Gründe und Grundlagen für die Behandlung sind und an welchen Kriterien sich die Leistungsübernahme durch

die Krankenkassen orientiert. Dabei wird deutlich werden, dass die formalen Kriterien von Behandlung und Kostenübernahme, die tatsächliche Behandlungs- und Kostenerstattungspraxis, die Erwartungen derjenigen, die Behandlungsleistungen in Anspruch nehmen und der aktuelle Stand der Forschung zu erwartbaren Funktionsbeeinträchtigungen durch Zahnstellungsvariationen nicht zwanglos zu vereinbaren sind. Erforderlich erscheint ein interdisziplinärer normativer Diskurs über die Frage, wie die diagnostizierten Spannungen aufzulösen wären. Als Anregung für einen solchen Diskurs werden wir im Ausblick alternative Lösungsstrategien vorstellen.

Die Themen, aus denen heraus die Optionen abgeleitet werden

- Vom Konzept zur Norm – Normen- und Krankheitsverständnis in der Kieferorthopädie
- Stand der wissenschaftlichen Diskussion zur pathologischen Potenz von Zahn- und Kieferstellungen
- Verteilungsgerechtigkeit und Eigeninteressen

Optionen

Wenn festgestellt werden kann, dass in der überwiegenden Zahl der kieferorthopädischen Fälle mit Abweichungen von der „idealen“ Zahn- und Kieferstellung nicht von (potentiellen) Beeinträchtigungen der Atem-, Kau- oder Sprechfunktion auszugehen ist, könnten daraus verschiedene Konsequenzen gezogen werden. Welche der nachfolgend vorgeschlagenen Optionen den Vorrang verdient, kann nicht allein auf Basis medizinischen Wissens bestimmt werden. Da für die Entscheidung neben empirischen und das berufsethische Selbstverständnis berührenden Fragen auch allgemeinere Fragen des „Guten Lebens“ und der Gerechtigkeit berührt sind, kann eine überzeugende Lösung nur im Rahmen eines interdisziplinären Diskurses gefunden werden. Im Folgenden sollen die Optionen lediglich benannt und einige der wichtigsten ethischen und rechtlichen Anschlussfragen skizziert werden.

1. Die erste Möglichkeit

läge darin, an der im Sozialrecht und in den Richtlinien des G-BA* explizit vorgenommenen Bindung des Behandlungsbedarfs an ein eng gefasstes Konzept der Funktionsbeeinträchtigung festzuhalten. Demnach ist eine Variation dentofazialer Merkmale nur dann behandlungsbedürftig, wenn im Falle der Nichtbehandlung Funktionen des Beißens, Kauens, Sprechens, der Nasenatmung, des Mundschlusses oder die Gelenkfunktion aktuell oder zukünftig eingeschränkt würden. Nimmt man den aktuellen Forschungsstand ernst, so wäre dann nur in den seltensten Fällen ein Behandlungsbedarf gegeben. Ein Großteil der aktuell durchgeführten kieferorthopädischen Behandlungen hätte als Form eines „nicht-medizinisch“ motivierten *enhancement* zu gelten. Sie dürften von den Krankenkassen nicht mehr finanziert werden. Auch das professionelle Selbstverständ-

nis der Kieferorthopädie als Heilberuf stünde unter Druck. Prinzipiell denkbar wäre die Erosion ästhetischer Standards, die an der Idealokklusion als einem Schönheitsideal orientiert sind. Denkbar wäre ebenso eine verstärkte Nachfrage seitens zahlungskräftiger Klienten nach privat finanzierten kosmetischen Behandlungen.

2. Eine zweite Option

läge darin, sich weiterhin am sozialversicherungsrechtlichen Krankheitsbegriff zu orientieren, diesen aber weiter auszulegen. Aus diesem Begriff allein folgt nämlich nicht ohne weiteres, dass nur im Falle erwartbarer Funktionsbeeinträchtigung eine potentiell behandlungsbedürftige Krankheit vorliegt. Soweit sich dem Krankheitsbegriff des Rechts der sozialen Krankenversicherung beziehungsweise dem für dessen Auslegung in Anspruch genommenen „Leitbild des gesunden Menschen“ überhaupt klare und plausible normative Bezugspunkte entnehmen lassen [52], kommt eine Behandlung jedenfalls auch zur Abwendung des Risikos schwerwiegender *psychischer* Funktionsstörungen [43] in Betracht. Entsprechend wäre zumindest die Möglichkeit zu berücksichtigen, dass im Zusammenhang mit einem dentofazialen Erscheinungsbild, das vom sozialen Umfeld als „abweichend“ empfunden wird, psychosoziales Leiden entsteht, das gravierend genug ist, um als Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit zu gelten. Ob dieses Argument geeignet ist, eine nennenswerte Zahl von Zahnstellungsvarianten, die nicht die zuvor genannten biologischen Funktionen beeinträchtigen, als behandlungsbedürftig auszuweisen, erscheint indes fraglich. Dagegen sprechen insbesondere folgende Überlegungen: Erstens geht es bei kieferorthopädischen Behandlungen häufig um Eingriffe, die *zukünftige* Funktionsbeeinträchtigungen abwenden sollen. Inwieweit eine Abweichung vom als „normal“ empfundenen dentofazialen Erscheinungsbild zu erheblichen Beeinträchtigungen der psychischen Funktionsfähigkeit führen wird, dürfte sich kaum verlässlich prognostizieren lassen. Zweitens ergäben sich Fragen der objektiven Bewertung psychosozialen Leidens, denn während der Eine unter seinem dentofazialen Erscheinungsbild leidet, wird ein ähnlicher Zustand von einem Anderen als unproblematisch empfunden. Auch müssten Kriterien gefunden werden, die es ermöglichen, psychosozialen Leidensdruck näher zu charakterisieren und eine Wer-

