WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG

So vermeiden Sie Kürzungen bei einer PAR-Therapie

von Isabel Baumann, Mülsen, praxiskonzept-baumann.de

| Viele Patienten leiden an einer Parodontitis. Bei über 40-Jährigen ist eine Parodontitis sogar ein häufigerer Grund für Zahnverlust als Karies. Und die Tendenz von PAR-Erkrankungen steigt: So wurden z. B. im Jahr 2015 etwa 4 Prozent mehr PAR-Anträge als im Jahr 2014 gestellt. Ist ein PAR-Antrag erst einmal genehmigt, so ist dies jedoch noch keine Sicherheit, dass das Honorar der Behandlung auch beim Zahnarzt in vollem Umfang ankommt. Spätere Kürzungen im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung sind möglich. Was ist zu tun, damit dies nicht passiert? |

Häufige Kürzungsgründe

Kürzungen können durch Mängel in verschiedenen Bereichen der PAR-Behandlung verursacht sein.

Röntgen und Diagnostik

Sind Röntgenunterlagen zu alt, fehlend, nicht brauchbar oder nicht auswertbar, so ist eine PAR-Behandlung zulasten der GKV nicht möglich. Im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung droht die Kürzung der gesamten PAR-Behandlung.

PRAXISHINWEIS | Achten Sie daher auf vollständig auswertbare und technisch einwandfreie Röntgenbilder und OPGs. Die Röntgenaufnahmen dürfen nicht älter als sechs Monate sein. Können bei hinreichender Aufnahmequalität einzelne Bereiche nicht sicher beurteilt werden, so sind zusätzlich Einzelaufnahmen notwendig.

Die Auswertung der Röntgenaufnahmen ist zu dokumentieren. Dabei sollte sichergestellt werden, dass diese Auswertungen mit den Werten des PSI vereinbar sind und den PAR-Richtlinien entsprechen. Eine behandlungsbedürftige Parodontopathie liegt vor, wenn ein PSI-Wert von Code 3 oder 4 erhoben wird oder wenn eine der in den Richtlinien genannten Diagnosen (z. B. chronische Parodontitis) gestellt wird und dabei Sondierungstiefen von 3,5 mm und mehr vorliegen.

Vorbehandlungen

Voraussetzung für eine systematische PAR-Behandlung ist das Fehlen von Zahnstein und sonstigen Reizfaktoren sowie die Anleitung des Patienten zur richtigen Mundhygiene. Alle Reizfaktoren sind zu beseitigen: Dazu gehört das Entfernen von Zahnstein, weichen Belägen, kariösen Defekten, entzündlichen Prozessen, subgingivalen Konkrementen sowie das Beseitigen von mangelhaften Füllungen oder Kronen.

Auf gute Röntgenbilder und OPGs achten

Ohne Vorbehandlung droht Kürzung der gesamten PAR-Behandlung

Werden die Vorbehandlungen nicht oder zu spät erbracht, droht die Kürzung der gesamten PAR-Behandlung sowie aller Begleitleistungen. Bevor der Antrag gestellt wird, muss stets eine ausreichende Vorbehandlung durchgeführt und dokumentiert werden. Dabei ist der Patient über die richtige Mundhygiene aufzuklären. Es ist empfehlenswert, dass die Vorbehandlungsphase mehr als nur eine Sitzung umfasst, um die Mitarbeit des Patienten ausreichend beurteilen und dokumentieren zu können.

PRAXISHINWEIS | Werden am Tag der Antragstellung noch Vorbehandlungen wie Mu, SK, Zst oder OPG erbracht, droht eine Kürzung. Zwischen der Vorbehandlung und dem Beginn der systematischen PAR-Behandlung sollte eine 14-tägige Wartefrist eingehalten werden.

