

# PI Praxis Implantologie

Abrechnung · Recht · Praxisführung · Zahnmedizin



Ihr Plus im Netz: [pi.iww.de](http://pi.iww.de)  
Online | Mobile | Social Media

## 08 | 2018

### **Zahnmedizin**

„Socket Shield“: Können Wurzelreste den Verlust des Bündelknochens aufhalten? ..... 1

### **Praxisführung**

Die Telematik – Fluch oder Segen für die Zahnarztpraxis?..... 4

### **Abrechnung**

Die „Ridge Preservation“: Was ist berechenbar?..... 6

Totalprothese bei Ausnahmefall umgearbeitet:  
Warum fällt kein BEMA-Honorar an?..... 9

Der Standardtarif: Das sollten Sie dazu wissen! ..... 12

### **Praxisorganisation**

Medizinprodukte und deren Anwendung in der implantologischen  
Praxis: gesetzliche Vorgaben ..... 16

### **Leserforum**

Implantatbehandlung: Muss der Patient trotz nicht unterzeichnetem  
Heil- und Kostenplan zahlen? ..... 20

Ihr Abonnement

# Mehr als eine Fachzeitschrift



## Print: das Heft

- Kurz, prägnant, verständlich
- Konkrete Handlungsempfehlungen
- Praxiserprobte Arbeitshilfen

## Online: die Website

pi.iww.de

- Aktuelle Ausgabe bereits eine Woche vor Heftauslieferung verfügbar
- Ergänzende Downloads
- Ausgabenarchiv mit Urteilsdatenbank

## Mobile: die myIWW-App für Apple iOS und Android

iww.de/SL1913

- Funktionen der Website für mobile Nutzung optimiert
- Offline-Nutzung möglich, z. B. im Flugzeug

## Social Media: die Facebook-Fanpage

facebook.com/implantologen

- Aktuelle Meldungen aus der Redaktion
- Forum für Meinung und Diskussion
- Kontakt zu Experten und Kollegen

## SOFORTIMPLANTATION

**„Socket Shield“: Können Wurzelreste den Verlust des Bündelknochens aufhalten?**

von Wolfgang Schmid, Schriftleiter *ZR ZahnmedizinReport*, Berlin

| Der größte Nachteil von Sofortimplantationen ist das Risiko für postoperative Weichgeweberezessionen, vor allem im ersten Jahr nach der Implantation. Mitverantwortlich für Umbauprozesse am Kieferkamm ist der Verlust des Bündelknochens. Um diesem entgegenzuwirken, wurde die „Socket-Shield“-Technik entwickelt, bei der ein Teil der Zahnwurzel im mid-bukkalen Bereich erhalten wird. Dieser Ansatz zeigt in ersten Fallserien Erfolge – die allerdings noch zurückhaltend zu betrachten sind. |

**Postoperative Weichgeweberezessionen als größtes Risiko**

Sofortimplantationen gelten heutzutage als „State-of-the-Art-Behandlung“ und erfreuen sich aufgrund der verkürzten Behandlungsdauer, der reduzierten Patientenmorbidity und der besseren Oberflächenqualität der Weichgewebe zunehmender Beliebtheit. Größter Nachteil ist nach wie vor das Risiko für postoperative Weichgeweberezessionen – und zwar vor allem im ersten Jahr nach der Implantation. Selbst unterstützende Maßnahmen – wie regenerative Techniken, das Auffüllen mit Knochenersatzmaterial, Weichgewebsaugmentationen und Sofortprovisorien zur Ausformung – können postoperative Resorptionsvorgänge nicht komplett kompensieren. [1]

Die Zahnentfernung ist der häufigste Eingriff in der zahnärztlichen Chirurgie und zugleich Ursache für erhebliche Defektbildungen am Kieferkamm. In diesem Zusammenhang kommt dem alveolären Rahmen – bestehend aus marginaler Gingiva, marginalem Alveolarknochen, parodontalem Ligament und Wurzeloberfläche – besondere Bedeutung zu. Tierexperimentelle und klinische Studien haben gezeigt, dass Resorptionen nach einer konventionellen Extraktion nicht vollständig verhindert werden können und zu eingeschränkten ästhetischen Ergebnissen bei der Rekonstruktion führen.

Das Konzept des Alveolarrahmenerhalts hat also die Aufgabe, marginale Gingiva, Alveolarknochen, Parodontalgewebe und die angrenzende Wurzeloberfläche bei der Zahnentfernung zu erhalten. Dies ist bei einer einfachen Extraktion unmöglich, da der parodontale Faserapparat rupturiert und die Wurzeloberfläche mit dem Zahn entfernt wird.

Um ein abgestuftes, die Wurzeloberfläche ggf. miteinschließendes Konzept des Alveolarkammerhalts zu realisieren, muss von intern selektiv Zahnhartgewebe abgetragen werden, wie es z. B. bei der Socket-Shield-Technik von Hürzeler et al. (2010) beschrieben wurde. Diese Technik mit dem Erhalt eines bukkalen Wurzelanteils wurde aufgrund des Problems entwickelt, das durch die allfällige bukkale Resorption nach der Extraktion entsteht. Der Heilungsprozess nach Zahnentfernung zeigt offenbar eine stärkere Resorption an der bukkalen als auf der lingualen bzw. palatinalen Seite des Kieferkamms. [2]



Sofortimplantationen:  
„State-of-the-Art-  
Behandlung“

Resorptionen nach  
Extraktion nicht  
vollständig zu  
verhindern

Zahnhartgewebe  
muss selektiv  
abgetragen werden

Ein kleiner Teil der Dentinfragmente wird absichtlich belassen

## „Socket Shield“ nach Hürzeler: So geht es!

Um den Bündelknochen auf der bukkalen Seite eines Implantats zu erhalten, wird die Implantatbohrung durch die Wurzel hindurch ausgeführt und die entstehenden Dentinfragmente – vor allem die gesamte Wurzelspitze – werden in einzelnen Teilen entfernt. Lediglich ein kleiner Teil im krestalen Bereich auf der bukkalen Seite wird absichtlich belassen.

Dr. Cristian Mihai Dinu (Universität Cluj-Napoca, Rumänien) und Kollegen beschrieben auf dem ITI World Symposium 2017 ihr Vorgehen: Unter einer Lokalanästhesie wird der koronale Teil des Zahns schonend extrahiert. Der restliche Teil der Wurzel wird in 2 Teile geteilt – einer an der bukkalen Knochenwand und einer am Gaumenknochen. Der palatinale Teil der Wurzel wird extrahiert, ohne den bukkalen Teil zu berühren. Der bukkale Teil der Wurzel wird mit runden Diamantfräsern ohne Druck – der zur Mobilisierung der Wurzel führen kann – verdünnt. Das Implantatbett wird dann präpariert, ohne die bukkale Wurzel zu berühren. [3]

Das parodontale Attachment bleibt intakt

Durch das teilweise Belassen der Zahnwurzel im mid-bukkalen Bereich erhält das darüberliegende Gewebe – und vor allem der Bündelknochen – quasi die biologische Information, dass das parodontale Attachment intakt bleibt, als sei der Zahn noch an Ort und Stelle. Klinische Erfahrungen haben gezeigt, dass dadurch bisher unerreichte ästhetische Resultate im Rahmen von Implantatbehandlungen erzielt werden können. Das ist vermutlich der Grund für die zunehmende Popularität bei vielen Klinikern. Besonders zu beachtende Vorteile sind neben dem ästhetischen Potenzial die reduzierte Invasivität, die geringeren Kosten und die niedrigere Patientenmorbidity, weil auf Augmentationen und Ersatzmaterial komplett verzichtet werden kann. [4]

Belassen von Wurzelteilen: gute Ergebnisse bei Tierversuchen

Wie bei jeder neuen Technik muss auch das Prinzip der Socket-Shield-Technik im Sinne der Patienten kritisch hinterfragt werden: Das Belassen von Wurzelteilen erscheint auf den ersten Blick fraglich. Daten aus Tierversuchen zeigten aber gute Ergebnisse und auch klinische, wissenschaftlich dokumentierte Daten sind zunehmend verfügbar.

## Zunehmend Daten aus klinischen Studien erhältlich

So untersuchten Hinze et al. in einer prospektiven Kohortenstudie, ob die Sofortimplantation und sofortige provisorische Versorgung in Verbindung mit der Socket-Shield-Technik zu einem stabilen Weichgewebsvolumen am eingesetzten Implantat führen. Patienten mit Indikation für ein Einzelzahnimplantat erhielten – nachdem das Socket-Shield-Verfahren durchgeführt war – ein Sofortimplantat und eine provisorische Versorgung. In die Studie wurden 15 Patienten aufgenommen (Durchschnittsalter von  $49,2 \pm 11,9$  Jahren).

