

# ERGEBNISNIEDERSCHRIFT ÜBER DIE KFO-OBERGUTACHTER- UND REFERENTENTAGUNG AM 01.12.2017 IM ZAHNÄRZTEHAUS KÖLN

## Tagesordnung

**TOP 1: Begrüßung**

**TOP 2: Bericht aus den Verhandlungen im Bundesschiedsamt**

**TOP 3: Digitale Zahnheilkunde**

**TOP 4: Gutachterstatistik**

**TOP 5: Themen aus der Obergutachterbesprechung**

**TOP 6: Vorstellung der Suchdatei der KZV Bremen für Gutachtendokumentationen**

**TOP 7: Eingereichte Fragen**

**TOP 8: Verschiedenes**

## TOP 1: Begrüßung

Herr Dr. Lassak begrüßt die Teilnehmer der heutigen Tagung und insbesondere die neubestellten KFO-Referenten und KFO-Obergutachter. Er dankt Herrn Hendges, der im März 2017 zum stellv. Vorstandsvorsitzenden der KZBV gewählt wurde, dass er sich heute die Zeit genommen habe, an der KFO-Referententagung mitzuwirken. Er weist darauf hin, dass Herr Hendges Ressortvorstand der Vertragsabteilung und damit auch für die Belange der Kieferorthopäden zuständig sei. Danach übergibt Herr Dr. Lassak das Wort an Herrn Hendges mit der Bitte um Vorstellung der Ergebnisse im Bundesschiedsamt.

## TOP 2: Bericht aus den Verhandlungen im Bundesschiedsamt

Herr Hendges begrüßt die Tagungsteilnehmer und berichtet über die Verhandlungen zur Zusammenlegung der Bundesmantelverträge mit dem GKV-Spitzenverband, die in den wesentlichen Punkten konsentiert waren, abschließend aber die dissidenten Punkte im Bundesschiedsamt geklärt werden mussten. Der Vorsitzende des Bundesschiedsamts, Herr Dr. Engelmann, ehemaliger Richter am Bundessozialgericht, habe hierzu deutlich gemacht, dass sich ein Schiedsspruch sehr stark an Gesetz und Rechtsprechung orientieren müsse, welches sich für die Zahnärzteschaft nachteilig ausgewirkt hätte. Deshalb wurde dazu geraten, die noch strittigen Punkte zu diskutieren und einer Lösung in beiderseitigem Einvernehmen und ohne das es eines Schiedsspruchs bedarf, zuzuführen.

Die aus kieferorthopädischer Sicht wichtigen Punkte wurden sodann in der mündlichen Verhandlung vor dem Bundesschiedsamt besprochen. Die aus kieferorthopädischer Sicht wichtigen Ergebnisse unterteilen sich wie folgt:

- Vertragliches Gutachterwesen vs. MDK
- Abformpauschale KFO
- Transparente Abrechnung KFO

### Vertragliches Gutachterwesen vs. MDK

Hierzu berichtet Herr Hendges über die Forderung der Kassenseite, die gesetzlichen Bestimmungen der §§ 275 ff. SGB V für die leistungsrechtlichen Entscheidungen der Krankenkasse gegenüber dem oder der Versicherten auch bei einer Stellungnahme des MDK anzuwenden und zur Grundlage ihrer Leistungsentscheidung zu machen. Demgegenüber hat die KZBV gefordert, die bestehende Regelung unangetastet zu lassen. Danach war im Ersatzkassenvertrag geregelt, dass nur dann andere sachverständige Zahnärzte mit der Erstellung entsprechender Gutachten zu beauftragen, wenn und solange die in den Anlagen beschriebenen Gutachterverfahren in einem KZV-Bereich nach übereinstimmender Bewertung der Gesamtvertragspartner aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen nicht praktiziert werde.

