

## 1 Zur Vorgeschichte

Der Kläger, Herr ██████████ besitzt eine Krankenvollversicherung bei der beklagten Universa KV.

Im Juni 2012 stellte sich der Kläger in der Kieferorthopädischen Praxis Dr. ██████████ in Köln zur Abklärung von unklaren Schmerzen und funktionellen Störungen im Bereich der Kiefergelenke sowie mit gleichzeitigen „Rückenschmerzen“ vor. Dabei wurde der Patient von seinem Allgemeinorthopäden, Herrn ██████████ Köln überwiesen.

Nach einer entsprechenden klinischen Untersuchung am 20.06.2012 wurde als Diagnose ausgeführt: „Craniomandibuläre Dysfunktion mit anteriorer Diskusverlagerung bei vorliegender Okklusionsstörung“. Gleichzeitig wurden durch den Untersucher „Nacken- und Rückenschmerzen“ festgestellt. In einem Heil- und Kostenplan mit gleichem Datum wurde für den Patienten eine „Funktionstherapie“ vorgeschlagen. Anschließend wurden für eine weiterführende Diagnostik zusätzlich eine instrumentelle Funktionsanalyse sowie Digitale Volumentomogramme der Kiefergelenke erstellt. Der Antrag des Klägers mit Datum vom 12.12.2012 auf Übernahme der Kosten von 2.103,66 € für diese Maßnahmen wurde von der beklagten Krankenkasse jedoch nach wiederholtem Schriftwechsel mit einem Schreiben vom 18.12.2012 definitiv abgelehnt.

Die Ablehnung der Kostenübernahme wurde vor allem mit einer Stellungnahme durch den Beratungszahnarzt der Versicherung, Dr. Ebenbeck, begründet. Dieser bemängelte die nicht nachvollziehbare Diagnose CMD, keine nachgewiesene medizinische Indikation für eine Therapie, sowie eine fehlende wissenschaftliche Basis für die geplante Therapie. Im Detail wurde das Fehlen eines Übersichtsröntgenbildes und eines Funktionsstatus gemäß GOZ 8000 bemängelt. Auf den vorgelegten DVT-Aufnahmen sei keine definitive Diagnose erkennbar. Die geplante Eingliederung einer „COPA-Schiene“ (Craniomandibular Orthopedic Positioning Appliance) wird in den Bereich der „ganzheitlichen Kieferorthopädie“ speziell der „Applied Kinesiology“ eingeordnet, für deren Wirksamkeit es aktuell keine wissenschaftlichen Belege gäbe. Daher wurde die vorgesehene Therapie als „Verlangensleistung“ eingeordnet, für welche kein Anrecht auf Übernahme der Kosten durch die beklagte KV bestehe.

Auch nach einer erläuternden Stellungnahme durch die Praxis Dr. [REDACTED] vom 28.09.2012 erfolgte am 15.11. eine erneute schriftliche Ablehnung der Universa KV auf Übernahme der Kosten.

In einem weiteren Schreiben vom 08.01.2013 wurden von der Versicherung zusätzliche Angaben zu Diagnose und Anamnese gefordert sowie Ausführungen zum Nachweis der Wirksamkeit der geplanten Therapie.

Ausweislich der vorliegenden Rechnungen (Rechnung vom 30.09.2012 über 1.425,35 €) und eines Schreibens der Praxis [REDACTED], wurde mit der geplanten Therapie jedoch bereits am 11.07.2012 mit Eingliederung der Aufbiss-schiene begonnen. Die Behandlung wurde parallel begleitet durch weitere Diagnose- und Therapiemaßnahmen in der Orthopädie-Praxis Dr. [REDACTED]. Nach Angaben der Behandler wurde bis zum 18.02.2013 nahezu Beschwerdefreiheit erzielt.