Alle Implantate heilten unauffällig ein

Alle Implantate heilten unauffällig ein. In keinem Fall wurde eine Exposition des Wurzelschilts beobachtet. Die Veränderung des Weichgewebsvolumens – bewertet mit der mittleren Abstandsveränderung – war in allen Fällen  $< 0,5$  mm ( $-0,07 \pm 0,16$ ; Bereich  $-0,37$  bis  $+0,32$ ). Beobachtet wurde ein leichter, aber statistisch signifikanter Einfluss der vestibulären Knochenwanddicke auf die

Veränderung des Weichgewebsvolumens ( $\beta = 0,25$ ;  $p = 0,037$ ). Kein Einfluss konnte für die apikale Knochenhöhe, die Breite des gingivalen Gewebes, die vestibuläre Rezession oder die Sondierungstiefen nachgewiesen werden. Die Patienten waren mit der Behandlung und dem funktionellen Ergebnis hoch zufrieden und hatten keine außergewöhnlichen Schmerzen. [5]

Auf der Grundlage der vorläufigen Daten ergibt sich, dass der Erhalt eines vestibulären Wurzelsegments in Verbindung mit Sofortimplantation und -provisorium die Veränderung des vestibulären Kammprofils nach der Extraktion über einen kurzen Beobachtungszeitraum minimieren kann.

### Die bisherigen Studien sind verhalten positiv

Obwohl vorläufige Ergebnisse einer anderen, jetzt veröffentlichten Studie von italienischen Implantologen noch unbestätigt sind, scheint die Socket-Shield-Technik eine sichere Operationstechnik zu sein, die eine Implantat-Rehabilitation mit besseren ästhetischen Ergebnissen ermöglicht. [6]

Doch auffallend ist bei allen Publikationen, dass Erfolge nur recht zurückhaltend gemeldet werden. Eine Übersichtsarbeit über 23 Studien zeigte bei einigen klinischen Berichten stabile Ergebnisse nach 12 Monaten. Die Studie kam denn auch zu dem Schluss, dass es schwierig sei, den langfristigen Erfolg dieser Technik vorherzusagen, bis qualitativ hochwertige Beweise vorliegen. [7]

### Noch nicht reif für den klinischen Alltag

Nach Ansicht von Dr. Daniel Bäumer (München) kann die Anwendung der „Socket Shield“-Technik deshalb momentan für den klinischen Alltag noch nicht empfohlen werden. Basierend auf positiven ästhetischen Resultaten und der gegenwärtig verfügbaren Evidenz sei jedoch ein großes Potenzial erkennbar, was weitere Nachforschungen lohnend erscheinen lässt. [4]

#### ☑ QUELLEN

- [1] Bäumer D et al. Innovationen für die Sofortimplantation in der ästhetischen Zone. *Implantologie* 2015; 23: 453-461.
- [2] Engelke W. Neue Strategien zum Kieferkammerhalt: Socket Preservation 2.0. [www.zwp-online.info/fachgebiete/implantologie/grundlagen/neue-strategien-zum-kieferkammerhalt-socket-preservation-2-0](http://www.zwp-online.info/fachgebiete/implantologie/grundlagen/neue-strategien-zum-kieferkammerhalt-socket-preservation-2-0)
- [3] Dinu C M et al. Immediate implant placement in a high demanding esthetic case using the „Socket Shield“ technique. *ITI World Symposium 2017, Basel, 04.-06.05.2017*.
- [4] Bäumer D et al. „Socket Shield“: Neue Technik zur Sofortimplantation in der ästhetischen Zone. *zm* 2018; Heft 12 (18.06.2018).
- [5] Hinze M et al. Volumenveränderungen um Einzelzahnimplantate nach Socket-shield-Technik: Vorläufige Ergebnisse einer prospektiven Fallserie. *International Journal of Esthetic Dentistry* 2018; (2): 154-179.
- [6] Bramanti E et al. Postextraction Dental Implant in the Aesthetic Zone, Socket Shield Technique Versus Conventional Protocol. *J Craniofac Surg* 2018; 29 (4): 1037-1041.
- [7] Gharpure AS et al. Current Evidence on the Socket-Shield Technique: A Systematic Review. *J Oral Implantol*. 2017 Oct; 43 (5): 395-403. doi: 10.1563/aaid-joi-D-17-00118. Epub 2017 Jun 12.

Patienten waren mit dem Ergebnis hoch zufrieden

Schwierig, den langfristigen Erfolg dieser Technik vorherzusagen

Potenzial erkennbar, das weitere Nachforschungen lohnend erscheinen lässt



IHR PLUS IM NETZ  
pi.iww.de  
Fachliteratur online



PRAXISFÜHRUNG

## Die Telematik – Fluch oder Segen für die Zahnarztpraxis?

von Dr. Georg Taffet, Rielasingen-Worblingen

! Bis zum 31.12.2018 soll jede Zahnarztpraxis in Deutschland an die „Telematik-Infrastruktur“ angeschlossen sein. Das zumindest ist der Wunsch des Gesetzgebers. Doch wie so oft, wenn der Amtsschimmel versucht, etwas durchzusetzen, ist das Ganze noch nicht ausgereift und nicht zu Ende gedacht. Das betrifft die einzelne Praxis, nicht aber diejenigen, die es mit Gewalt – wie anders kann man die Androhung von Honorarkürzungen interpretieren – durchsetzen wollen. Politiker werden i. d. R. für den von ihnen verzapften Mist leider nicht zur Verantwortung gezogen. !

### „Anschluss an die Telematik-Infrastruktur“ – was heißt das?

Der Anschluss an die Telematik-Infrastruktur bedeutet, dass die Computer mit der Praxissoftware über ein spezielles, „Konnektor“ genanntes Gerät permanent mit dem Internet verbunden sein müssen. Das Kartenlesegerät, mit dem die Versichertenkarten der Patienten eingelesen werden, schickt die Daten der Karte pseudo-anonymisiert über eine Cloud an die betreffende Krankenkasse und überprüft somit die Gültigkeit der Karte.

Auf den ersten Blick ist das eine tolle Sache. Allerdings funktioniert das nur mit neuen Karten, die der „G2“-Norm entsprechen. Die „G1“-Karten sind dann nicht mehr lesbar, was zu einem erheblichen Diskussionsbedarf mit dem Patienten in der Praxis führen wird.

### Wie geht es weiter?

Das ist nur die erste Stufe. Geplant ist, dass in Zukunft auch Informationen zur Behandlung der Patienten, zur Medikation etc. auf den Chip der Gesundheitskarte gespeichert werden. Allerdings muss der Patient auch damit einverstanden sein und dieses Einverständnis über die Eingabe eines Sicherheits-PIN signalisieren. Ob das dann auch bei der 92 Jahre alten Omi so gut funktionieren wird?

### Welche Kosten fallen an und welche Nachteile gibt es?

Die Daten werden über einen „Telematik-Datentunnel“ angeblich sicher übertragen. Dieser Datentunnel ist zurzeit bei der Telekom für 83 Euro monatlich buchbar. Das macht also 996 Euro pro Jahr, die bei der Praxis bleiben. Hinzu kommt die gerätespezifische Security Card – eine SIM- Karte, die einmalig 480 Euro kostet. Danach fällt dann auch noch die „Kleinigkeit“ von 8 Euro monatlich an, also noch einmal 96 Euro jährlich.

Aber das sind ja „Peanuts“ – jedenfalls aus Sicht derjenigen, die uns das Ganze eingebrockt haben. Die Kontrollpflicht der Versichertenkarte und der

Gültigkeit der Karte wird überprüft

Karten nicht mehr lesbar: Diskussionsbedarf mit Patienten zu erwarten

Einverständnis durch die Eingabe eines Sicherheits-PIN: Wird das funktionieren?

Anspruchsberechtigung liegt somit de facto auch beim Arzt. Er muss über das Foto die Identität des Versicherten prüfen.

Die Kosten für die notwendigen Geräte werden zurzeit von den Krankenkassen übernommen und über eine Monatspauschale in den nächsten Jahren erstattet. Somit ist die Praxis in der Pflicht, in Vorleistung zu gehen und die Rechnung des beauftragten Hard- und Software-Unternehmens zunächst einmal zu bezahlen.

Kostendeckend wird das in den seltensten Fällen sein. Vor allem dann nicht, wenn wegen eines technischen Defekts oder Ähnlichem eine Neuanschaffung innerhalb der mit den Krankenkassen vereinbarten Laufzeit notwendig wird. Die Hard- und Software-Unternehmen schließen Wartungs- und Vertragslaufzeiten von maximal zwei Jahren ab, was bei der Kurzlebigkeit und der schnellen Weiterentwicklung der Branche auch sinnvoll ist.

Es entstehen der Praxis auch noch Kosten für den benötigten elektronischen Zahnarzttausweis. Dieser wird in Form einer Chipkarte in den Konnektor bzw. das Kartenlesegerät eingeführt und trägt die Daten der Praxis. Damit ist für die Krankenkassen und KZVen ersichtlich, wer die Versichertenkarte eingelese hat. Er gilt als Legitimation für die Benutzung des Geräts bzw. der Datentunnel. Dieser Ausweis muss rechtzeitig vor der Installation der Telematik-Geräte in der Praxis bei der zuständigen KZV beantragt werden und vorliegen.

Wie hoch sind die jährlichen Kosten für Softwarewartung und den technischen Support? Und wie soll ich als Praxisinhaber im Rahmen des neuen Datenschutzgesetzes für die Sicherheit der Daten meiner Patienten haften, wenn mein Computer am Internet angeschlossen sein muss? Das sind Fragen, die zurzeit noch niemand beantworten kann.