Weiterhin ist zu beachten:

- Das **Entfernen weicher Beläge** darf nicht über die BEMA-Nr. 107 berechnet werden. Diese Position ist lediglich für das Entfernen harter Beläge angezeigt. Wird erst am Tag der Antragstellung der Zahnstein entfernt, gilt das als sehr kritisch und nicht richtlinienkonform.
- Bei der zahnärztlichen Behandlung ist die in der Richtlinie **vorgeschriebene Reihenfolge** einzuhalten. Das heißt: Erst ist die konservierende Behandlung durchzuführen, dem folgen die chirurgischen Leistungen. Erst im Anschluss an die PAR-Behandlung folgt die prothetische Therapie.
- Stellen Sie bei der eingehenden Untersuchung einen **insuffizienten Kronenrand** fest, der für das Parodontium einen externen Reiz darstellt, sollten Sie bei der GKV einen Kostenvoranschlag unter Vorbehalt stellen, um der Krankenkasse die Möglichkeit einer gutachterlichen Überprüfung zu geben. Auf dem HKP sollte der Hinweis auf die PAR-Therapie sowie der Hinweis „unter Vorbehalt“ erfolgen.
- **Nicht erhaltungswürdige bzw. nicht therapiewürdige Zähne** sind vor der PAR-Behandlung zu extrahieren. Bei einer Prüfung werden in diesem Fall in der Regel „nur“ die Leistungen an den nicht therapiewürdigen Zähnen gekürzt.

Mitarbeit des Patienten

Wesentlich für eine günstige Prognose ist die Mitwirkung des Patienten. Dabei hat der Zahnarzt den Patienten darüber zu informieren, dass er aktiv mitwirken muss. Dazu zählt, dass der Patient unter Berücksichtigung seiner individuellen Möglichkeiten aktiv bemüht ist, exogene und endogene Risikofaktoren zu reduzieren und an den notwendigen Behandlungsterminen teilzunehmen (vgl. RL B V Nr. 4). Diese Mitarbeit – auch Patienten-Compliance genannt – sollte in der Kartei gut dokumentiert werden und durch eine adäquate Mundhygiene zum Ausdruck kommen. Raucher sind darauf hinzuweisen, wie wichtig es ist, dass sie ihren Tabakkonsum einschränken.

PAR-Behandlung nicht zu früh nach der Vorbehandlung beginnen

HKP „unter Vorbehalt“ beantragen

Patient muss mitarbeiten

Vor jeder PAR-Therapie ist eine professionelle Zahnreinigung zu empfehlen. Ist die Mitarbeit des Patienten schlecht – etwa weil seine Mundhygiene trotz intensiver Aufklärung nicht besser wird oder er Termine nicht einhält –, so ist die PAR-Behandlung abzubrechen bzw. darf nicht begonnen werden.

PRAXISHINWEIS | Ein häufiger Regressgrund ist die schlechte oder nicht vorhandene Dokumentation der Mitarbeit des Patienten. Daher gilt: Dokumentieren, dokumentieren, dokumentieren!

Nachbehandlung und Nachkontrollen

Im Rahmen der PAR-Therapie sind Nachbehandlungen erforderlich. Mit ihnen soll der Behandlungserfolg abgesichert werden. Werden die durchgeführten Maßnahmen nur unzureichend dokumentiert, führt dies zu Kürzungen im Rahmen einer Prüfung. Aktive Maßnahmen sind beispielsweise das Einbringen von Salben, das Spülen mit desinfizierenden Substanzen oder das Entfernen von Nähten.

Nachkontrollen sind wegen der Gefahr einer bakteriellen Wiederbesiedelung der Taschen notwendig. Diese Nachkontrollen sollten bei geschlossenem Vorgehen spätestens nach sechs Monaten und bei offenem Vorgehen spätestens nach drei Monaten durchgeführt werden.

Häufig wird für die Nachkontrolle lediglich die BEMA-Nr. 111 dokumentiert – ohne anzugeben, welche Maßnahmen durchgeführt oder welche Materialien bzw. Medikamente verwendet wurden. Im Falle einer Prüfung werden diese Behandlungsleistungen gekürzt.

