

Zusammenfassende Dokumentation

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie): Unterkieferprotrusionsschiene bei obstruktiver Schlafapnoe

- Anlage I:** An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf zur Änderung der Richtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie): Unterkieferprotrusionsschiene bei obstruktiver Schlafapnoe
- Anlage II:** An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandte Tragende Gründe zur Änderung der Richtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie): Unterkieferprotrusionsschiene bei obstruktiver Schlafapnoe
- Anlage III:** Stellungnahme Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI)
- Anlage IV:** Stellungnahme Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e. V. (DGZMK)
- Anlage V:** Stellungnahme Bundeszahnärztekammer (BZÄK)
- Anlage VI:** Wortprotokoll zur mündlichen Anhörung
- Anlage VII:** Tabelle zur Auswertung der Stellungnahmen

Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie): Unterkieferprotrusionsschiene bei obstruktiver Schlafapnoe

Vom TT.MM.JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am TT.MM.JJJJ beschlossen, die Richtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie) vom 4. Juni 2003/24. September 2003 (BAnz 2003, S. 24 966), zuletzt geändert am 17. Dezember 2020, (BAnz AT TT.MM.JJJJ BX), in Kraft getreten am TT.MM.JJJJ, wie folgt zu ändern:

I. Dem Abschnitt B VI. wird folgende Nummer 3 angefügt:

„3. Unterkieferprotrusionsschiene bei obstruktiver Schlafapnoe

a) Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört die Versorgung mit zahntechnisch individuell angefertigten adjustierbaren Unterkieferprotrusionsschienen im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung einer obstruktiven Schlafapnoe.

Die Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene darf nur auf Grundlage einer entsprechenden vertragsärztlichen Indikationsstellung nach Anlage I Nr. 36 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) und vertragsärztlicher Veranlassung erfolgen.

b) Zahnmedizinische Voraussetzungen für die Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene sind insbesondere

- eine ausreichende Fähigkeit zur Mundöffnung,
- eine ausreichende aktive Protrusionsbewegungsmöglichkeit des Unterkiefers,
- eine ausreichende Verankerungsmöglichkeit der Schiene,
- keine der Versorgung entgegenstehenden Kiefergelenksstörungen.

c) Die Unterkieferprotrusionsschiene wird nach Abdrucknahme zahntechnisch individuell angefertigt und durch die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt eingegliedert.

GKV-SV	KZBV/PatV
<i>[keine Ergänzung wie nebenstehend]</i>	Dabei sind, unter besonderer Berücksichtigung der unterschiedlichen Mechaniken in Hinblick auf eine passgenaue Anfertigung, die individuellen Besonderheiten einer jeden Patientin / eines jeden Patienten, zu berücksichtigen.

- d) Die Unterkieferprotrusionsschiene muss folgende Eigenschaften aufweisen:
- zweiteilig, bimaxillär verankert, mit individuell reproduzierbarer Adjustierung
 - Möglichkeit einer individuellen Nachadaptation in Millimeterschritten,
- e) Bei der Erstanpassung erfolgt die individuelle Einstellung des Protrusionsgrads durch die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt, ausgehend von einer Vorverlagerung von mindestens 50 % der maximal möglichen Unterkieferprotrusion in Abstimmung mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt, die oder der die jeweilige Behandlung nach Anlage I Nr. 36 MVV-RL verantwortet. Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt überprüft anschließend die Wirksamkeit des eingestellten Protrusionsgrads.
- f) Im Rahmen der Therapieführung der Versicherten erfolgen Therapiekontrollen durch die Vertragsärztin oder durch den Vertragsarzt. Auf Veranlassung der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes nimmt die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt eine Nachadaptation der Einstellung des Protrusionsgrads vor. Die Wirksamkeit der individuellen Nachadaptation wird anschließend durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt überprüft.

GKV-SV	KZBV/PatV
“ [keine Ergänzung wie nebenstehend]”	g) Der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt wird empfohlen, regelmäßig Fortbildungsmaßnahmen wahrzunehmen.“

II. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den TT.MM.JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie des Gemeinsamen
Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und
wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung
(Behandlungsrichtlinie): Unterkieferprotrusionsschiene bei
obstruktiver Schlafapnoe

Vom TT.MM.JJJJ

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
2.1	Zu den Änderungen im Einzelnen.....	2
3.	Würdigung der Stellungnahmen	4
4.	Bürokratiekostenermittlung	4
5.	Verfahrensablauf.....	4

1. Rechtsgrundlage

Nach § 92 Absatz 1 SGB V beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die zur Sicherung der (zahn-)ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten und trägt dabei auch den besonderen Erfordernissen der Versorgung behinderter oder von Behinderung bedrohter sowie psychisch kranker Menschen Rechnung. Die Richtlinien haben sich an dem allgemein anerkannten Stand der (zahn-)medizinischen Erkenntnisse und des (zahn-)medizinischen Fortschrittes zu richten.

Nach § 27 SGB V Absatz 1 Satz 2 haben Versicherte, die an obstruktiver Schlafapnoe erkrankt sind, einen Anspruch auf Leistungen zur Linderung der Krankheitsbeschwerden und Verhütung einer Verschlimmerung. Der G-BA hat in seiner Sitzung am 20. November 2020 beschlossen, die Unterkieferprotrusionsschiene bei obstruktiver Schlafapnoe in die Richtlinie des G-BA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung – MVV-RL) aufzunehmen. Die in Anlage I Nr. 38 MVV-RL geregelte Versorgung umfasst sowohl vertragsärztliche als auch vertragszahnärztliche Leistungsbestandteile. Da gemäß § 3 Abs. 2 der Anlage I Nr. 36 MVV-RL die Anfertigung der individuell adjustierbaren Unterkieferprotrusionsschiene nach Ausschluss zahnmedizinischer Kontraindikationen durch eine Vertragszahnärztin oder einen Vertragszahnarzt erfolgt, regelt der G-BA neben den vertragsärztlichen Leistungen mit vorliegendem Beschluss die korrespondierenden vertragszahnärztlichen Leistungen in der Behandlungsrichtlinie gem. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Mit vorliegendem Beschluss wird in Abschnitt B VI. „Sonstige Behandlungsmaßnahmen“ der Behandlungs-Richtlinie eine neue Nr. 3 „Unterkieferprotrusionsschiene bei obstruktiver Schlafapnoe“ eingefügt.

2.1 Zu den Änderungen im Einzelnen

Zu B VI. Nr. 3 lit. a)

Mit der Regelung wird festgelegt, dass zur vertragszahnärztlichen Versorgung die Versorgung mit zahntechnisch individuell angefertigten und adjustierbaren Unterkieferprotrusionsschienen im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung einer obstruktiven Schlafapnoe gehört. Klargestellt wird, dass die Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene nur auf Grundlage einer entsprechenden vertragsärztlichen Indikationsstellung nach Anlage I Nr. 36 MVV-RL und vertragsärztlicher Veranlassung erfolgen darf.

Zu B VI. Nr. 3 lit. b)

Die Regelung in lit. b) definiert die notwendigen zahnmedizinischen Voraussetzungen für die Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene. Damit werden zum einen die Ergebnisse des Methodenbewertungsverfahrens hinsichtlich der zahnmedizinischen Voraussetzungen für eine fachgerechte Versorgung in vertragszahnärztliche leistungsrechtliche Voraussetzungen überführt. Zum anderen dient die Regelung der Umsetzung der Qualitätssicherungsvorgabe gemäß § 3 Absatz 2 Anlage I Nr. 36 MVV-RL, wonach die Versorgung nach Ausschluss zahnmedizinischer Kontraindikationen erfolgt.

Die in lit. b) beinhaltete Aufzählung benennt dabei Voraussetzungen, die insbesondere für eine Versorgung erfüllt sein müssen; sie ist jedoch nicht abschließend. Damit können auch andere Gründe, die im Einzelfall aus zahnmedizinischen Gründen einer Versorgung entgegenstehen oder als Voraussetzung hinzutreten können, im Rahmen der jeweiligen Prüfung zahnmedizinischer Kontraindikationen Berücksichtigung finden.

Zu B VI. Nr. 3 lit. c) und d)

Die Regelungen in lit. c) und d) konkretisieren die Vorgabe nach § 3 Absatz 2 Anlage I Nr. 36 MVV-RL, wonach eine Versorgung mit einer „zahntechnisch individuell angefertigten und adjustierbaren“ Unterkieferprotrusionsschiene erfolgt.

Die Schiene wird gem. lit. c) nach Abdruck zahntechnisch individuell angefertigt und vertragszahnärztlich eingegliedert. Diese Vorgabe der Abdrucknahme umfasst dabei die notwendigen Abdrücke beider Kiefer. Umfasst von der individuellen Anfertigung ist auch die dafür notwendige Anfertigung erforderlicher Register.

Lit. d) definiert die Eigenschaften, die eine Unterkieferprotrusionsschiene für eine Versorgung im Sinne der Anlage I Nr. 36 MVV-RL aufweisen muss. Mit diesen Vorgaben werden die Ergebnisse des Methodenbewertungsverfahrens für die vertragszahnärztliche Versorgung umgesetzt. Die Auswertung der des Verfahrens zugrunde gelegten Studien hatte ergeben, dass nur zahntechnisch individuell angefertigte und adjustierbare Unterkieferprotrusionsschienen mit den in lit. d) definierten Eigenschaften die Anforderungskriterien für eine Therapie bei obstruktiver Schlafapnoe erfüllen [vgl. Nr. 2.8 der Tragenden Gründe des G-BA zum Beschluss über eine Änderung der MVV-RL: Unterkieferprotrusionsschiene bei obstruktiver Schlafapnoe].

Zu B VI. Nr. 3 lit. e)

Die Regelung in lit. e) definiert den Ablauf und das vertragszahnärztliche und vertragsärztliche Zusammenwirken hinsichtlich der Erst- und Folgeanpassung des Protrusionsgrads und der Überprüfung der Wirksamkeit. Lit. e) korrespondiert auf vertragszahnärztlicher Ebene mit den vertragsärztlichen leistungsrechtlichen Vorgaben in § 3 Absatz 3 Anlage I Nr. 36 MVV-RL.

Im Rahmen der Erstanpassung der Schiene nach deren Eingliederung wird der Protrusionsgrad vertragszahnärztlich individuell eingestellt, wobei dies ausgehend von einer Vorverlagerung von mindestens 50 % der maximal möglichen Unterkieferprotrusion erfolgt. Die Erstanpassung auf den individuellen Protrusionsgrad wird dabei in Abstimmung mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt vorgenommen, der die Behandlung gem. Anlage I Nr. 36 MVV-RL verantwortet. Dieser überprüft anschließend die Wirksamkeit des eingestellten Protrusionsgrads.

Zu B VI. Nr. 3 lit. f)

Korrespondierend mit der vertragsärztlichen Richtlinienvorgabe in § 3 Absatz 4 Anlage I Nr. 36 MVV-RL regelt lit. f) das vertragszahnärztliche und vertragsärztliche Zusammenwirken im Rahmen der Therapieführung. Die Therapiekontrollen erfolgen dabei durch den Vertragsarzt oder die Vertragsärztin. Bei festgestellter ärztlicher Notwendigkeit nimmt der Vertragszahnarzt oder die Vertragszahnärztin auf ärztliche Veranlassung eine Nachadaptation der Einstellung des Protrusionsgrads vor. Die Wirksamkeit der Nachadaptation wird anschließend vertragsärztlich überprüft.

3. Würdigung der Stellungnahmen

[wird nach dem Stellungnahmeverfahren ergänzt]

4. Bürokratiekostenermittlung

Aus dem Beschluss ergeben sich keine/neue Informationspflichten für Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte im Sinne der Anlage II zum 1. Kapitel der VerFO.

