



„Es kommt auf die Diagnose an“

Wie man Regresse bei der Schienentherapie vermeiden kann

In der Schienentherapie werden vergleichsweise viele Rückforderungsanträge von Krankenkassen gestellt. Wir sprachen mit Dr. Michael Rottner, Referent für die Qualitätsgremien der KZVB, worauf Zahnärzte achten sollten, um nicht davon betroffen zu sein.

BZB: Bei der KB-Behandlung (Kieferbruch), zu der auch Schienen gehören, tauchen immer wieder einmal Stolpersteine auf. Welche sind das?

Rottner: In den Gremien der KZVB bestehen Anträge der Krankenkassen auf Rückzahlungen bei Schienentherapien. Diese Anträge sind sowohl formal als auch fachlich begründet und können nicht immer zurückgewiesen werden. In Bayern wird jährlich 241 000 mal die Bema-Nr. K1 und 42 000 mal die Bema-Nr. K2 abgerechnet. Bei einigen dieser Leistungen kommt es zu Unstimmigkeiten, die teils zu Rückforderungen führen. Häufig ist dann das Referat mit diesen Dingen betraut und beschäftigt.

BZB: Auf was sollten die Praxen achten, um solche Anträge zu vermeiden?

Rottner: Wichtig ist aus meiner Sicht die richtige Diagnose, die dann automatisch zur richtigen Indikation und Therapie führt. Auch um die Statistik sollte man sich in seiner Praxis Gedanken machen. Ist die Zahl abgerechneter K2 (nicht adjustierte Schiene) wesentlich höher als die K1 (adjustierte Schiene) und ist kein Tätigkeitsschwerpunkt vorhanden, ist das fachlich schwer nachzuvollziehen.

BZB: Was ist bei der Indikationsstellung zu beachten?

Rottner: Es ist zwingend notwendig, die Anamnese und Untersuchung zu dokumen-

tieren. Gemeint ist damit, mit welchem Beschwerdebild (Schmerzen, Verspannungen, Knirschen, Kiefergelenksbeschwerden etc.) der Patient in die Praxis kommt und welche Untersuchungen man vornimmt. Hilfreich ist es hier, systematisch vorzugehen. Dazu gibt es entsprechende Checklisten. Diese sind bei den Fachgesellschaften wie der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und Therapie (DGFD) oder der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) zu finden. Auch ein Vorgehen nach den Vorgaben von Jakstat/Ahlers ist denkbar. Diese Befunderhebung ist zwingend zu dokumentieren. Allein der Eintrag CMD oder Bruxismus reicht nicht aus.

BZB: Was ist konkret als Beispiel bei Bruxismus zu dokumentieren?

Rottner: Hier ist die Dokumentation des individuellen Befundes des Patienten notwendig. Gemeint ist damit zum Beispiel, ob mit dem Bruxismus Abrasionen, Muskelverspannungen oder Schmerzen vergesellschaftet sind. Man sollte sich auch die Frage stellen, ob und in welcher Form Behandlungsbedarf besteht.

BZB: Wenn Indikation und Anamnese feststehen, wie geht es dann weiter?

Rottner: Entscheidend ist die richtige Diagnose, hier wieder ein Beispiel: Nehmen wir den Bruxismus. Hier ist davon auszugehen, dass dieser in der Regel schon länger besteht und kein unverzüglicher Handlungsbedarf nötig ist. In diesen Fällen muss eine Kieferbruchbehandlung bei der Krankenkasse beantragt werden, mit der Behandlung sollte allerdings erst nach Genehmigung durch die Krankenkasse begonnen werden. Dies bedeutet, die Abdrucknahme sollte erst nach der Kostenübernahmeerklärung durch die Krankenkasse vorgenommen werden. Wichtig ist auch, die Diagnose auf dem Kieferbruchplan korrekt zu stellen. Der alleinige Eintrag CMD oder Bruxismus reicht in der Regel nicht aus. Hiermit ist keine romanhafte Darstellung der Befunde gemeint, aber ein Kurzbefund ist durchaus hilfreich. So wäre es sinnvoll, zum Beispiel bei Bruxismus zu beschreiben, ob dieser mit Schmerzen, Kiefergelenksbeschwerden, Muskelverspannungen oder -beschwerden, Diskusverlagerung etc. vergesellschaftet ist. Auch die Therapieform ist wichtig. So wäre in der Regel die richtige Therapieform hier eine Schiene nach Bema-Nr. K1 aus entsprechendem Hartkunststoff. Dies dient dazu, eine reproduzierbare definierte Bisslage herzustellen und den Patienten in eine entspannte Ruheposition zu führen.