## Was bringt die Telematik der Zahnarztpraxis?

Ich sehe überhaupt keinen Vorteil für die Praxis in der Telematikanbindung, wie sie jetzt vorgeschrieben ist. Das werden sicherlich auch viele meiner Kolleginnen und Kollegen so sehen. Die „Telematik-Infrastruktur“ kostet mich als Praxisinhaber nur Geld und Zeit und erfordert zusätzliche Geräte in der Praxis. Geräte, die defekt werden und meinen Betrieb erheblich stören könnten.

## Wie soll ich mich jetzt verhalten?

Was passiert eigentlich, wenn ich meine Praxis nicht anschließen lasse? Dann wird mein Kassenhonorar ab Januar 2019 um 1 Prozent gekürzt, quasi als „Strafzoll“. Ich werde mich nun hinsetzen und genau rechnen. Vermutlich werde ich – da meine Kassenumsätze den kleinsten Anteil meines Praxisumsatzes ausmachen – mich vorerst nicht anschließen und die angedrohte Honorarkürzung in Kauf nehmen.

**Kostendeckung ist nicht zu erwarten**

**Kosten für den elektronischen Zahnarzttausweis entstehen**

**Jährliche Kosten für Softwarewartung und technischen Support**

KNOCHENAUGMENTATION

## Die „Ridge Preservation“: Was ist berechenbar?

| Von einer Expertengruppe wurde vor Jahren die „Ridge Preservation“ als regenerative Maßnahme bei Alveolen mit Knochenwanddefekten vorgeschlagen. PI zeigt in diesem Beitrag die korrekte Abrechnung auf. |

### Definition und Honorierung der „Ridge Preservation“

Mit der „Ridge Preservation“ sollen der Erhalt der Kieferkammkontur und die knöcherne Regeneration der Alveole erreicht werden. Für die Regeneration der Alveole sind in der Regel die Knochenersatzmaterialien und Membranen nutzbar, die im Rahmen einer „Socket Preservation“ angewandt werden. Eine defekte Knochenwand ist in jedem Fall mit einer Membran abzudecken.

Bei der Augmentation von Alveolendefekten kann Eigenknochen aus der OP-Region nach der GOZ-Nr. 9090 berechnet werden. Die Entnahme von Knochenspänen aus einem anderen OP-Gebiet wird nach GOZ-Nr. 9140 zusätzlich berechnet. Die alleinige Augmentation von Knochenersatzmaterial (KEM) ist als selbstständige Leistung entsprechend § 6 Abs. 1 GOZ zu berechnen, da es dafür keine Gebührenziffer gibt. Wird Eigenknochen und KEM verwendet, sind beide Leistungen ansatzfähig.

Das Auffüllen von knöchernen Defekten, die die Größe einer Zahnregion überschreiten, gilt als Knochendefekt des Alveolarfortsatzes. Der Aufbau wird nach GOZ-Nr. 9100 (Aufbau des Alveolarfortsatzes) berechnet.

Der Ausschuss „Gebührenrecht“ der Bundeszahnärztekammer hat im Juli 2013 mit der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) unter dem Titel „Knochenmanagement“ eine tabellarische Aufstellung knochenchirurgischer Leistungen bzw. Leistungskombinationen erarbeitet und publiziert. Der folgende Auszug enthält unterschiedliche Berechnungsvarianten:

Erhalt der Kieferkammkontur und knöcherne Regeneration der Alveole

Der Aufbau wird nach GOZ-Nr. 9100 berechnet

#### ■ Aufstellung knochenchirurgischer Leistungen bzw. Leistungskombinationen (Auszug)

12. Aufbau des Alveolarfortsatzes Knochen und/oder Knochenersatzmaterial	9100
ggf. zusätzlich Knochen aus getrenntem OP-Gebiet, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	9140
13. Aufbau des Alveolarfortsatzes Knochen und/oder Knochenersatzmaterial <u>und</u>	9100
a) Weichteilunterfütterung mit autologem Bindegewebestransplantat, je Zahnzwischenraum	+ 4133
b) Weichteilunterfütterung mit einem Collagen Patch, je Zahnzwischenraum	+ 2442 GOÄ
c) Weichteilunterfütterung mit einem Collagen Patch am zahnlosen Kiefer/Kieferkammabschnitt	+ 2442 GOÄ
d) Weichteilunterfütterung mit autologem Bindegewebestransplantat an einem zahnlosen Kiefer/Kieferkammabschnitt	+ analog
ggf. zusätzlich Knochen aus getrenntem OP-Gebiet, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	9140

## Beispiel 1: Augmentation mit Membran

Bei einem GKV-Versicherten wird nach der Extraktion von Zahn 35 eine Ridge Preservation vorgenommen. Für eine Implantation hat sich der Patient noch nicht entschieden. Der Eingriff soll mit Knochenersatzmaterial (KEM) erfolgen, das mit einer Membran abgedeckt wird. Eine Periostschlitzung mit einer Formung des Weichgewebes ist noch nicht absehbar. Sie soll jedoch im Therapieplan erfasst werden, um im Vorfeld der Behandlung möglichst exakt über die privaten Gesamtkosten aufzuklären.

Nach der Therapieaufklärung wird mit dem Patienten eine Privatvereinbarung nach § 8 Abs. 7 BMV-Z (bis 30.06.2018 galten § 4 Abs. 5d BMV-Z und § 7 Abs. 7 EKVZ) schriftlich abgeschlossen und ein privater Therapieplan erstellt, der die folgenden Leistungen enthält:

Eingriff mit KEM, das mit einer Membran abgedeckt wird

Privatvereinbarung und privater Therapieplan

### ■ Privater Therapieplan

Region	Nr.	Leistungsbeschreibung	Faktor	Material/Euro	Anzahl	Betrag/Euro
	0030	Heil- und Kostenplan	2,3		1	25,87
35	Ä2442a	Einbringen von Knochenersatzmaterial entsprechend Einbringen von alloplastischem Material zur Weichteilunterfütterung	1,4		1	73,44
35-36	4138	Verwenden einer Membran zur Behandlung eines Knochendefekts, je Zahn, je Implantat	2,3		2	56,92
35	3100	Plastische Deckung im Rahmen einer Wundversorgung einschließlich einer Periostschlitzung, je Operationsgebiet	2,3		1	34,93
		Knochenersatzmaterial BioOss 1 bis 2 mm, 0,5 g, Fa. Geistlich®		92,82	1	
		Membran BioGide 13 x 25 mm, Fa. Geistlich		123,76	1	
		Atraumatische Naht		3,50	1	
24	3290	Kontrolle nach chirurgischem Eingriff	2,3		1	7,11
24	3300	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff	2,3		1	8,41
	Ä5	Symptombezogene Untersuchung	2,3		1	10,72
	Ä1	Beratung	2,3		1	10,72
24	3290	Kontrolle nach chirurgischem Eingriff	2,3		1	7,11
24	3300	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff	2,3		1	8,41
		Zwischensumme in Euro		220,08		243,64
		<b>Gesamtbetrag in Euro</b>				<b>463,72</b>

Das Einbringen von KEM ist weder in der GOZ noch in der GOÄ enthalten. Die GOÄ-Nr. 2442 ist textlich betrachtet eine ideale Gebührenziffer. Allerdings enthält diese eine „Weichteilunterfütterung“, die in der Alveole nach Extraktion nicht erfolgt. Daher wird diese Gebührenziffer entsprechend § 6 Abs. 1 GOZ in Verbindung mit § 6 Abs. 2 GOÄ berechnet.

Welche Gebührenziffer honorartechnisch ausgewählt wird, obliegt dem Zahnarzt. Es ist sinnvoll, Analogziffern so auszusuchen, dass das benötigte

Analogabrechnung, da es keine Gebührenziffer gibt

1,8-facher Faktor sollte den Honorarbetrag ergeben

Honorar ungefähr im 1,8-fachen Faktor den Honorarbetrag ergibt. Sollte es beim Erbringen der Leistung zu unvorhersehbaren Schwierigkeiten kommen, so ist die Ziffer ohne Begründung bis zum 2,3-fachen Satz steigerbar. Eine Beratung und symptombezogene Untersuchung kann nur dann privat berechnet werden, wenn in der Sitzung ausschließlich außervertragliche Leistungen erbracht werden.

