



Abrechnung transparent

Auflösung Abrechnungsqiz

In der letzten Ausgabe haben wir Ihnen diverse Abrechnungsaufgaben gestellt. In dieser Ausgabe lösen wir das Quiz auf.

Bema Bereich KB

Lösung: 1c)

Auch wenn von zahnmedizinischer Seite aus der Aqualizer als Diagnosehilfsmittel und Initialtherapeutikum geeignet wäre, so lässt sich dennoch im Rahmen des Bema keine entsprechende Abrechnungsposition finden. Auch in begründeten Ausnahmefällen kann eine Therapie mittels Aqualizer weder über die K1 noch über die K2 abgerechnet werden.

Lösung: 2a)

Die semipermanente Schienung nach Bema Nr. K4 kann angezeigt sein zur Stabilisierung gelockerter Zähne und bei prä- bzw. postchirurgischen Fixationsmaßnahmen. Zusätzlich sind die Materialkosten für den Kunststoff abrechenbar.

Lösung: 3a)

Aufbisschienen bzw. Knirscherschienen bei Kindern sind grundsätzlich nicht angezeigt – und dürfen daher auch nicht zu Lasten der Krankenkassen abgerechnet werden.

Zum einen würden solche Schienen das Kieferwachstum behindern und zum anderen ist Knirschen bei Kindern physiologisch und gehört zur Kieferentwicklung dazu. Die Gebührenpositionen können auch nicht für die Anfertigung von Schienen als Medikamententräger (zum Beispiel

zur Fluoridierung) oder für die Anfertigung eines Mundschutzes (Sportenschutz) zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse abgerechnet werden. (Rundschreiben Nr. 5/2014)

Zu diesem Thema ein Auszug aus einem Artikel von Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Peter Proff:

„Die Ätiologie von CMD bei Kindern und Jugendlichen ist vielschichtig und komplex. Als Risikofaktoren für Bruxismus im Kinder- und Jugendalter wurden identifiziert: männliches Geschlecht, Heredität, Angst, Nervosität, psychische Reaktionen, Verantwortung, Passivrauchen, lautes Schnarchen, unruhiger Schlaf, Schlafen mit Licht an, Lärm im Zimmer, Schlaf \leq acht Stunden, Kopfschmerzen, Kauen auf Objekten, Verhaltensprobleme, Peer-Probleme, emotionale Symptome und psychische Gesundheitsprobleme.

Die Beziehung zwischen CMD und Bruxismus in Kindheit und Jugend ist nach derzeitiger Literaturlage umstritten. Manche Studien haben einen Zusammenhang zwischen Bruxismus und Symptomen und Anzeichen von CMD bei Kindern und Jugendlichen aufzeigen können, während auch zahlreiche Studien existieren, die keine Zusammenhänge nachweisen konnten.

Untersuchungen deuten zudem darauf hin, dass juveniler Bruxismus

selbstbegrenzend ist und nicht zum Bruxismus im Erwachsenenalter fortschreitet bzw. keine Beziehung zu CMD-Symptomen hat. Bedingt durch die Wachstumsdynamik und die damit permanente Veränderung während der Dentition in der Wechselgebissphase im Kindes- und Jugendalter kommt es häufig zu einem Abklingen des parafunktionellen Geschehens. Dies wird durch die sinkende Prävalenz des Bruxismus vom Kindesalter über das Adoleszentenalter zum Erwachsenenalter hin belegt. Entsprechende epidemiologische Studien an nichtselektierten Populationen bezüglich des Bruxismus zeigen für den (Schlaf)Bruxismus eine Prävalenz von bis zu 49,6 Prozent für Kinder, von 8-15 Prozent für Jugendliche und von 3 Prozent für ältere Erwachsene. Eine aktive Therapie ist daher in den meisten Fällen nicht notwendig und kann sich auf die Reduktion bekannter ätiologischer Faktoren wie v.a. kindlichem Stress beschränken. Zudem sind aufgrund der stetigen Veränderung der Gebissituation in diesem thematisierten Komplex die Einsatzmöglichkeiten von ‚starren‘ Aufbisschienen massiv limitiert.“

Den vollständigen Artikel können Sie der Abrechnungsmappe Online unter Bema K1 entnehmen: abrechnungsmappe.kzvb.de

Bema Bereich PAR

Lösung: 1b)

Gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses für Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und das Maß des Notwendigen nicht überschreitende Versorgung, sollen nur Untersuchungs- und Heilmethoden angewandt werden, deren diagnostischer oder therapeutischer Wert ausreichend gesichert ist (Rili, A. Allgemein Nr. 7).

