

Diagnostik ist mehr als Behauptung:

„Bruxismus, K1 – das reicht doch?!“

Ein Beitrag von Gäbi Schäfer

[ABRECHNUNG]

Warum Schienen in der Wirtschaftlichkeitsprüfung an der Diagnostik scheitern und wann die Funktionsanalyse privat dazukommt – das verrät der folgende Beitrag.



Infos zur
Autorin



Mein Merksatz:

„Eingeschränkte Mundöffnung“ ist eine Behauptung, „SKD 37 mm“ ist ein Befund. **Prüfgremien lesen keine Eindrücke, sie lesen Werte.**

„Abformung OK/UK“. Zwei Wochen später „Schiene eingegliedert, K1“. Mehr stand nicht in der Kartei, die mir eine Praxis zur Vorbereitung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung geschickt hatte. Die Diagnose „Bruxismus“ fand sich nur auf dem Schienenformular für die Krankenkasse. Entsprechend knapp fiel der Bescheid aus: „Alle Schienentherapie-Leistungen werden wegen fehlender Diagnose und Indikation im Karteiblatt gestrichen.“

Denn geprüft wird das Karteiblatt, nicht das Formular. Befund, Diagnose und Indikation müssen hier stehen – und nachträglich lässt sich nichts retten: Aufzeichnungen, die erst mit zeitlichem Abstand entstehen, haben keinen Beweiswert.¹

Ist Bruxismus keine Diagnose?

Jedenfalls keine, die eine Kassenschiene trägt. Die S3-Leitlinie *Diagnostik und Behandlung des Bruxismus*² beschreibt Bruxismus als Aktivität der Kaumusculatur, die bei ansonsten Gesunden ausdrücklich keine Erkrankung ist. Die Behandlungsrichtlinie des G-BA verlangt aber ein Krankheitsbild (Abschnitt B.VI Nr. 2a): „Das Eingliedern eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche kann angezeigt sein bei Kiefergelenkstörungen, Myoarthropathien und zur Behebung von Fehlgewohnheiten.“ Die Indikation entsteht also nicht aus dem Knirschen, sondern aus seinen Folgen, und die muss man messen.

Was hätte in der Kartei stehen müssen?

Zahlen statt Adjektive. Untersucht hatte die Zahnärztin durchaus, nur aufgeschrieben hatte sie es nicht. Prüfungsfest hätte der Eintrag etwa so gelautet: Schneidekantendistanz schmerzfrei 32 mm, maximal aktiv 37 mm, Deflexion 3 mm nach rechts, M. masseter beidseits druckdolent mit vertrautem Schmerz, Knacken im rechten Kiefergelenk bei Öffnung und Schluss, Attrition bis ins Dentin, odontogene Ursache ausgeschlossen. Daraus folgt die Diagnose „Myoarthropathie“, daraus die Indikation nach B. VI Nr. 2a – und erst dann die K1.

Mein Merksatz: „Eingeschränkte Mundöffnung“ ist eine Behauptung, „SKD 37 mm“ ist ein Befund. Prüfgremien lesen keine Eindrücke, sie lesen Werte.

1 Hess. LSG, Urteil vom 15.1.2020, L 4 KA 44/15

2 AWMF 083-027

Wenn wir gründlicher untersuchen?

Dann gilt zunächst § 28 Abs. 2 Satz 8 SGBV: „Ebenso gehören funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen nicht zur zahnärztlichen Behandlung; sie dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden.“

Die Schiene wird dadurch aber nicht automatisch privat. Liegt eine Indikation nach der Richtlinie vor – Kiefergelenkstörung, Myoarthropathie oder Fehlgewohnheit –, bleibt der Sachleistungsanspruch erhalten. Die KZBV stellt in ihrer Publikation *Schnittstellen zwischen BEMA und GOZ* klar: „Funktionsanalytische Leistungen nach den Nrn. 8000ff. GOZ sind auch zur Vorbereitung der Eingliederung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche nach der Nr. K1 BEMA vereinbarungsfähig.“ Fehlt dagegen die Kassenindikation, ist die Schiene ein Funktionstherapiegerät und wird mitsamt Funktionsanalyse komplett privat berechnet.



Wie die Schienentherapie vom Erstbefund bis zur letzten Kontrolle prüfungsfest wird, zeigen Onlineseminare der Synadoc.

Alle Infos und Termine auf
www.synadoc.ch.

Wann wird gestrichen?

Genau an dieser Nahtstelle. In einem anderen Verfahren stand die Gesichtsbogenmontage sauber in der Kartei – die Indikation nach der Richtlinie und eine private Vereinbarung dagegen nicht. Für die Prüfungsstelle war der Aufbissbehelf damit eine funktionstherapeutische Maßnahme, und die K1 wurde gekürzt.

Richtig geht es so: Indikation dokumentieren, Funktionsanalyse und -therapie vor Behandlungsbeginn schriftlich privat vereinbaren (§ 8 Abs. 7 BMV-Z) und die Schiene als K1 abrechnen. Das Labor stellt zwei Rechnungen: die Schiene nach BEL II ohne das Einstellen in den Mittelwertartikulator (BEL-Nr. 012 0) und die Montage im justierbaren Artikulator nach BEB gemäß § 9 GOZ. ■



Synadoc AG
Infos zum
Unternehmen

ANZEIGE



Philipp Kaiser
Dandy Support Team

Bin jetzt zugeschaltet, Frau Dr. Weber.

Approximalkontakt 36 distal noch nicht vollständig erfasst – bitte kurz nachscannen.

Präparationsgrenze klar erkennbar. **ALLES ERFASST**

Bei Dandy prüft auf Wunsch ein Zahntechniker Ihren Scan – bevor der Patient aufsteht.

Präparationsgrenze, Unterschnitte, Okklusion – eine Korrektur kostet zwei Minuten, nicht einen zweiten Termin.

Sie kennen den Anruf: Das Labor meldet sich am nächsten Tag, die Präparationsgrenze ist nicht sauber erfasst, der Patient muss neu einbestellt werden.

Bei Dandy entscheiden Sie, wann Sie ein zweites Paar Augen wollen – bei schwierigen Fällen oder wenn ein neuer Behandler scannt. Routinefälle scannen Sie einfach durch.

Der Scanner ist in Ihrer Partnerschaft inkludiert.

Dandy Vision scannt einen Ganzkiefer in 45 Sekunden, ohne Kalibrierung – als erster Scanner für die Praxis, die noch abformt, oder als zweiter für mehrere Behandler.

Unter 3 % Neuanfertigungen.

Mehr als 8.000 Praxen weltweit arbeiten mit Dandy, die Neuanfertigungsrate liegt unter 3 Prozent. Jedes Design geben Sie auf Wunsch vor der Fertigstellung frei.



**JETZT 30 TAGE
KOSTENLOS
TESTEN**

Der Scanner ist in Ihrer Partnerschaft inkludiert.

meetdandy.com/de

dandy

DAS DIGITALE DENTALLABOR