1 Gesamtinhalt

Band 1

Teil 1 Information

Kap.
1 Gesamtinhalt
2 Vorwort
3 Autorenverzeichnis

Teil 2 Beratung und Aufklärung

Kap.
1 Inhalt
2 Beratungsgespräch
3 Diagnoseaufklärung
4 Alternativen der Behandlung
5 Kostenaufklärung
6 Rechtliche Grundlagen

Teil 3 Administrative Prozesse in der Kieferorthopädie

Kap.
1 Inhalt
2 Der Behandlungsplan
3 Anspruch auf Kassenleistungen/Gutachterverfahren
4 Überschreiten der Leistungen/Mehrkostenberechnung
5 Mitteilungspflicht, Verlängerungsantrag, Nachanträge
6 Behandlerwechsel
7 Kassenwechsel – Leistungszuständigkeit
8 Übernahmepläne, Therapieergänzung, Therapiewechsel
9 Abrechnung in Leerquartalen
10 Abrechnung bei vorzeitigem Behandlungsabschluss
11 Behandlungsende/Behandlungsabschluss
12 Rechnungserstellung
13 Regressansprüche der Kranken-/Privatkassen vermeiden
14 Wirtschaftlichkeitsprüfung – was ist zu beachten
15 Aufbewahrungsfristen
16 Formulare

17 Digitaler Workflow in der Kfo
18 Qualitätsmanagementsystem für die kieferorthopädische Praxis
19 Nachanträge zu genehmigungspflichtigen Leistungen in der Kfo
20 Der Praxismitarbeiter – Delegation von Leistungen

Teil 4 Zahnärztliche Kfo-Abrechnung bei Kassenpatienten

Kap.

1 Inhalt
2 Gesetzliche Grundlagen und Richtlinien bei Kassenpatienten
2.1 Kfo-Richtlinie (Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für die kieferorthopädische Behandlung)
2.2 Kieferorthopädische Indikationsgruppen – KIG
2.3 Frühe Behandlung – Frühbehandlung – Erwachsenenbehandlung
2.4 Retentionsphase
2.5 Außervertragliche Leistungen und Möglichkeiten in der GKV
2.6 Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)
2.7 Prophylaxeleistungen in Verbindung mit Kfo
2.8 Die Heilmittelverordnung in der Kfo
2.9 Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen von Kleinkindern
3 Abrechnung relevanter Leistungen aus dem BEMA
3.1 Röntgenaufnahmen
3.2 Beratungen, Untersuchungen
3.3 Kfo-genehmigungspflichtige Leistungen
3.4 Kfo-Reparaturleistungen
3.5 Kfo-Leistungen ohne Behandlungsplan
3.6 Prophylaxeleistungen
3.7 Kfo-Begleitleistungen aus dem Bereich 1 des BEMA
4 Abrechnung zahntechnischer Kfo-Leistungen – BEL II
4.1 Gerätebeispiele – Leistungskomplexe
4.2 Häufige Fehler bzw. Fragen im Umgang mit den Kfo-relevanten BEL-Leistungen
5 Häufige Fragen zur Kieferorthopädie in der GKV

Band 2

Teil 5 Zahnärztliche Kfo-Abrechnung bei Privatpatienten

Kap.

1 Inhalt
2 Gesetzliche/vertragliche Grundlagen und Richtlinien beim Privatpatienten
- 2.1 Privatleistungen korrekt und rechtssicher vereinbaren
- 2.2 Kostenträger in der privaten Krankenversicherung (z. B. Beihilfe)
- 2.3 Beanstandungen/Leistungseinschränkungen durch private Kostenträger (Musterbriefe, Mustervorlagen für die häufigsten Beanstandungen)
- 2.4 Retentionsphase
- 2.5 Wichtige Urteile
- 2.6 Häufig gestellte Abrechnungsfragen
- 2.7 Analoge Leistungen
- 2.8 Begründungskatalog für Steigerungsfaktorerhöhung
- 2.9 Privatliquidation gebühren- und vertragskonform erstellen