Viele Patienten wünschen sich instinktiv eine weiche Schiene und verbinden „weich“ mit Komfort. Je nach Diagnose kann aber eine weichbleibende Zahnschiene mehr schaden als nutzen. So kann zum Beispiel bei Bruxismus die weiche Schiene kurzfristig Beschwerden lindern, aber der Patient findet keinen Halt mehr und beginnt wieder auf der weichen Schiene zu knirschen. Das neuromuskuläre System

stellt sich nicht neu ein, da die klare Führung verloren geht. Statt einer dauerhaften Entspannung besteht die Gefahr, dass der Patient auf Dauer noch stärker presst und knirscht. Insbesondere bei der Abrechnung von adjustierten Schienen ist deshalb der Einsatz von Weichkunststoff in der Regel kontraindiziert.

BZB: Und wo bestehen dann die Probleme bei der Rückforderung?

Rottner: Rückforderungsanträge können entstehen, wenn zum Beispiel bei Therapieformen von Erkrankungen wie Bruxismus, Muskelverspannungen, Diskusverlagerungen etc. ohne dokumentiertes akutes Schmerzgeschehen die falsche Therapieform beantragt und abgerechnet wird. So kann es passieren, dass bei massivem Bruxismus innerhalb kurzer Zeiträume nicht adjustierte Schienen durchgebissen und unbrauchbar werden und innerhalb eines Jahres mehrfach Schienen nach K2 abgerechnet werden. Dies ist unwirtschaftlich, nicht indikationsgerecht und führt zu Rückfragen durch die Krankenkassen. Wenn jetzt auf den beantragten Plänen ohne weiteren Kommentar nur der Eintrag CMD oder Bruxismus zu finden ist und auch in der Kartei außer dem Therapieverlauf weder Indikation noch Diagnose zu finden sind, kann die KZVB eventuelle Regressforderungen schwerlich abwehren.

BZB: Sie haben die nicht adjustierte Schiene erwähnt. Wann ist diese dann indiziert und abrechenbar?

Rottner: Die nicht adjustierte Schiene nach Bema-Nr. K2 ist eine Therapieform, die in der nicht auf craniomandibuläre Erkrankungen spezialisierten Praxis selten notwendig wird. Sie wird notwendig, wenn der Patient mit akutem Schmerzgeschehen in der Praxis vorstellt wird.

Reicht in diesen Fällen eine medikamentöse oder physiotherapeutische Schmerzbehandlung nicht aus bzw. erscheint sie aus der Diagnostik heraus als nicht zielführend, kann die vorübergehende Unterbrechung der Okklusionskontakte sinnvoll sein und ein sofortiger Behandlungsbeginn notwendig werden. Das heißt, ich kann mit der Behandlung anfangen, sollte aber trotzdem unverzüglich bei der Krankenkasse einen Antrag stellen. Wichtig

ist auch in diesen Ausnahmefällen eine exakte Dokumentation.

Nach Abklingen der Schmerzen ist das Behandlungsziel neu zu bestimmen und festzulegen. Ein mehrfacher Einsatz einer nicht adjustierten Schiene in kurzen Zeitabständen ist in den meisten Fällen fachlich nicht indiziert.

BZB: Muss bei der Abrechnung der Bema-Nr. K2 zwingend ein harter Kunststoff verwendet werden oder ist auch ein weichbleibender Kunststoff möglich?

Rottner: Ist eine nicht adjustierte Schiene notwendig, ist auch der Einsatz von Weichkunststoff möglich und kann zum Behandlungsziel führen.

BZB: Zu guter Letzt: Wie sind Schienen zu bewerten, die kurz nach Eingliederung von umfangreichem Zahnersatz eingegliedert werden?

Rottner: In der Regel sollten Befunde, die eine Schienentherapie erfordern, vor der Eingliederung von Zahnersatz erfolgreich therapiert werden. Schienen, die nachträglich zum Schutz vor Schäden an neuem Zahnersatz eingegliedert werden, müssen auf privater Basis mit dem Patienten vereinbart und abgerechnet werden.

BZB: Vielen Dank für das Gespräch!

Redaktion



„Die richtige Diagnose führt ganz von allein zur richtigen Indikation und Therapie“, sagt Dr. Michael Rottner, Referent für die Qualitäts-gremien der KZVB.