Individualprophylaxe: Routine und Alltagstrott – Feinde der Abrechnung?

Gesetzlich versicherte Kinder und Jugendliche haben zwar einen rechtlichen Anspruch auf die regelmäßige Durchführung von prophylaktischen Leistungen (IP) nach den BEMA-Nrn. IP1, IP2, IP4 und IP5 – einen Automatismus bei der Abrechnung gibt es dabei jedoch nicht! Die Erbringung von IP-Leistungen wird meist an ZFA oder ZMP delegiert, während die Abrechnung überwiegend von Verwaltungskräften (ZMV) durchgeführt wird.

Durch eingeschliffene Alltagsroutinen besteht die Gefahr, dass die notwendige Aufmerksamkeit sowohl bei der praktischen Umsetzung im Sprechzimmer als auch bei der Leistungsabrechnung in der Verwaltung zu kurz kommt. Das kann zu Regressen und Honorarverlusten führen. Die nachfolgenden FAQ decken nicht nur typische Fehler bei der Leistungserbringung und der Abrechnung von IP-Leistungen auf, sondern sie beschreiben auch, wie diese Fehler durch eine verbesserte Dokumentation minimiert werden können.

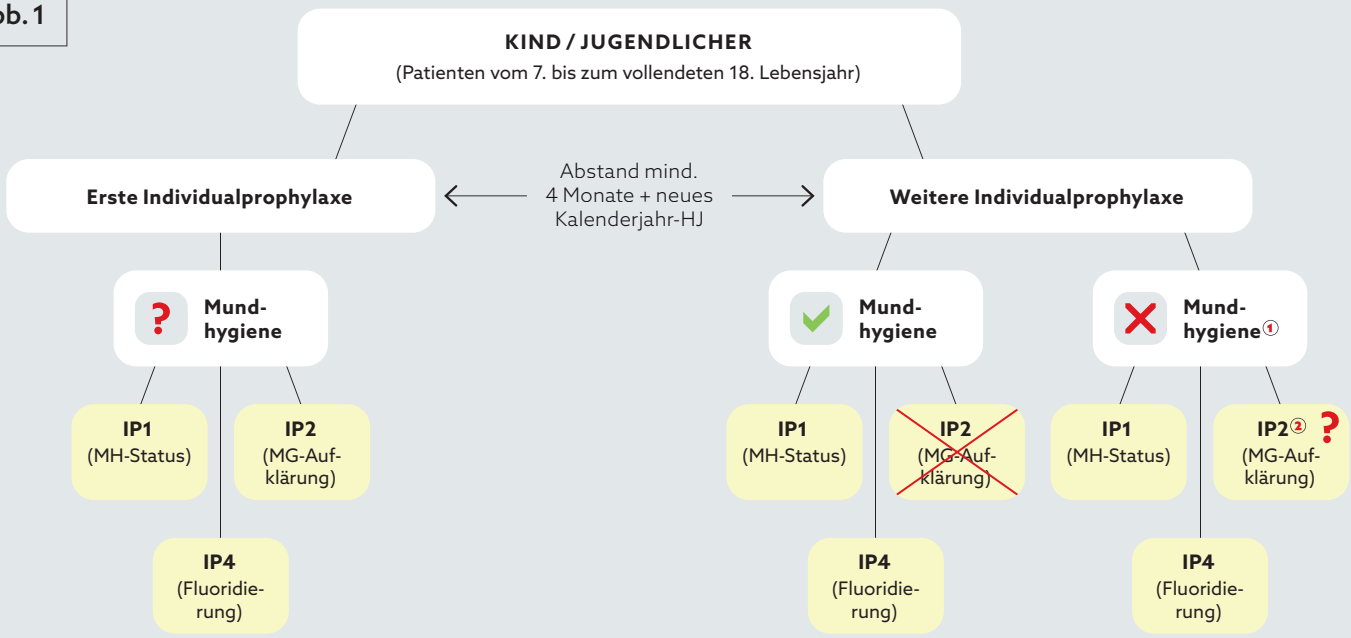
Sind IP1 und IP2 routinemäßig zweimal jährlich abrechenbar?