Privatvereinbarung und privater Therapieplan

## Beispiel 2: Augmentation bei Aufbau des Alveolarfortsatzes

Bei einem GKV-Versicherten wird nach der Extraktion die Region 26 bis 27 augmentiert. Eine verzögerte Implantation ist vorgesehen. Nach Aufklärung über die Privattherapie wird zuerst eine Privatvereinbarung nach § 8 Abs. 7 BMV-Z für den Kieferkammaufbau schriftlich getroffen. Der private Therapieplan enthält die folgenden Leistungen:

### ■ Privater Therapieplan

Region	Nr.	Leistungsbeschreibung	Faktor	Material/Euro	Anzahl	Betrag/Euro
	0030	Heil- und Kostenplan	2,3		1	25,87
26	0080	Oberflächenanästhesie je Kieferhälfte oder Front	2,3		1	3,88
26-27	9100	Aufbau des Alveolarfortsatzes	2,1		1	318,18
		Knochenersatzmaterial BioOss 1-2 mm, 0,5 g, Fa. Geistlich		92,82	1	
		Membran BioGide® 13 x 25 mm, Fa. Geistlich		123,76	1	
26-27	Ä5000	Röntgenaufnahme	1,8		1	5,25
		Atraumatische Naht		3,50	1	
26	3290	Kontrolle nach chirurgischem Eingriff	2,3		1	7,11
26	3300	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff	2,3		1	8,41
	Ä5	Symptombezogene Untersuchung	2,3		1	10,72
	Ä1	Beratung	2,3		1	10,72
26	3290	Kontrolle nach chirurgischem Eingriff	2,3		1	7,11
26	3300	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff	2,3		1	8,41
		Zwischensumme in Euro		220,08		405,66
		<b>Gesamtbetrag in Euro</b>		<b>625,74</b>		

Kieferkammaufbau sofort nach der Extraktion

Aufgrund der Defektsituation ist ein Kieferkammaufbau erforderlich, der sofort nach der Extraktion ausgeführt wird, damit unter maximalem Erhalt von Eigengewebe für die verzögerte Implantation optimale Hart- und Weichgewebsverhältnisse vorliegen.

Röntgenaufnahme nicht als Sachleistung berechenbar

Nach dem Aufbau des Alveolarfortsatzes wird eine Röntgenaufnahme gefertigt. Diese ist Folge des privaten Knochenaufbaus und daher nicht als Sachleistung berechenbar.

Abhängig vom Befund des Patienten können weniger oder mehr Leistungen notwendig sein, um das gewünschte Ergebnis zu erreichen.

## ZAHNERSATZ

## Totalprothese bei Ausnahmefall umgearbeitet: Warum fällt kein BEMA-Honorar an?

| Bei einer GKV-Patientin wurde im Unterkiefer (UK) die funktionstüchtige Totalprothese in der Praxis zur Suprakonstruktion umgearbeitet. Der abgerechnete Heil- und Kostenplan (HKP) wurde von der KZV moniert. PI stellt den Behandlungsfall vor und kommentiert die Unstimmigkeiten. |

### Behandlungsfall

Eine GKV-Patientin trägt seit vielen Jahren im UK eine Totalprothese, die vor 14 Monaten erneuert wurde. Mittlerweile hat sich die Patientin für eine Implantation regio 33 und 43 entschieden, die bereits erfolgt ist. Nach dem Abschluss der Einheilphase wurden in der Praxis 2 Locator-Matrizen in die Prothese eingearbeitet. Die Locatoren wurden auf den Implantaten fachgerecht montiert, bevor die umgearbeitete Prothese eingegliedert wurde.

### Behandlungsunterlagen

Die Versorgung wurde in Hessen durchgeführt. Eine vorherige Genehmigung der Krankenkasse für den Festzuschuss 7.7 (Wiederherstellungsbedürftige implantatgetragene Prothesenkonstruktion, Umgestaltung einer vorhandenen Totalprothese zur Suprakonstruktion bei Vorliegen eines zahnlosen atrophierten Kiefers, je Prothesenkonstruktion) ist in diesem Bundesland nicht erforderlich. Nach der Kostenaufklärung unterzeichnete die Patientin eine Privatvereinbarung.

### Zahnärztliche Leistungen

Da ein Ausnahmefall nach ZE-Richtlinie 36b vorliegt, wurde das Honorar für die Umarbeitung nach BEMA-Nr. 100ai berechnet. Um im Vorfeld der Umarbeitung die Locatoren in der richtigen Schleimhauthöhe zu bestellen, kam die Patientin eine Woche vorher in die Praxis. In dieser Sitzung wurden die Verschlusskappen entfernt. Mithilfe eines Instruments wurde die jeweilige Schleimhautdicke gemessen und anschließend die gereinigten Verschlusskappen wieder montiert. Dafür wurde zweimal die GOZ-Nr. 9050 berechnet. Außervertraglich wurde das Eingliedern der Locatoren zweimal nach der GOZ-Nr. 5030 und die Verbindungselemente (Matrizen) in der Prothese zweimal nach der GOZ-Nr. 5080 in Ansatz gebracht.

### Zahntechnische Leistungen

Die Prothese wurde am Behandlungsstuhl umgearbeitet. Die Praxis unterhält kein eigenes Labor. Es besteht aufgrund der Kleinunternehmerregelung weder eine Pflicht zum Ausweis der Mehrwertsteuer für zahntechnische Leistungen in Höhe von 7 Prozent noch zur Umsatzsteuererklärung gegenüber dem Finanzamt. Folgende Positionen wurden berechnet:

**Implantation regio 33 und 43 bereits erfolgt**

**Genehmigung für Festzuschuss 7.7 in Hessen nicht erforderlich**

**Honorar für die Umarbeitung wurde nach BEMA-Nr. 100ai berechnet**

**Kleinunternehmerregelung, daher kein Ausweis der Mehrwertsteuer**

Position	Menge	Bezeichnung	Einkaufspreis	MwSt. %	Mat.	Leistung
8883	2	Ausschleifen einer Prothese zur Aufnahme der Matrizen, je Implantat	12,20 Euro	0		24,40 Euro
0817	2	Auswahl Implantataufbau, je Implantat	9,75 Euro	0		19,50 Euro
6533	2	Matrizen einpolymerisieren, je Implantat	42,15 Euro	0		84,30 Euro
8011	1	Instandsetzen einer Prothese mit Kunststoffbasis	25,35 Euro	0		25,35 Euro
		Zwischensumme				153,55 Euro
		<b>Gesamtbetrag</b>				<b>153,55 Euro</b>

Gleichartige  
Versorgung  
liegt vor

BEMA-Nr. 100ai in  
die GOZ-Nr. 5250  
umgewandelt

### Warum moniert die KZV den abgerechneten HKP?

Für die KZV ist die Berechnung der BEMA-Nr. 100ai nicht stimmig. Die Umgestaltung einer Totalprothese zu einer Suprakonstruktion bei atrophiertem zahnlosen Kiefer ist gemäß Festzuschuss-Richtlinie A Nr. 6 in Verbindung mit ZE-Richtlinie Nr. 36b als Regelversorgung einzustufen. Das Einarbeiten von implantatgetragenen Verbindungselementen – in diesem Patientenfall die Locator-Matrizen – ist jedoch weder im BEMA noch im BEL II abgebildet. Es handelt sich daher um eine gleichartige Wiederherstellung. Für die über die Regelversorgung hinausgehenden Leistungen bilden GOZ und „Nicht-BEL-II“ die Abrechnungsgrundlage. Ob im Labor die Rechnung nach der BEB'90, 97, 2004, BEB-Zahntechnik oder einer eigenen Preisliste erfolgt, ist unerheblich.

Im vorliegenden Fall wurde die BEMA-Nr. 100ai in die GOZ-Nr. 5250 umgewandelt. Im Labor konnte die private Berechnung der Umarbeitung beibehalten werden, da die berechneten Posten den außervertraglichen Umbau der vorhandenen Prothese betrafen. Da Verbindungselemente eingearbeitet wurden, kann auch die „Grundeinheit Instandsetzung der Prothese“ nicht nach BEL II berechnet werden.

### ■ Welchen Inhalt haben die beiden erwähnten Richtlinien?

#### ■ Die Festzuschuss-Richtlinie Nr. 6 lautet:

„Suprakonstruktionen sind in den in den Zahnersatz-Richtlinien beschriebenen Fällen Gegenstand der Regelversorgung. Bei der Gewährung von Zuschüssen für Suprakonstruktionen bei Erstversorgung mit Implantaten hat der Versicherte Anspruch auf den Festzuschuss zur Versorgung der Befundsituation, die vor dem Setzen der Implantate bestand. Für die Erneuerung und Wiederherstellung von Suprakonstruktionen sind Festzuschüsse ansetzbar, die der Gemeinsame Bundesausschuss auf der Grundlage von entsprechenden Regelleistungen ermittelt hat. Eine Gewährung von Festzuschüssen erfolgt auch in den Fällen, in denen Suprakonstruktionen außerhalb der in den Zahnersatz-Richtlinien genannten Fällen gewählt werden.“

#### ■ Die ZE-Richtlinie Nr.36 b lautet:

„Suprakonstruktionen gehören in folgenden Ausnahmefällen zur Regelversorgung: b. bei atrophiertem zahnlosen Kiefer“

Verbindungselemente  
im Rahmen einer  
Regelversorgung

### Warum bewirken die Matrizen die Gleichartigkeit?

Der Ausnahmefall mit Atrophie bewirkt zwar im Rahmen von Wiederherstellungen den Ansatz der BEMA-Nrn. 100ai bis fi, allerdings nur bei einer Regelversorgung. Verbindungselemente im Rahmen einer Regelversorgung sind im befundorientierten Festzuschuss-System nur folgende Elemente:

1. Teleskop- und Konuskronen auf Eckzähnen und auf den ersten Prämolaren;
2. beim Restzahnbestand von bis zu 3 Zähnen Resilienzteleskopkronen und Wurzelstiftkappen bzw. Teleskop- und Konuskronen (ZE-Richtlinie Nr. 35);
3. bei disparallelen Brückenpfeilern (ZE-Richtlinie 26) das hierdurch erforderliche Geschiebe für die Fertigung einer geteilten Brücke.

