

Das Kapitel „*Rechtliche und gesetzliche Grundlagen*“ wurde in dieser Auflage bewusst auf die zentralen Kernpunkte konzentriert, um Ihnen die relevanten Informationen noch kompakter und zugleich praxisnah bereitzustellen.

Ein ausführliches Kapitel zu den rechtlichen Aspekten aus der zweiten Auflage dieses Werkes steht Ihnen im Download zur Verfügung. So haben Sie die Möglichkeit, bei Bedarf jederzeit detailliert und vertiefend nachzulesen – ohne dass die Klarheit und Übersichtlichkeit des Buches beeinträchtigt wird.

Informationen zum Download finden Sie in Teil 9 des Buches.

1.1 Gesetzliche Krankenversicherung

BEMA Rund 90 % der Bevölkerung in Deutschland sind gesetzlich krankenversichert. Für Vertragszahnärzte bedeutet dies, dass die Behandlung von GKV-Patientinnen und -Patienten den Regelfall darstellt. Grundlage der Abrechnung ist der BEMA, das Gebührenverzeichnis gemäß **§ 87 SGB V**.

Wirtschaftlichkeitsgebot Ein wesentliches Prinzip der gesetzlichen Krankenversicherung ist das Wirtschaftlichkeitsgebot. Nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot (**§ 12 SGB V**) müssen alle GKV-Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein, ohne das Maß des medizinisch Notwendigen zu überschreiten. Höherwertige Versorgungsmöglichkeiten können nur über eine private Vereinbarung angeboten werden. Abgerechnet dürfen daher ausschließlich Leistungen, die medizinisch notwendig sind und dem anerkannten Stand der Wissenschaft entsprechen.

GOZ und GOÄ Möchte ein Patient über die Kassenleistungen hinaus behandelt werden, ist vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Privatvereinbarung erforderlich (**§ 8 Abs. 7 BMV-Z**). Für diese Leistungen gilt die GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) bzw. die GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte). Leistungen ohne medizinische Notwendigkeit – sogenannte Verlangensleistungen (z. B. kosmetisches Bleaching) – dürfen nur nach ausdrücklichem schriftlichen Wunsch des Patienten erbracht und müssen in der Rechnung entsprechend gekennzeichnet werden (**§ 2 Abs. 3 GOZ**).

schriftliche Vereinbarung Um Transparenz zu gewährleisten, empfiehlt sich im Sinne des Patientenrechtegesetzes (**§ 630c BGB**) die Erstellung eines Heil- und Kostenplans **vor Beginn** einer Privatbehandlung.

Für die Versorgung mit Schienen bedeutet dies konkret:

- Schienen sind nur dann GKV-Leistungen, wenn sie im BEMA abgebildet sind, der Leistungsbeschreibung entsprechen und das Wirtschaftlichkeitsgebot einhalten.
- Zahntechnische Arbeiten müssen bei reinen Kassenleistungen nach BEL II abgerechnet werden.
- Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen gehören **nicht** zur vertragszahnärztlichen Versorgung und sind privat zu vereinbaren (§ 8 Abs. 8 BMV-Z).
- Ästhetische bzw. nicht medizinisch indizierte Schienen (z. B. Sportschutz- oder Bleachingsschienen) fallen grundsätzlich **nicht** in den Leistungskatalog der GKV.

Das Patientenrechtegesetz von 2013 hat die Rechte der Patientinnen und Patienten in den §§ 630a–630h BGB verankert. Für Zahnärzte besonders bedeutsam sind die wirtschaftliche Informationspflicht (§ 630c Abs. 3 BGB) sowie die Aufklärung und Einwilligung (§ 630e BGB). So muss der Zahnarzt seine Patienten rechtzeitig und schriftlich informieren, wenn Kosten nicht oder nur teilweise von der Krankenkasse übernommen werden. Bei Privatversicherten liegt die Klärung der Kostenübernahme beim Patienten selbst; Kostenvoranschläge dienen hier zur Absicherung.

Eine Behandlung darf zudem nur nach umfassender Aufklärung und Einwilligung erfolgen. Diese umfasst insbesondere Diagnose, Therapieoptionen und Alternativen, Ablauf, Erfolgsaussichten, Risiken und Folgen einer Unterlassung, die zu erwartenden Kosten einschließlich möglicher Folgekosten sowie den Hinweis auf die Trennung zwischen Rechnung und Erstattung.