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
16.11.2020	UA ZÄ	Beauftragung der AG Behandlungs-Richtlinie zur Beratung und Umsetzung des Plenumsbeschlusses vom 20.11.2020 für die Aufnahme der Unterkieferprotrusionsschiene zur Behandlung von obstruktiver Schlafapnoe in die Richtlinie des G-BA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung), in der Fassung vom 17. Januar 2006 (BAnz 2006 S. 1523)
05.03.2021	UA ZÄ	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 91 Absatz 5 sowie § 92 Absatz 1a SGB V vor einer abschließenden Entscheidung über eine Änderung der Behandlungs-Richtlinie
13.04.2021	UA ZÄ	Mündliche Anhörung
TT.MM.JJJJ	UA ZÄ	Würdigung der schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen und Beratung der Beschlussunterlagen
TT.MM.JJJJ	UA ZÄ	Abschließende Beratungen zur Vorbereitung der Beschlussfassung durch das Plenum
TT.MM.JJJJ	G-BA	<i>Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Behandlungs-Richtlinie</i>
TT.MM.JJJJ		<i>Nichtbeanstandung des BMG</i>
TT.MM.JJJJ		<i>Veröffentlichung im Bundesanzeiger</i>
TT.MM.JJJJ		<i>Inkrafttreten</i>

Berlin, den TT.MM.JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Stellungnahme

Änderung der Richtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie):

Unterkieferprotrusionsschiene bei obstruktiver Schlafapnoe

Beschlussentwurf – Stand: 05.03.2021

Bezug: Schreiben des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 5. März 2021 per E-Mail.

Per E-Mail an: dirk.hollstein@g-ba.de und verena.eustermann@g-ba.de

Berlin, 25. März 2021

1. Allgemein

Der VDZI begrüßt den Beschlussentwurf und erkennt in ihm die konsequente und zielgerichtete Umsetzung der Erkenntnisse aus der vorausgegangenen Methodenbewertung. Die fachlichen Gesichtspunkte, die der VDZI in seinen bisherigen schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen eingebracht hat, sind dabei angemessen berücksichtigt.

2. Spezieller Hinweis

Der vorliegende Beschlussentwurf enthält in I. 3. c) einen Formulierungsvorschlag von KZBV und Patientenvertretung (PatV), zu dem der VDZI nachfolgend Stellung nimmt.

Nach dem Satz

„Die Unterkieferprotrusionsschiene wird nach Abdrucknahme zahntechnisch individuell angefertigt und durch die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt eingegliedert.“

schlägt die KZBV sowie die PatV vor:

„Dabei sind, unter besonderer Berücksichtigung der unterschiedlichen Mechaniken in Hinblick auf eine passgenaue Anfertigung, die individuellen Besonderheiten einer jeden Patientin / eines jeden Patienten, zu berücksichtigen.“

Der VDZI interpretiert diese Formulierung als Hinweis, dass eine individuelle Anfertigung einer Unterkieferprotrusionsschiene (UKPS) nicht nur die Passgenauigkeit in einem technischen Sinne, sondern individuelle, spezifischen Besonderheiten einer jeden Patientin / eines jeden Patienten miteinschließt, um die angestrebte Funktion einer UKPS erfolgssicher zu erreichen.

Der VDZI hält eine solche Ergänzung für sachgerecht. Hierfür sprechen folgende Gründe:

Eine in diesem Sinne passgenaue individuelle Gestaltung der Unterkieferprotrusionsschiene ist für das Erreichen des angestrebten medizinisch-funktionellen Erfolges tatsächlich essentiell. Sie ist dabei nicht nur aus technischer Sicht eine unverzichtbare Voraussetzung für eine möglichst lange und therapiegerechte technische Halte- und damit Tragedauer.

Eine Unterkieferprotrusionsschiene wirkt immer auf die gesamten oralen Strukturen und muss daher alle Aspekte komplexer Wechsel- und Nebenwirkungen berücksichtigen. Da sie zudem bei Menschen jeden Alters, jeden Geschlechts und daher bei unterschiedlichsten oralen Verhältnissen ihre angestrebte Funktion erfüllen soll, ist die Planung, Auswahl und Gestaltung der jeweiligen technischen Funktionselemente für eine passgenaue Herstellung vergleichsweise komplex. Aus diesen Gründen ist die interprofessionelle Einbeziehung des Zahnarztes und des qualifizierten Zahntechnikers und ihre Zusammenarbeit für die zahnmedizinisch unbedenkliche und qualitätsgesicherte Versorgung mit zahntechnisch individuell angefertigten und adjustierbaren Unterkieferprotrusionsschienen von entscheidender Bedeutung.

Eine Unterkieferprotrusionsschiene, die nicht optimal an die individuellen Gegeben- und Besonderheiten des Patienten angepasst ist, wird darüber hinaus von diesem Patienten nicht in zielgerechter Weise angewendet werden. Aber eine aus medizinischer Sicht erfolgreiche Behandlung mit einer Unterkieferprothese erfordert gerade eine hohe und vor allem langfristige Compliance des Patienten.

Wichtig in diesem Zusammenhang ist die Erfahrung aus der Praxis, dass sehr häufig filigrane Konstruktionsmerkmale erheblich über jeweils subjektiv beurteilte negative Nebenwirkungen und damit über die Akzeptanz und Compliance beim Patienten entscheiden. Wenn es beispielsweise durch die Beachtung der individuellen Besonderheiten des Patienten bei der technischen Gestaltung gelingt, etwa mögliche Druckbelastungen beim Schlafen zu vermeiden oder zu minimieren, die Schleimhaut vor Reizung und Beschädigung zu schützen, durch angepasste Konstruktion die Hygienefähigkeit des Kauorgans ebenso zu erhalten und zu sichern wie die Erhaltung des Hygienezustandes der regelhaft getragenen UKPS selbst, dann sind sehr wichtige Voraussetzungen auch für eine hohe Compliance und eine erfolgssichere Tragedauer erfüllt.

Eine Unterkieferprotrusionsschiene kann daher insgesamt gesehen, völlig unabhängig von den möglichen Konstruktionsprinzipien, ihre medizinisch-technische Funktion nur dann erfüllen, wenn die individuellen Besonderheiten des Patienten umfassend bei der Herstellung berücksichtigt werden.



Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie):
Unterkieferprotrusionsschiene bei obstruktiver Schlafapnoe

Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Schlafmedizin e. V. (DGZS e. V.) für DGZMK	
10.3.2021	
Änderungsvorschlag	Begründung
3. b streichen und ersetzen durch: Zahnmedizinische Voraussetzung für die Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene ist der Ausschluss zahnmedizinischer Kontraindikationen.	Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung legt in § 3 (2) als Voraussetzung für die Versorgung mit UPS den <u>Ausschluss zahnmedizinischer Kontraindikationen</u> fest. In einer Behandlungsrichtlinie sollten unter Berücksichtigung der Redundanz die Kontraindikationen und nicht die Voraussetzungen für eine Indikation festgelegt werden.
3. b) ergänzen durch: Als Kontraindikationen gelten: • unzureichende Festigkeit des Restzahnbestandes mit unzureichenden Stützzonen (z. B. Eichner Klassifikation Gruppe B und C unter außer Acht lassen der Zähne mit Lockerungsgraden und zu geringem prothetischen Äquator) • provisorischem Zahnersatz mit z. B. gebogenen Klammern oder definitivem herausnehmbarem Zahnersatz mit unzureichender Stabilität, unzureichendem festsitzendem Zahnersatz, • kariösen Läsionen, sanierungsbedürftigen Füllungen oder anderen	Der vorliegende Beschlussentwurf <u>lässt wesentliche Kontraindikationen</u> , bei denen eine Anwendung von UPS entweder erfolglos bleibt oder sogar negative Auswirkungen auf zahnärztlichem Fachgebiet hat, <u>außer Acht</u> . Eine Qualitätsprüfung (Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragszahnärztliche Versorgung, QP-RL-Z) ist mit dem vorliegenden Beschlussentwurf, da unvollständig, nicht möglich.



Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Schlafmedizin e. V. (DGZS e. V.)

10.3.2021

Defekten, für deren Therapie eine einflächige Füllung nicht ausreicht,

- fortgeschrittenen parodontalen / periimplantären Erkrankungen
- limitierende Funktionsstörungen des Kauapparates im Sinne einer craniomandibulären Dysfunktion

3 c) ersetzen durch:
Die Unterkieferprotrusionsschiene wird nach Abdrucknahme und dreidimensionaler Registrierung der Startprotrusionsposition (individuelle Vorverlagerung) zahntechnisch individuell angefertigt und durch die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt eingegliedert.

Die Herstellung der UPS gelingt nicht alleine aufgrund einer Abdrucknahme von Ober- und Unterkiefer. Vom Zahnarzt / Zahnärztin ist ebenso eine Registrierung der Position des Unterkiefers (Startprotrusionsposition) notwendig, aus der die Nachjustierung der UPS nach Eingliederung erfolgen kann. Die individuelle Anfertigung bezieht sich sowohl auf die Individualität der Zahnbögen als auch auf die Individualität dieser Startprotrusionsposition (Vorverlagerung).

3. d) ergänzt durch:
Individuelle Nachjustierung in Millimeterschritten oder Teilmillimeterschritten

Nicht jede UPS ist bei jedem Patienten anwendbar. Nachjustierung erfolgt neben ihrer Notwendigkeit durch den medizinischen Wirkungsgrad der UPS in Abhängigkeit von der u.a. durch physiologische (Kiefer-)Bewegungsmöglichkeiten und anatomische Kieferformen bedingten Sperrung und Bauart der Schiene z.T. in Inkrementen von bis zu 1/10 mm

3. e) ersetzt durch:
Bei der Erstanpassung erfolgt die individuelle Einstellung des Protrusionsgrades durch die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt ausgehend von einer angenehm empfundenen (schmerz- und spannungsfrei)

Die Prozentangabe „50% von der maximalen Protrusion“ bleibt ohne Aussage wenn eine Definition des Anfangs- und Endpunktes der Protrusionskapazität ausbleibt. Erst bei Definition des Anfangspunktes, nämlich der maximalen Retrusion, erlangt die Prozentangabe eine Aussage.



Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Schlafmedizin e. V. (DGZS e. V.)

10.3.2021

und soweit möglich mindestens 50 % der maximal möglichen Unterkieferprotrusion (ausgehend von der maximalen aktiven Retrusion bis zur maximalen aktiven Protrusion in liegender Position gemessen) in Abstimmung mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt, die oder der die jeweilige Behandlung nach Anlage I Nr. 36 MVV-RL verantwortet. Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt überprüft anschließend die Wirksamkeit des eingestellten Protrusionsgrades.

3f)
Ergänzt durch:
Die Anwendung von UPS soll durch auf dem Gebiet der zahnärztlichen Schlafmedizin fortgebildete Zahnärzte / Zahnärztinnen durchgeführt werden.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist ohne nähere Kenntnis über die Besonderheiten der zahnärztlichen Schlafmedizin nicht möglich. Die Leitlinie „Die Unterkieferprotrusionsschiene (UPS): Anwendung in der zahnärztlichen Schlafmedizin beim Erwachsenen, AWMF-Registernummer: 083-045, steht kurz vor der Konsentierung. Die DGZS ist hierbei federführend.

3c) ergänzt durch
Die Bauart (Mechanik, Form, Material) der UPS ist auf die individuellen Erfordernisse abzustimmen.

Nicht jede UPS ist bei jedem Patienten anwendbar. Es gibt vielfältige Konstruktionen, die in ihrer Wirkung und Nebenwirkung berücksichtigt werden müssen.

Bundeszahnärztekammer | Postfach 04 01 80 | 10061 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

per E-Mail am 02.04.2021 an: dirk.holstein@g-ba.de
verena.eustermann@g-ba.de

Ihr Schreiben vom
05. März 2021

Durchwahl
-142

Datum
02. April 2021

Stellungnahmerecht der Bundeszahnärztekammer gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Änderung der Richtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie): Unterkieferprotrusionsschiene bei obstruktiver Schlafapnoe

Sehr geehrter Herr Holstein,

vielen Dank für die durch den Unterausschuss Zahnärztliche Behandlung (UA ZÄ) übersendeten Unterlagen zur vom Gemeinsamen Bundesausschuss geplanten Änderung der Richtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie): Unterkieferprotrusionsschiene bei obstruktiver Schlafapnoe.