3 Berechnung relevanter Leistungen aus der GOZ/GOÄ
- 3.1 A. Allgemeine zahnärztliche Leistungen
- 3.2 B. Prophylaktische Leistungen
- 3.3 C. Konservierende Leistungen
- 3.4 E. Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums
- 3.5 G. Kieferorthopädische Leistungen
- 3.6 J. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- 3.7 GOÄ – B. Grundleistungen und allgemeine Leistungen
- 3.8 GOÄ – O. Strahlendiagnostik

4 Berechnung zahntechnischer Kfo-Leistungen – beb 97
- 4.1 Gerätebeispiele – Leistungskomplexe
- 4.2 Laborpreiskalkulation

5 Berechnung zahntechnischer Kfo-Leistungen – BEB Zahntechnik
- 5.1 Gerätebeispiele – Leistungskomplexe

Teil 6 Besondere Behandlungsmethoden inkl. Fallbeispiele

Kap.

1 Inhalt
2 Aligner-Behandlung – Invisalign
3 Lingualtechnik
4 Craniomandibuläre Dysfunktion – CMD
5 Der Einsatz von Miniimplantaten in der Kfo

13 Regressansprüche vermeiden

Regressansprüche vermeiden bei Kassenpatienten:

1. Häufige Bracket- oder Bandreparaturen

Einer der häufigsten Gründe für einen Berichtigungsantrag durch die Krankenkasse sind die vermehrte Abrechnung von Bändern oder Brackets über die beantragten Leistungen hinausgehend. In der Regel sollte jeder Zahn innerhalb einer Multibandbehandlung 1 x bebändert oder mit einem Bracket versehen werden.

Werden aus medizinischen Gründen Umpositionierungen notwendig, so ist das im besten Fall bereits auf dem Plan zu vermerken.

Bei überdurchschnittlich häufigen Bracket- oder Bandverlusten ist die Krankenkasse schriftlich über den unplanmäßigen Verlauf der Behandlung zu unterrichten.

Die Krankenkassen sind verpflichtet, die Versicherten insbesondere auf ihre Mitwirkungspflicht beim sorgfältigen Umgang mit den Behandlungsgeräten hinzuweisen. Dies gilt auch bei Multibandbehandlungen.

Die Mitteilung des Kieferorthopäden an die Krankenkasse des Patienten, über besondere Vorkommnisse bei hohen Band-/Bracket-Reparaturen, ist auch im Hinblick auf eventuelle Regressansprüche (Wirtschaftlichkeitsprüfung) unverzichtbar.

2. Diagnostische Leistungen zu 100 % abgerechnet

Diagnostische Leistungen werden zu 100% abgerechnet, obwohl ein genehmigter Kfo-Plan vorliegt.

Es kann vorkommen, dass ein Versicherter, obwohl eine KIG-Einstufung vorliegt und der Kfo-Plan durch die Krankenkasse genehmigt wurde, von der Behandlung zurücktritt. Hier tritt eine gesetzliche Regelung in Kraft: Gemäß § 29 Abs. 2 SGB V müssen Versicherte zur kieferorthopädischen Behandlung einen Eigenanteil in Höhe von 20 % bzw. 10 % der entstandenen Kosten leisten.

SGB V § 29 Kieferorthopädische Behandlung

(1) Versicherte haben Anspruch auf kieferorthopädische Versorgung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht.

(2) Versicherte leisten zu der kieferorthopädischen Behandlung nach Absatz 1 einen Anteil in Höhe von 20 vom Hundert der Kosten an den Vertragszahnarzt. Satz 1 gilt nicht für im Zusammenhang mit kieferorthopädischer Behandlung erbrachte konservierend-chirurgische und Röntgenleistungen. Befinden sich mindestens zwei versicherte Kinder, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und mit ihren Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben, in kieferorthopädischer Behandlung, beträgt der Anteil nach Satz 1 für das zweite und jedes weitere Kind 10 vom Hundert.