Auf Blatt 90 der Akte befindet sich eine Aufstellung der bis zum 03.05.2013 für die Therapie angefallenen Kosten. Hier sind sowohl die Kosten für die Kieferorthopädische als auch für die allgemeinorthopädischen Behandlungsmaßnahmen aufgeführt. In der letzteren Praxis wurden vor allem „osteopathische Behandlungssitzungen im Bereich WS und Schädel“ sowie Kosten für Schuheinlagen abgerechnet, welche offenbar alle problemlos erstattet wurden.

In dem eingeleiteten Klageverfahren wird der Kläger durch die Rechtsanwaltskanzlei Zach, Mönchengladbach sowie die beklagte Versicherung durch die Rechtsanwälte Kuck und Effelsberg vertreten.

Ein erster Beweisbeschluss in dem Verfahren erging am 18.03.2013 durch das Amtsgericht Köln.

In einem weiteren Schreiben des RA Zach vom 15.03.2013 wird vor allem die Qualifikation des Beratungszahnarztes Dr. Ebenbeck angezweifelt.

Nach einem weiteren Schriftwechsel der beteiligten Rechtsanwälte erfolgte am 07.10.2013 ein ergänzender Beweisbeschluss durch das Amtsgericht Köln.



## **2.3 Röntgenbefund (DVT der Kiefergelenke rechts und links) vom**

**11.07.201**

Am DVT können ausschließlich knöcherne Veränderungen und keine Veränderungen im Weichgewebe (Z.B. im Bereich der Disci) diagnostiziert werden!

### - Rechtes Kiefergelenk

- Keine auffälligen Formabweichungen
- Durchgehend intakte Kortikalis ohne Anzeichen von oberflächlichen Resorptionen oder von subkortikaler pathologischer Hohlrumbaueung

### - Linkes Kiefergelenk

- Keine auffälligen Formabweichungen
- Durchgehend intakte Kortikalis ohne Anzeichen von oberflächlichen Resorptionen oder von subkortikaler pathologischer Hohlrumbaueung

Insgesamt zeigten sich keine Anzeichen einer Pathologie im Sinne einer akuten oder chronischen Osteoarthritis.

**Auf eine eigene aktuelle klinische Untersuchung des Patienten wurde verzichtet, da die strittige Therapiemaßnahme bereits seit fast einem Jahr abgeschlossen wurde. Weiterhin weisen die diskutierten funktionellen Erkrankten eine große Fluktuation über die Zeit auf.**

## **3. Zur Beantwortung der vom Gericht gestellten Frage**

### **Beweisbeschluss vom 18.03.2013**

**1) Lag beim Kläger zum Zeitpunkt der Behandlung folgende Diagnose vor:**

**Unklare Nacken- und Rückenschmerzen, länger bestehende craniomandibuläre Dysfunktion, Verdacht auf anteriore Dysfunktion, Verdacht auf anteriore Diskusverlagerung und Okklusionsstörung?**

Für die „funktionellen Schmerzerkrankungen“, zu denen auch die Funktionsstörungen im Bereich der Kiefergelenkfunktion zählen, wurde von verschiedenen Autoren ein hoher Grad an Fluktuation nachgewiesen (Suvinen et al.

1995, Kohlmann 2002, Benoliel et al. 2011). Da der Patient [REDACTED] zudem in der Zwischenzeit nach der Auskunft der behandelnden Kollegen bereits „erfolgreich“ therapiert wurde, erschien dem Gutachter eine eigenständige erneute Befunderhebung nicht sinnvoll. Bei der Beantwortung der gestellten Frage musste er sich daher auf die zur Verfügung gestellten Krankenunterlagen beschränken.

Die aufgeführte Diagnose wurde von dem behandelnden Kieferorthopäden gemeinsam mit einem begleitend beteiligten Kollegen aus der Allgemeinorthopädie erstellt. Für die Diagnose einer Pathologie im Bereich des Diskus articularis des Kiefergelenkes, in diesem Fall einer Diskusverlagerung, ist in der Regel die klinische Untersuchung des Patienten aussagekräftig. Im Zweifelsfall wäre eine magnetresonanztomografische Untersuchung zu ergänzen. Die angefertigten DVT-Bilder der Kiefergelenke dienen vor allem der Diagnostik von fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen der Hartgewebe des Kiefergelenkes und ergaben in dem vorliegenden Fall keine auffälligen Befunde. Eine spezifische Untersuchung der beteiligten Kaumuskulatur ist anhand der zur Verfügung gestellten Unterlagen nicht ersichtlich. Es zeigte sich nach dem Funktionsbefund am 20.06.2012 jedoch keine auffällige Einschränkung der Mobilität des Unterkiefers (Mundöffnung: 49 mm).