Die rechtlichen Kernaussagen im Bundesschiedsamt bestätigten die Rechtmäßigkeit und Gleichberechtigung des vertraglich vereinbarten Gutachterwesens. Es wurde zwar klargestellt, dass die Leistungsentscheidung der Krankenkasse auch auf der Grundlage eines MDK-Gutachtens erfolgen könne. Es dürfe allerdings nicht zu einer Vermengung der jeweiligen Verfahren kommen. Werde in 1. Instanz der MDK bemüht, könne nicht in 2. Instanz das Obergutachterverfahren bzw. der Prothetikeinigungsausschuss tätig werden und umgekehrt. Das vertragliche Gutachterverfahren müsse planbar bleiben und könne nur aufrechterhalten werden, wenn hierzu klare Regelungen in den Gesamtverträgen geschaffen würden. In der anschließend verfassten Protokollnotiz haben sich die Bundesmantelvertragspartner darauf verständigt, dass eine Begutachtung durch das bundesmantelvertraglich vereinbarte Begutachtungswesen auf der Basis der gesetzlichen Bestimmungen (§§ 82 Abs. 1, 13 Abs. 3a Satz 4 SGB V) rechtmäßig und die Begutachtung im Rahmen des bundesmantelvertraglich geregelten Begutachtungsverfahrens und die Begutachtung durch den MDK nach § 275 Abs. 1 SGB V gleichberechtigt sei. Um planbare Verhältnisse zu erhalten, können die Gesamtvertragspartner vereinbaren, dass die Krankenkassen in der Regel entweder das vereinbarte gutachterliche Verfahren oder das MDK-Verfahren wahrnehmen.

Herr Hendges ist zuversichtlich, dass es zu einer einvernehmlichen Regelung in den Ländern kommen werde.

#### Abformpauschale KFO

Die bisherige Regelung, wonach im Ersatzkassenbereich je Behandlungsfall eine Abformpauschale von 2,60 Euro abgerechnet werden konnte, wurde ersetzt. Im Ergebnis der Schiedsamtverhandlung soll die Pauschale ab dem 01.07.2018 auf 2,80 Euro je Abformung (und je Kiefer) und für alle Kassenarten erhöht werden. Hiervon unberührt bleiben abweichende Vereinbarungen auf Landesebene.

#### Transparente Abrechnung: Übermittlung des KFO-Behandlungsplans an die KZV

Die Forderung der KZBV, den KFO-Behandlungsplan bei der ersten Leistungsabrechnung in elektronischer Form zu übermitteln, wurde - gegen die Weigerungshaltung des GKV-Spitzenverbandes - erfüllt. Damit erhält die KZV - wie bereits in den anderen Leistungsbereichen - Kenntnis von der durch die Krankenkasse genehmigten Gesamtplanung, die sie für die Plausibilisierungsprüfung der Abrechnungen benötigt. Sie dient der Erfüllung des gesetzlichen Auftrags der KZV zur Abrechnungsprüfung. Damit wurde dem Anliegen der KZBV, welches bereits Gegenstand der Vereinbarung mit dem BDK in Abstimmung mit der DGKFO und der DGZMK war, genüge getan.

Alle Regelungen sollen zum 01.07.2018 in einem einheitlichen Bundesmantelvertrag, der sowohl für die Primär- als auch die Ersatzkassen gilt, in Kraft treten.

Auf Nachfrage wird erläutert, dass die Übermittlung des KFO-Behandlungsplans an die KZV elektronisch als Datensatz über den PVS-Hersteller erfolgen solle. Ein Eingriff des Kieferorthopäden wird demgemäß nicht erforderlich. Auch Therapieänderungsanträge

und Verlängerungsanträge werden dementsprechend gemeldet. Eine weitere Nachfrage betraf die Abgleichung der Plandaten mit den Abrechnungsdaten. Hierzu wird erläutert, dass die KZV zukünftig in der Lage sein wird, unberechtigte Regressforderungen der Krankenkassen zu erkennen und abzuwehren, da diesen dann die gleichen Unterlagen vorliegen wie den Krankenkassen.

### **TOP 3: Digitale Zahnheilkunde**

An die KZBV wurden diverse Anfragen zur digitalen Zahnheilkunde gerichtet. Insbesondere zur Abrechenbarkeit intraoraler Abformungen, der Verwendung im Gutachterverfahren und bei Behandlerwechsel.

Herr Dr. Lassak berichtet hierzu, dass sich die KZBV bislang nicht zur Abrechnungsfähigkeit geäußert habe. Derzeit sei die optisch-elektronische Abformung nicht als Inhalt der Gebühren-Nrn. 7a und 117 des BEMA's anzusehen. Sie entspräche nicht den Leistungsbeschreibungen dieser Gebührenpositionen.