teskala zu entwickeln, anhand derer sich im konkreten Fall der Bedarf nach einer sozial zu finanzierenden Behandlung feststellen ließe. Drittens wäre (im Sinne der Medikalisierungskritik) zu hinterfragen, inwieweit sich die Kieferorthopädie an der Reproduktion gesellschaftlicher Schönheitsideale beteiligen sollte, deren Kehrseite *ex hypothesi* eine erhebliche, zu psychischem Leiden führende, Stigmatisierung von „Abweichlern“ ist. Schließlich stehen, falls Reaktionen des sozialen Umfelds auf eine Zahnstellungsvariante tatsächlich zu Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit führen, prinzipiell unterschiedliche Interventionsmöglichkeiten zur Verfügung: Die Beeinflussung des Erscheinungsbildes ist eine Möglichkeit, psychotherapeutische Intervention eine zweite, die Mitarbeit an mehr gesellschaftlicher Toleranz für ästhetische Normabweichungen eine dritte (nach dem Vorbild von „black is beautiful“ wäre an eine Kampagne unter dem Motto „crooked teeth are beautiful“ zu denken⁵). Welche dieser drei Möglichkeiten vorzugswürdig ist, ist wiederum keine rein medizinische Frage.

3. Eine dritte Option

läge in einem sozusagen rechtspositivistischen Festhalten an den KIG** ohne Berücksichtigung der Frage, inwieweit die von ihnen erfassten Fälle tatsächlich zu Funktionsbeeinträchtigungen führen. Berücksichtigt man den aktuellen Forschungsstand, muss man konstatieren, dass dies auf eine Abkopplung der Behandlungs- und Finanzierungskriterien vom bisherigen Leitkriterium der Krankheitsbehandlung hinausläufe. Deshalb erscheint dieses Vorgehen in normativer Hinsicht willkürlich. Ein Rechtfertigungsversuch könnte sich allenfalls „pragmatisch“ auf die Tatsache beziehen, dass es sich bei den KIG nun einmal um einigermaßen klare Kriterien für schwierige Abgrenzungsfragen handele, die das Ergebnis eines Aushandlungsprozesses zwischen den bezogen auf die Regelungsmaterie einflussreichsten sozialen Akteuren darstellt. Es dürfte aber schwierig sein, diese Position medizinethisch, politisch und rechtssystematisch überzeugend zu verteidigen.

4. Eine weitere Option

wäre, subjektive, auf das Wohlbefinden oder die ästhetischen Präferenzen der Betroffenen bezogene Behandlungsgründe explizit als gültige Gründe einer kieferorthopädischen Behandlung anzuerkennen.

Dies könnte erstens dadurch geschehen, dass entsprechende subjektive Aspekte stärker in ein kieferorthopädisch einschlägiges Gesundheits- oder Krankheitskonzept einbezogen werden, etwa entsprechend der Gesundheitsdefinition der WHO oder anderer „normativistischer“ Gesundheits- und Krankheitskonzepte, die unmittelbar auf subjektives Wohlergehen oder subjektive Präferenzen Bezug nehmen (etwa [37, 40]; zur Übersicht vgl. [11, 25, 26, 28, 30, 34, 44]). Kieferorthopäden könnten sich dann an den (mehr oder weniger qualifizierten) ästhetischen Vorstellungen oder den Behandlungspräferenzen der Betroffenen orientieren und gleichwohl die Auffassung verteidigen, dass ihre Tätigkeit unter den Begriff der Krankheitsbehandlung fällt. Zweitens wäre es möglich, weiterhin einen engen, primär physiologisch-funktionalistischen Krankheitsbegriff zugrunde zu legen und ästhetische und/oder (andere) subjektive Behandlungsgründe *zusätzlich* als Legitimationsgrundlage kieferorthopädischer Behandlungen sowie eventuell auch entsprechender Leistungsansprüche anzuerkennen. Der dritte, radikalste mögliche Weg wäre, das Krankheitskonzept gänzlich zu verabschieden und grundsätzlich andere Kriterien wie das des subjektiven Nutzens für die Beurteilung von Behandlungsbedarfen und Finanzierungsansprüchen heranzuziehen [24, 53].