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) begrüßt die geplanten Änderungen der Behandlungsrichtlinie. Im Folgenden nehmen wir Stellung zu den relevanten Aspekten im vorliegenden G-BA-Beschlussentwurf:

Zu I. 3. c)

Die BZÄK unterstützt die Position der KZBV/PatV: Bei vorliegender Indikation wird die Unterkieferprotrusionsschiene (UKPS) individuell angefertigt und passgenau eingegliedert. Mit dieser Entscheidung ist gewährleistet, dass die Erstellung der Indikation fachgerecht erfolgt. Auf dieser Grundlage ist seinerseits die Zahnärztin oder der Zahnarzt in der Lage fachgerecht die Erstellung der UKPS vorzunehmen. Zugleich wird die individuelle zahntechnische Anfertigung gewährleistet.

Zu I. 3. f)

Auch hier schließt sich die BZÄK der Position der KZBV/PatV an. Wie bereits in unserer Stellungnahme vom 23.07.2020 ausführlich dargelegt und begründet, sind alle Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte zur regelmäßigen fachlichen Fortbildung verpflichtet und müssen alle fünf Jahre bei der für ihn zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) nach-

weisen, dass diese Pflicht in den zurückliegenden fünf Jahren erfüllt wurde. Gleichzeitig besteht die berufsrechtliche Verpflichtung, sich entsprechend der patientenindividuellen Anforderungen an Diagnostik und Therapie stets fortzubilden. Die Grundlage für die umfassende Tätigkeit ist das Zahnheilkundengesetz.

Die Fortbildungspflicht der Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte ist im Sozialgesetzbuch geregelt (§ 95 d SGB V). Eine wie von KZBV/PatV vorgeschlagene konkrete Empfehlung zur Fortbildung auf Ebene der Behandlungs-Richtlinie im Rahmen der Versorgung mit Unterkieferprotrusionsschienen steht dem nicht entgegen und kann mitgetragen werden.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Dietmar Oesterreich

Vizepräsident

Anlagen

**einer Anhörung zum Beschlussentwurf des
Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine ausreichende, zweckmäßige und
wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung
(Behandlungsrichtlinie): Unterkieferprotrusionsschiene
bei obstruktiver Schlafapnoe**

Vom 13. April 2021

Vorsitzende:	Herr Prof. Hecken
Beginn:	10:11 Uhr
Ende:	11:11 Uhr
Ort:	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses, Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmer der Anhörung

Bundeszahnärztekammer (BZÄK):
Herr Dr. Ziller

Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI):
Herr Winkler
Herr Bartsch

Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- -und Kieferheilkunde e. V. (DGZMK):
Herr Prof. Dr. Frankenberger
Herr Dr. Dr. Schlieper

...

Beginn der Anhörung: 10:11 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ich begrüße Sie ganz herzlich zur heutigen zweiten Anhörung im Unterausschuss Zahnärzte des Gemeinsamen Bundesausschusses. Es geht um die Änderung der Richtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie): Unterkieferprotrusionsschiene bei obstruktiver Schlafapnoe.

Wir haben hier einen in zwei Punkten dissidenten Beschlussentwurf zur Stellungnahme gestellt und haben dazu von der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, der Bundeszahnärztekammer und vom Verband der Zahntechniker-Innungen Stellungnahmen erhalten.

Da wir Wortprotokoll führen, muss ich zunächst die Anwesenheit feststellen: Für die Bundeszahnärztekammer begrüße ich Herrn Dr. Sebastian Ziller. – Herr Ziller, sind Sie in der Leitung? – Herr Ziller ist nicht da.

Für die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde begrüße ich erneut Herrn Professor Frankenberger. Sie sind nicht weggelaufen, Herr Frankenberger?

(Herr Prof. Dr. Frankenberger (DGZMK): Nein, ich bin da.)

Wunderbar! – Herr Dr. Dr. Schlieper?

(Herr Dr. Dr. Schlieper (DGZMK): Ja, ich bin anwesend.)

Danke. – Für den VDZI, Herrn Winkler als Generalsekretär?

(Herr Winkler (VDZI): Ich bin da. Guten Tag zusammen!)

Wunderbar. Hallo, Herr Winkler! – Ist der Vizepräsident, Herr Bartsch, da? – Herr Bartsch fehlt, aber der Generalsekretär ist da.

Ich frage noch einmal: Ist für die Bundeszahnärztekammer Herr Ziller anwesend?

(KZBV: Herr Professor Hecken, wir haben gerade die Rückmeldung bekommen, dass er gleich dazukommt.)

Alles klar, wunderbar!

Ich würde zunächst einmal der guten Ordnung halber darauf hinweisen, dass wir Wortprotokoll führen. Das bedeutet, dass ich die Stellungnehmer bitte, jeweils Ihren Namen zu nennen, bevor Sie Ausführungen machen, damit wir das auch entsprechend im Wortprotokoll vermerken können. Dass Sie das Mikrofon einschalten, ist selbstverständlich, sonst gibt das hier einen Stummfilm, und das hilft keinem so richtig weiter.

Wir haben Ihre Stellungnahmen gelesen. Wir haben die Stellungnahmen auch schon in der Arbeitsgruppe beraten. Wir werden nach dieser Anhörung weiter in der Auswertung fortschreiten, sodass wir zunächst einmal den Bänken und der Patientenvertretung die Möglichkeit geben würden, gezielt zu den Stellungnahmen Fragen zu stellen. Wenn diese Fragen beantwortet sind oder keine gestellt werden, würde ich Ihnen noch einmal die Möglichkeit geben, darzulegen, ob es seit Abgabe der Stellungnahme neue Evidenz oder neue Tatsachen gegeben hat, die noch nicht in der Stellungnahme aufgenommen werden konnten. Außerdem würde ich Ihnen noch einmal die Möglichkeit geben, auf Ihre Stellungnahme Bezug zu nehmen und die wesentlichen Punkte, die aus Ihrer Sicht relevant sind, darzustellen.

Zunächst beginnen wir mit den Bänken. Gibt es Fragen? Patientenvertretung? – Herr R. [PatV], bitte.

PatV: Ich habe eine Frage an die Herren des VDZI beziehungsweise an Herrn Winkler, da nur er da ist. – Sie stimmen in Ihrer Stellungnahme erfreulicherweise der Ergänzung von der KZBV und der Patientenvertretung zu, wonach die unterschiedlichen Mechaniken berücksichtigt werden müssen, damit für die Patientinnen und Patienten eine optimale Lösung zur Absicherung eines Therapieerfolges gefunden wird. Können Sie dazu vielleicht noch etwas näher ausführen, worauf es aus Ihrer Sicht dabei ankommt, gerade zur Passgenauigkeit, aber auch in Bezug auf die patientenindividuellen spezifischen Besonderheiten?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Herr R. [PatV]. – Wer möchte beginnen? Herr Frankenberger, Herr Schlieper oder Herr Winkler?

Herr Winkler (VDZI): Ich würde gerne unseren Vizepräsidenten, Herrn Klaus Bartsch, die Gelegenheit geben, sich doch noch einzuwählen, denn er ist von der zahntechnischen Seite her der Fachmann.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herr E. [KZBV], Sie hatten sich gemeldet, dann nehmen wir Sie inzwischen.

KZBV: Danke, Herr Professor Hecken. – Wir können die Lücke überbrücken, weil wir die identische Frage auch an Herrn Dr. Schlieper stellen wollten.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): – Herr Dr. Schlieper, bitte.

Herr Dr. Dr. Schlieper (DGZMK): Es handelt sich hier um die Bauart und Eingriffselemente. Ich glaube, darauf zielt die Frage ab. Wir haben nicht nur einen Schienenkörper, sondern wir brauchen auch Elemente, die diese Protrusion durchführen und dann auch die Protrusion sichern. Hier gibt es Faktoren, die zu beachten sind.

Erst einmal sind es allgemeinmedizinische Faktoren. Jeder kann sich vorstellen, dass ein Parkinsonpatient natürlich nicht in der Lage ist, feine kleine Teile aneinanderzufügen. Das heißt, hier wäre es nicht sachdienlich und nicht hilfreich, wenn die Schiene Eingriffselemente hat, die in Form von Geschieben geführt werden, beispielsweise die Führungsteleskope oder frontale Gummizüge, um den Mund geschlossen zu halten.

Es gibt aber auch Patienten, die hohe Pflegestufen aufweisen. Bei diesen Bauarten muss man darauf achten, dass sie nicht starr miteinander verbunden werden. Denn das Pflegepersonal ist nicht in der Lage, schwierige Schienen in der Konstruktion der Eingriffselemente aus dem Mund des Patienten heraus- oder hineinzugeben und diese dann auch zu pflegen.

Zweitens gibt es zahnmedizinische Faktoren. Ein Tiefbiss erlaubt es nicht, eine Unterkieferprotrusionsschiene mit einem Eingriffselement zwischen den Schneidezahnkanten einzusetzen. Denn dadurch würde die Bissperrung viel zu groß. Bei Patienten mit einem Bruxismus eignen sich keine Schienen mit beispielsweise seitlichen Flossen als Eingriffselemente, denn diese könnten dann brechen. Hierfür brauchen wir stabile Konstruktionen wie beispielsweise Führungsteleskope. Was ich damit sagen will, ist: Es ist nicht nur eine zahntechnische Frage. Sondern es ist auch eine Indikation im medizinischen und zahnmedizinischen Bereich. – Danke sehr.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ganz herzlichen Dank, Herr Dr. Schlieper. – Ich frage jetzt: Herr Bartsch, sind Sie bei uns? Es ist eben ein Call-in-Benutzer gekommen, der ein bisschen die Technik gestört hat. Call-in-Benutzer 4 müsste Herr Bartsch sein? – Herr Winkler, haben Sie ein Signal von Herrn Bartsch? Herr Bartsch ist zugeschaltet. Herr Bartsch, melden Sie sich mal bitte!

PatV: Ich bin zugeschaltet, Patientenvertreter.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Nein, wir suchen Herrn Bartsch, Vizepräsident des VDZI.

PatV: Ja, das ist mir klar.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ich würde Sie bitten, Herr R. [PatV], Ihre Frage noch einmal zu stellen, weil Herr Bartsch die Frage eben nicht gehört hat, damit er sie auch beantworten. Herr Winkler hatte die Beantwortung zurückgestellt, bis der Vizepräsident da ist. – Herr R. [PatV], noch einmal ganz kurz Ihre Frage.

PatV: Ja. Ich lasse die Vorrede jetzt einmal weg und komme zu der eigentlichen Frage. – Können Sie zu Ihren ausführlichen Begründungen in Bezug auf Ihre positive Einstellung zu der Einlassung der KZBV und der PatV noch einmal näher ausführen, worauf es aus Ihrer Sicht ankommt, gerade in Bezug auf die Passgenauigkeit, aber auch in Bezug auf die Patienten mit den speziellen Besonderheiten. Es geht um die Mechaniken.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr R. [PatV]. – Herr Bartsch, bitte.

Herr Bartsch (VDZI): Erst einmal einen schönen guten Tag! Ich hatte ein wenig Probleme gehabt, mich einzuwählen und bin auch gerade erst hereingekommen.

Ich möchte jetzt zur Unterkieferprotrusionsschiene folgendes feststellen: Aus der eigenen Erfahrung, im eigenen Labor, haben wir solche Schienen auch häufiger hergestellt und können nur feststellen, dass es nur mit einer individualisierten Schiene möglich ist. Die Compliance bei den Patienten hängt von der Akzeptanz der Schiene ab, die von den individuellen oralen Bedingungen abhängig ist.

Die Größe des Mundraumes ist entscheidend, wie die Gestaltung von diesen Kunststoffschienen oder möglicherweise mit Metallbasen versehenen Schienen getragen werden; die Mundöffnungsfähigkeit, die Muskulatur und natürlich auch die notwendige Belüftung, damit der Patient auch tatsächlich ausreichend mit Luft versorgt werden kann und die auftretenden Kräfte. Denn wir haben einige Schienen gesehen, die nach kurzer Zeit zerstört worden sind, weil die Kaukräfte so groß sind. Deshalb ist der Erfolg von einer solchen Therapie oder von solchen Versorgungsformen doch sehr, sehr durch die Individualisierung erst sicherzustellen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass der Patient sie nicht toleriert. Denn man muss sich das vorstellen, dass es für einen Patienten mit Sicherheit erst einmal eine große Belastung ist, in einer Unterkieferzwangsposition schlafen zu müssen – sicherlich allemal besser als mit einem CPAP. Aber es führt in der ersten Zeit muskulär und im Bereich der Gelenke sicherlich auch zu einer Belastung des Patienten. – Das wäre erst einmal mein Statement. Danke schön!