Im Rahmen des Gutachterverfahrens könne die Verwendung digitaler Abformungen nicht grundsätzlich verneint werden. Im Rundschreiben der KZBV vom 03.12.2015 wurde ausgeführt, dass Voraussetzung für deren Anerkennung sei, dass alle Anforderungen, die an herkömmliche Modelle gestellt werden, erfüllt werden müssen. Die Möglichkeit, die ursprünglich übertragene Mundsituation zu verändern, müsse ausgeschlossen sein.

Bei einem Behandlerwechsel habe der Folgebehandler grundsätzlich einen Anspruch auf ein physikalisch hergestelltes gefrästes bzw. ausgedrucktes Modell im Sinne der BEMA-Nr. 7a.

Herr Hendges berichtet, die KZBV habe auf ihrer Vertreterversammlung im September 2017 ein 10-Punkte-Papier zur Digitalisierung des Gesundheitswesens mit der Schlagzeile „Chancen nutzen, Datenschutz und Datensicherheit gewährleisten“ vorgestellt. Zunächst sei die Politik gefragt, die Rahmenbedingungen der Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung zu schaffen und digitale Prozesse rechtssicher zu etablieren. Insbesondere der Datenschutz müsse gewährleistet werden. Die Digitalisierung soll den Bürokratieaufwand verringern und/oder eine Verbesserung der Versorgung ermöglichen. Dazu bedürfe es des Zusammenwirkens der Akteure der Digitalisierung. Nutzer, Wissenschaft und Industrie müssen sinnvolle digitale Anwendungen entwickeln. Um gesetzliche Verpflichtungen erfüllen zu können, müsse die Industrie die erforderlichen Prozesse schnell und kostengünstig zur Verfügung stellen. Danach obliege es der Selbstverwaltung, die Vergütung hierfür festzulegen. Ein mögliches Szenario bestehe darin, dass im Rahmen der digitalen Zahnheilkunde ein Konzept erarbeitet werde, welches dann in den entsprechenden Gremien der Selbstverwaltung (G-BA, IQTIG, IQWIG) einer Entscheidung zugeführt werden soll. Dabei werden Fragen der Evidenz, der Methodenbewertung und der Wirtschaftlichkeit eine Rolle spielen. Danach wären mit dem GKV-SV im Hinblick auf den Bewertungsausschuss Abrechnungsmöglichkeiten zu besprechen.

Das Thema Digitalisierung in der Zahnheilkunde spiele in der Zukunft, so Herr Hendges, eine große Rolle (Beispiel: elektronische Patientenakte). Man könne nicht einzelne Teile wie die digitale Abformung herausgreifen und gesondert beurteilen. Mit dem Thema Digitalisierung müsse insgesamt sehr sensibel umgegangen werden. Die KZBV vertrete aber schon heute die Auffassung, dass die Archivierung von Modellen zukünftig digital möglich werden soll. Hierfür setze sich der Vorstand der KZBV ein.

#### **TOP 4: Gutachterstatistik**

Herr Gey stellt die Zahlen der Gutachter- und Obergutachtertätigkeit im Jahre 2016 vor. Danach zeigt sich, dass die Gutachtenzahlen insgesamt in allen Leistungsbereichen seit Jahren rückläufig sind. Eine Ausnahme bildet der KFO-Bereich, in dem erstmalig die Begutachtungszahl höher liegt, als in den beiden Vorjahren. Die Begutachtungsquote beträgt ca. 11 %. Auch die Obergutachterzahlen sind in den letzten 2 Jahren angezogen.

Bei zuletzt knapp 51.000 Gutachten kam es nur in 133 Fällen auch zu Obergutachten. Dies entspricht einer Quote von 0,25 %. Die 228 Gutachter der KZVen erstellten durchschnittlich 223 Gutachten. In diesem Zusammenhang wird dazu geraten, in den KZVen eine ausreichende Anzahl an Gutachtern zu bestellen, da in manchen KZV-Bereichen die Anzahl je Gutachter sehr hoch erscheint. Die Ergebnisse der Gutachtertätigkeit zeigen, dass ca. 50 % aller Behandlungsfälle befürwortet, fast jeder 5. Fall nicht befürwortet und 1/3 der Fälle nur teilbefürwortet werden.