Daraus erschließt sich, dass das Auffüllen von Knochentaschen und

Knochendefekten mit Knochenersatzmaterial wie z.B. Emdogain, keine Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Abrechnung darstellt. Die Parodontalbehandlung als solche, bleibt davon unberührt.

Lösung: 2a)

Grundlage für die Therapie sind die Anamnese, der klinische Befund und Röntgenaufnahmen. Die Behandlungsrichtlinie B. V. 2. besagt, dass der Röntgenbefund aktuelle (in der Regel nicht älter als sechs Monate), auswertbare Röntgenaufnahmen erfordert.

Lösung: 3a)

Wundverbandmaterial ist mit der Bema Nr. P200/P201 abgegolten.

Bema Bereich KCH

Lösung: 1a)

Erfüllt der Zahn alle Kriterien für die Erhaltungswürdigkeit (Rili III Ziffern 9.1 bis 9.5 / Feststellung einer günstigen Prognose durch den Zahnarzt!) stellt die endodontische Behandlung eine vertragszahnärztliche Leistung dar, da eine einseitige Freundsituation vermieden wird. >>>

„THEORIE trifft PRAXIS – Alles klasse, oder was?“

PR-Information

DG PARO-Frühjahrstagung in Berlin

In diesem Jahr fand die Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DG PARO) in Berlin statt. Die Tagung mit dem Titel „Theorie trifft Praxis“ lockte nahezu 400 Teilnehmerinnen und Teilnehmer in die Hauptstadt und stellte mit der Frage „Alles klasse, oder was?“ die noch unveröffentlichte neue Klassifikation der parodontalen und periimplantären Erkrankungen in den Mittelpunkt der Diskussion.

Unter den Referenten der diesjährigen Frühjahrstagung waren Prof. Dr. Dr. Søren Jepsen (Bonn) als einer der Initiatoren und Arbeitsgruppenleiter des World-Workshops zur neuen Klassifikation, Prof. Dr. Iain Chapple (Birmingham) als Arbeitsgruppenleiter sowie PD Dr. Jan Derks (Göteborg), Prof. Dr. Peter Eickholz (Frankfurt), Priv.-Doz. Dr. Moritz Kebschull (Bonn), Prof. Dr. Thomas Dietrich (Birmingham) und der Tagungspräsident Prof. Dr. Henrik Dommisch (Berlin), welche sich in den Arbeitsgruppen des World-Workshop on Periodontal and Peri-Implant Disease Classification im Herbst 2017 in Chicago maßgeblich engagierten. Sie stellten sich den neugierigen Fragen des Publikums und konnten erste Einblicke in die noch unveröffentlichten Inhalte geben. Der Hörsaal des Langenbeck-Virchow-

Hauses der Universitätsmedizin Charité bot dazu die besondere wissenschaftlich-historische Atmosphäre.

Auch wenn die Arbeit an der neuen Klassifikation noch nicht vollständig abgeschlossen ist, konnte die Tagung allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern bereits einen umfangreichen Einblick in die Diskussion und damit auch einen Ausblick hinsichtlich der voraussichtlichen Änderungen geben. Die Mischung aus aktuellen Forschungsergebnissen und Umsetzung im Praxisalltag war nicht zuletzt durch die Auswahl der Referenten sehr gelungen, sodass jeder Teilnehmer für sich etwas Entscheidendes extrahieren konnte und mit Spannung die neue Klassifikation erwarten kann.