Alle drei genannten möglichen Substrategien bringen erhebliche Abgrenzungsschwierigkeiten mit sich. In allen Fällen führt die Berücksichtigung subjektiver Zustände und gegebenenfalls auch ästhetischer Präferenzen zu schwer zu beantwortenden Fragen der Vergleichbarkeit unterschiedlicher Fälle und mithin auch zu ernststen Herausforderungen für die Rechtssicherheit. Ganz allgemein stellt sich bei dieser Option die grundlegende Frage nach dem Umfang legitimer präventiver Kieferorthopädie. Die Frage, ob ästhetische Überlegungen legitime Gründe für eine medizinische Behandlung sein können, stellt sich für *präventive* medizinische Maßnahmen und erst recht für die Behandlung von nicht volljährigen Personen noch einmal in verschärfter Weise. Inwieweit medizinische Leistungen im ästhetischen Bereich unter dem Argument der Gewährleistung von Chancengleichheit und gleichberechtigter sozialer Teilhabe als notwendige und solidarisch zu finanzierende Leistungen anzusehen sein könnten, ist jedenfalls nicht allein durch medizinische Experten zu beantworten,

sondern muss in einem breiten gesellschaftlichen Diskurs geklärt werden. Grundlegend wäre zunächst zu erforschen, welchen Wert die Gesellschaft der Rolle der dentofazialen Ästhetik für das Leben des Einzelnen zumisst.

Ein Unterschied zwischen den drei Substrategien liegt in den Implikationen der betreffenden Regelung für das gesamte Gesundheitssystem. Eine Erweiterung des Krankheits- bzw. Gesundheitskonzepts um subjektive und/oder ästhetische Aspekte oder gar eine Aberkennung der zentralen normativen Rolle, die diese Konzepte im gegenwärtigen Gesundheitswesen spielen, haben potentiell weitreichende Konsequenzen als eine „Sonderregelung“ für den Bereich der Kieferorthopädie. Umgekehrt wären für eine entsprechende „Sonderregelung“ Gründe anzuführen, die auch im Hinblick auf die normative Konsistenz des gesamten Gesundheitssystems überzeugen können.

Ein weiterer Unterschied zwischen den drei Substrategien besteht in den Implikationen für das ärztliche Selbstverständnis. Im Sinne der zweiten und dritten Substrategie wäre der Kieferorthopäde nicht mehr (nur) jemand, der im ursprünglich ärztlichen Sinne Krankheiten heilt, verhütet oder lindert, sondern eher Dienstleister im Sinne der wunscherfüllenden Medizin. Hier wäre erstens grundsätzlich zu diskutieren, inwieweit sich der Berufsstand zum Instrument individueller Selbstvervollkommnungspläne (oder der durch sie reproduzierten gesellschaftlichen ästhetischen Ideale) machen will. Zweitens wäre zu reflektieren, wie sich die Rolle des Kieferorthopäden im Arzt-Patient-Verhältnis verändert. Der Kieferorthopäde müsste, da er in Bezug auf die ästhetische Wertung und Beurteilung kein Experte ist, stärker als bisher Meinung, Anliegen und Erwartung des Patienten in den Mittelpunkt seiner Information, Aufklärung und seines Handelns rücken. Dies stellt den Berufsstand vor neue Herausforderungen in der universitären Forschung und Ausbildung. Die aktuellen Behandlungskonzepte der Kieferorthopädie wären kritisch zu hinterfragen und psychologische, kommunikative, ästhetische und ethische Fragen stärker einzubeziehen. Für die moderne kieferorthopädische Praxis wäre ein interaktives Behandlungsmodell zu entwickeln, das sowohl den funktionalen, als auch den ästhetischen und psychosozialen Bedürfnissen der Patienten Rechnung trägt. Dafür muss



Dr. phil. Hartmut Bettin, federführender Autor des im Springer-Verlag veröffentlichten Originalbeitrags, ist derzeit kommissarischer Leiter des Instituts für Geschichte der Medizin der Universität Greifswald - hartmut.bettin@uni-greifswald.de

die Kieferorthopädie klinisch effektive und effiziente Behandlungsoptionen bereitstellen, die sich an wissenschaftlichen Evidenzen orientieren und die individuellen Vorstellungen der Patienten berücksichtigen [1].

* G-BA = gemeinsamer Bundesausschuss

** KIG = kieferorthopädische Indikationsgruppen

Die Redaktion dankt den Autoren und dem Springer-Verlag für die Möglichkeit, Auszüge aus dem im März veröffentlichten Artikel nachdrucken zu dürfen. Der vollständige Aufsatz einschließlich der umfangreichen Literaturliste (53 Publikationen) kann über den Springer-Verlag bezogen werden.

Nachstehend die Quellen-Angaben des Verlages:

Ethik in der Medizin

March 2014 Date: 04 Mar 2014

Asymmetrien bei der Einschätzung des kieferorthopädischen Behandlungsbedarfs

Dr. Hartmut Bettin, Dr. Alexander Spassov, Prof. Dr. Micha H. Werner

© Springer-Verlag
Berlin Heidelberg 2014

DOI:10.1007/s00481-014-0293-9

Print ISSN:0935-7335

Online ISSN:1437-1618

“With kind permission of
Springer Science+Business Media”