Bei 133 Obergutachten wurden mehr als 70 % der Behandlungspläne nicht befürwortet, so dass die Gutachten in der Mehrzahl der Fälle bestätigt wurden.

Herr Dr. Lassak bittet die Tagungsteilnehmer evtl. Zusatzfragen, die Krankenkassen anlässlich des Begutachtungsauftrags stellen, der KZBV zur Auswertung zur Kenntnis zu geben.

#### **TOP 5: Themen aus der Obergutachterbesprechung**

Herr Dr. Lassak führt aus, dass in der Obergutachterbesprechung am Vortag über die Gründe beantragter Obergutachten diskutiert wurde. Zum einen sei die Feststellung einer Ausnahmeindikation bei Erwachsenenbehandlung ein Hauptstreitthema. Hier stelle sich immer wieder die Frage, ob es ein Fall sei, der operiert werden müsse. Zweiter Schwerpunkt war die unterschiedliche KIG-Einstufung zwischen Behandler und Gutachter.

#### **TOP 6: Suchdatei für Gutachtendokumentation**

Herr Dr. Thedens stellt eine Suchdatei vor, die im geschlossenen Bereich auf der Homepage der KZV für alle Gutachter der KZV Bremen eine Hilfestellung bezüglich früherer Tagungen, Protokolle, Gutachtergespräche, Rundschreiben der KZV etc. geben

soll. Zur Suche ist eine Stichwortangabe erforderlich. Die anderen KZVen können sich gern an die KZV Bremen wenden, die hier unterstützend tätig werden kann.

Herr Hendges merkt hierzu an, dass innerhalb der KZVen geklärt werden müsse, welche Informationen den Fachreferenten bzw. den Gutachtern per Datenbank zur Verfügung gestellt werden können. Über weitere Zugriffe, z.B. der Vertragszahnärzte, müssen dann die Vorstände der KZVen entscheiden. Die KZV Bremen hat nachträglich mitgeteilt, dass der Datenbankzugriff nur auf die Gutachter der KZV eingeschränkt worden sei.

## TOP 7: Eingereichte Fragen

### 7.01 Behandlungen im Milchgebiss bei Kreuzbissen

Grundsätzlich ist die Zuordnung zur kieferorthopädischen Indikationsgruppe K nur möglich, wenn am seitlichen Kreuzbiss auch permanente Zähne beteiligt sind (siehe Anlage 2 zu Abschnitt B 2 der geltenden KFO-Richtlinie). Die Bestimmungen der Zuordnungen zu den kieferorthopädischen Indikationsgruppen wurden im Jahre 2002 erlassen. Zum 01.01.2004 wurde zusätzlich die Frühbehandlung in die KFO-Richtlinien eingeführt. Danach kann die Frühbehandlung ab dem 4. Lebensjahr beantragt werden. Zu diesem Zeitpunkt sind jedoch noch keine bleibenden Zähne vorhanden.

Die KZBV hat am 12.05.2006 eine Stellungnahme zur KFO-Frühbehandlung in Übereinstimmung mit den KFO-Referenten der KZVen, den KFO-Obergutachtern der KZBV, der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie und dem BDK zur Beteiligung von permanenten Molaren bei der Frühbehandlung eines lateralen Kreuz- oder Zwangsbisses abgegeben. Danach gelte nach dem Grundsatz zur Indikation einer KFO-Behandlung im Milchgebiss auch bereits nach dem Wortlaut in Nr. 8 c der KFO-Richtlinien

- bei ausgeprägten skelettalen Dysgnathien,
- die zur Progredienz neigen,
- eine Wachstumshemmung zur Folge haben können
- oder deren erfolgreiche Behandlung zu einem späteren Zeitpunkt erschwert bzw. unmöglich erscheint,

die Unterbrechung der Progredienz und Normalisierung von Form und Funktion bereits im Milchgebiss, auch ohne Vorhandensein der Sechsjahrmolaren. Insoweit gelten die Erläuterungen gem. Anlage 2 der KFO-Richtlinien zur Gruppe K, die die Beteiligung permanenter Seitenzähne am seitlichen Kreuzbiss verlangen, nur für die „normale“ KFO-Behandlung im späten Wechselgebiss gem. Nr. B 7 der KFO-Richtlinien.