Die Einstufung als gleichartige Versorgung ist nicht bundeseinheitlich. Beachten Sie daher die verfügbare Literatur Ihrer KZV in Form von Rundschreiben seit 2005 bzw. online auf der Website.

Einstufung nicht bundeseinheitlich

## Welche Gesamtkosten sind entstanden?

Die zahnärztliche Rechnung umfasst die folgenden Positionen:

### ■ Rechnung

Datum	Region	GOZ-Nr.	Leistungsbeschreibung	Faktor	Anzahl	Preis/Euro
11.04.18	33, 43	9050	Entfernen und Wiedereinsetzen sowie Auswechseln eines oder mehrerer Aufbauelemente bei einem zweiphasigen Implantatssystem während der rekonstruktiven Phase	2,3	2	80,98
23.04.18	33, 43	5030	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn oder Implantat als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Wurzelkappe mit Stift, ggf. zur Aufnahme einer Verbindungsvorrichtung oder anderer Verbindungselemente	2,3	2	383,88
	33, 43	5080	Versorgung eines Lückengebisses durch eine zusammengesetzte Brücke oder Prothese, je Verbindungselement	2,3	2	59,50
	UK	5250	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese (ohne Abformung)	2,3	1	18,11
<b>Zwischensumme Honorar</b>						<b>542,47</b>
Praxismaterial						
23.04.18			Locator		2	330,82
			Locator Laborset		1	99,96
			Laborkosten			153,55
			<b>Gesamtkosten</b>			<b>1.126,80</b>

Die Locatorn und die zugehörigen Matrizen aus dem Laborset – es befinden sich 2 Matrizen in einem Laborset – sind korrekt auf der zahnärztlichen Rechnung mit den Bruttopreisen abgebildet. Der Patient muss die Mehrwertsteuer in Höhe von 19 Prozent, die beim Erwerb vom Hersteller auf der Rechnung ausgewiesen ist, als Endverbraucher bezahlen. Keinesfalls ist nur der Nettopreis weiterzugeben.

Patient muss die Mehrwertsteuer als Endverbraucher zahlen

Ein „Regiekostenaufschlag“ ist seit Inkrafttreten des Antikorruptionsgesetzes nicht mehr gestattet. Das Material muss „1 : 1“ an den Patienten weitergereicht werden. Skonto bis maximal 3 Prozent muss bei Bezahlung der Materialrechnung innerhalb von regulär 10 Tagen nicht weitergegeben werden, da der Zahnarzt in Vorkasse geht, bevor der Patient i. d. R. die zahnärztliche Rechnung erhalten und beglichen hat.

3 Prozent Skonto dürfen einbehalten werden

## KRANKENVERSICHERUNG

**Der Standardtarif: Das sollten Sie dazu wissen!**

Privat versicherte Patienten konnten bis zum 31.12.2008 den Standardtarif abschließen. Seit dem 01.01.2009 sind keine Neuabschlüsse mehr möglich. Bestehende Verträge laufen jedoch weiter. Der Standardtarif soll im Falle einer geringen Rente als soziale Schutzfunktion den Wechsel in einen preiswerteren Tarif ermöglichen. PI stellt Ihnen die wichtigsten Fakten vor. |

**Warum gibt es den Standardtarif?**

Der Standardtarif in der privaten Krankenversicherung (PKV) ist als Rettungsanker für Versicherte gedacht, die ihre Beiträge nicht mehr zahlen können. Beim Wechsel in den Standardtarif gelten dieselben Grundsätze wie bei anderen Tarifwechseln beim selben Anbieter: Risikozuschläge bleiben erhalten und für Mehrleistungen kann der Versicherer eine Gesundheitsprüfung verlangen sowie ebenfalls Risikozuschläge festsetzen. Standardtarif-Versicherte wiederum können jedoch auch in den Basistarif wechseln.

**Der brancheneinheitliche Standardtarif**

Im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes 1992 waren im Sozialgesetzbuch (SGB) V die Voraussetzungen für den Arbeitgeberbeitragszuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag neu geregelt worden. Der Zuschuss wurde seit dem 01.07.1994 u. a. davon abhängig gemacht, dass sich die PKV verpflichtete, für ältere Versicherte – ab Vollendung des 65. Lebensjahrs – einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten. Somit kam es 1994 zur Einführung des Standardtarifs, der bis 31.12.2008 bei allen PKVen abgeschlossen werden konnte. Er umfasst die Tarifstufen STN (für Vollversicherte) und STB (für Beihilferechtigte). Die Stufe STB ist speziell für Beamte und ihre Familienangehörigen konzipiert, bei denen der Dienstherr jeweils einen bestimmten Prozentsatz der Krankheitskosten – Beihilfe – übernimmt.

**Wer kann in den Standardtarif wechseln?**

Der Standardtarif ist ein Sozialtarif der PKV. Er steht nur einem vom Gesetzgeber bestimmten Personenkreis zur Verfügung. Seit dem 01.07.2007 ist die zahnärztliche Versorgung aller im Standardtarif Versicherten mit den dort aufgeführten Leistungen sichergestellt. In diesen Tarif können Privatversicherte wechseln, denen die Beiträge ihres regulären Tarifs zu teuer sind und die einige Voraussetzungen erfüllen.

Seit der Einführung des Basistarifs zum 01.01.2009 sind Neuabschlüsse im Standardtarif nicht mehr möglich. Die Option des Standardtarifs ist ab diesem Zeitpunkt nur für Versicherte erhalten geblieben, die bereits vor dem 31.12.2008 privat krankenversichert waren. Der Standardtarif wird nur dann gewährt, wenn der Versicherte vor dem 01.01.2009 in die PKV eingetreten und dort bereits seit mindestens 10 Jahren versichert ist. Weiterhin muss aus-  
zugsweise eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

**Rettungsanker für Versicherte, die ihre Beiträge nicht mehr zahlen können**

**Der Standardtarif konnte bis zum 31.12.2008 abgeschlossen werden**

**Standardtarif nur noch für Altversicherte in der PKV**

## ■ Voraussetzungen für den Eintritt in den Standardtarif

1. Alle Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, können grundsätzlich in den Standardtarif der PKV wechseln, wenn sie mindestens 10 Jahre privat krankenversichert waren und einen Tarif abgeschlossen hatten, der arbeitgeberzuschussberechtigt ist. Alle Tarife, die einen vollen Krankenversicherungsschutz (ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlungen sowie die Absicherung eines Krankentagegeldes) bieten, sind grundsätzlich arbeitgeberzuschussberechtigt.
2. Das Einkommen eines PKV-Versicherten, der das 55. Lebensjahr vollendet hat, liegt unter der Beitragsbemessungsgrenze zum Standardtarif (diese beträgt gemäß § 6 Abs. 7 SGB V 2018 jährlich 53.100 Euro oder monatlich 4.425 Euro).
3. Für Beamte und deren Familienangehörige, die in einen Standardtarif wechseln möchten, gelten die gleichen Bestimmungen wie unter den Punkten 1 und 2 genannt.
4. Ist eine Person erwerbsunfähig und bezieht eine vorzeitige Erwerbsminderungsrente oder eine Pension, so kann auch vor Erreichen des 55. Lebensjahrs in den Standardtarif gewechselt werden. Allerdings muss auch hier eine Vorversicherungszeit von mindestens 10 Jahren vorliegen und das Einkommen des Versicherten muss unter der aktuellen Beitragsbemessungsgrenze liegen.

## Wie hoch ist der Beitrag?

Das Besondere des Tarifs liegt vor allem darin, dass der Beitrag auf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV begrenzt und bei allen PKVen gleich ist. Der Beitrag mit Risikozuschlag und ggf. gesetzlichem Vorsorgezuschlag beträgt für Einzelpersonen im Jahr 2018 monatlich rund 646 Euro.

## Zusätzlicher Versicherungsschutz

Anders als der Basistarif lässt sich der Standardtarif nicht mit privaten Zusatzversicherungen ergänzen. Neben dem Standardtarif darf keine weitere Krankheitskostenteil- oder Vollversicherung bestehen – auch nicht bei anderen Versicherungsunternehmen. Nur die Auslandsreisekranken- oder Krankentagegeldversicherung können zusätzlich abgeschlossen werden. Manche Versicherte können sich die Beiträge dennoch nicht leisten. Dann bleibt nur der Notlagentarif, über dessen Inhalte PI in der nächsten Ausgabe berichtet.

## Welche Leistungen umfasst der Standardtarif?

Der Standardtarif wurde vor allem für die Versicherten geschaffen, die im Rentenalter einen günstigen Versicherungsschutz benötigen, weil die monatlichen Einnahmen u. U. nicht mehr ausreichen, den Beitrag für ihre private Krankenversicherung aufzubringen. Im Vergleich zum Basistarif in der PKV ist der Standardtarif meist billiger. Der Gesetzgeber hat im SGB V festgelegt, dass die private Krankenversicherung im Standardtarif Leistungen kalkulieren muss, die mit den Leistungen der GKV vergleichbar sind. In einigen Bereichen bietet der Standardtarif sogar geringere Leistungen als eine gesetzliche Krankenkasse bzw. der Basistarif der PKV.