Nach den vorliegenden Unterlagen sieht dieser Gutachter keinen Grund die im Juni 2012 gestellte Diagnose einer Diskusverlagerung im Kiefergelenk in Frage zu stellen. Bezüglich der Diagnose der weiteren Befunde im Bereich der Wirbelsäule (Nacken, Rücken) kann ausgeführt werden, dass bis heute nicht eindeutig geklärt ist, ob muskuloskeletale Beschwerden in den angrenzenden Körpersegmenten das kranio-mandibuläre System und so die Kaumuskelschmerzen über triviale mechanische Verkettungen beeinflussen oder, ob umgekehrt, Kaumuskelschmerzen über solche Wechselwirkungen Einfluss auf andere Körperregionen nehmen können (Hanke et al. 2007, Manfredini et al. 2011). Zwar wurde immer wieder im Rahmen von klinischen Studien gehäuft das gemeinsame Auftreten von Gesichts-, Nacken- und Rückenschmerzen festgestellt (Kohlmann 2002), doch geht die Wissenschaft heute davon aus, dass die schmerzhaften Wechselwirkungen zwischen diesen Segmenten primär auf einem zentralnervösen Sensibilisierungsmechanismus beruht (Wiesinger et al. 2009). Im Zweifelsfall müsste jedoch dieses

Gutachten diesbezüglich durch einen qualifizierten Orthopäden oder einen Schmerzmediziner ergänzt werden.

**Bejahendenfalls, handelt es sich insoweit um Krankheiten?**

Störungen im Bereich der Kaufunktion mit oder ohne begleitende Schmerzsymptomatik sind eindeutig als medizinische Erkrankungen einzuordnen und bedürfen einer ärztlichen/zahnärztlichen Therapie (Kohlmann 2002, Suvinen et al. 2005).

**2) War die von dem Behandler geplante Maßnahme mittels einer COPA-Schiene ein von der Schulmedizin anerkanntes Verfahren?**

Obwohl ein endgültiger Nachweis über die Wirkungsweise von okklusalen Aufbisssschienen in der Wissenschaft kontrovers diskutiert wird, (Türp et al. 2004, Al Ani et al 2009) gehört deren Anwendung heute neben der Aufklärung sowie physikalischen und pharmakologischen Maßnahmen zur klinischen Routine. Diverse Studienartikel belegen überzeugend eine schmerzreduzierende Wirksamkeit von Okklusionsschienen (Alencar und Becker 2009, Doepel et al. 2012, Ekberg und Nilner 2006, Friction et al. 2010, Nilner et al. 2008, Stapelmann und Türp 2008) bei der Behandlung regionaler myofaszialer Schmerzen. So geben Schindler et al. in einem aktuellen Review aus 2013 an, dass der überwiegende Teil der Patienten mit myofaszialen Schmerzen gut auf nicht-invasive therapeutische Interventionen, insbesondere eine Schienentherapie, anspricht. *„Bei der überwiegenden Zahl der Patienten kommt es dabei zu zufriedenstellender Schmerzlinderung bzw. Schmerzfreiheit im Kurz- und Langzeitverlauf.“*