### 7.02 KFO-Behandlungsplan

Die Fragestellung bezog sich darauf, dass ein KFO-Behandlungsplan insgesamt schlüssig sein müsse, damit sich der Gutachter ein umfassendes Bild über die geplante Behandlung machen könne. Es fehle aber beispielsweise an der Angabe einzelner verwendeter Geräte, soweit diese als Mehr- oder Zusatzleistungen privat mit dem

Patienten abgerechnet würden. Dadurch sei eine Plausibilitätsprüfung im Einzelfall nicht immer möglich.

Herr Dr. Lassak meint, der Gutachter müsse in solchen Fällen beim Behandler nachfragen, welche Geräte eingesetzt werden sollen.

### **7.03 Gegossene Geräte (GNE und Herbstscharnier); im Rahmen der vertragszahnärztlichen Behandlung abrechenbar?**

Herr Dr. Lassak vertritt die Auffassung, dass gegossene Geräte nicht im Leistungskatalog der GKV enthalten sind. Solche Geräte beinhalteten keine Bänder nach Nr. 126b und stellen außervertragliche Leistungen dar. In der Vereinbarung mit dem BDK wurde festgehalten, dass die Eingliederung einer gegossenen GNE eine Zusatzleistung darstellt.

### **7.04 Begrenzung der Geb.-Nr. 126a**

Die Regel sei, dass die Geb.-Nr. 126a einmal je Zahn abrechnungsfähig ist.

### **7.05 Handaufnahme bei einer kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Behandlung; ist sie notwendig?**

Eine Altersangabe bezüglich der Notwendigkeit der Erhebung einer Wachstumsanalyse sei nicht pauschal möglich. In einem OP-Grenzfall könne die Handaufnahme erforderlich sein.

### **7.06 KIG E - Kontaktpunktabweichung im Verhältnis zum idealen Zahnbogen**

Es wird auf die Vereinbarung der KZBV und dem GKV-Spitzenverband hingewiesen. Danach seien Kontaktpunktabweichungen zum idealen Zahnbogen maßgebend und zwar nur für Schneidezähne. Eine Abweichung distal der seitlichen Schneidezähne sei der Gruppe P zuzuordnen.

### **7.07 Rechtfertigende Indikation von Röntgenaufnahmen**

Ein Kieferorthopäde habe sich geweigert, Röntgenaufnahmen anzufertigen und dem Gutachter vorzulegen. Er sah keine rechtfertigende Indikation für die Anfertigung von Röntgenaufnahmen.

Herr Dr. Lassak erklärt, das eine richtliniengemäße Planung erforderlich sei. Der Gutachter habe festzustellen, ob er die Begutachtung ohne Röntgenaufnahmen vornehmen könne. Sei dies nicht möglich, und stelle der Behandler die erforderlichen Unterlagen nicht zur Verfügung, könne der Gutachter das Gutachten nicht erstellen und müsse den Auftrag zurückweisen bzw. ablehnend beurteilen.

## 7.08 Abrechnung der Gebühren-Nr. 5

Es wird vorgetragen, dass die Behandlungsplanung erfolgt sei, der Behandlungsplan aber der Kasse nicht vorgelegt worden ist, da die Abrechnung nicht vom Einreichen oder der Genehmigung der Krankenkasse abhängig sei. Könne in diesem Fall die Gebühren-Nr. 5 zu 100 % abgerechnet werden?

Herr Dr. Lassak stellt klar, dass es sich um eine Kostenerstattungsleistung handelt, die zu 80 bzw. 90 % abgerechnet werden müsse. Allerdings könne es auf Landesebene Vereinbarungen geben, die eine vollständige Erstattung für diese Fälle vorsehen.