Begrenzung auf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV

Private Zusatzversicherungen nicht zulässig

Standardtarif meist billiger als der Basistarif

### Höchstgrenzen für Gebührensätze

Standardtarif-Versicherte haben eine freie Arztwahl. Im Rahmen der GOÄ bzw. GOZ dürfen nur folgende Gebührensätze berechnet werden:

- für persönliche Leistungen maximal der 1,8-fache Gebührensatz der GOÄ bzw. der 2,0-fache Gebührensatz der GOZ;
- für medizinisch-technische Leistungen maximal der 1,38-fache GOÄ-Satz;
- für Laborleistungen maximal der 1,16-fache GOÄ-Satz.

### Versichertenkarte enthält den Zusatz „Standardtarif“

Damit der Zahnarzt sich an die vorgegebenen Werte halten kann, muss sich der Patient als Standardtarifversicherter ausweisen. Die Versichertenkarte enthält daher den Zusatz „Standardtarif“.

Unter diesen Bedingungen ist es betriebswirtschaftlich weder zumutbar noch möglich, aufwendige Behandlungen durchzuführen. Nur durch eine rechtswirksame und schriftliche, vor Beginn der Behandlung getroffene Vereinbarung der Vergütungshöhe nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ kann der Zahnarzt die genannten Gebührensätze überschreiten. Dabei entstehende Mehrkosten gehen zulasten des Versicherten.

Im Bereich Zahnersatz werden 65 Prozent der Kosten erstattet. Für Beihilferechtigte gelten die Leistungen anteilig, bezogen auf die jeweils vereinbarte Tarifstufe. Die Leistungsstufen ergänzen den jeweilig gültigen Beihilfebemessungssatz auf 100 Prozent.

#### ■ Beispiel für die Tarifstufe STB 30 bei Zahnersatz (Signal Iduna 2018)

Erstattungsfähige Aufwendungen für Zahnersatz:	1.000 Euro
Davon werden gemäß der tariflichen Zusage 65 Prozent anerkannt:	650 Euro
Die Leistung beträgt damit 30 Prozent von 650 Euro, das sind:	195 Euro

Anders als in den sonstigen Tarifen der Krankheitskostenvollversicherung kann der Versicherungsschutz vermindert werden, wenn sich die GKV-Leistungen verschlechtern.

### Wie steht es um gebildete Altersrückstellungen?

Die für diesen Tarif gebildeten Alterungsrückstellungen werden bei einem Wechsel in den Standardtarif auf den Beitrag angerechnet und führen in den meisten Fällen zu erheblichen Beitragsreduzierungen. Ist man als Rentner gezwungen, Kosten zu reduzieren, so kann man durch einen Wechsel in den Standardtarif mehrere 100 Euro pro Monat sparen. Dabei werden jedoch die Leistungen auf das gesetzliche Versicherungsniveau reduziert.

### Welche Alternativen gibt es?

Der Standardtarif wurde in erster Linie installiert, um eine Beitragsreduzierung im Alter vorzunehmen. Oftmals reicht der Wechsel in einen leistungsschwächeren Tarif aus, um die Beiträge auf einem bezahlbaren Niveau zu halten. Mittlerweile werden Beitragsentlastungstarife angeboten, die ebenfalls zu einer Reduzierung des Beitrags beim Eintritt ins Rentenalter führen, ohne dass der Versicherte auf die gewohnten Leistungen verzichten muss.

Ggf. können mehrere  
100 Euro monatlich  
gespart werden

## Die Behandlungspflicht beim Standardtarif

Das Bundesverfassungsgericht hat 2008 festgestellt, dass es ohne eine gesonderte zusätzliche Regelung keine Behandlungspflicht der Vertragsärzte für Standard- bzw. Basistarif-Versicherte gibt. Das SGB V sieht vor, dass die KZVen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags die Versorgung der in diesen Tarifen versicherten Personen sicherzustellen haben.

Das Bundesministerium für Gesundheit informierte, dass Zahnärzte, die Behandlungen zu den Bedingungen des Basistarifs durchführen, bei der jeweiligen KZV erfragt werden können. Alternativ haben sich KZVen für eine freiwillige Vertragslösung entschieden. Danach haben sich bestimmte zugelassene Vertragszahnärzte bereit erklärt, die Behandlung der Basistarif-Versicherten vorzunehmen. Sicher ist, dass reine Privatzahnärzte von einer Behandlungspflicht – mit der Ausnahme von Notfällen – ausgenommen sind. Näheres hierzu erfahren Sie bei Ihrer KZV.

## Wenn der Standardtarif noch zu teuer ist

Der Standardtarif ist als Sozialtarif dafür vorgesehen, Privatversicherten finanziell zu helfen. Rentner, die eine gesetzliche Rente beziehen, können bei der Rentenversicherung einen Zuschuss beantragen und damit ihre Kosten weiter senken. Wer dennoch finanziell überfordert ist, kann in den Basistarif wechseln. Sofern Versicherte durch die Kosten für die Krankenversicherung hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts werden, erhalten sie Hilfe vom Amt. Als letzten Ausweg bietet die PKV den Notlagentarif an, der kurzzeitig helfen soll, Engpässe zu überbrücken.

## Seit dem 01.01.2009 gilt der modifizierte Standardtarif

Zum 01.07.2007 ist als weitere Stufe der Gesundheitsreform der modifizierte Standardtarif in die PKV eingeführt worden. Die Regelungen dieses Tarifs waren von vornherein bis zum 31.12.2008 befristet, da die Einführung des Basistarifs für das Jahr 2009 bereits zu diesem Zeitpunkt feststand. Die im modifizierten Standardtarif versicherten Personen wurden übergangslos in den Basistarif überführt.

Die grundlegende Neuerung des Basistarifs besteht in der Möglichkeit, zusätzliche Versicherungsleistungen abschließen zu können. Dies war im modifizierten Standardtarif nicht möglich. Dadurch wurden die PKVen dazu verpflichtet, Personen ohne Versicherungsschutz auch ohne Risikoprüfung wieder aufzunehmen. Voraussetzung dafür war, dass sie bereits einmal privat versichert waren. Der Gesetzgeber wollte damit allen in Deutschland lebenden Menschen eine Krankenversicherung ermöglichen.

### WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Beachten Sie zu dieser Thematik auch den Beitrag „Warum sollen Chipkarten bei Privatpatienten nicht eingelesen werden?“ in PI 04/2014, Seite 13.
- In der September-Ausgabe von PI werden wir über den Notlagentarif und in der Oktober-Ausgabe über den Basistarif berichten.

KZVen müssen die Versorgung der Versicherten sicherstellen

Reine Privatzahnärzte sind von der Behandlungspflicht ausgenommen

Alternativen sind der Basistarif oder der Notlagentarif

Modifizierter Standardtarif in Basistarif überführt



ARCHIV  
Ausgabe 04 | 2014  
Seite 13



ZAHNMEDIZIN

## Medizinprodukte und deren Anwendung in der implantologischen Praxis: gesetzliche Vorgaben

von Marina Nörr-Müller, QMA (TÜV), Beratung und Training medizinischer Behandlungsteams, München

Medizinprodukte werden alltäglich bei Implantationen eingesetzt. Hierbei handelt es sich um Geräte bzw. Stoffe, deren Anwendung einem Risiko unterliegen können und deren korrekte Anwendung für den Erfolg der Implantation entscheidend ist. Daher verlangen sie einen sachgerechten Umgang. Das Medizinproduktegesetz (MPG) mit den dazugehörigen Verordnungen – die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) und die MP-Sicherheitsplanverordnung (MPSV) – bildet die gesetzliche Grundlage dafür. |

### Medizinprodukt nach dem MPG

Als Medizinprodukte gelten gemäß § 3 Nr. 1 MPG „alle einzeln oder miteinander verbunden verwendeten Instrumente, Apparate, Vorrichtungen, Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen oder andere Gegenstände einschließlich der ... eingesetzten Software“, die zur Anwendung am Menschen bestimmt sind. Zubehör gilt ebenso als Medizinprodukt. In der Implantologie handelt es sich dabei z. B. um Container oder Kassetten, die für die Aufbewahrung und Lagerung der chirurgischen bzw. implantologischen Instrumente eingesetzt werden. Aktive Medizinprodukte sind auf eine Energiequelle (Strom, Batterie oder Solarenergie) angewiesen.

Ob ein Produkt als Medizinprodukt ausgewiesen ist, entscheidet der Hersteller, der das Produkt dafür nach strengen Kriterien herstellt. Er darf Medizinprodukte im Sinne des MPG nur in Verkehr bringen, wenn sie mit der CE-Kennzeichnung versehen sind. Mit diesem Siegel wird belegt, dass das Produkt die grundlegenden Anforderungen des MPG erfüllt und vom Hersteller ein Konformitätsbewertungsverfahren nach dem MPG durchgeführt wurde.