(3) Der Vertragszahnarzt rechnet die kieferorthopädische Behandlung abzüglich des Versichertenanteils nach Absatz 2 Satz 1 und 3 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. Wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist, zahlt die Kasse den von den Versicherten geleisteten Anteil nach Absatz 2 Satz 1 und 3 an die Versicherten zurück.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 befundbezogen die objektiv überprüfbaren Indikationsgruppen, bei denen die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen vorliegen. Dabei sind auch einzuhaltende Standards zur kieferorthopädischen Befunderhebung und Diagnostik vorzugeben.

Dies gilt auch für die Kosten der diagnostischen Leistungen sowie der BEMA-Nr. 5, wenn ein bewilligter Kfo-Behandlungsplan vorliegt und die weitere Kfo-Behandlung nicht mehr durchgeführt wird. Die Praxis muss die Patienten bzw. deren gesetzliche Vertreter vor der Einreichung des Kfo-Behandlungsplanes bei der Krankenkasse umfassend darüber aufklären, dass bei anschließendem Rücktritt vom Behandlungsvertrag bzw. Behandlungsabbruch immer die Eigenanteile zu zahlen sind und diese **nicht** von der Krankenkasse erstattet werden. Rechnet der Behandler diese Leistungen zu 100 % zu Lasten der Krankenkasse ab, kann er mit Regressansprüchen seitens der Krankenkasse rechnen.

3. Vertretungspositionen

Bei Abrechnung von typischen Vertretungsleistungen, wie z. B. die BEMA-Nrn. 122a–c und BEMA-Nr. 125 und den damit zusammenhängenden Material- und Laborkosten, ist zu beachten, dass die kieferorthopädische Hauptbehandlung eine Vertragsleistung im Sinne der GKV sein muss.

Nur wenn ein genehmigter kieferorthopädischer Heil-und Kostenplan vorhanden ist, sind die Vertretungsleistungen über die gesetzliche Krankenkasse als Vertragsleistungen abrechenbar. Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, sind die erbrachten Leistungen privat im Sinne der Gebührenordnung der Zahnärzte (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Eine besonders gute Dokumentation schützt bei Leistungen nach BEMA-Nr. 129 vor Regressansprüchen. Die Leistung ist auf keinen Fall für das Wiedereingliedern desselben Bogens berechnungsfähig, es sei denn, an diesem Bogen wurde eine Reparaturmaßnahme durchgeführt. Sie ist zum Beispiel für das Wiedereingliedern nach Behebung einer Deformierung (z. B. Knick) berechnungsfähig.

Da es sich um eine Reparaturleistung handelt, die nicht genehmigungspflichtig ist, sollte durch die Dokumentation die durchgeführte Maßnahme nachvollziehbar sein.

4. Erhöhte Material- und Laborkosten

Ein weiterer häufiger Grund für Berichtigungsanträge sind erhöhte Material- und Laborkosten, die ca. 30 % über den auf dem kieferorthopädischen Plan beantragten Laborkosten liegen. Hier kann nur eine rechtzeitige Nachbeantragung oder ggf. eine Mitteilung über z. B. häufige Reparaturmaßnahmen vor Schaden bzw. Regressen schützen.

Regressansprüche vermeiden bei Privatpatienten:

Bei Privatpatienten kommt es zwar zu keinen Regressansprüchen durch den Kostenträger, wohl aber sollten die Patienten bei wesentlich erhöhten Kosten, die ca. 25 % über dem kieferorthopädischen Behandlungsplan liegen, rechtzeitig aufgeklärt werden.

Bei der Leistungsprüfung durch den privaten Kostenträger kommt es zudem immer wieder zu Leistungskürzungen.

Hier bedarf es ebenso eines ausführlichen Gespräches mit dem Patienten, der mit Vertrauen in die Behandlung geführt werden soll. Oft wird der Eindruck ermittelt, dass Leistungen, die nicht medizinisch notwendig sind, auf dem Heil-und Kostenplan aufgeführt werden.

Hier können schon vor Einreichung bei dem Kostenträger ein entsprechendes Informationsgespräch und eine Unterstützung durch die Praxis stattfinden.