Bezüglich der Abrechnungsfähigkeit der Gebühren-Nr. 5 hat die KZBV bereits vor einiger Zeit wie folgt ausgeführt:

„Die Gebühren-Nr. 5 "Kieferorthopädische Behandlungsplanung" beinhaltet laut Leistungsbeschreibung die Entwicklung eines befundorientierten Therapiekonzepts sowie Aufklärung des Patienten und Dokumentation, einschl. Erstellung eines Behandlungsplanes. Dies bedeutet nach Auffassung der KZBV, dass der Behandlungsplan nach Abwägung der Vor- und Nachteile einer Therapiemaßnahme (Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit) und nach vorheriger Zustimmung des Patienten zum Behandlungsvorgehen zur leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse zugeleitet wird. Dafür erhält der Zahnarzt dann das Honorar.“

Im Bema-Rundschreiben 2003 wurde ausgeführt, dass folgende Bestandteile zu der Leistung nach Gebühren-Nr. 5 gehören:

1. die Entwicklung eines befundorientierten Therapiekonzepts
2. die Aufklärung des Patienten
3. die Dokumentation
4. die Erstellung eines Behandlungsplans.

Es wird diesbezüglich auch auf die Ergebnisniederschrift der KFO-Referententagung aus dem Jahr 2008 Bezug genommen. Dort heißt es:

„Von Referentenseite wird ausgeführt, dass die Abrechnungsbestimmung zu Gebühren-Nr. 5 des BEMA vorsieht, dass der Patient aufzuklären sei und den Behandlungsplan ausgehändigt bekomme. Es wird dazu die Frage gestellt, wie abzurechnen sei, wenn der Patient nach Planerstellung nicht mehr in der Praxis erscheine. Die Krankenkasse habe hier bei der Abrechnung der Gebühren-Nr. 5 einen Regress gestellt, da der Behandlungsplan dort noch nicht vorlag; sollte der Plan denn schon nach Anfertigung ohne Einverständnis des Patienten an die Krankenkasse gesandt werden?

Die KZBV erklärte hierzu, die Abrechnungsbestimmung zu Gebühren-Nr. 5 laute:

“..... Die Dokumentation ist dem Patienten anzubieten und auf Wunsch auszuhändigen.“



Der Zahnarzt entwickle die Therapie und biete sie dem Patienten an. Dann habe der Zahnarzt alles getan und er könne den Plan an die Krankenkasse schicken, selbst dann, wenn es später gar nicht zur Behandlung käme.“

### **7.09 Muss die KIG-Einstufung bei einer kombinierten kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Therapie zwingend mit der schweren skelettalen Abweichung übereinstimmen?**

Bei einem erwachsenen Patienten mit Deckbiss und skelettaler Klasse II sowie einer sagittalen Stufe von 5 mm wurde eine kombinierte kieferorthopädisch-kieferchirurgische Maßnahme geplant (KIG D2). Eine KIG-relevante Einstufung lag durch eine bukkale Nonokklusion von 14/44 (KIG B4) vor. Diese Nonokklusion soll dentoalveolär korrigiert werden. Insofern sei für die Nonokklusion keine orthognathe Chirurgie notwendig. Könne dieser Behandlungsplan zu Lasten der Krankenkasse abgerechnet werden?

Herr Dr. Lassak sieht dies als Grenzfall. Grundsätzlich müsse eine skelettale Anomalie entsprechend der KFO-Richtlinie B 4 vorliegen. Man müsse im Einzelfall anhand der Befundunterlagen entscheiden, ob die Behandlung zu Lasten der GKV abgerechnet werden könne.

### **7.10 Sind Umstellungsosteotomien bei Schlaf-Apnoe-Patienten im Rahmen einer kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Therapie erwachsener Patienten zu befürworten?**

Grundsätzlich sieht Herr Dr. Lassak bei einem Schlaf-Apnoe-Patienten keine Indikation für eine kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgische Therapie im Sinne der KFO-Richtlinie. Bei diesem Patienten lag auf Nachfrage eine KIG M4 vor. Eine skelettale Anomalie und eine chirurgische Indikation war aber gegeben, so dass man diesem Patienten eine GKV-Behandlung nicht vorenthalten könne. Die leistungsrechtliche Entscheidung habe die Krankenkasse zu treffen.