### Klassifizierung von Medizinprodukten

Die einzelnen Medizinprodukte werden folgenden Risikoklassen zugeordnet:

Klasse	Anwendungsrisiko	Beispiel aus dem implantologischen Bereich
I	MP mit geringem Anwendungsrisiko	Chirurgische bzw. implantologische Instrumente, steriles Abdeckmaterial und OP-Handschuhe
II a	MP mit mäßigem Anwendungsrisiko	Zahnersatz, auch Provisorien
II b	MP mit erhöhtem Anwendungsrisiko	Implantate, Geräte mit Piezotechnik, Röntgen- und Lasereinrichtungen, Elektrochirurgiegeräte, Reinigungs- und Desinfektionsgeräte sowie Sterilisatoren
III	Hohes Gefahrenpotenzial	Resorbierbare Nahtmaterialien und Knochenersatzmaterialien tierischen Ursprungs

Auch Zubehör gilt als Medizinprodukt

Die Produkte müssen mit der CE-Kennzeichnung versehen sein

Beispiele aus dem implantologischen Bereich

### Chargennachvollziehbarkeit

Für Medizinprodukte, die im Körper des Patienten verbleiben und somit einem hohen Gefahrenpotenzial unterliegen, gilt die Verpflichtung der Chargennachvollziehbarkeit. Das heißt, dass die auf der Verpackung angebrachte Chargennummer in der Patientenakte vermerkt werden muss. Beispiele sind: Implantate, Knochenersatzmaterial, resorbierbare Membrane und resorbierbares Nahtmaterial. Betäubungsmittel sind ebenfalls in der Patientenakte zu vermerken.

Chargennummer muss in der Patientenakte vermerkt sein

### Aufbewahrungsfrist

Die Aufbewahrungsfrist der Dokumentation beträgt für implantierbare Materialien sowie für Betäubungsmittel 15 Jahre. Eine Chargenrückverfolgbarkeit für Medizinprodukte der Klasse 1 ist nicht erforderlich.

Aufbewahrungspflicht 15 Jahre

## Die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)

Die MPBetreibV regelt das Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten einschließlich der damit zusammenhängenden Tätigkeiten wie z. B. das Errichten, das Bereithalten, die Instandhaltung, die Aufbereitung sowie die Sicherheits- und messtechnischen Kontrollen.

### Einweisungspflicht

Die MPBetreibV legt auch die Pflicht der Einweisung fest. Sie verlangt eine Einweisung in alle Medizinprodukte mit Ausnahme derjenigen, die selbsterklärend sind (z. B. Verbandsmaterial oder Spritzen). Dies ist speziell im implantologischen Bereich eine sinnvolle Vorkehrung, denn hier ist ein sachgerechter Einsatz von größter Bedeutung. Bei der Einweisung sind auch spezifische, auf der Verpackung befindliche Symbole zu erläutern, die Hinweise z. B. zur Lagerung, zum Ablaufdatum der Sterilität oder zu den Materialeigenschaften von Medizinprodukten liefern. Als Beispiel seien sterile Abdeckmaterialien genannt.

Einweisungspflicht für alle MP, nur für selbsterklärende nicht

Für aktive, nicht implantierbare MP hingegen ist eine dokumentierte Einweisung gefordert. Medizinprodukte der Anlagen 1 und 2 müssen direkt vom Hersteller eingewiesen werden, wobei die Wiederholungsbelehrung von einer praxisinternen Person durchgeführt werden kann. Beispiele für die Anlage 1 sind: Elektrotome, Laser-, Röntgen- oder Piezogeräte und Defibrillatoren. Ein Beispiel für die Anlage 2: nicht invasive Blutdruckmessgeräte.

Eine dokumentierte Einweisung ist für aktive MP gefordert

Der richtige Umgang mit Geräten (aktive Medizinprodukte), die für implantologische Eingriffe eingesetzt werden, ist entscheidend. Anderenfalls könnten intraoperative Pannen oder sogar Gefahren entstehen, die dann zu einem gestörten Ablauf oder einem Behandlungsrisiko führen. Somit ist die Einweisung nicht nur aus gesetzlichen Gründen mehr als sinnvoll.

### Die wichtigsten Begrifflichkeiten in der MPBetreibV

Die folgenden Begrifflichkeiten sind in den §§ 2, 12 und 13 der MPBetreibV definiert:

Die Gebrauchsanweisung muss griffbereit angebracht sein

Beispiele für aktive nicht implantierbare Medizinprodukte

Welche Angaben muss der Implantatpass enthalten?

BfArM erfasst Risiken, wertet sie aus und koordiniert die Maßnahmen

### Der Betreiber

Als Betreiber gilt diejenige Person, die über das Medizinprodukt eine „Sachherrschaft“ ausübt. Das muss nicht zwangsläufig den Besitz bedeuten. Das MP kann dafür auch geleast oder geliehen sein.

### Der Anwender

Sie ist diejenige Person, die das Medizinprodukt im Rahmen der vom Betreiber angeordneten Tätigkeit am Patienten nutzt. Vorher muss eine Einweisung erfolgen. Der Anwender hat jedoch die Pflicht, sich vor der Anwendung über die Funktionsfähigkeit und den ordnungsgemäßen Zustand des Medizinprodukts zu vergewissern. Das wichtigste Dokument dafür ist die Gebrauchsanleitung. Sie muss griffbereit bzw. direkt am Medizinprodukt angebracht sein.

### Das Bestandsverzeichnis gemäß MPBetreibV § 13

Für alle aktiven, nicht implantierbaren Medizinprodukte ist ein Bestandsverzeichnis zu führen. Aktive, nicht implantierbare Medizinprodukte in der implantologischen Praxis können sein: Lupenbrillen mit Lichtquelle; Motorensysteme, die speziell für die Implantation eingesetzt werden; OP-Lampe; Elektrotome; Dentalmikroskop; Röntgengeräte; Piezogeräte; Reinigungs- und Desinfektionsgeräte; Autoklaven für die Aufbereitung von MP.

### Das Medizinproduktebuch – § 12 MPBetreibV

Für die in den Anlagen 1 und 2 MPBetreibV aufgeführten Medizinprodukte ist ein Medizinproduktebuch zu führen. Hierbei ist die Bezeichnung „Buch“ verwirrend, da es sich um ein loses Blatt handelt. In der Regel wird das Medizinproduktebuch bei der Herstellereinweisung von der einweisenden Person erstellt bzw. vervollständigt. In der implantologischen Praxis sind von dieser Vorschrift z. B. Lasereinrichtungen, Elektrotome, Röntgengeräte, Piezogeräte, Narkosegeräte, Reinigungs- und Desinfektionsgeräte betroffen.

### Der Implantatpass

Bei implantierbaren MP handelt es sich in erster Linie um Zahnimplantate. Nach deren Implantation muss dem Patienten ein Implantatpass ausgehändigt werden. Folgende Angaben muss der Implantatpass enthalten:

- Vor- und Zuname des Patienten
- Bezeichnung, Art und Typ sowie Lot- oder Seriennummer
- Name oder Firma des Herstellers
- Datum der Implantation
- Name der verantwortlichen Person und Einrichtung, die die Implantation durchgeführt hat

### Die Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung (MPSV)

Die MPSV regelt das Beobachtungs- und Meldesystem für Medizinprodukte. Zum Schutz vor einer Gesundheitsgefährdung und der Sicherheit von Patienten, Anwendern oder Dritten hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) als zuständige Behörde die bei der An- oder Verwendung von Medizinprodukten auftretenden Risiken zentral zu erfassen, auszuwerten und zu ergreifende Maßnahmen zu koordinieren.

### Beauftragter für Medizinproduktesicherheit

Für Praxen mit mehr als 20 Beschäftigten ist das Ernennen eines Beauftragten für Medizinproduktesicherheit verpflichtend. Benannt werden kann eine sachkundige und zuverlässige Person mit medizinischer, naturwissenschaftlicher, pflegerischer, pharmazeutischer oder technischer Ausbildung.

### Meldung von Vorkommnissen

Jeder Vorkommnis ist der obersten Behörde – dem Amt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) – zu melden. Nach § 2 MPSV ist ein Vorkommnis ein „Ausfall, eine Funktionsstörung, eine Änderung der Merkmale oder der Leistung oder eine unsachgemäße Kennzeichnung oder Gebrauchsanweisung eines Medizinprodukts, die oder der unmittelbar oder mittelbar zum Tod oder einer schwerwiegenden Verschlechterung des Gesundheitszustands eines Patienten, eines Anwenders oder einer anderen Person geführt hat, geführt haben könnte oder führen könnte“.

Eine Meldung ist unverzüglich – innerhalb von 24 Stunden – und auf elektronischem Weg zu erstatten.

**WICHTIG** | Hingegen ist keine Meldung notwendig, wenn es sich um einen Produktfehler handelt oder ein ursächlicher Zusammenhang mit einer tödlichen oder schwerwiegenden Verschlechterung des Gesundheitszustands kaum wahrscheinlich oder sicher ausgeschlossen ist.