Kontakt:
Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V.
Neufferstraße 1, 93055 Regensburg
Tel.: +49 (0) 941/942799-0
Fax: +49 (0) 941/942799-22
kontakt@dgparo.de
www.dgparo.de



Ein gut gefülltes Auditorium hörte interessiert den Vorträgen zu



Podiumsdiskussion über die Relevanz der neuen Klassifikation

Fortsetzung von Seite 9

Lösung: 2b)

In dem Moment in dem für Sie ersichtlich ist, dass sich der Patient in stationärer Behandlung befindet (z.B. durch Ausstellung eines Auftrages, Laufzettel, Mitteilung des Patienten etc.), werden die konservierend-chirurgischen Leistungen nach GOZ über die entsprechende Klinik abgerechnet. Hier empfehlen wir Ihnen dringend, vorab Rücksprache mit der Klinik, die die Kosten zu übernehmen hat, zu halten. Eine Abrechnung Ihrer Behandlungsleistungen über die KZVB wird nicht möglich sein, da die Krankenkasse die entstehenden Kosten nicht übernehmen wird!

Weitere ausführliche Informationen zu diesem Thema erhielten Sie im Rundschreiben Nr. 2/2013 (steht online im internen Bereich auf kzvb.de).

Lösung: 3b)

Füllungen, bei denen zum Austausch keine medizinische Notwendigkeit vorliegt, die jedoch auf Wunsch des Patienten (z.B. aus Gründen der Kosmetik) erneuert werden sollen, stellen reine Privatleistungen dar. Eine Mehrkostenberechnung nach § 28 SGB V ist nicht möglich.

Bema Bereich ZE

Lösung: 1b)

Sobald in einem Kiefer mehr als 4 Zähne fehlen (wobei ein Lückenschluss nicht gezählt wird), liegt eine Situation vor, die als Regelversorgung einen Modellguss nach der Befund-

Zu Fragen 1 und 2

TP	E	E	E	H		KV	BV	BV	KV				H	E	E	E	TP
R	E	E	E	H		KV	BV	BV	KV				H	E	E	E	R
B	f	f	f				f	f						f	f	f	B
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	

Zu Frage 3

TP													SKM				TP
R													KV	B	K		R
B	f													fi		f	B
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
B	f															f	B

klasse 3.1 auslöst. Bei einer beidseitigen Freiendsituation im Oberkiefer ist eine Ausnahmeregelung für bis zu zwei nebeneinander fehlende Schneidezähne vorgesehen:

„Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Befundes im Oberkiefer für eine Brückenversorgung zum Ersatz von bis zu zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen und für herausnehmbaren Zahnersatz ist bei beidseitigen Freiendsituationen neben dem Festzuschuss nach dem Befund Nr. 3.1 zusätzlich ein Festzuschuss nach den Befunden der Nrn. 2.1 oder 2.2 ansetzbar.“

Damit ist für die Schneidezahnlücke ein Festzuschuss nach 2.2 plus 2.7 für die Verblendungen ansetzbar sowie 3.1 für den Seitenzahnbereich.

Lösung: 2b)

Der Patient erhält keinen Festzuschuss, da die Festzuschussrichtlinie A2 verletzt wird.

Die Festzuschüsse zu den Befunden werden auf Basis der befundbezogenen, im Einzelfall tatsächlich

eingliederungsfähigen Regelversorgungen ermittelt und erst dann gewährt, wenn die auslösenden Befunde mit Zahnersatz, Zahnkronen oder Suprakonstruktionen so versorgt sind, dass keine weitere Versorgungsnotwendigkeit besteht.

Zur Thematik Gesamtplanung hat bereits der Bundesgerichtshof mit Urteil vom 2. Dezember 1980 (Az.: KZR 5/80) darauf hingewiesen, dass der behandelnde Zahnarzt grundsätzlich eine prothetische Behandlung anhand einer dokumentierten Gesamtplanung vorzunehmen hat. Der Wunsch des Patienten stellt keine Indikation für die (Kassen-)Behandlung dar.