### **7.11 Abrechenbarkeit der Gebühren-Nrn. 7a und 117 bzw. Ä934a und 118 bei Verlängerungsbehandlung bei Behandlerwechsel bzw. Praxisübernahme**

Grundsätzlich gelten die Beschränkungen der Abrechnungsbestimmungen des BEMA. Die Gebühren-Nrn. 7a und 117 sind bis zu dreimal (kombiniert KFO/KCH-Therapie bis zu viermal) im Laufe einer KFO-Behandlung abrechenbar; die Gebühren-Nrn. Ä934a und 118 entsprechend zwei- und dreimal. Die KZBV hat im Jahr 2005 mit dem GKV-Spitzenverband vereinbart, dass bei einem Verlängerungsantrag je einmal die Gebühren-Nrn. 7a und 117 zusätzlich abgerechnet werden können. Bei einem Behandlerwechsel z.B. wegen Umzug des Patienten, vertritt Herr Dr. Lassak die Auffassung, dass der Folgebehandler in diesen Fällen für die Befunderhebung erforderliche diagnostische Leistungen abrechnen können müsse. Anders verhielte es sich bei der Praxisübernahme. Der Übernehmer tritt in die laufenden Fälle ein und hat insoweit die Vor- und Nachteile

einer Praxisübernahme hinzunehmen. In einzelnen Fällen könne bei medizinischer Notwendigkeit ein Therapieänderungsantrag gestellt werden.

**7.12 Wie sollte ein Gutachter verfahren, wenn er feststellt, dass alle Behandlungspläne einer Praxis im abgelaufenen Jahr abgelehnt wurden und kein Obergutachten beantragt wurde**

Der Gutachter hat seinen Gutachtenauftrag zu erfüllen. Derartige Fälle sollten der KZV mitgeteilt werden.

**7.13 Bei jeder Bracket-Nachbeantragung möchte die Krankenkasse wissen, welche Zähne erneut beklebt werden sollen um zu prüfen, ob hierfür bereits ein Nachantrag gestellt wurde. Besteht hierzu eine Verpflichtung?**

Die Abrechnung der Gebühren-Nr. 126 erfordert vertragsrechtlich keinen Zahnbezug. Dies gilt beispielsweise auch zur Nachfrage einer Krankenkasse bei KIG D4 nach der genauen Millimeterangabe des Distalbisses. Die Einstufung der sagittalen Stufe ist möglich bei über 6 bis 9 mm. Ist die Krankenkasse damit nicht einverstanden, kann ihr empfohlen werden, das vertragliche Gutachterverfahren einzuleiten.

**7.14 Abrechnung der Gebühren-Nr. 01k bei Behandlungsübernahme**

Ist eine Abrechnung nur bei einer Therapieänderung oder einem Verlängerungsantrag möglich oder auch bei einer Praxisübernahme?

Eine Abrechnung ist nicht grundsätzlich ausgeschlossen. Sofern eine Therapieänderung erforderlich wird oder ein Verlängerungsantrag vertragsrechtlich korrekt erstellt werden kann, ist zur Befunderhebung die Geb.-Nr. 01k abrechenbar.

**8. Sonstiges**

Zu welchem Prozentsatz kann die Frühbehandlung eines Kiefers bei gleichzeitiger Eingliederung eines Lückenhalters im anderen Kiefer abgerechnet werden.

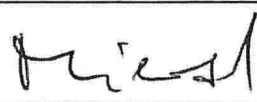
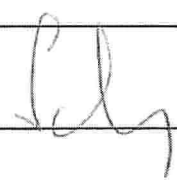
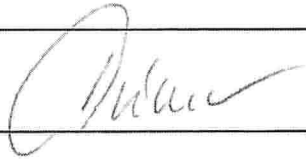
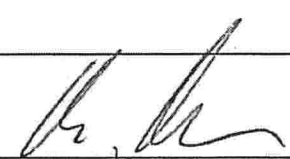

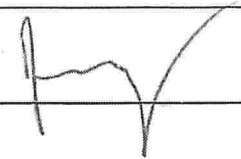
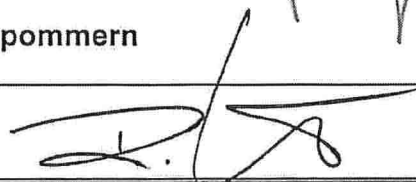
Dies sei schwierig zu beantworten, da die PVS-Programme keine getrennte Abrechnung zuließen. Herr Dr. Lassak empfahl, die Abrechnung beider Kiefer zu 80 bzw. 90 % vorzunehmen.