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Herr Bartsch. – Jetzt habe ich Herrn Dr. Kl. vom GKV-SV, bitte.

GKV-SV: Ich habe eine Frage an Herrn Professor Schlieper und auch an Herrn Bartsch. Die Frage kann man in einem stellen: Gibt es denn eine mehr oder weniger standardisierte Mechanik, wo man davon ausgehen kann, dass die bei dem Großteil der Patienten zum Erfolg führt? Wir bestreiten nicht, dass die Schienen auf die individuellen Gegebenheiten abgestellt werden müssen, das ist selbst verständlich. Aber, Professor Schlieper, Sie hatten jetzt Bruxismus aufgeführt und haben gesagt, dass dann gegebenenfalls die Flügel an der Schiene abbrechen, wenn man solch eine Schiene verwendet. Es wäre dann ausgeschlossen, bei der Patientengruppe mit Bruxismus, eine Schiene mit Flügeln zu verwenden. Man würde doch diese Schiene auch bei den übrigen Patienten nicht anwenden müssen, sondern auf eine Mechanik zurückstellen, die für alle mehr oder weniger verträglich ist. Das ist etwas, was uns umtreibt, dass wir hinterher nicht eine Vielzahl von Mechaniken haben, die in Zukunft zu individualisiert sein müssen und im Prinzip den Leistungskatalog unnötig aufblähen beziehungsweise vergrößern.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Kl. [GKV-SV]. Wer möchte beginnen, Herr Schlieper oder Herr Bartsch? Fangen wir mit Herrn Schlieper an. – Bitte schön, Herr Schlieper.

Herr Dr. Dr. Schlieper (DGZMK): Vielen Dank für die Frage. – Ich will nur erwähnen, dass ich nicht habilitiert bin.

Der Bruxismus, den Sie angeführt haben, ist wesentlich. Bruxismus kann dazu führen, dass seitliche Flügelmechanismen abbrechen. Aber diese Schiene hat den Vorteil, dass sie keine direkte Verbindung zwischen Ober- und Unterkieferschiene darstellt. Das heißt, Sie haben zwei voneinander unabhängige Schienen. Diese Schienen sind besonders gut beispielsweise bei Patienten mit Parkinson und insbesondere bei Patienten mit hoher Pflegestufe anwendbar. Ich denke, das ist ein sehr gutes Beispiel dafür, dass es verschiedener Mechanismen bedarf, um die komplette Bandbreite der Therapie bei den unterschiedlichen Patienten anzuwenden.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Schlieper. – Herr Bartsch, bitte.

Herr Bartsch (VDZI): Ich kann das nur bestätigen, dass wir natürlich bei den Patienten unterschiedliche Jahrgänge, Alter und natürlich gleichzeitig unterschiedliche andere Erkrankungsbilder haben. Deshalb glaube ich nicht, dass man das auf einige wenige Versorgungsformen zusammenfassen kann, sondern ganz individuell auf den einzelnen Patienten eingehen muss. Im Wesentlichen unterscheiden sich die Systeme nicht. Sie unterscheiden sich meist in der Gestaltungsform der Versorgung.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Bartsch. – Herr Kl. [GKV-SV], ist die Frage damit beantwortet oder haben Sie eine Nachfrage?

GKV-SV: Wenn es gestattet ist, habe ich noch eine Nachfrage an Herrn Bartsch.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja, gerne.

GKV-SV: Können Sie dazu etwas sagen, auch wenn das hier eher nicht das Thema ist, ob die unterschiedlichen Mechaniken auch unterschiedlich teuer sind?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): – Herr Bartsch, bitte.

Herr Bartsch (VDZI): Wir haben das jetzt noch nicht eruiert. Es gibt ja unterschiedliche Systeme, die bei der Herstellung auch besondere Anforderungen an den Zahntechniker stellen. Wie sich das in Zukunft im Markt entwickeln wird, kann ich nicht sagen.

Für mich liegt der Materialpreis im Bereich von 100, 150 Euro. Der Fertigungspreis ist davon abhängig, wie umfangreich diese Versorgung hergestellt werden muss, ob beispielsweise bei einem Patienten, der eine Kunststoffschiene zerstört, eine Metallbasis eingearbeitet werden muss.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Bartsch. – Herr Dr. E. [KZBV], bitte.

KZBV: Meine Frage geht an Herrn Schlieper und an Herrn Professor Frankenberger: Wenn wir – und das entnehme ich Ihren Einlassungen, Herr Dr. Schlieper – die Notwendigkeit im Hinblick auf passgenaue Anfertigung, die die individuellen Anforderungen der Patienten in puncto Mechaniken berücksichtigen, feststellen, würden Sie es dann für zielführend halten, solche vertiefenden Ausführungen in den Tragenden Gründen zu verorten, die sich beispielsweise auf die Mechaniken, die Bauteile, die Form und das Material solcher Mechaniken beziehen würden? Wäre das aus Ihrer Sicht hilfreich oder sogar notwendig?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Dr. E. [KZBV]. – Herr Frankenberger oder Herr Schlieper, wer möchte beginnen?

Herr Prof. Dr. Frankenberger (DGZMK): Herr Schlieper, fangen Sie gerne an.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): – Herr Schlieper, bitte.

Herr Dr. Dr. Schlieper (DGZMK): Zunächst müsste explizit genannt werden, dass es überhaupt unterschiedlicher Protrusionselemente bedarf. Wenn das einmal klargestellt ist, kann man diese Protrusionselemente natürlich einteilen in beispielsweise Protrusionselemente, die in der Seite verbindend oder nicht-verbindend zwischen Ober- und Unterkieferschienen arbeiten, und verbindend und nicht-verbindend in der Unterkieferfront. In der Literatur gibt es solche Einteilungen. Es gibt auch eine Einteilung hinsichtlich der Materialien, das heißt, ob sie aus Metall oder nicht aus Metall bestehen. Das ist auch wichtig bei Patienten, bei denen vermutlich eine Allergie vorliegt. Es ist nur wichtig, darauf einzugehen und eine grobe Einteilung zu benennen. Ich denke, jetzt einzelne dezidierte Produkte zu nennen, wäre nicht zielführend. Aber eine Einteilung diesbezüglich wäre schon hilfreich, insbesondere für die behandelnden Kollegen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Herr Dr. Schlieper. – Herr Professor Frankenberger, bitte.

Herr Prof. Dr. Frankenberger (DGZMK): Ich kann das dahingehend noch ergänzen, dass natürlich die individuellen fachlichen Aspekte von der Deutschen Gesellschaft Zahnärztliche Schlafmedizin hervorragend dargestellt werden. Ich bin ja eher der Präsident der Dachgesellschaft und versuche ein bisschen, den Link zur kompletten Zahnmedizin herzustellen und kann das Ganze dahingehend noch ergänzen: Keep it simple! Ich gebe Herrn Schlieper vollkommen recht, dass man so etwas nennen darf. Aber ich finde, man soll es nicht zu fein verästeln, sonst führt es eher zu Verwirrungen. Also: Eine klare Nennung wäre sinnvoll, aber man sollte das nicht übertreiben.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Professor Frankenberger. – Noch einmal Herr Dr. E. [KZBV].

KZBV: Gestatten Sie mir noch einmal eine Nachfrage, damit wir das auch alle in dieser Spezifität richtig verstehen. – Ich verstehe Ihre Antworten dahingehend, dass Sie grundsätzlich sagen: Es kann nachher nicht zu einer Standardschiene kommen. Das wäre unangemessen; wir müssen hier differenziert nach den individuellen Bedürfnissen und Gegebenheiten bei den Patienten die Schienen herstellen können. Aber eine zu starke Ausdifferenzierung in der Benennung hat zum Nachteil, dass nachher möglicherweise Verwirrungen entstehen oder andere Teile ausgeschlossen werden. Also sollte man, wenn ich das so formulieren darf, mehr eine Kategorisierung, aber generalisiert schaffen, als sie zu spezifiziert auszuführen. Habe ich das so richtig verstanden?

Herr Prof. Dr. Frankenberger (DGZMK): Ja!

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr E. [KZBV]. – Herr Schlieper, bitte.

Herr Dr. Dr. Schlieper (DGZMK): Ja, die Äußerungen kann man durchaus so verstehen, denn eine zu genaue Detailbeschreibung wird auch Fortschritte, die in der Zukunft natürlich zu sehen sein werden, konterkarieren. Da sollte man doch relativ offen formulieren, aber ganz klar die grundsätzlichen Prinzipien beschreiben und definieren, genauso wie es auch mit der Schienenbasis ist, die auch skelettiert hergestellt werden kann. Da wäre nur die Einteilung „skelettiert“, „nicht-skelettiert“ und bei den Eingriffselementen, die Einteilung, die ich eben schon vorgeschlagen hatte.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Schlieper. – Herr Frankenberger, ich hatte Sie auch so verstanden, dass Sie im Prinzip, das, was Herr E. [KZBV] zusammengefasst hat, gesagt hatten. Man muss schon sagen, dass es hier unterschiedliche Mechaniken gibt; man muss sie kategorisieren, aber nicht zu sehr ins Detail gehen, Herr Frankenberger?

Herr Prof. Dr. Frankenberger (DGZMK): Jawohl, ich stimme zu!

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Okay, Danke schön! – Ich sehe jetzt auch Herrn Ziller von der Bundeszahnärztekammer. Herr Ziller, jetzt nur, um Sie auch an diesem Spiel zu beteiligen: Gibt es aus Ihrer Sicht, aus Sicht der Bundeszahnärztekammer, zu dem, was jetzt hier gesagt worden ist und zu den Fragen, die gestellt worden sind, Anmerkungen, die Sie noch machen möchten, weil Sie eben, als wir Sie aufgerufen hatten, noch nicht eingewählt waren und deshalb von den Fragestellern auch noch nicht adressiert worden sind? Oder sagen Sie, was bisher hier gesagt worden ist, ist aus Ihrer Sicht d'accord?

Herr Dr. Ziller (BZÄK): Die Punkte, die gerade besprochen wurden, hatten wir auch in der schriftlichen Stellungnahme angegeben. Wir unterstützen die individuelle Anfertigung der UKPS, wie von der KZBV und PatV vorgeschlagen, dass diese dreidimensionale Registrierung notwendig ist, um die die Bewegung des Unterkiefers des Patienten individuell darzustellen und einzuschätzen, um dann aus dieser Einschätzung das adäquate Therapiemittel zu fertigen. Damit ist eigentlich das Statement der BZÄK auch klar formuliert. – Danke schön!

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Herr Ziller. – Gibt es weitere Fragen? Gibt es von den Stellungnehmern noch Anmerkungen, die Sie machen möchten, die aus Ihrer Sicht wichtig sind und bislang nicht erörtert worden sind? Herr Ziller hatte ja gerade schon auf seine Stellungnahme Bezug genommen.

Herr Bartsch oder Herr Winkler, haben Sie noch irgendetwas anzumerken? – Herr Bartsch, bitte.

Herr Bartsch (VDZI): Wir stimmen diesem Verfahren so zu.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Herr Schlieper, Sie hatten sich gemeldet. Herr Dr. Dr. Schlieper statt des Professors, der Ihnen eben angediehen worden ist. Aber Dr. Dr. und M.Sc. ist genauso gut. – Herr Dr. Dr. Schlieper, bitte schön.

Herr Dr. Dr. Schlieper (DGZMK): Es ist ganz wichtig, noch einmal zur Skelettierung der Schiene oder Nicht-Skelettierung und der Typen der Eingriffselemente festzuhalten, dass dafür natürlich – Herr Ziller hat es eben schon genannt – auch eine 3D-Justierung und -Registrierung vorher stattzufinden hat, die die gesamte Schiene auf die Individualität des einzelnen Patienten abstimmt. Diese 3D-Justierung, die üblicherweise mit Bissgabeln vorgenommen wird, wurde bisher noch nicht zur Sprache gebracht.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Herr Dr. Schlieper. Gibt es dazu Anmerkungen, Wortmeldungen? – GKV-SV, bitte schön.

GKV-SV: Ich habe jetzt ein bisschen abgewartet, weil per Telefon wollte ich den Kreis so nicht stören und erst einmal abwarten, wie die Antworten ausfallen.

