

Umgang mit medizinisch notwendigen Leistungen

Wann liegt eine Ausnahmeindikation vor?

GKV-Patienten haben bei Vorliegen einer besonders schweren Implantat-Ausnahmeindikation auch Anspruch auf die Kostenübernahme der Folgebehandlung. In diesem Beitrag gibt Abrechnungsexpertin Kerstin Salhoff Aufschluss über Ausnahmeindikation und Folgebehandlung.

Die GKV muss medizinisch notwendige Leistungen nach der GOZ erstatten

Patienten mit besonders schweren Ausnahmeindikationen (siehe unten) erhalten die Implantation und ebenso die Suprakonstruktion als Sachleistung der GKV. Dies gilt im Rahmen dieser festgestellten Ausnahmeindikationen auch für spätere Folgebehandlungen nach der Implantation. Bei Patienten mit anerkannter Ausnahmeindikation werden implantologisch-chirurgische Leistungen als Gesamtbehandlung nach eingehender Begutachtung als Sachleistung der GKV gewährt. Dies ist gesetzlich in § 92 Abs. 2 SGB V, § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V und den Richtlinien des BEMA unter „VII Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen“ geregelt.

Besonders schwere Fälle liegen vor

- a) bei größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten, z. B. Ursache:
- Tumoroperationen,
 - Entzündungen des Kiefers,

- Operationen infolge von großen Zysten (z. B. große follikuläre Zysten oder Keratozysten),
- Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
- angeborene Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten, ektodermale Dysplasien) oder
- bei Unfällen;

- b) bei dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung;
- c) bei generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen;
- d) bei nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (z. B. Spastiken).

Die Ausnahmeindikation setzt das mehrheitliche Fehlen der typischerweise in einem Kiefer angelegten Zähne voraus. Erforderlich ist ein in markanter Weise ausgeprägtes Fehlen, welches der vollständigen Nichtanlage nahekommt. Hinzukommen muss, dass eine konventionelle Versorgung ohne Implantate im Einzelfall nicht möglich ist.

Urteil stützt Übernahme der Folgekosten

Im Urteil vom 27.05.2010, (Az: L5 KR 39/09) bestätigt das Landesozialgericht (LSG) Rheinland-Pfalz/Mainz, dass die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) – bei Vorliegen einer schweren Ausnahmeindikation nach einer Implantation – auch für Folgebehandlungen aufkommen muss, einschließlich der PZR.

Als Folgebehandlung gelten gemäß dem Urteil:

- Prophylaxeleistungen
- Pflege der Implantate (zum Erhalt der Versorgung – Periimplantitisbehandlung dient ggf. auch dem Erhalt)
- professionelle Zahnreinigung „PZR“
- professionelle Prothesenreinigung „PPR“ (medizinisch notwendige Bakterienentfernung z. B. zum Schutz vor Lungenentzündung, besonders bei vulnerablen Patienten)



GIORNATE VERONESI

OEMUS
EVENT
SELECTION

ALLGEMEINE ZAHNHEILKUNDE
UND IMPLANTOLOGIE

**JEDERZEIT
ANMELDEN**

www.giornate-veronesi.info



**27./28. JUNI 2025
VALPOLICELLA (ITALIEN)**

Beispiel möglicher PZR-Leistungen bei schwerer Ausnahmeindikation

Regio/Zahn	GOZ	Leistungsbeschreibung
44, 42, 32, 34	1040	professionelle Zahnreinigung, je Implantat
44, 42, 32, 34 z. B.	4025a	subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation, je Implantat entsprechend subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation, je Zahn
	4020	Lokalbehandlungen – Taschenspülungen, je Sitzung
UK z. B.	5250a	Prothesenreinigung, je Prothese, entsprechend Wiederherstellen Funktion Prothese
	xxxxa	professionelle Reinigung von Verbindungselementen/Steg/Geschiebe
u.v.m. – Auflistung nicht vollständig, Honorar $\hat{=}$ Zeit- und Kostenaufwand kalkulieren		

Wer schreibt, der bleibt: So können Sie Patienten bei der Kostenzusage seiner GKV unterstützen:

- Erstellen Sie einen Therapieplan für die geplanten medizinisch notwendigen Maßnahmen nach den Vorgaben der GOZ.
- Vergessen Sie nicht, ggf. anfallende Analogleistungen (§ 6 Abs.1 GOZ) und ggf. auch zahntechnische Leistungen bzw. Chairside-Leistungen (§ 9 GOZ) im Therapieplan anzugeben. (Analogleistungen sind normaler Bestandteil der GOZ).
- Ergänzen Sie, je nach individuellem Behandlungsbedarf, alle notwendigen, erforderlichen und planbaren Leistungen zur exakten Kostenplanung.
- Beachten Sie den Zeitaufwand der einzelnen Leistungen, um ein kostendeckendes Honorar zu erzielen. Dazu sind der jeweilige Zeitaufwand und die Schwierigkeit des Behandlungsfalles ebenso wie die Umstände der Behandlung zu berücksichtigen. Ein Ausnahmeindikationspatient beansprucht oft aufgrund diverser Erkrankungen einen deutlich höheren Zeitaufwand zur Erbringung der einzelnen Leistung als ein gesunder Patient. Dokumentieren Sie Aufklärungsgespräche, Arztbriefe und konsiliarische Erörterungen mit Kollegen etc.
- Berücksichtigen Sie bei der Wahl des Faktors Ihren Behandlungsminutensatz und begründen Sie Leistungen über den 2,3-fachen Steigerungsfaktor nach den Regelungen des § 5 der GOZ.
- Stellen Sie klar, dass diese Leistungen nicht im BEMA enthalten sind.
- Bestätigen Sie die medizinische Notwendigkeit durch Angabe einer Indikation.
- Notieren Sie, welche Zeitabstände, ausgehend vom aktuellen Gesundheitszustand des Patienten, die PZR notwendig sind.

Das Musterformular für den Antrag an die GKV können sich Mitglieder von der Internetseite des BDIZ EDI laden:

→ Vorteil für Patient und Behandler:

- Der Patient freut sich über eine dauerhafte finanzielle Entlastung und kommt ggf. künftig regelmäßiger in die Praxis.
- Sie berechnen die medizinisch notwendigen Leistungen (die im BEMA nicht existieren) nach der GOZ.



Nun kann z. B. die PZR bei der Krankenkasse des Patienten beantragt werden. Die GKV hat nach Eingang des Antrages drei Wochen Zeit, um eine Entscheidung zu treffen. Dies gilt auch für GOZ-Leistungen (§ 13 Abs. 3a SGB V*). Erfolgt keine Mitteilung, Entscheidung oder Einberufung eines Gutachtens, oder des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse (MDK) durch die GKV, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt!

✓ Wird eine erforderliche Leistung nach Ablauf der Frist durchgeführt, ist die GKV in der Erstattungspflicht!

*Entscheidung über Leistungsanträge nach § 13 Abs. 3a SGB V

Im Jahr 2013 wurde im Rahmen des „Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ die Rechtsvorschrift des § 13 Abs. 3a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) eingeführt. Mit dieser Rechtsvorschrift möchte der Gesetzgeber erreichen, dass das Bewilligungs- und Genehmigungsverfahren bei den gesetzlichen Krankenkassen beschleunigt wird. Einerseits sollen die Krankenkassen die Leistungsansprüche zügig klären, andererseits sollen die Versicherten die benötigten Leistungen in kurzer Zeit erhalten. Mit § 13 Abs. 3a SGB V konkretisiert der Gesetzgeber die allgemeine Verpflichtung der Leistungsträger, welche in § 17 Abs. 1 Nr. 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) beschrieben ist, dass jeder Berechtigte die zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält.

Sollte die Leistungsentscheidung nicht innerhalb einer gesetzlich definierten Frist erfolgen und werden hinreichende Gründe für eine Verzögerung nicht genannt, gilt die Leistung mit Ablauf

der Frist als genehmigt. In diesem Fall spricht man von der sogenannten „fiktiven Leistungsgenehmigung“ bzw. von der „fiktiven Leistungsgenehmigung von Kassenleistungen“. Das bedeutet, dass sich die Versicherten die beantragte Leistung selbst besorgen können und die Krankenkasse die entstandenen Kosten erstatten muss.

Kerstin Salhoff
goz@bdizedi.org



ANZEIGE

KnochenFilter

Augmentation effektiv & schnell



- zeitsparende Gewinnung von autologem Knochenmaterial
- große Filterfläche ermöglicht maximale Saugleistung
- direktes Aufsetzen auf den Saugschlauch
- der leichte Titan KF-T3 liegt direkt in der Hand