Nach Abschluss einer PAR-Therapie sollten erst einmal keine Leistungen nach BEMA-Nr. 107 (Zst) oder 49 (Exz1) berechnet werden. Hier drohen massive Kürzungen, wenn man nicht eine angemessene Zeit verstreichen lässt.

Behandlungsablauf bei einer systematischen PAR-Behandlung

In Kurzform gliedert sich der Behandlungsablauf einer systematischen PAR-Behandlung in folgende sechs Schritte:

1. Erstellen eines Gesamtbefundes und Diagnose einer Parodontitis

Dazu zählen der lokale Befund, der Parodontale-Screening-Index (PSI) sowie die Auswertungen der Röntgenaufnahmen und deren Dokumentation.

2. Vorbehandlung

Hier werden Zahnstein, weiche Beläge und sonstige Reizfaktoren (Füllungskanten, kariöse Defekte etc.) entfernt. Zudem wird der Patient über Mundhygienemaßnahmen aufgeklärt und auf seine Mitwirkungspflicht hingewiesen. Seine Mitarbeit wird kontrolliert und alles wird entsprechend dokumentiert.

3. Wartefrist

Nach Vorbehandlung und systematischer PAR-Therapie wird eine Frist von zwei bis drei Wochen abgewartet, dann werden die Taschen erneut gemessen.

PZR vor jeder PAR-Therapie zu empfehlen

Mitarbeit des Patienten dokumentieren!

Alleinige Angabe von BEMA-Nr. 111 reicht nicht zur Dokumentation

Vorbehandlung komplett zu dokumentieren

4. PAR-Status

Der Parodontalstatus wird erstellt, alle notwendigen Angaben (Zahnlockerungen, Furkationsbefall, etc.) werden dokumentiert. Die Röntgenaufnahmen sollten nicht älter als sechs Monate sein.

5. Behandlungsbeginn nach erfolgter Genehmigung

Zum Leistungsinhalt der PAR-Behandlung gehören Scaling, Kürettage und verschiedene Zahnfleischoperationsmethoden, die Korrektur von Bissverhältnissen sowie die aktiven Maßnahmen der Nachbehandlung. Achten Sie auch hier auf eine gute Dokumentation.

6. Recall und Sicherungskontrollen

Um den Behandlungserfolg abzusichern, ist es unabdingbar, postoperative Kontrollen durchzuführen.

Behandlungsmaßnahmen gut dokumentieren

Abrechnungsbeispiel mit Dokumentation

Es folgt ein Beispiel zur Abrechnung der Leistungen bei einem GKV-versicherten Parodontose-Patienten (Vorbehandlung und PAR-Therapie) – mit entsprechender Dokumentation.

■ Abrechnung der Betreuung eines Parodontose-Patienten (GKV-versichert)

Datum	Zahn	Leistung	BEMA	GOZ
01.07.		Halbjährliche Kontrolluntersuchung, eingehender Befund (Zahnstein massiv)	U (01)	-
		PSI erhoben (Code 3-4)	PSI (04)	-
		Vitalitätsprobe aller Zähne	Vipr (8)	-
		Aufklärung des Patienten über vorhandene Zahnfleischtaschen, Entstehung von Parodontitis, Behandlungsmöglichkeiten und Gefahr des Zahnverlustes bei Nichtbehandlung	-	-
	OK/UK	OPG angefertigt und ausgewertet	OPG (Ä935d)	-
	17-27, 37-47	Zahnstein und harte Beläge entfernt	Zst (107)	-
	16	Scharfe Kante an vorhandener Krone cervikal-distal entfernt	sk (106)	-
		Intensive Beratung über außervertragliche Leistungen (Mundhygienestatus, Professionelle Zahnreinigung)	-	Ä1
		Erstellen eines Kostenvoranschlags und der Privatvereinbarung nach § 4 Abs. 5 BMV-Z bzw. § 7 Abs. 7 EKV-Z	-	0030
		Patientenunterlagen werden dem Patienten erläutert und mitgegeben	-	-
09.07.	17-27, 37-47	Mundhygienestatus erstellt, Schwachstellen mit dem Patienten besprochen, API und SBI erhoben, Hinweise zur Mundhygiene und Putztechnik gegeben (27 Minuten)	-	1000
		Motivation PAR-Therapie, Mitarbeit und Einschränkung des Zigarettenkonsums	-	-
		Patient mit CHX 30 Sekunden spülen lassen (Full mouth disinfection – FMD)	-	§ 6 Abs. 1 GOZ
	17-27, 37-47	Professionelle Zahnreinigung	-	32 x 1040