Für mich persönlich – ich habe gut zugehört – wurden die individuellen Patientenverhältnisse im Mundraum noch einmal herausgestellt und betont. Ich glaube, im SGB V ist in jedem Versorgungssektor die Individualität des Patienten bei jeglicher Versorgung zu berücksichtigen. Wir haben gerade auch in der Zahnmedizin schon über die Abdrucknahme, die individuelle Mundsituation gespiegelt. Wir haben ja schon Schienenversorgungen, wo es sozusagen faktisch Alltag ist, dass die individuellen Mundverhältnisse unmittelbar zu berücksichtigen sind.

Meine Frage an den Kreis: Für mich ist noch nicht ganz deutlich geworden, wo das im Vergleich zu bereits versorgten Schienen hier bei der Unterkieferprotrusionsschiene zu einem nochmaligen Zugewinn an Versorgungsqualität führt? Dazu hätte ich gerne noch einmal eine Stellungnahme. – Vielen Dank!

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank. Wer möchte antworten? Herr Schlieper oder Herr Bartsch? – Herr Schlieper, bitte schön.

Herr Dr. Dr. Schlieper (DGZMK): Ich verstehe die Frage jetzt so: Wo liegt der Unterschied zwischen in Führungsstrichen „normalen“ Schienen, die zurzeit in der Zahnmedizin eingesetzt werden, und zu Unterkieferprotrusionsschienen?

Die Unterkieferprotrusionsschiene betrifft eine Bisslage, die zur Therapie von Schlafapnoe dient. Diese Bisslage muss man dreidimensional vor Anfertigung der Schiene registrieren, damit man diese Schiene überhaupt herstellen kann. Das heißt also, wir haben hier Verhältnisse, die natürlich komplett andere Befunde berücksichtigen müssen als beispielsweise bei einer einfachen Herstellung einer Kiefergelenkschiene.

Der große Unterschied ist, dass man hier eine 3D-Registrierung in Protrusionsstellung durchführen muss und dann die geeigneten Bauarten auch in Bezug des intraoralen Befunds und des allgemeinmedizinischen Befunds durchführen muss, das heißt also, adaptieren muss.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Dr. Schlieper. – Eine Nachfrage vom GKV-SV, bitte.

GKV-SV: Ich wollte eher meine Frage konkretisieren. Die Frage geht in die Richtung, ob ich nicht durch die gängigen Versorgungsverfahren bereits heute schon genügend die Individualität der Patientenverhältnisse abbilde und warum hier für die UKPS die Individualität bei der Formulierung im Richtlinien text noch einmal zusätzlich hervorgehoben werden sollte.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön für diese Präzisierung. – Herr Dr. Schlieper, bitte.

Herr Dr. Dr. Schlieper (DGZMK): Aus dem einfachen Grunde, weil es eben auch konfektionierte Schienen gibt. Diese stehen eben den individuellen Schienen entgegen. Und diese individuellen sozusagen Boil-and-Bite-Schienen, das sind Schienen, die vorgefertigt sind, in heißes Wasser geworfen werden und die der Patient auch im extremen Fall selber einsetzen kann, haben insoweit jetzt schon ihre Strategie geändert, dass sie auch teilweise individualisiert werden können. Das entspricht aber nicht der Individualisierung, die man für einen langen Zeitraum der Therapie benötigt. Darin besteht der Unterschied. Wenn wir weniger individualisieren, dann eignen sich solche Schienen nicht für die Langzeittherapie. Das muss hier klargestellt werden. Denn, wenn wir das nicht definieren, dass es hier tatsächlich individuelle Schienen sind, dann wird man wahrscheinlich auch dazu kommen, dass man konfektionierte Boil-and-Bite-Schienen einsetzt.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Schlieper. – Gibt es noch eine Nachfrage? Oder ist die Frage damit beantwortet?

GKV-SV: Das ist einleuchtend, wenngleich es für mich in der Versorgungsstrecke schon völlig normal ist, dass natürlich, wenn diese Indikation behandelt werden muss, immer wieder individuell auf die veränderten Entwicklungen im Mundmilieu nachzustellen ist.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön für diese ergänzende Klarstellung. – Herr Dr. Kl. [GKV-SV], bitte.

GKV-SV: Ich habe noch eine Rückfrage gerade zu der Aussage von Herrn Schlieper: Sie haben gesagt, dass die Individualisierung zur Abgrenzung einer Boil-and-Bite-Schiene erforderlich ist. Das steht für uns außer Frage. Die Boil-and-Bite-Schienen sind allenfalls halbindividuell. Sie sind definitiv nach dieser Richtlinie ausgeschlossen. Was Sie jetzt gerade Herrn Kn. [GKV-SV] geantwortet haben, dass das der Unterschied zu individuell hergestellt und Boil-and-Bite sein soll, dazu würde ich sagen, dass dieses Argument jetzt für mich nicht nachvollziehbar ist.

Ich hatte jetzt schon meinen Frieden damit gemacht, dass Sie gesagt haben: Wir brauchen unterschiedliche Protrusionselemente, um die individuellen Gegebenheiten bei einer individuellen Schiene noch individueller berücksichtigen zu können. Sprich, wenn der Patient knirscht, dann sollte ich tunlichst vermeiden, ihm eine Schiene mit Flügeln einzusetzen, weil er die gegebenenfalls beim nächtlichen Knirschen oder wenn er das versucht, abbricht. Aus diesem Grund ist die Mechanik zu individualisieren. Das ist für mich nachvollziehbar.

Aber das Argument, dass wir hier individuelle Schienen gegenüber Boil-and-Bite abgrenzen, wenn wir diese Zusatzbezeichnung aufnehmen, das leuchtet mir jetzt wirklich nicht ein. Also, das kann ich jetzt nicht verstehen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Herr Dr. Schlieper.

Herr Dr. Dr. Schlieper (DGZMK): Ich wollte mich einfach nicht wiederholen. Ich dachte, das wäre schon klar gewesen, was ich eben zu skelettierten, nicht-skelettierten Schienen und den Eingriffselemente ausgeführt hatte.

Ich habe die Frage jetzt als weiter darüber hinaus gestellte Frage verstanden. Wenn ich da falsch verstanden worden bin, dann tut es mir leid. Ich bin der Meinung, dass natürlich die Individualisierung durch die Einteilung der einzelnen Eingriffselemente und der Schienenform mehr definiert werden muss.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Schlieper. – Herr Kl. [GKV-SV], haben Sie eine Nachfrage oder ist es okay? Okay, danke! – Herr Dr. E. [KZBV].

KZBV: Herr Professor Hecken, gestatten Sie mir bitte eine Frage mit einer Erklärung zu verbinden. – Dass die alten Regelungen in der Behandlungsrichtlinie zu Schientypen, die wir kennen, wenig ausdifferenziert sind, hat damit zu tun, dass die Regelungen sehr alt sind. Heute würde man sie natürlich auch besser spezifizieren und ausdifferenzieren. Das ist, glaube ich, überhaupt gar keine Frage. Insofern wäre es jetzt falsch, auf alte Regelungen zu rekurrieren und zu versuchen, die auf die besondere Situation umzumünzen. Das wäre nicht zielführend.

Ich denke, Herr Schlieper, dass wir Sie alle richtig verstanden haben, dass zwei Ebenen ausgesprochen wichtig sind, dass nämlich zum einen die individuelle Anfertigung der Schiene notwendig ist und zum anderen, wir die individuellen medizinischen Patientenverhältnisse bei der Anfertigung insofern berücksichtigen müssen, dass hier spezielle, die individuelle Situation des Patienten berücksichtigende Mechaniken kategorisiert aufgeführt werden müssen. Können Sie das so bestätigen?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Herr Schlieper hat es uneingeschränkt bestätigt, Herr Dr. E. [KZBV]. – Gibt es weitere Fragen? Weitere Anmerkungen seitens der Experten? Muss noch etwas gesagt werden, was nicht schon zweimal gesagt worden ist? – Ich habe jetzt noch eine Wortmeldung von der KZBV. Ich nehme an, das ist Herr Dr. E. [KZBV]. – KZBV, bitte.

KZBV: Diesmal ist es Herr H.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Heute ist nicht mein Tag, merken Sie? Jetzt will ich flexibel sein und dann ist es sofort wieder falsch. – Herr H. [KZBV], bitte.

KZBV: Das ist überhaupt kein Problem. – Es ergab sich gestern noch eine Fragestellung, die wir heute in der mündlichen Anhörung besprechen wollten, hinsichtlich der Nachjustierung in Millimeterschritten oder darunterliegend. – Unsere Frage an Herrn Dr. Schlieper wäre: Inwieweit ist eine individuelle Nachjustierung in Millimeterschritten tragfähig? Oder sollte man beispielsweise auch die Formulierung „mindestens in Millimeterschritten“ wählen, um auch eine Justierung unterhalb von Millimeterschritten möglich zu machen, die im Detail oder im Einzelfall angezeigt sein kann?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr H. [KZBV]. – Herr Dr. Schlieper, bitte.

Herr Dr. Dr. Schlieper (DGZMK): In der Literatur ist man einhellig der Meinung, dass eine Einstellung oder Justierung der Eingriffselemente auf mindestens einen Millimeter erforderlich sein soll. Das heißt also, mindestens ein Millimeter; es kann auch stufenlos sein, aber ein Millimeter sind die geforderten Schritte.

Warum? Mit einem Millimeter mehr oder weniger Vorschub kann man die klinischen Nebenwirkungen oder auch Wirkungen gut differenzieren. Alles, was darüber hinaus geht, eignet sich nicht zu einer individuellen Justierung.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Herr Dr. Kl. [GKV-SV], bitte.

GKV-SV: Ich habe noch einmal eine Nachfrage: Ist es üblich, dass die Einstellung stufenlos erfolgt? Oder ist es üblich, dass tatsächlich Millimetereinstellungen vorherrschen?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Dr. Kl. [GKV-SV]. – Herr Schlieper.

Herr Dr. Dr. Schlieper (DGZMK): Die Einstellung auf mindestens einen Millimeter wird international gefordert. Es gibt auch Eingriffselemente – und da sind wir wieder bei der Einteilung der Eingriffselemente –, die auch eine stufenlose Einstellung ermöglichen. Das ist aber nicht zwingend erforderlich. Es ist manchmal gut, sie zu haben, aber es ist nicht zwingend erforderlich. Also dafür gibt es keine Evidenz. Aber gegenüber zwei Millimeter oder darüber liegt bei einem Millimeter die Evidenz vor.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Ist die Frage beantwortet, Herr Kl. [GKV-SV]? Okay! – Herr H. [KZBV], ist Ihre Frage auch beantwortet?

KZBV: Soweit ja. Ich habe Herrn Dr. Schlieper so verstanden, um das vielleicht nur noch mal bestätigt zu bekommen, dass die Formulierung „mindestens in Millimeterschritten“ dann die tragfähige wäre, um dann auch die anderen Elemente, die eine Feinjustierung unterhalb einem Millimeter beispielsweise stufenlos zulassen und im individuellen Einzelfall auch benötigt werden, mitgefasst sind.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): – Herr Schlieper.

Herr Dr. Dr. Schlieper (DGZMK): Das ist korrekt. Man muss nur dazu sagen, dass vorher eine Vorjustierung stattfinden muss, das heißt, eine 3D-Registrierung. In dieser 3D-Registrierung stellen wir schon vier, fünf Millimeter Protrusion, gemessen aus der maximalen Retrusion ein, also ungefähr 50 Prozent der maximalen Protrusion. Das muss natürlich vorher geschehen. Ansonsten sind diese einstellbaren Elemente natürlich überfordert. Man kann bei keinem Eingriffselement, sagen wir mal, zehn Millimeter einstellen.

Deshalb ist es so wichtig, dass man vorher, vor Anfertigung oder für die Anfertigung der Unterkieferprotrusionsschiene eine 3D-Registrierung mit Bissgabeln vornimmt. Das ist eine unabdingbare Voraussetzung.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Herr Kl. [GKV-SV], bitte.