Leistungen, die immer wieder Konfliktpotenzial bei der Erstattung auslösen, sind:

- Analogleistungen
- GOZ-Nrn. 8000 ff.
- Beratungsleistungen Ä 1, Ä 3, Ä 4 ff.
- Individueller Löffel
- Laborpreiskalkulationen und beb-Positionen
- Begründungen für Steigerungsfaktoren
- GOZ-Nr. 2197
- Retainer-Positionen

2 Gesetzliche Grundlagen und Richtlinien bei Kassenpatienten

2.1 Kfo-Richtlinie

(Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für die kieferorthopädische Behandlung)

Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört gemäß § 29 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit Abs. 4 auch die kieferorthopädische Behandlung.

SGB V § 29 Kieferorthopädische Behandlung

(1) Versicherte haben Anspruch auf kieferorthopädische Versorgung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht.

[…]

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 befundbezogen die objektiv überprüfbaren Indikationsgruppen, bei denen die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen vorliegen. Dabei sind auch einzuhaltende Standards zur kieferorthopädischen Befunderhebung und Diagnostik vorzugeben.

Für die gesetzlichen Grundlagen ist der gemeinsame Bundesausschuss, dem Vertreter der Krankenkassen und der Zahnärzte angehören, zuständig.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat unter anderem die Aufgabe, Richtlinien über die zahnärztliche Behandlung, die Versorgung mit Zahnersatz sowie die kieferorthopädische Behandlung zu schließen. Die Richtlinien sind für alle Vertragszahnärzte verbindlich.

Auszug aus den allgemeinen Behandlungsrichtlinien Punkt 1 Absatz A 1:

„Die vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen gem. § 92 Abs. 1 SGB V beschlossenen Richtlinien sollen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung im Sinne der §§ 2, 12 Abs. 1 und 70 SGB V sichern.“

BEMA-Nr. 131b

Punktzahl 50

Eingliederung und Ausgliederung einer festsitzenden Apparatur zur Bisslagekorrektur (Herbstscharnier) bei spätem Behandlungsbeginn, wenn der Wachstumshöhepunkt überschritten ist und wenn die Bisslagekorrektur mit konventionellen Maßnahmen nicht erreicht werden kann.

abrechenbar

- ✓ ausschließlich für Herbstscharniere
- ✓ Material- und Laborkosten für das Herbstscharnier sind zusätzlich zur BEMA-Nr. 131b abrechenbar.
- ✓ als Kassenleistung nur bei vorliegender Ausnahmeindikation (siehe Hinweis)
- ✓ neben den Abschlagsleistungen der BEMA-Nrn. 119–120
- ✓ 2 x bei doppelseitigen Herbstscharnieren (KZV-regionale Unterschiede)
- ✓ Für das Herbstscharnier sind in der Regel bis zu 4 x BEMA-Nr. 126b abrechnungsfähig. Bei doppelseitigen Herbstscharnieren sogar bis zu 8 x 126b (KZV-regionale Unterschied beachten).

nicht abrechenbar

- ⛔ Die Ausgliederung ist nicht zusätzlich abrechnungsfähig, die Gebühr ist mit der BEMA-Nr. 131a abgegolten.
- ⛔ für andere Apparaturen, die zur Bisslagekorrektur eingesetzt werden, z. B. Forsus-Feder (Hier muss für die Berechnung eine Privatvereinbarung erfolgen.)
- ⛔ als Kassenleistung als zweites oder noch folgendes Hilfsmittel (Voraussetzung für die Abrechnung ist, dass es sich um die erste eingesetzte Apparatur handeln muss, wenn nicht, kann nur eine private Vereinbarung erfolgen.)
- ⛔ gegossene Herbstscharniere können (Hier muss für die Berechnung eine Privatvereinbarung erfolgen.)