Viele Praxen sind davon überzeugt, dass die BEMA-Nrn. IP1 (Mundhygienestatus) und IP2 (Mundgesundheitsaufklärung) ab dem 7. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr eines Versicherten der GKV immer nebeneinander und jeweils einmal je Kalenderhalbjahr abgerechnet werden können. Ein solcher Automatismus bei der Abrechnung birgt jedoch viele Gefahren. Es müssen natürlich immer auch die entsprechenden Richtlinien beachtet werden, zum Beispiel bei der Abrechnung der BEMA-Nr. IP2 die IP-Richtlinie B. Nr. 12:

> *„Sind bereits wiederholt Prophylaxemaßnahmen durchgeführt worden, so sollen bei zufriedenstellender Mundhygiene nur die Erhebung des Mundhygienestatus sowie die lokale Fluoridierung durch-*

*Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von den Anbietern und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.

Abb. 1



1 Verbessert sich der Mundhygienezustand trotz wiederholter Motivationsmaßnahmen (IP2) nicht, so sind nur noch der Mundhygienestatus (IP1) und Fluoridierung (IP4) zweckmäßig.

2 Die Aufklärung und praktischen Übungen sind zur Remotivation zu wiederholen. Zu welchem Zeitpunkt und in welchem Umfang Remotivationen erforderlich sind, entscheidet der Zahnarzt aufgrund des individuellen Hygienebefunds.

Grafik: © OEMUS MEDIA AG (Quelle: DAISY Akademie + Verlag) | Foto: © Myst – stock.adobe.com

geführt werden. Weitere Motivations- und Unterweisungsmaßnahmen sind dann entbehrlich. Dies schließt nicht aus, dass bei einer späteren Verschlechterung der Mundhygiene erneut Motivations- und Unterweisungsmaßnahmen im Rahmen der vertraglichen Bestimmungen erforderlich werden können. Verbessert sich der Mundhygienezustand eines Versicherten trotz wiederholter Motivationsmaßnahmen nicht, so sind nur noch der Mundhygienestatus und Fluoridierungen zweckmäßig."

Das bedeutet: Liegt nach wiederholter Mundgesundheitsaufklärung eine zufriedenstellende Mundhygiene vor, entfällt die Notwendigkeit für weitere Aufklärungen und damit auch die Grundlage für die Abrechenbarkeit der BEMA-Nr. IP2. Verschlechtert sich die Mundhygiene hingegen erneut, kann die Leistung wieder erbracht und auch abgerechnet werden.
Aber Achtung: Zeigt sich trotz wiederholter Motivationsmaßnahmen keine Verbesserung der Mundhygiene, muss aus wirtschaftlichen Gründen (§ 12 SGB V) ebenfalls auf die BEMA-Nr. IP2 verzichtet werden. In solchen Fällen beschränkt sich die Individualprophylaxe auf die Erhebung des Mundhygienestatus (BEMA-Nr. IP1) und die Fluoridierung der Zähne (BEMA-Nr. IP4).

Die Grafik (Abb. 1) verdeutlicht die unterschiedlichen Fallsituationen.

Sind IP-Leistungen bei Kindern und Jugendlichen „ausreichend"?