GKV-SV: Ich habe auch noch Fragen zum Thema 3D-Registrierung an Herrn Schlieper. Ich würde Sie bitten, dies mit ein wenig zahnmedizinischer Nachhilfe noch einmal näher zu erläutern: Was ist jetzt alles erforderlich? Müssen Sie eine arbiträre Scharnierachsenbestimmung machen? Wie viele Registrare müssen Sie machen? Ich habe schon verstanden, Protrusionsregistrare in jedem Fall, dann müssten Sie ein Registrat nehmen, um die Bissperre zu ermitteln.

Die zweite Frage ist: Gibt es für diese Registrare konfektionierte Hilfsmittel, die es dem Zahnarzt erleichtern, eine solche Registrierung vorzunehmen? Oder muss er individuell ein Protrusionsregistrat und zwei Laterotrusionsregistrare in jedem Fall vornehmen? Das wären meine Fragen zum Thema Registrierung.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Kl. [GKV-SV]. – Herr Schlieper, bitte.

Herr Dr. Dr. Schlieper (DGZMK): Ja, es gibt Hilfsmittel, also sozusagen Bissgabeln. Mit diesen Bissgabeln wird die Protrusion registriert, die vorher eingestellt worden ist. Diese Bissgabel entnimmt man aus dem Mund, und dann hat man das Registrat. Wir brauchen also keine arbiträre Scharnierachsenbestimmung, wie auch immer geartet, ob analog oder digital. Das würde den Rahmen sprengen. Außerdem eignen sich diese arbiträren Registrare nicht für die Artikulatoren, weil sie in einer Protrusion genommen werden und die Artikulatoren diese Bewegung in dieser Protrusion nicht genau nachbilden. Da entstehen also Fehler. Deshalb muss wirklich eine Bissnahme mit einer Bissgabel genommen werden. Wie gesagt: Man braucht einen Ober- und Unterkieferabdruck, dann dieses Bissregistrat, und aufgrund dieser drei Abdrücke beziehungsweise Registrare wird dann die Unterkieferprotrusionsschiene in dieser Startposition, die auch schon eine Protrusion und Bissperrung aufweist, hergestellt.

Wichtig ist hier bei der Registrierung, bei der 3D-Registrierung, dass man hier auch schon auf die Bauart abstimmt. Das heißt also, man muss vorher schon wissen, welches Eingriffselement ich wähle; was für einen Patienten ich vor mir habe; welche intraoralen Verhältnisse vorhanden sind und nehme dann die 3D-Registrierung mit einer möglichst geringen Bissperrung mit der eben beschriebenen Protrusion, abgestellt auf die individuellen Verhältnisse des Patienten.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön für diese Ausführungen. – Herr Kl. [GKV-SV], ist die Frage damit beantwortet? Okay. – Jetzt habe ich die KZBV, bitte.

KZBV: Ich bin es noch einmal, Herr H. – Herr Dr. Schlieper, noch einmal zum Verständnis: Also wir gehen davon aus, dreidimensionale Registrierung bedeutet, dass Sie nicht nur die Protrusion in der Horizontalen einstellen, sondern vertikal damit auch den Interokusalabstand feststellen und auch Laterotrusion und Mediotrusion mit berücksichtigen bei der Protrusion des Unterkiefers und das insgesamt registrieren. Ist das richtig?

Herr Dr. Dr. Schlieper (DGZMK): Das ist korrekt.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Gibt es dazu Fragen vom GKV-SV? – Herr St. [GKV-SV], bitte.

GKV-SV: Vielen Dank. – Wozu dient das Laterotrusionsregistrat?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): – Ich sehe eine Wortmeldung von Herrn Dr. Schlieper.

Herr Dr. Dr. Schlieper (DGZMK): Es gibt insofern kein Laterotrusionsregistrat, sondern bei dieser dreidimensionalen Registrierung, aus der ein Gesamtregistrat entsteht, ist die Bissperre, der Unterkiefervorschub und ein mögliches Seitabweichen des Unterkiefers, die nicht korrigiert werden soll, weil es dann zu einem Zwangsbiss kommt, beinhaltet. Also wir brauchen keine drei Registrare, sondern dieses mit einer Bissgabel genommene Registrat beinhaltet alle drei Dimensionen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Ist die Frage damit beantwortet, Herr St. [GKV-SV]? Okay. – Herr H. [GKV-SV], für Sie ist es auch klar?

GKV-SV: Ja, ich habe nur noch eine Nachfrage: Für dieses eine Registrat sind letztendlich drei Arbeitsschritte notwendig. Wenn ich das richtig verstanden habe, stellen Sie zunächst einmal die Protrusion, die Vertikale und dann die mögliche Seitwärtsabweichung in drei Schritten im Registrat fest und verbinden es zu einem Registrat?

Herr Dr. Dr. Schlieper (DGZMK): Das ist korrekt!

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Gibt es weitere Fragen? – Herr St. [GKV-SV] noch einmal.

GKV-SV: Danke, Herr Schlieper. – Sie hatten vorhin gesagt, eine pathologisch bedingte Abweichung des Unterkiefers wird festgestellt, registriert. Eigentlich wollen Sie die physiologische Protrusion registrieren, es gibt aber eine Abweichung, die festgestellt wird, indem dann das Registrat genommen wird. Das ist kein dritter Arbeitsschritt; das ist derselbe Arbeitsschritt wie die Protrusionsregistrierung, würde ich sagen. Stimmen Sie dem zu?

Herr Dr. Dr. Schlieper (DGZMK): Nicht ganz, denn wir müssen hier zwischen physiologischer Seitabweichung und die Zwangsabweichung unterscheiden, die bei der Protrusionsregistrierung vorkommen kann. Manche Patienten gehen in einen Zwangsbiss in der Protrusion, weil dieser ganze Vorgang der Registrierung natürlich für die Patienten ungewöhnlich ist. Das muss man dann natürlich korrigieren, wenn man so etwas bemerkt. Deshalb: Es ist ein gesonderter Arbeitsschritt; man kann jetzt nicht ohne Weiteres, wenn der Patient protrudiert und es kommt zu einer Seitabweichung das einfach so hinnehmen. Sondern man muss differenzieren, ob das eine zwangsweise Laterotrusion oder Mediotrusion ist, oder eine physiologische.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Haben Sie eine Nachfrage, Herr St. [GKV-SV] oder ist es okay? – Ja, bitte schön, Herr Dr. St. [GKV-SV].

GKV-SV: Wie Sie das beschreiben, ist das nachvollziehbar. Es ist ja bei allen Bissnahmen so, nicht nur für die Unterkieferprotrusionsschiene, dass also eine Zwangsführung des Unterkiefers eingenommen wird, wenn diese ungewohnte Abdrucknahme und dann auch die Registratnahme erfolgt ist. Aber es ist doch nicht ein extra Arbeitsschritt, dafür zu sorgen, dass die richtige Protrusion während der Registrierung der richtigen Protrusion genommen wird. Es ist ein Qualitätsparameter, dass Sie nicht irgendetwas registrieren, sondern, dass Sie das, was in entspannter Haltung des Unterkiefers die richtige Protrusion ist, ohne Laterotrusion in dem Fall. Insofern ist das ein Qualitätsparameter und nicht etwa ein extra Arbeitsschritt. Wie stehen Sie dazu?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Noch einmal, Herr Schlieper.

Herr Dr. Dr. Schlieper (DGZMK): Es ist immer die Frage, wann ein separater Arbeitsschritt nach Ihrer Definition eintritt und wann wir ihn nicht haben. Ich kann nur sagen, dass die falsche Einstellung einer Seitabweichung oder der Korrektur derselbigen ein sehr, sehr häufiger Fehler ist. Das ist ganz wesentlich, denn, wenn Sie das so in die Schiene übertragen, dann können Sie hinterher diese falsche Übertragung dieser Bissituation in der Schiene kaum mehr korrigieren.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Herr Dr. St. [GKV-SV], bitte.

GKV-SV: Vielleicht als Frage formuliert: Halten Sie es für richtig, dass bei einer sorgfältigen Vorgehensweise ein höherer Zeitbedarf ist?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): – Herr Schlieper.

Herr Dr. Dr. Schlieper (DGZMK): Ein höherer Zeitbedarf ist auf jeden Fall vorhanden, denn es wird ja auch empfohlen, den Patienten in dieser zunächst mit der Bissgabel eingestellten Protrusion verweilen zu lassen. Sie müssen schauen, oder man sollte zumindest schauen, wie sich dann auch der CMD-Befund ergibt. Das heißt, man registriert in liegender Behandlungsposition, stellt diese Protrusion ein, die Bissperrung und falls vorhanden die Seitabweichung. Anschließend muss man schauen, wie das System reagiert: Sind Schmerzen in der Muskulatur vorhanden; klagt der Patient vielleicht schon über ein unangenehmes Gefühl oder Schmerzen? Das bedarf Zeit; das geht nicht mechanisch – vier Millimeter vor, zwei Millimeter Bissperrung, gerade Mittellinie und fertig. Sondern man muss therapeutisch feststellen, wo jetzt diese dreidimensionale Position ist.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. Ist die Frage beantwortet, Herr St. [GKV-SV]. Ja, wunderbar! – Dann habe ich jetzt die KZBV.

KZBV: Meine Frage geht an Herrn Dr. Schlieper, noch einmal zum fachlichen Verständnis für mich, aber vielleicht auch für die anderen Teilnehmer: Würden wir bei der Registrierung die Seitabweichung des Unterkiefers bei einem Patienten nicht berücksichtigen, wäre dann die Aussage korrekt, dass, wenn wir nur die Protrusion einstellen, würden wir dann in eine Zwangsprotrusion mit negativen Folgen im Hinblick auf Kiefergelenkbeschwerden et cetera pp. die Therapie einstellen? Also ist insofern die Einstellung der Seitabweichung als separater Schritt auch wirklich eine medizinisch notwendige Maßnahme?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Dr. E. [KZBV]. Herr Schlieper hat das bejaht und als absolut korrekt bezeichnet. – Hat der GKV-SV dazu eine Nachfrage? – Herr Kl. [GKV-SV].

GKV-SV: Sie haben jetzt gesagt, es benötigt Zeit, diese Position zu finden. Das ist für mich verständlich.

Ihre letzte Aussage, dass der Patient in eine Zwangshaltung kommt, wenn man einfach eine normale Protrusion voraussetzt, die er aber in Wirklichkeit nicht hat, weil er eine Seitabweichung hat. Wenn man ihm sagt: „Schieben Sie bitte den Unterkiefer nach vorne, damit ich das einstellen kann“, dann schiebt er ihn nach seinem Gefühl physiologisch nach links oder nach rechts. Das heißt, er hat dann eine Mittellinienabweichung bei der Protrusion. Diese Protrusion müsste ich für die Anfertigung der Schiene übernehmen, damit er aus seiner Sicht nicht in eine Zwangsprotrusion kommt, die geradeaus geht, um das jetzt einmal etwas laienhaft auszudrücken. Aber das ist doch kein extra Aufwand, diese Position zu finden, weil er sie physiologisch einnimmt. Und ich muss als Zahnarzt im Hinterkopf behalten, dass ich ihn jetzt nicht in die Zwangshaltung bringen darf, indem ich ihm sage: „Jetzt schieben Sie bitte den Unterkiefer einmal ganz gerade nach vorne“ beziehungsweise „ich helfe Ihnen jetzt einmal dabei“ und fertige dann die Schiene nach dieser geraden Protrusion an. Sondern ich nehme für die Herstellung der Schiene seine physiologische Protrusion mit einer geringgradigen Seitabweichung. Ist das so korrekt verstanden?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): – Herr Dr. Schlieper, bitte.

Herr Dr. Dr. Schlieper (DGZMK): Das muss ich verneinen, weil bei einer Bissgabel der Patient auf die Bissgabel mit dem Unterkiefer gegen den Oberkiefer abgestützt nach vorne gleitet. Diese Abstützung kann eine falsche Seitabweichung auslösen. Und diese falsche Seitabweichung, wenn Sie denn vorhanden ist – das kann dann natürlich auch die richtige sein –, muss vom Zahnarzt hinterher korrigiert werden. Das heißt also, was Sie sagen, der Patient schiebt nach vorne und das ist dann die physiologische Situation, ist im Falle einer Registrierung mit Bissgabeln nicht immer der Fall.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Herr Bartsch, bitte.