* Zu beachten sind mögliche KZV-regionale Unterschiede.

ggf. zusätzlich abrechenbar

Vor-, Begleit- und unmittelbare Folgeleistungen

- neben anderen Multibandleistungen (BEMA-Nrn. 126–131 ff.)
- für das Separieren zur Aufnahme der Bänder BEMA-Nr. 12, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich
- für das Entfernen der Bänder BEMA-Nr. 126d bis zu 4 x (wenn diese nicht weiter verwendet werden können)
- Beratungen nach BEMA-Nr. Ä 1 nach entsprechender Beachtung der Abrechnungsbestimmungen (nicht in Verbindung mit Kfo, nur abrechenbar, wenn die Beratung anderen Zwecken als der Kfo dient).
- Individualprophylaktische Maßnahmen nach den BEMA-Nrn. IP1 bis IP5

Kommentierung der Autorin

Das Herbstscharnier ist eine festsitzende Apparatur, die den Unterkiefer in eine neutrale Bisslage führt.

Die in der Leistungsbeschreibung der BEMA-Nr. 131b aufgeführte Apparatur ist abschließend. Andere Apparaturen sind im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung hierunter **nicht** abrechnungsfähig.

Die Ankerbänder hingegen gehören **nicht** zum Leistungsinhalt der BEMA-Nr. 131b, sie sind nach BEMA-Nr. 126b abrechnungsfähig. Im Gegensatz zu den unter BEMA-Nr. 130 beschriebenen Apparaturen sind die Material-und Laborkosten hier zusätzlich abrechnungsfähig.

Hinweise

Das Herbstscharnier, eine festsitzende Apparatur zur Bisslagekorrektur, gehört nur bei spätem Behandlungsbeginn zur vertragszahnärztlichen Versorgung, wenn der Wachstumshöhepunkt überschritten ist und wenn die Bisslagekorrektur mit konventionellen Maßnahmen nicht erreicht werden kann.

Die Empfehlungen *(Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie und der KZBV veröffentlicht im KZVB Rundschreiben 02/2007: "Grundsätzlich sollte die Anwendung des Herbstscharniers doppelseitig erfolgen. In diesen Fällen kann die Geb.-Nr. 131 b des Bema zweimal abgerechnet werden. Jedes Herbstscharnier benötigt zur Befestigung 4 Bänder, so dass bei Einsatz eines doppelseitigen Herbstscharniers zweimal 4 Bänder abgerechnet werden können.*

Der Einsatz eines einseitigen Herbstscharniers wird als wenig sinnvoll, in Einzelfällen (Beispiel Klasse II-Fall) aber als effektiv und effizient beschrieben. Über den Einsatz des einseitigen Herbstscharniers entscheidet der Behandler nach Maßgabe von § 12 SGB V.
In diesen Fällen ist die Geb.-Nr. 131 b einmal und die Geb.-Nr. 126 viermal ansetzbar.
Allerdings ist der Einsatz des Herbstscharniers im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nur nach strenger Indikation möglich.“)

gehen grundsätzlich zu einem doppelseitigen Herbstscharnier. Hier kommt die BEMA-Nr. 131b 2 x zur Abrechnung mit jeweils vier Bändern nach BEMA-Nr. 126b. Einseitige Herbstscharniere sind z. B. indiziert bei bestimmten Klasse-II-Fällen.

Die BEMA-Nr.131b unterliegt einer strengen Indikation. Der Patient muss ein sogenannter „Spätfall“ sein (mind. 15 Jahre alt), er darf kieferorthopädisch nicht vorbehandelt sein und das Wachstum muss abgeschlossen sein.

Diese Apparatur kann nicht als Therapieänderung oder Nachantrag beantragt werden, sie muss bei Beantragung des Hauptplanes aufgeführt sein.

Alternative Apparaturen zur Bisslagekorrektur gehören nicht zur Kassenleistung und sind über eine Privatvereinbarung zu berechnen (z. B. Jasper Jumper).

Arbeitsvorbereitung

BEL-Nr. 001 0

Modell aus Hartgips oder Superhartgips

abrechenbar (nur Kfo-relevant)

✓ Die Abrechnung eines Modells ist nach der BEL-Nr. 001 0 für alle notwendigen und erbrachten Modelle möglich. Das Modell kann zur Abrechnung kommen bei:

- Reparaturen
- Fertigung eines individuellen Löffels
- Unterfütterungsmodell
- Kfo-Modell
- Modell für Diagnostik und Planung
- Gegenkiefermodell
- Kontrollmodell
- Planungsmodell

nicht abrechenbar

⊖ für Modelle, die nur für funktionstheraupeutische Maßnahmen erstellt werden (Diese sind privat zu berechnen.)