Beispiele für derartige Vorkommnisse sind:

- **Funktionsstörung** (hier gilt auch ein Mangel an Gebrauchstauglichkeit!) Beispiel: Ein Gerät hat zwei nebeneinanderliegende Bedienknöpfe mit unterschiedlichen Funktionen, deren Verwechslung eine fehlerhafte Anwendung mit Gefahr für Leben und Gesundheit verursacht.
- **Ausfall.** Beispiel: Während der Implantation fällt der Chirurgiemotor aus und die Implantation kann nicht wie vorgesehen durchgeführt werden.
- **Änderung der Merkmale oder der Leistung.** Beispiel: Implantatbruch.
- **Unsachgemäße Kennzeichnung oder Gebrauchsanweisung eines MP.** Beispiel: Die Gebrauchsanweisung gibt keinen Aufschluss über die Handhabung oder Anwendung des MP oder liegt nicht in deutscher Sprache vor.

**FAZIT** | Im Umgang mit Medizinprodukten dürfen weder Anwender noch Patienten noch dritte Personen Schaden erleiden. Der korrekte und kompetente Umgang mit Medizinprodukten ist in der Implantologie darüber hinaus wichtig, da Fehler zu Störungen und damit zu Verzögerungen im Ablauf führen können.

Eine Meldung muss innerhalb von 24 Stunden erstattet werden

Bedienknöpfe können verwechselt werden

Chirurgiemotor fällt aus



Liegen notwendige  
Leistungen oder  
Verlangensleistungen  
vor?

IHR PLUS IM NETZ  
pi.iww.de  
Abruf-Nr. 190289



LESERFORUM

## Implantatbehandlung: Muss der Patient trotz nicht unterzeichnetem Heil- und Kostenplan zahlen?

Beantwortet von Rechtsanwalt/Fachanwalt für Medizinrecht Norman Langhoff, LL.M., Mazars Rechtsanwalts-gesellschaft mbH, Berlin, [www.mazars.de](http://www.mazars.de)

**I FRAGE:** „Wir haben einen beihilfeberechtigten Patienten, der seine Rechnung nicht voll zahlen möchte. Die Kostenpläne wurden erstellt und die Behandlung durchgeführt, aber auf den Kostenvoranschlägen fehlt die Unterschrift. Es wurde aber ein Implantataufklärungsbogen unterschrieben. Die Rechnungen für die Implantat-OP und die Freilegung wurden gezahlt, aber bei der ZE-Versorgung wurde nur ein Teil bezahlt. Meine Frage: Ist der Patient zur Zahlung verpflichtet, obwohl er die Kostenpläne nicht unterschrieben hat? Sie wurden ihm rechtzeitig ausgehändigt.“ |

**ANTWORT:** Bei der Formpflicht des Behandlungsvertrags kommt es auf folgende Frage an: Handelt es sich um „notwendige Leistungen“ gemäß § 1 Abs. 2 Satz 1 GOZ oder um „über das Maß einer zahnmedizinisch notwendige zahnärztliche hinausgehende Leistungen“ nach § 1 Abs. 2 Satz 2 GOZ? Bei den letztgenannten Verlangensleistungen schreibt § 2 GOZ die schriftliche Vereinbarung in einem Heil- und Kostenplan vor, der vor Leistungserbringung erstellt werden muss. Eine rückwirkende Unterschrift ist nicht zulässig.

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat in einer neueren Entscheidung darauf hingewiesen, dass zwischen der Wirksamkeit des Behandlungsvertrags und derjenigen der Honorarvereinbarung zu unterscheiden ist (BGH, Urteil vom 03.11.2016, Az. III ZR 286/15, Abruf-Nr. 190289). Die Honorarvereinbarung ist bei nicht gewahrter Schriftform nichtig. Grundsätzlich besteht danach beim Verstoß gegen das Schriftformerfordernis nach § 2 Abs. 3 GOZ kein Vergütungsanspruch.

Allerdings kann es dem Patienten nach Treu und Glauben verwehrt sein, sich auf die Formnichtigkeit zu berufen, und dennoch ist er dann zur Zahlung verpflichtet. Das ist laut BGH z. B. dann der Fall, wenn der über die entstehenden Kosten aufgeklärte Patient sich bewusst für die teurere Behandlungsalternative entschieden, den zugehörigen Heil- und Kostenplan bei seiner Versicherung eingereicht und genehmigen lassen hat und sich nach Beendigung der geplanten Behandlung auf die Nichtigkeit beruft.

**Wichtig |** Da die genannte BGH-Entscheidung einen Einzelfall betrifft, könnte ein Gericht im Falle einer Klage auch zu einem anderen Ergebnis kommen. Trotzdem bietet es sich wegen vergleichbarer Argumente an, sich auf diese Entscheidung zu berufen.

### WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Beachten Sie zu dieser Thematik auch den folgenden Beitrag auf der PI-Website ([pi.iww.de](http://pi.iww.de)): „BGH: GKV-Patientin muss ihren Eigenanteil zahlen, obwohl beim Heil- und Kostenplan die Unterschrift fehlte“.

**REDAKTION | Sie haben Fragen oder Anregungen zur Berichterstattung?** Schreiben Sie an IWW Institut, Redaktion „PI“

Aspastr. 24, 59394 Nordkirchen

Fax: 02596 922-80, E-Mail: [pi@iww.de](mailto:pi@iww.de)

Als Fachverlag ist uns individuelle Rechtsberatung nicht gestattet.

**ABONNENTENBETREUUNG | Fragen zum Abonnement beantwortet Ihnen der**

IWW Institut Kundenservice, Franz-Horn-Str. 2, 97091 Würzburg

Telefon: 0931 4170-472, Fax: 0931 4170-463, E-Mail: [kontakt@iww.de](mailto:kontakt@iww.de)

Bankverbindung: DataM-Services GmbH, Postbank Nürnberg

IBAN: DE80 7601 0085 0007 1398 57, BIC: PBNKDEFFXXX



**IHR PLUS IM NETZ | Online – Mobile – Social Media**

**Online:** Unter [pi.iww.de](http://pi.iww.de) finden Sie

- Downloads (Arbeitshilfen, Sonderausgaben, Musterschreiben u.v.m.)
- Archiv (alle Beiträge seit 2010)
- Rechtsquellen (Urteile, Gesetze, Beschlüsse, Verordnungen u.v.m.)

Vergrößern Sie Ihren Wissensvorsprung: Registrieren Sie sich auf [iww.de/registrieren](http://iww.de/registrieren), schalten Sie Ihr Abonnement frei und lesen Sie aktuelle Fachbeiträge früher.

Rufen Sie an, wenn Sie Fragen haben: 0931 4170-472.

**Mobile:** Lesen Sie „PI“ in der myIWW-App für Smartphone/Tablet-PC.

- Appstore (iOS)
- Google play (Android) → Suche: myIWW oder scannen Sie den QR-Code



**Social Media:** Folgen Sie „PI“ auch auf [facebook.com/implantologen](https://www.facebook.com/implantologen)



**NEWSLETTER | Abonnieren Sie auch die kostenlosen IWW-Newsletter für Gesundheitsberufe auf [iww.de/newsletter](http://iww.de/newsletter):**

- PI-Newsletter
- BGH-Leitsatz-Entscheidungen
- IWW kompakt für Zahnärzte

## PRAXIS IMPLANTOLOGIE (ISSN 2190-3379)

**Herausgeber und Verlag |** IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH, Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen, Geschäftsführer: Dr. Jürgen Böhm, Telefon: 02596 922-0, Fax: 02596 922-80, E-Mail: [info@iww.de](mailto:info@iww.de), Internet: [iww.de](http://iww.de), Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg

**Redaktion |** RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin); Diplom-Kaufmann Joachim Keil (Redakteur, verantwortlich)

**Ständige Autoren |** Birgit Sayn, Norman Langhoff, Wolfgang Schmid

**Bezugsbedingungen |** Der Informationsdienst erscheint monatlich. Er kostet pro Monat 14 Euro einschließlich Versand und Umsatzsteuer. Das Abonnement ist jederzeit zum Monatsende kündbar.

**Hinweise |** Alle Rechte am Inhalt liegen beim IWW Institut. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des IWW Instituts erlaubt. Der Inhalt des Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität des Themas und der ständige Wandel der Rechtsmaterie machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen.

**Druck |** H. Rademann GmbH Print + Business Partner, 59348 Lüdinghausen

## Einsam oder gemeinsam? PPZ macht aus Mitarbeitern ein „Winning-Team“



Dipl.-Kfm.  
Joachim Keil  
Redakteur

Qualifizierte Mitarbeiter ergeben nicht automatisch ein starkes Team. *PPZ Praxisteam professionell* gibt Ihnen deshalb praxiserprobte Empfehlungen, mit denen Sie die Arbeitsabläufe in Ihrer Zahnarztpraxis verbessern – von der Abrechnung über die Organisation bis zur Kommunikation. Ihre Mitarbeiter werden effektiv geschult, die Zusammenarbeit verbessert und Sie selbst wirksam entlastet.

Kostenloser Test unter  
[ppz.iww.de](http://ppz.iww.de)



### *PPZ Praxisteam professionell*

**Kombi-Abo: Print, Online, Mobile**

monatlich 13,25 €

inklusive Versand und Umsatzsteuer

**Digital-Abo: Online, Mobile**

monatlich 12,50 €

inklusive Umsatzsteuer

**Kündigungsfrist**

jederzeit zum Monatsende