Eine sorgfältige Dokumentation ist unerlässlich. Standardisierte Formulare oder Checklisten können dabei helfen, die Aufklärung strukturiert festzuhalten und gleichzeitig als Einwilligungsgrundlage dienen.



Gerade bei Schienentherapien ist eine präzise Aufklärung entscheidend: Patienten müssen über Zweck und Wirkung (z. B. Schutzschiene, Funktionstherapie, Schnarchtherapie), mögliche Alternativen (z. B. Physiotherapie oder andere Schientypen), Risiken sowie die zu erwartenden Kosten einschließlich Laborleistungen informiert werden. Auch hier empfiehlt sich die schriftliche Fixierung der Einwilligung, etwa durch ein standardisiertes Patienteninformationsblatt zur Schienentherapie.

Im Bereich der Schienenabrechnung in der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es drei Hauptgruppen:

- **Konservierend-chirurgische Schienen**, etwa Verbandplatten nach chirurgischen Eingriffen
- **Schienen bei Verletzungen oder Erkrankungen des Gesichtsschädels**, z. B. Aufbissbehelfe bei Kiefergelenkserkrankungen oder Fixationsmaßnahmen bei Kieferbrüchen
- **Unterkieferprotrusionsschienen** bei behandlungsbedürftiger Schlafapnoe, wenn eine Überdrucktherapie nicht möglich ist und die Indikation durch einen qualifizierten Vertragsarzt gestellt wurde

Konservierend-chirurgische Schienen

Konservierend-chirurgische Schienungen werden über im BEMA geöffnete GOÄ-Ziffern abgerechnet; Material- und Laborkosten können zusätzlich angesetzt werden.

Kiefergelenkserkrankungen

Bei Kiefergelenkserkrankungen reicht das Spektrum von der Behandlungsplanung über die Eingliederung bis hin zu Kontrollen und Wiederherstellungen. Lange Zeit war hier ein Genehmigungsverzicht üblich, seit Ende 2024 gibt es jedoch keine bundeseinheitliche Regelung mehr. Ob ein KB-Plan bereits vor Behandlungsbeginn notwendig ist, hängt nun von KZV und Krankenkasse ab. Bitte erfragen Sie bei Ihrer zuständigen KZV die für Sie zutreffende Vorgehensweise. In Schmerzfällen darf sofort behandelt werden.

Kieferbruchbehandlung

Bei der **Kieferbruchbehandlung** handelt es sich meist um Notfälle, die unverzüglich versorgt werden müssen. Eine vorherige Genehmigung ist **nicht** erforderlich, der Behandlungsplan muss aber zeitnah eingereicht werden. Ist ein anderer Kostenträger zuständig (z. B. Berufsgenossenschaft oder Gemeindeunfallversicherung), erfolgt die Abrechnung über diesen. Eine detaillierte Dokumentation ist hier besonders wichtig.

Unterkieferprotrusionsschienen

Unterkieferprotrusionsschienen sind seit 2022 im BEMA enthalten, können aber nur dann zulasten der GKV abgerechnet werden, wenn die Indikation durch einen schlafmedizinisch qualifizierten Vertragsarzt gestellt wurde. Liegen die Voraussetzungen nicht vor, erfolgt die Abrechnung privat nach GOZ.

Material- und Laborkosten

Generell gilt: Material- und Laborkosten können gesondert berechnet werden; Preise von Eigen- und Fremdlabor sind transparent zu übermitteln. Abrechnungsunterlagen müssen zehn Jahre aufbewahrt werden. Bei einem Behandlungsabbruch dürfen nur die bis dahin erbrachten Leistungen und entstandenen Kosten abgerechnet werden.

Nicht im GKV-Leistungskatalog enthaltene oder medizinisch nicht indizierte Schienen – wie Bleachingschienen, Sportmundschutz, funktionsanalytische Geräte oder CAD/CAM-Schienen außerhalb besonderer KZV-Regelungen – müssen stets privat vereinbart und nach GOZ berechnet werden. Gleiches gilt, sobald eine Schiene funktionstherapeutisch eingesetzt wird, da solche Maßnahmen **grundsätzlich nicht** von der GKV übernommen werden.

Da Genehmigungsregelungen (z. B. bei Kiefergelenkserkrankungen) sowie die Abrechenbarkeit moderner Verfahren wie CAD/CAM-Schienen zulasten der GKV regional unterschiedlich gehandhabt werden, sollten Praxen immer die aktuellen Vorgaben der zuständigen KZV prüfen. Bei Unklarheiten empfiehlt sich die direkte Rücksprache, um die Kostenübernahme sicherzustellen.