⊖ für ein Set-up Modell in Verbindung mit einer kieferorthopädischen Behandlung

ggf. zusätzlich abrechenbar

Vor-, Begleit- und unmittelbare Folgeleistungen

- ⊕ Doublieren eines Modells nach BEL-Nr. 002 1 (siehe Ausnahmeindikation)
- ⊕ Einfügen eines Platzhalters nach BEL-Nr. 002 2
- ⊕ Verwendung von Kunststoff nach BEL-Nr. 002 3, wenn notwendig
- ⊕ Set-up Modell nach BEL-Nr. 005 4, nur bei Kieferorthopädie möglich!
- ⊕ ein Modellpaar trimmen nach BEL-Nr. 011 1, nur bei Kieferorthopädie möglich!
- ⊕ Einstellen in den Fixator nach BEL-Nr. 011 2
- ⊕ Einstellen in den Mittelwertartikulator nach BEL-Nr. 012 0
- ⊕ ein Modellpaar sockeln nach BEL-Nr. 013 0, nur bei Kieferorthopädie möglich!
- ⊕ Versandkosten nach BEL-Nr. 933 0, falls notwendig

Erläuterung zum Leistungsinhalt

Modell aus Hartgips oder Superhartgips, z. B. als Reparaturmodell, anatomisches Modell (auch für Löffel), Funktionsrandmodell, Unterfütterungsmodell, Modell für Metallbasis, KFO-Modell, Modell zur diagnostischen Auswertung und Planung, Gegenkiefermodell, Kontrollmodell, Planungsmodell, Hilfsmodell (Gipskonter bei Unterfütterung, Gipsschlüssel bei Unterfütterung)

Erläuterungen zur Abrechnung

Für das Erstellen von Arbeitsmodellen ist die L-Nr. 002 1 „Doublieren“ bis auf die in den Erläuterungen zur Abrechnung aufgeführten Ausnahmefälle nicht abrechenbar.

Zur Abrechnung von Gipskonter, Gipsschlüssel und Kontrollmodellen gilt:

Die Abrechnung eines Modells ist nach der L-Nr. 001 0 für alle notwendigen und erbrachten Modelle möglich. Es besteht kein zwingender technischer Zusammenhang zwischen der Zahl der Abformungen und der Zahl der Modelle.

Hinweise

Das Modell gibt Situationen von Zähnen, Kieferteilen und bereits vorhandenem Zahnersatz im Original wieder. Ein Modell besteht aus Hartgips oder Superhartgips und dient zur Dokumentation, Planung, als Gegenkiefermodell sowie zur Neuanfertigung bzw. Herstellung von Zahnersatz, Aufbiss-Schienen und kieferorthopädischen Apparaturen.

Die aufgeführten Modelltypen sind die Grundlage für die Herstellung oder Wiederherstellung der kieferorthopädischen Geräte sowie für die Planung, Diagnostik und Überwachung des Behandlungsverlaufes.

Da das Doublieren als GKV-Leistung nur bei bestimmten Ausnahmen abrechnungsfähig ist, sind Duplikatmodelle zur Qualitätssteigerung nur auf privater Basis möglich.

2.1 Privatleistungen korrekt und rechtssicher vereinbaren

Unter Berücksichtigung der relevanten Paragraphen der GOZ müssen mit dem Patienten entsprechende schriftliche Vereinbarungen getroffen werden.

Hierzu gehören ein rechtskonformer Heil- und Kostenplan, Vereinbarungen über den 3,5-fachen Faktor hinausgehend nach § 2 Abs. 1 und 2, Verlangensleistungen nach § 2 Abs. 3, die Berechnung von analogen Leistungen, Laborkostenvoranschlägen und Vergütungsvereinbarungen über besondere Materialkosten.