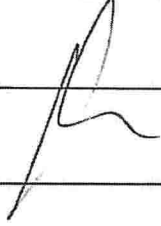
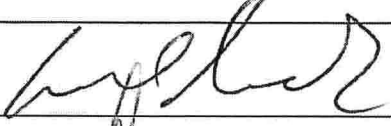




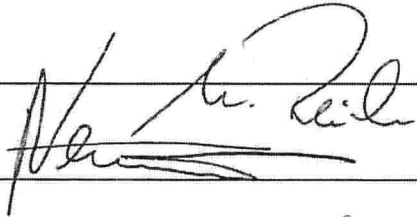
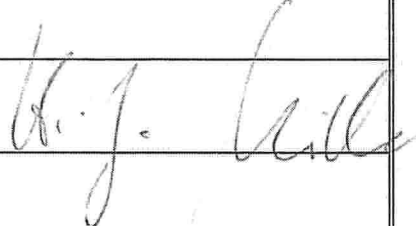

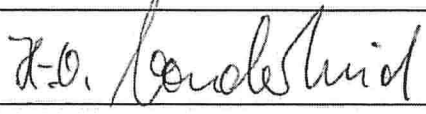
Abschließend bedankt sich Herr Dr. Lassak bei den Teilnehmern, wünscht eine gute Weihnachtszeit und alles Gute für das neue Jahr.

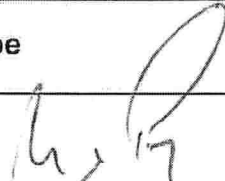

Köln, 08.01.2018

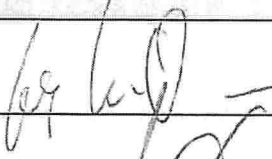

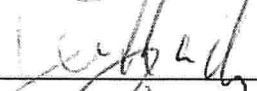





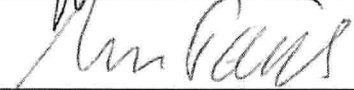


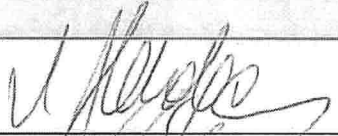



# ANWESENHEITSLISTE

KFO-Obergutachter/-Referententagung am 1. Dezember 2017  
im Kölner Zahnärztheaus

NAME	Unterschrift
<b>Baden-Württemberg</b>	
Dr. Patricia Miersch	
<b>Bayern</b>	
Dr. Anton Schweiger	
<b>Berlin</b>	
Hans-Ulrich Schrinner	
<b>Brandenburg</b>	
Dr. Benno Damm	
<b>Bremen</b>	
Dr. Knut Thedens	
<b>Hamburg</b>	
Dr. Stefan Buchholtz	
<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	
Dr. Lutz Knüpfer	

NAME	Unterschrift
<b>Niedersachsen</b>	
Dr. Christian Mauck	
<b>Nordrhein</b>	
Dr. Karl B. Reck	
Klaus Ohoven	
<b>Rheinland-Pfalz</b>	
Dr. Bernd Prestel	
Dr. Martin-Josef Klein	
<b>Saarland</b>	
Dr. Reinhard Haßdenteufel	
<b>Sachsen</b>	
Dr. Uwe Nennemann <i>Reich</i>	
<b>Sachsen-Anhalt</b>	
Dr. Hans Jörg Willer	
<b>Schleswig-Holstein</b>	
Dr. Nils Borchers	
<b>Thüringen</b>	
DS Hans Otto Vonderlind	

NAME	Unterschrift
<b>Westfalen-Lippe</b>	
Dr. Dietmar Paddenberg	
Dr. Ulrich Kritzler	

Obergutachter	
Dr. Georg Beckmann-van der Veen	
Prof. Dr. Bert Braumann	
Dr. Klaus-D. Gerhardt	
Prof. Gernot Göz	
Dr. Arved Heß	
Prof. Dr. Bärbel Kahl-Nieke	
Dr. Roland Krysewski	
Dr. Esfandiar Modjahedpour	
Dr. Uwe Nennemann	
Dr. Hans-Jürgen Pauls	
Dr. Eva Stiller	
Dr. Joachim Weber	
KZBV	
Martin Hendges	
Dr. Christoph Lassak	
Bristle	
Gey	
Suckel	