Herr Bartsch (VDZI): Ich hätte eine Frage an Herrn Dr. Dr. Schlieper: Halten Sie zur Vorbereitung der Protrusionsregistrierung eine Registrierung und Modellanalyse auf Basis der Situationsmodelle im Artikulator für angezeigt?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Entschuldigung, Herr Bartsch, Sie sind Stellungnehmer. Stellungnehmer dürfen keine Fragen an andere Stellungnehmer stellen. Das ist nicht Usus und auch nicht zugelassen. Wenn sich jemand anderes Ihrer Frage zu eigen machen würde, dann könnte er sie stellen, aber wir machen hier kein munteres Befragen der Stellungnehmer untereinander.

Also möchte jemand das wissen, was Herr Bartsch gerade an Herrn Schlieper als Frage gerichtet hat, dann müsste er mir sagen: Ja. – Will keiner wissen?

GKV-SV: Ja, doch. Wir würden das gerne wissen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Okay. – Herr Bartsch, Ihre Frage macht sich jetzt die GKV zu eigen. – Herr Schlieper, Sie dürfen antworten.

Herr Dr. Dr. Schlieper (DGZMK): Eine Modellanalyse ist nicht zielführend. Die Bissnahme beziehungsweise die 3D-Justierung muss am Patienten durchgeführt werden. Man kann es nicht in einer Modellanalyse durchführen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke. – Dann die KZBV.

KZBV: Danke. – Wir wollten nur Ihrer Aufforderung nachkommen, die Frage von unserer Seite zu stellen. Aber da ist uns der Herr Dr. Kl. [GKV-SV] schon zuvorgekommen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Gibt es weitere Fragen? Gibt es aus Sicht der Stellungnehmer noch etwas, was Sie anfügen möchten? – Das sehe ich nicht.

Dann bedanke ich mich bei Ihnen dafür, dass Sie uns jetzt doch relativ lange Rede und Antwort gestanden haben. Wir werden das, was Sie schriftlich vorgetragen haben, was hier gesagt worden ist, selbstverständlich bei der Auswertung und bei der Beschlussfassung über die Richtlinie erwägen und gegebenenfalls mit in die Beschlussfassung mit einbeziehen.

Damit können wir diese Anhörung beenden. Ich bedanke mich, dass Sie da waren, bedanke mich für Ihre Mühe, für Ihre Zeit.

Schluss der Anhörung: 11:11 Uhr



Stellungnahmeverfahren vor einer abschließenden Entscheidung über eine Änderung der Richtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie): Unterkieferprotrusionsschiene bei obstruktiver Schlafapnoe

Stand: 13.04.2021

Inhalt

I.	Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren	2
II.	Schriftliche Stellungnahmen.....	2
III.	Stellungnahmen zum Beschlussentwurf	3
1.	Allgemeine Anmerkungen.....	3
2.	Zu I. 3. b).....	4
3.	Zu I. 3. c).....	7
4.	Zu I. 3. d).....	13
5.	Zu I. 3. e).....	14
6.	Zu I. 3. f).....	15
IV.	Mündliche Stellungnahmen.....	18

I. Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5 und § 92 Absatz 1a SGB V sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerFO wurden der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), dem Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI) sowie der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e. V. (DGZMK) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Richtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie): Unterkieferprotrusionsschiene bei obstruktiver Schlafapnoe Stellung zu nehmen.

Der Unterausschuss Zahnärztliche Behandlung (UA ZÄ) hat am 5. März 2021 die Einleitung des gesetzlichen Stellungnahmeverfahrens beschlossen.

Die Frist für die Einreichung von schriftlichen Stellungnahmen endete am 2. April 2021.

II. Schriftliche Stellungnahmen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden schriftliche Stellungnahmen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

VDZI (26.03.2021)

DGZMK (01.04.2021)

BZÄK (02.04.2021)

Der Inhalt der schriftlichen Stellungnahmen wurde in tabellarischer Form zusammengefasst (siehe nachfolgende Tabelle) und ist Gegenstand der Beratungen in der Sitzung des UA ZÄ am 13. April 2021.

III. Stellungnahmen zum Beschlussentwurf

1. Allgemeine Anmerkungen

Lfd. Nr.	Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss- entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
1	VDZI	Der VDZI begrüßt den Beschlussentwurf und erkennt in ihm die konsequente und zielgerichtete Umsetzung der Erkenntnisse aus der vorausgegangenen Methodenbewertung.	Die fachlichen Gesichtspunkte, die der VDZI in seinen bisherigen schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen eingebracht hat, sind dabei angemessen berücksichtigt.	nein	Zustimmende Kenntnisnahme
2	BZÄK	Die Bundeszahnärztekammer begrüßt die geplanten Änderungen der Behandlungsrichtlinie.		nein	Zustimmende Kenntnisnahme

2. Zu I. 3. b)

Lfd. Nr.	Organisa- tion	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss- entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
3	DGZMK	3. b streichen und ersetzen durch: Zahnmedizinische Voraussetzung für die Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene ist der Ausschluss zahnmedizinischer Kontraindikationen.	Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung legt in § 3 (2) als Voraussetzung für die Versorgung mit UPS den <u>Ausschluss zahnmedizinischer Kontraindikationen</u> fest. In einer Behandlungsrichtlinie sollten unter Berücksichtigung der Redundanz die Kontraindikationen und nicht die Voraussetzungen für eine Indikation festgelegt werden.	nein	Ablehnende Kenntnisnahme Die Voraussetzungen für die Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene sind in dem Beschlussentwurf zur Richtlinie positiv formuliert; umgekehrt ergeben sich daraus die Kontraindikationen.
4	DGZMK	3. b) ergänzen durch: Als Kontraindikationen gelten: <ul style="list-style-type: none"> • unzureichende Festigkeit des Restzahnbestandes mit unzureichenden Stützzonen (z. B. Eichner Klassifikation Gruppe B und C unter außer Acht lassen der Zähne mit Lockerungsgraden und zu geringem prothetischen Äquator) • provisorischem Zahnersatz mit z. B. gebogenen Klammern oder 	Der vorliegende Beschlussentwurf <u>lässt wesentliche Kontraindikationen</u> , bei denen eine Anwendung von UPS entweder erfolglos bleibt oder sogar negative Auswirkungen auf zahnärztlichem Fachgebiet hat, <u>außer Acht</u> . Eine Qualitätsprüfung (Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragszahnärztliche Ver-	GKV-SV: nein	GKV-SV: ablehnende Kenntnisnahme Die beiden ersten von der Stellungnehmerin erwähnten Gegebenheiten sind durch die Richtlinienformulierungen „ausreichende Verankerungsmöglichkeit der Schiene“ erfasst.

Lfd. Nr.	Organisa- tion	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss- entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		<p>definitivem herausnehmbarem Zahnersatz mit unzureichender Stabilität, unzureichendem festsitzendem Zahnersatz,</p> <ul style="list-style-type: none"> • kariösen Läsionen, sanierungsbedürftigen Füllungen oder anderen Defekten, für deren Therapie eine einflächige Füllung nicht ausreicht, • fortgeschrittenen parodontalen / periimplantären Erkrankungen • limitierende Funktionsstörungen des Kauapparates im Sinne einer craniomandibulären Dysfunktion 	<p>sorgung, QP-RL-Z) ist mit dem vorliegenden Beschlussentwurf, da unvollständig, nicht möglich.</p>		<p>GKV-SV: Eine Regelung, vor der Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene (UKPS) oder im Zusammenhang mit dieser notwendige konservierend-chirurgische oder parodontologische Behandlungen durchzuführen, ist nicht erforderlich. Wenn die Nicht-Durchführung dieser Behandlungen die Verankerung der Schiene verunmöglichen, stellen sie eine bereits mit der Richtlinienformulierung erfasste Kontraindikation dar (die Verankerung der Schiene muss ausreichend sein), wenn sie die Verankerung nicht gefährden, unterfallen sie von der Versorgung mit der Schiene unabhängigen generellen und an dieser Stelle nicht zu wiederholenden Regelung, dass notwendige</p>

Lfd. Nr.	Organisa- tion	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss- entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>vertragszahnärztliche Leistungen durchzuführen sind.</p> <p>Die von der Stellungnehmerin angesprochene Kontraindikation „Funktionsstörungen des Kauapparats“ sind bereits im Beschlussentwurf der Richtlinie: Es sollen keine der Versorgung entgegenstehenden Kiefergelenksstörungen vorhanden sein.</p> <p>Der Annahme der Stellungnehmerin, mit der Richtlinie sei eine Qualitätsprüfung nicht möglich, kann nicht gefolgt werden.</p>

3. Zu I. 3. c)

Lfd. Nr.	Organisa- tion	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss- entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
5	VDZI	<p>Nach dem Satz „Die Unterkieferprotru- sionsschiene wird nach Abdrucknahme zahn technisch individuell angefertigt und durch die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt eingegliedert.“ schlägt die KZBV sowie die PatV vor: „Dabei sind, unter besonderer Berück- sichtigung der unterschiedlichen Me- chaniken in Hinblick auf eine passge- naue Anfertigung, die individuellen Be- sonderheiten einer jeden Patientin / ei- nes jeden Patienten, zu berücksichti- gen.“</p> <p>Der VDZI interpretiert diese Formulie- rung als Hinweis, dass eine individuelle Anfertigung einer Unterkieferprotru- sionsschiene (UKPS) nicht nur die Pass- genauigkeit in einem technischen Sinne, sondern individuelle, spezifi-</p>	<p>Der VDZI hält eine solche Ergänzung für sachgerecht. Hierfür sprechen fol- gende Gründe: Eine in diesem Sinne passgenaue individuelle Gestaltung der Unterkieferprotrusionsschiene ist für das Erreichen des angestrebten medizinisch-funktionellen Erfolges tat- sächlich essentiell. Sie ist dabei nicht nur aus technischer Sicht eine unver- zichtbare Voraussetzung für eine mög- lichst lange und therapiegerechte technische Halte- und damit Trage- dauer.</p> <p>Eine Unterkieferprotrusionsschiene wirkt immer auf die gesamten oralen Strukturen und muss daher alle As- pekte komplexer Wechsel- und Neben- wirkungen berücksichtigen. Da sie zu- dem bei Menschen jeden Alters, jeden</p>	nein	<p>GKV-SV: ablehnende Kenntnisnahme zur Einfügung der folgenden Regelung: „Dabei sind, unter besonderer Berücksichtigung der unterschiedlichen Mecha- niken in Hinblick auf eine pass- genaue Anfertigung, die indivi- duellen Besonderheiten einer jeden Patientin/eines jeden Pa- tienten, zu berücksichtigen.“</p> <p>Diese Ergänzung ist nicht erfor- derlich, weil die – vom Stellung- nehmer zitierte – Regelung un- ter Nr. 3. Buchstabe c) bereits eine zahn technisch individuell angefertigte Schiene vorsieht. Damit ist die Berücksichtigung der individuellen Besonderhei- ten gegeben.</p> <p>Des Weiteren bliebe mit der Er- gänzung unklar, was unter „be- sonderer Berücksichtigung der</p>

Lfd. Nr.	Organisa- tion	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss- entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		<p>schen Besonderheiten einer jeden Patientin / eines jeden Patienten miteinschließt, um die angestrebte Funktion einer UKPS erfolgssicher zu erreichen.</p>	<p>Geschlechts und daher bei unterschiedlichsten oralen Verhältnissen ihre angestrebte Funktion erfüllen soll, ist die Planung, Auswahl und Gestaltung der jeweiligen technischen Funktionselemente für eine passgenaue Herstellung vergleichsweise komplex. Aus diesen Gründen ist die interprofessionelle Einbeziehung des Zahnarztes und des qualifizierten Zahntechnikers und ihre Zusammenarbeit für die zahnmedizinisch unbedenkliche und qualitätsgesicherte Versorgung mit zahn-technisch individuell angefertigten und adjustierbaren Unterkieferprotrusionsschienen von entscheidender Bedeutung. Eine Unterkieferprotrusionsschiene, die nicht optimal an die individuellen Gegeben- und Besonderheiten des Patienten angepasst ist, wird darüber hinaus von diesem Patienten nicht in zielgerechter Weise angewen-</p>		<p>unterschiedlichen Mechaniken“ zu verstehen ist. Mit dieser Formulierung wären Interpretationen wie ein Bezug auf einen „Schientyp“ möglich. Damit bestünde die Gefahr einer Einengung der Auswahlmöglichkeiten der Schiene auf patent- und wettbewerbsrechtlich geschützte Schienenarten. Es sollen für die Versorgung der Versicherten alle Schienenarten, die die in der Richtlinie genannten Anforderungen erfüllen, und die wirtschaftlich sind, wählbar sein.</p> <p>Es gibt keine personenbezogenen Besonderheiten, die regelmäßig mit dem einen oder anderen Schientyp oder „unterschiedliche Mechaniken“ assoziiert sind.</p> <p>Im Methodenbewertungsverfahren zur Änderung der MVV-</p>