Das muss von Fall zu Fall und individuell beurteilt werden, denn dabei spielen die Mundhygiene, das Putzverhalten, die Ernährungsgewohnheiten sowie Zahnstellungen eine entscheidende Rolle.
Selbstverständlich besteht jederzeit die Möglichkeit, neben den IP-Leistungen private Zusatzleistungen mit einem gesetzlichen Vertreter des Patienten zu vereinbaren; z. B. Glattflächenversiegelungen, Versiegelungen der Prämolaren, Zahnsteinentfernungen (mehr als einmal innerhalb eines Kalenderjahres) oder die Anwendung von kalzium- und phosphatreichen Milchproteinen zur Remineralisierung als Alternative zur Fluoridierung.
Sind in einem Kiefer alle bleibenden Zähne durchgebrochen (circa ab dem 12. Lebensjahr), kann eine einfache Zahnsteinentfernung (BEMA-Nr. 107), eine Aufklärung und Instruktion im Sinne der IP-Leistungen nicht mehr ausreichend sein. Um eine dauerhaft sehr gute Mundgesundheit sicherzustellen, empfehlen viele Zahnärzt/-innen in diesen Fällen ein ergänzendes, privat zu vereinbarendes Prophylaxeprogramm. Dieses wird individuell mit dem Patienten abgestimmt und beinhaltet insbesondere die so wichtige und effektive PZR nach der GOZ-Nr. 1040 sowie ggf. weitere Maßnahmen.

Können budgetfreie IP-Leistungen tatsächlich auch unwirtschaftlich sein?

Auch wenn IP-Leistungen nicht vom Honorarverteilungsmaßstab (HVM) „betroffen" sind und als budgetfreie Leistungen gelten, unterliegen sie dennoch dem Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V. Auffällige Abrechnungsvolumina können ohnehin zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen führen. Eine sorgfältige und vor allem nachvollziehbare Dokumentation ist daher essenziell und hilft, Regresse abzuwenden.
Zahnärzt/-innen müssen im Prüfungsfall darlegen können, warum bestimmte Leistungen (z. B. IP2) medizinisch notwendig waren. Die Relevanz dieser Anforderungen wurde auch durch ein Urteil des Sozialgerichts Hannover (Az. S 35 KA 2/16, 25.7.2018) unterstrichen, das sich exemplarisch mit der Abrechnung der Fissurenversiegelung (IP5) befasste.

Wer muss bei einem Regress zurückzahlen? Kieferorthopäde oder Hauszahnarzt?

Befindet sich ein Patient sowohl in kieferorthopädischer als auch allgemeinzahnärztlicher Behandlung, stellt sich die Frage nach der Zuständigkeit für die Durchführung und Abrechnung der IP-Leistungen. Grundsätzlich sind sowohl Kieferorthopäd/-innen als auch Zahnärzt/-innen berechtigt, die entsprechenden Leistungen zu erbringen und abzurechnen. Damit es nicht zu Parallelabrechnungen und damit zur doppelten Inanspruchnahme (Regressgefahr!) kommt, ist eine klare Abstimmung (am besten schriftlich) zwischen den beteiligten Praxen dringend zu empfehlen!

Haben sich die Behandelnden darauf geeinigt, dass zum Beispiel der Hauszahnarzt das IP-Programm (welches ggf. auch bei ihm begonnen wurde) weiterführt, kann der Kieferorthopäde jederzeit ein ergänzendes, aber privates Mundhygieneprogramm mit dem Patienten vereinbaren. Außervertragliche Leistungen sollten gemäß § 8 Abs. 7 BMV-Z vor der Leistungserbringung schriftlich vereinbart werden.

Fazit: Ein effektives Mundhygieneprogramm bei Kindern und jugendlichen Patienten erfordert neben der konsequenten und korrekten Nutzung der vertragszahnärztlichen IP-Leistungen vor allem eine individuelle Abschätzung und gegebenenfalls Ergänzung der notwendigen Maßnahmen. Gleichzeitig ist eine wirtschaftlich korrekte und gut dokumentierte Abrechnung unerlässlich, um auch langfristig rechtlich auf der sicheren Seite zu sein. ■

Dieser Artikel war hilfreich für Sie? Wollen Sie Ihr Wissen rund um die moderne Prophylaxe vertiefen? Dann besuchen Sie unser Webinar „**Das DAISY Prophy(t)-Power-Seminar**". Weitere Informationen und Termine finden Sie auf **www.daisy.de**.

Infos zum Unternehmen

Infos zur Autorin

DAISY Akademie + Verlag GmbH
Sylvia Wuttig, B.A. • info@daisy.de • www.daisy.de

*Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von den Anbietern und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.