Lösung: 3b)

Ist für die Versorgung der Lücke ein Brückenfestzuschuss ansatzfähig und wird die Lücke mit einem Implantat versorgt, so wird ein Festzuschuss für die Verblendung der Brückenanker ausgelöst, falls diese topographisch im Verblenbereich sind. In der Festzuschussrichtlinie A2 heißt es dazu:

„Festzuschüsse für Verblendungen

werden immer dann gewährt, wenn die Regelversorgung diese vorsieht.“

Sind bei einem Einzelimplantat beide Nachbarzähne nicht behandlungsbedürftig im Sinne der ZE-Richtlinie 36a, so sind die mit dem Befundkürzel „nb“ zu kennzeichnen, die Suprakonstruktion gehört in diesem Ausnahmefall zu den Regelversorgungen.

Bema Bereich KFO

Lösung: 1a)

Hier hat sich in der Ausgabe 6/2018 ein Fehlerteufel eingeschlichen.

Bei Urlaub eines Kieferorthopäden kann der in Anspruch genommene Zahnarzt für das Wiedereingliedern des Brackets die Nr. 122a als alleinige Leistung zu 100 Prozent abrechnen. Die Ausstellung eines kieferorthopädischen Planes ist vorab nicht notwendig.

Lösung: 2b)

Kieferorthopädische Maßnahmen mit herausnehmbaren Geräten zum Offenhalten von Lücken sind über die Bema Nr. 123a abrechenbar.

Festsitzende Lückenhalter sind hingegen nicht Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung. Auch deren Kontrolle kann nicht nach der Bema Nr. 123b abgerechnet werden.

Lösung: 3b)

Dauer und Erfolg einer kieferorthopädischen Behandlung sind wesentlich von der verständnisvollen Mitarbeit des Patienten und der Erziehungsberechtigten abhängig. Diese sind vor und während der Behandlung entspre-

Impressum der Website anpassen

Zahnärzte, die eine Praxis-Website betreiben, sind nach § 5 Telemediengesetz (TMG) verpflichtet, ein sogenanntes elektronisches Impressum auf ihrer Website aufzuführen. Dazu gehört auch die Angabe der zuständigen Kammer mit vollständiger Adresse.

Da die Bayerische Landeszahnärztekammer (BLZK) seit 1. Januar 2018 eine neue Anschrift hat, müssen auch die Angaben auf den Websites von Zahnärzten in Bayern entsprechend geändert werden. Die neue Adresse lautet:

Bayerische Landeszahnärztekammer
Flößergasse 1, 81369 München

Gleich geblieben ist die Anschrift der KZVB:
Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns
Fallstraße 34, 81369 München

Auch diese Angabe im elektronischen Impressum ist für Vertragszahnärzte in Bayern verpflichtend.

chend aufzuklären und zu motivieren. Mangelnde Mundhygiene gefährdet die Durchführung der kieferorthopädischen Behandlung. Bei Patienten, die während der kieferorthopädischen Behandlung trotz Motivation und Instruktion keine ausreichende Mitarbeit zeigen oder unzureichende Mundhygiene betreiben, muss das kieferorthopädische Behandlungsziel neu bestimmt werden. Ggf. muss die Behandlung beendet (abgebrochen) werden.

Der Kieferorthopäde soll die Krankenkasse über den unplanmäßigen

Verlauf oder über den Abbruch einer Behandlung unter Angabe der Gründe unterrichten (§ 7 Abs. 5 EKV-Z, § 16 Abs. 4 BMV-Z). Zudem sollten die Erziehungsberechtigten schriftlich informiert werden, um durch Belehrung und gegebenenfalls Ermahnungen Abhilfe zu schaffen.



RAMONA KALHOFER
BERATUNGSSTELLE DER KZVB

FRAGEN ZUR ABRECHNUNG?

Schreiben Sie mir, welches Abrechnungsthema ich für Sie transparent machen soll:

Ramona Kalhofer

Fax: 089 72401-336, E-Mail: r.kalhofer@kzvb.de