Gleichzeitig konnte gezeigt werden, dass unterschiedliche Konfigurationen (Doepel et al. 2012, 63, Nilner et al. 2008, Stapelmann und Türp 2008) und Materialien keinen messbaren Einfluss auf die therapeutische Wirkung haben (Alencar und Becker 2009). Aus diesem Grund besteht keinerlei Anlass der von dem Behandler eingesetzten Form der Okklusionsschiene eine Wirksamkeit abzusprechen. Die entsprechende Variante wurde erstmalig als COPA (**C**raniomandibuläre **O**rthopädische **P**ositionierungs-**A**paratur) von dem amerikanischen Zahnarzt Prof. Harold Gelb vorgestellt (Gelb 1979, Tanenbaum und Gelb 1985, Gelb und Gelb 1989., Gelb 1990, Gelb und Gelb

1991) und wird weltweit von Therapeuten verwendet. Es handelt sich hierbei um eine für den Patienten individuell nach Registrierung im Unterkiefer hergestellte Aufbissschiene, welche sich prinzipiell in keiner Weise von vielen anderen Schienenvarianten unterscheidet.

Hiervon klar zu trennen ist das „behandlungsphilosophische Umfeld“, in das der Einsatz der COPA eingebunden wird, die „Applied Kinesiology“. Bezüglich der wissenschaftlich bzw. „schulmedizinischen“ Anerkennung dieses Verfahrens sei hier ein aktueller Review-Artikel von Hall et al. aus dem Jahr 2008 zitiert: *„Beweise für die diagnostische Genauigkeit, Aussagekraft der Muskelreaktion und therapeutische Wirksamkeit der Kinesiologie sind unzureichend. Die Qualität der Studienberichte ist mangelhaft. Es sollte zunächst eine pragmatische Studie zur Wirksamkeit der Kinesiologie durchgeführt werden, um einen möglichen klinischen Nutzen festzustellen.“*

Bei den in Rechnung gestellten Leistungen handelt es sich allerdings ausschließlich um zahnärztliche Leistungen aus dem Katalog der GOZ, welche aus der Sicht dieses Gutachters korrekt indiziert und angewendet wurden.

In diesem Zusammenhang muss zudem auf den Widerspruch hingewiesen werden, dass die durch den behandelnden Allgemeinorthopäden in Rechnung gestellte Leistung aus dem Bereich der Osteopathie durch die beklagte Versicherung anstandslos bezahlt wurden, obwohl auch hier die entsprechende „schulmedizinische Anerkennung“ zu diskutieren wäre.

### **3) War der Ansatz des 3,5-fachen Steigerungssatzes berechtigt?**

Aus der eigenen klinischen Erfahrung dieses Gutachters ist die Herstellung, Eingliederung und Adjustierung von individuell gefertigten Aufbissschienen bei Patienten mit Funktionsstörungen in der Regel mit einem deutlich überdurchschnittlichen Zeitaufwand verbunden. Das Ansetzen eines moderat erhöhten Steigerungsfaktors für die Abrechnung mit 3,5x erscheint auf jeden Fall angemessen.

### Beweisbeschluss vom 07.10.2013

**4) Sind die in den Rechnungen vom 30.09.2012 (Blatt 111) über 1.425,35 € und 30.12.2012 (Blatt 91) über 135 € berechneten zahnärztlichen Leistungen erbracht worden?**

Der Gerichtsakte enthält keine Unterlagen betreffend die Krankenakte des Klägers aus der Praxis Dr. [REDACTED]. Aus der Sicht des Gutachters gibt es allerdings nach Durchsicht der Akten keine begründeten Zweifel daran, dass die aufgeführten zahnärztlichen Leistungen so wie angegeben erbracht wurden.

**5) Handelt es sich bei den in der Rechnung vom 30.12.2012 berechneten Behandlungen um ein von der Schulmedizin anerkanntes Verfahren, soweit nicht bereits im Beweisbeschluss vom 18.03.2013 unter Ziffer III, 2 dies Gegenstand der Beweisaufnahme ist?**

Diese Frage wurde bereits weiter oben beantwortet.

Das vorliegende Gutachten wurde von mir selbstständig, unabhängig und nach bestem Wissen und Gewissen erstellt. Für etwaige Rückfragen stehe ich jederzeit gerne zur Verfügung.

[REDACTED]