Lfd. . Nr.	Organisa- tion	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss- entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
			<p>det werden. Aber eine aus medizinischer Sicht erfolgreiche Behandlung mit einer Unterkieferprothese erfordert gerade eine hohe und vor allem langfristige Compliance des Patienten. Wichtig in diesem Zusammenhang ist die Erfahrung aus der Praxis, dass sehr häufig filigrane Konstruktionsmerkmale erheblich über jeweils subjektiv beurteilte negative Nebenwirkungen und damit über die Akzeptanz und Compliance beim Patienten entscheiden. Wenn es beispielsweise durch die Beachtung der individuellen Besonderheiten des Patienten bei der technischen Gestaltung gelingt, etwa mögliche Druckbelastungen beim Schlafen zu vermeiden oder zu minimieren, die Schleimhaut vor Reizung und Beschädigung zu schützen, durch angepasste Konstruktion die Hygienefähigkeit des Kauorgans ebenso zu erhalten und zu</p>		<p>RL konnte für keine der untersuchten Schienenarten ein höherer Nutzen gegenüber anderen Schienenarten festgestellt werden.</p> <p>Des Weiteren ist ein Rekurs auf „passgenaue Anfertigung“ nicht erforderlich, weil es sich um eine selbstverständliche Qualitätsanforderung an jegliche medizinproduktbezogene zahnärztliche und zahntechnische Leistung handeln würde.</p> <p>KZBV/PatV: zustimmende Kenntnisnahme</p>

Lfd. Nr.	Organisa- tion	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss- entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
			sichern wie die Erhaltung des Hygienezustandes der regelhaft getragenen UKPS selbst, dann sind sehr wichtige Voraussetzungen auch für eine hohe Compliance und eine erfolgssichere Tragedauer erfüllt. Eine Unterkieferprotrusionsschiene kann daher insgesamt gesehen, völlig unabhängig von den möglichen Konstruktionsprinzipien, ihre medizinisch-technische Funktion nur dann erfüllen, wenn die individuellen Besonderheiten des Patienten umfassend bei der Herstellung berücksichtigt werden.		
6	DGZMK	3 c) ersetzen durch: Die Unterkieferprotrusionsschiene wird nach Abdrucknahme und dreidimensionaler Registrierung der Startprotrusionsposition (individuelle Vorverlagerung) zahntechnisch individuell	Die Herstellung der UPS gelingt nicht alleine aufgrund einer Abdrucknahme von Ober- und Unterkiefer. Vom Zahnarzt / Zahnärztin ist ebenso eine Registrierung der Position des Unterkiefers (Startprotrusionsposition) notwendig, aus der die Nachjustierung der UPS nach Eingliederung erfolgen kann.	GKV-SV: nein	GKV-SV: ablehnende Kenntnisnahme Die Stellungnehmerin schlägt die Hinzufügung von „dreidimensionaler Registrierung der Startprotrusionsposition (individuelle Vorverlagerung)“ vor und begründet das damit, es sei eine „Registrierung der Po-

Lfd. Nr.	Organisa- tion	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss- entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		<p>angefertigt und durch die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt eingegliedert.</p>	<p>Die <u>individuelle Anfertigung</u> bezieht sich sowohl auf die Individualität der <u>Zahnbögen</u> als auch auf die Individualität dieser <u>Startprotrusionsposition (Vorverlagerung)</u>.</p>		<p>sition des Unterkiefers (Startprotrusionsposition) erforderlich.</p> <p>Jedoch erfolgt bereits nach § 3 Absatz 3 Satz 1 MVV-RL sowie Ziffer 3. Buchstabe e) des Beschlussentwurfs zur Änderung der Behandlungsrichtlinie bei der Erstanpassung der Schiene die individuelle Einstellung des Protrusionsgrads.</p> <p>KZBV: grundlegend zustimmende Kenntnisnahme</p>
7	DGZMK	<p>3c) ergänzt durch: Die Bauart (Mechanik, Form, Material) der UPS ist auf die individuellen Erfordernisse abzustimmen.</p>	<p>Nicht jede UPS ist bei jedem Patienten anwendbar. Es gibt vielfältige Konstruktionen, die in ihrer Wirkung und Nebenwirkung berücksichtigt werden müssen.</p>	<p>GKV-SV: nein</p>	<p>GKV-SV: ablehnende Kenntnisnahme Zahntechnische Werkstücke sind generell auf die individuellen Erfordernisse abzustimmen, die UKPS stellt keine Ausnahme dar. Im Übrigen siehe Nr. 5.</p>

Lfd. Nr.	Organisa- tion	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss- entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
					KZBV: s. Nr. 5
8	BZÄK	Die BZÄK unterstützt die Position der KZBV/PatV: Bei vorliegender Indikation wird die Unterkieferprotrusions-schiene (UKPS) individuell angefertigt und passgenau eingegliedert.	Mit dieser Entscheidung ist gewähr- leistet, dass die Erstellung der Indika- tion fachgerecht erfolgt. Auf dieser Grundlage ist seinerseits die Zahnärz- tin oder der Zahnarzt in der Lage fach- gerecht die Erstellung der UKPS vorzu- nehmen. Zugleich wird die individuelle zahntechnische Anfertigung gewähr- leistet.	nein	GKV-SV: ablehnende Kenntnisnahme Siehe Nr. 5 KZBV/PatV: zustimmende Kenntnisnahme

r

4. Zu I. 3. d)

Lfd. Nr.	Organisa- tion	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss- entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
9	DGZMK	3. d) ergänzt durch: Individuelle Nachjustierung in Millimeterschritten oder Teilmillimeterschritten	Nicht jede UPS ist bei jedem Patienten anwendbar. Nachjustierung erfolgt neben ihrer Notwendigkeit durch den medizinischen Wirkungsgrad der UPS in Abhängigkeit von der u.a. durch physiologische (Kiefer-)Bewegungsmöglichkeiten und anatomische Kieferformen bedingten Sperrung und Bauart der Schiene z.T. in Inkrementen von bis zu 1/10 mm	GKV-SV: nein	<p>GKV-SV: ablehnende Kenntnisnahme Nach den Tragenden Gründen zur Änderung der MVV-RL erfüllen Unterkieferprotrusions-schienen mit u. a. der Eigenschaft „durch den Behandler in Millimeterschritten für eine Nachadaptation einstellbar“ die Anforderungskriterien für eine Therapie bei obstruktiver Schlafapnoe.</p> <p>KZBV: zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>PatV: grundlegende zustimmenden Kenntnisnahme; Unterteilung in Millimeterschritte klärungsbedürftig</p>

5. Zu I. 3. e)

Lfd. Nr.	Organisa- tion	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss- entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
10	DGZMK	<p>3. e) ersetzt durch: Bei der Erstanpassung erfolgt die individuelle Einstellung des Protrusionsgrades durch die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt ausgehend von einer angenehm empfundenen (schmerz- und spannungsfrei) und soweit möglich mindestens 50 % der maximal möglichen Unterkieferprotrusion (ausgehend von der maximalen aktiven Retrusion bis zur maximalen aktiven Protrusion in liegender Position gemessen) in Abstimmung mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt, die oder der die jeweilige Behandlung nach Anlage I Nr. 36 MVV-RL verantwortet. Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt überprüft anschließend die Wirksamkeit des eingestellten Protrusionsgrades.</p>	<p>Die Prozentangabe „50% von der maximalen Protrusion“ bleibt ohne Aussage, wenn eine Definition des Anfangs- und Endpunktes der Protrusionskapazität ausbleibt. Erst bei Definition des Anfangspunktes, nämlich der maximalen Retrusion, erlangt die Prozentangabe eine Aussage.</p>	<p>GKV-SV: nein</p>	<p>GKV-SV: ablehnende Kenntnisnahme Die von der Stellungnehmerin angeregte Ergänzung zur Definition des Anfangs- und Endpunktes der Protrusionsmöglichkeit ist nicht erforderlich; Zahnärztinnen und Zahnärzte, die die Versorgung vornehmen, bedürfen keiner weiteren detaillierten Ablaufbeschreibung. KZBV/PatV: grundlegende zustimmende Kenntnisnahme</p>

6. Zu I. 3. f)

Lfd Nr.	Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
11	DGZMK	<p>3f) Ergänzt durch: Die Anwendung von UPS soll durch auf dem Gebiet der zahnärztlichen Schlafmedizin fortgebildete Zahnärzte / Zahnärztinnen durchgeführt werden.</p>	<p>Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist ohne nähere Kenntnis über die Besonderheiten der zahnärztlichen Schlafmedizin nicht möglich. Die Leitlinie „Die Unterkieferprotrusions-schiene (UPS): Anwendung in der zahnärztlichen Schlafmedizin beim Erwachsenen, AWMF-Registernummer: 083-045, steht kurz vor der Konsentierung. Die DGZS ist hierbei federführend.</p>	<p>GKV-SV: nein</p>	<p>GKV-SV: ablehnende Kenntnisnahme Für die vertragszahnärztliche Tätigkeit gelten die gesetzlichen Fortbildungspflichten nach § 95d SGB V. In anderen, von der Behandlungsrichtlinie umfassten zahnärztlichen Tätigkeitsbereichen wird Fortbildung nicht jeweils explizit empfohlen. Schlafmedizinische Kenntnisse und Fähigkeiten der Zahnärztin oder des Zahnarztes sind keine Voraussetzung für die vertragszahnärztliche Leistungserbringung. Die Diagnose- und Indikationsstellung obliegt dem vertragsärztlichen Bereich.</p> <p>KZBV/PatV: Kenntnisnahme</p>

Lfd Nr.	Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
12	BZÄK	Auch hier schließt sich die BZÄK der Position der KZBV/PatV an.	<p>Wie bereits in unserer Stellungnahme vom 23.07.2020 ausführlich dargelegt und begründet, sind alle Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte zur regelmäßigen fachlichen Fortbildung verpflichtet und müssen alle fünf Jahre bei der für ihn zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) nachweisen, dass diese Pflicht in den zurückliegenden fünf Jahren erfüllt wurde. Gleichzeitig besteht die berufrechtliche Verpflichtung, sich entsprechend der patientenindividuellen Anforderungen an Diagnostik und Therapie stets fortzubilden. Die Grundlage für die umfassende Tätigkeit ist das Zahnheilkundegesetz.</p> <p>Die Fortbildungspflicht der Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte ist im Sozialgesetzbuch geregelt (§ 95 d SGB V). Eine wie von KZBV/PatV vorgeschlagene konkrete Empfehlung zur</p>	<p>GKV-SV: nein</p>	<p>GKV-SV: zustimmende Kenntnisnahme zum Verweis auf die bereits bestehende vertragszahnärztliche Fortbildungspflicht, auf das zahnärztliche Berufsrecht und das Zahnheilkundegesetz.</p> <p>ablehnende Kenntnisnahme zu einer Fortbildungsempfehlung im Kontext der Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene, s. Nr. 11.</p> <p>KZBV/PatV: zustimmende Kenntnisnahme</p>

Lfd Nr.	Organisa- tion	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss- entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
			Fortbildung auf Ebene der Behand- lungs-Richtlinie im Rahmen der Versor- gung mit Unterkieferprotrusionsschie- nen steht dem nicht entgegen und kann mitgetragen werden.		

IV. Mündliche Stellungnahmen

Gemäß § 91 Absatz 9 SGB V, 1. Kapitel § 12 Absatz 1 der VerfO des G-BA ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen, und eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Diese ist im Rahmen einer Anhörung abzugeben und dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen.

Die BZÄK, der VDZI und die DGZMK haben an der mündlichen Anhörung der Sitzung des UA ZÄ am 13. April 2021 teilgenommen.