■ Abrechnung der Betreuung eines Parodontose-Patienten (GKV-versichert)

Datum	Zahn	Leistung	BEMA	GOZ
09.07.	26	Füllungspolitur	-	2130
	27	Scharfkantigen Füllungsrand geglättet – mesial	sk (106)	-
	16,46,45	Zahnfleischtasche – CHX-Gel appliziert	-	3 x 4025
27.07.		Kontrolluntersuchung – Mundhygiene ist deutlich besser geworden. Patient gibt an, weniger zu rauchen. Im Molarenbereich noch weiche Beläge, nochmalige Aufklärung über Schwachstellen und Putztechnik	-	1010
	17,27,46,47,36,37	Nachkontrolle und Nachreinigung nach Zahnsteinentfernung	-	6 x 4060
		Erneut PSI erhoben – zur Kontrolle (Code 3 – 4)	-	4005
		Über Notwendigkeit einer PAR-Therapie aufgeklärt – Motivation	-	-
	16	CHX-Gel appliziert	-	4025
		PAR-Status erstellt – Dokumentation der Allgemeinerkrankungen (leichte Diabetes, ist medikamentös eingestellt)	4	-
01.08.		Genehmigter PAR-Status von Krankenkasse zurück	-	-
16.08.	OK	Oberflächenanästhesie	-	2 x 0080
	17-27	Infiltrationsanästhesie	8 x I (40)	-
	17-27	Zahnfleischtaschen mit Ultraschall und Scaler gereinigt, Konkremete entfernt, subgingivale Kürettage, Wurzeloberfläche geglättet und Taschen gespült – geschlossenes Vorgehen	8 x P200 6 x P201	-
	17,16,27,24	CHX-Gel appliziert	-	4 x 4025
17.08.	37-47	Oberflächenanästhesie	-	2 x 0080
	37-47	Leitungsanästhesie	2 x L1 (41a)	-
	37-47	Zahnfleischtaschen mit Ultraschall und Scaler gereinigt, Konkremete entfernt, subgingivale Kürettage, Wurzeloberfläche geglättet und Taschen gespült – geschlossenes Vorgehen	10 x P200 4 x P201	-
	37-47	Dekontamination der Zahnfleischtaschen mittels Laser, je Zahn	-	§ 6 Abs. 1 GOZ
	17-27	Taschenspülung nachbehandelt und CHX-Gel appliziert	111	-
19.08.	17-27,37-47	Taschenspülung nachbehandelt und CHX-Gel appliziert	111	-
25.08.	17-27,37-47	Taschenspülung nachbehandelt und CHX-Gel appliziert	111	-
		Den Patienten zur Mitarbeit bei der Mundhygiene motiviert und über das Betreuungskonzept von PAR-Patienten beraten und aufgeklärt	-	-
01.10.		Nachkontrolle nach PAR-Therapie, sehr gute Mundhygiene, Zigarettenkonsum weiterhin verringert.	-	-
		Patient klagt über Hypersensibilität regio 15-17 Aufklärung über insuffizienten Kronenrand 16, über neue Kronenversorgung an 16 beraten	Ä1	-
	17-15	Freiliegende Zahnhälse mit Fluor touchiert	ÜZ (10)	-