Die nachfolgenden Muster sind beispielhaft. Die Vereinbarungen unterliegen keiner besonderen Formvorschrift. Es sind jedoch unbedingt die Bestimmungen der Gebührenordnung (§§1–10) zu beachten.

Der private Heil- und Kostenplan

Vereinbarung zwischen Behandler Dr. Testmann und der Patientin Petra Mustermann

Eine kieferorthopädische Behandlung ist im vorgesehenen Umfang zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit bzw. zur Verhütung von Erkrankungen, d. h. aus karies- und parodontalprophylaktischen Gründen medizinisch notwendig.

Die zahnärztliche Untersuchung sowie die Auswertung der diagnostischen Unterlagen ergaben für den obengenannten Patienten folgenden Befund:

Anamnese: bleibendes Gebiss, Wurzelrest 35

Diagnose:

OK: Kiefer anterior transversal zu schmal; Nonokklusion von 26, 27; Engstand in der Front; Zähne 12, 11, 21, 22 rotiert.

UK: Kiefer anterior transversal zu schmal; Nonokklusion von 36, 37; ausgeprägte Speesche-Kurve; Engstand in der Front; Zähne 42, 41, 31, 42 rotiert.

Folgende therapeutische Maßnahmen sind geplant:

Therapie:

OK: Transversale Nachentwicklung des Kiefers im anterioren Bereich, Beseitigung der Nonokklusion, Auflösen des Frontengstandes, Derotationen, Ausformung des Zahnbogens

Die Abrechnungshinweise zur Berechenbarkeit, Nicht-Berechenbarkeit und zu den zusätzlich berechenbaren Leistungen sind nicht abschließend und beschränken sich auf für die Kfo-Behandlung relevanten Leistungen.

3.1 Allgemeine zahnärztliche Leistungen:

GOZ-Nr. 0010

Faktor/€
1,0 = 5,62
2,3 = 12,94
3,5 = 19,68

Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes

berechenbar

- ✓ für eine eingehende Untersuchung
- ✓ ohne zeitliche Begrenzung des Untersuchungsintervalls
- ✓ auch ohne Nutzung eines Befundschemas

nicht berechenbar

- ⛔ in der gleichen Sitzung neben der GOÄ-Nr. 5 oder GOÄ-Nr. 6
- ⛔ in der gleichen Sitzung neben der GOZ-Nr. 6190

* Bei den berechenbaren und nicht berechenbaren Leistungen sowie den ggf. zusätzlich berechenbaren Leistungen wird der Schwerpunkt auf die Kfo-relevanten Gebührenpositionen gelegt. Die Aufzählungen sind nicht abschließend.

ggf. zusätzlich berechenbar

Vor-, Begleit- und unmittelbare Folgeleistungen

- Heil- und Kostenplan nach GOZ-Nr. 0040 für Kfo- oder FAL-Leistungen
- Kieferorthopädische diagnostische Leistungen nach den GOZ-Nrn. 6000ff. gemäß den Abrechnungsbestimmungen
- Abformung eines Kiefers nach GOZ-Nr. 0050 oder beider Kiefer nach GOZ-Nr. 0060
- für die Abformungen könnte ggf. ein individueller Löffel nach GOZ-Nr. 5170 notwendig sein.
- begleitende Maßnahmen im Prophylaxeschutzprogramm nach
  - GOZ-Nr. 1000 (Mundhygienestatus),
  - GOZ-Nr. 1010 (Kontrolle des Übungserfolges),
  - GOZ-Nr. 1020 (Fluoridierungsmaßnahmen),
  - GOZ-Nr. 1030 (Fluoridierung mit Schiene),
  - GOZ-Nr. 1040 (professionelle Zahnreinigung)
  - etc.
- auch weitere Leistungen bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums nach den GOZ-Nrn. 4020, 4030, 4040, 4050, 4055, 4060, falls notwendig
- Behandlung überempfindlicher Zahnflächen nach GOZ-Nr. 2010 und das Polieren von Füllungsflächen nach GOZ-Nr. 2130
- ggf. auch funktionsanalytische Leistungen nach den GOZ-Nrn. 8000 ff.
- zur weiteren Planung und Kontrolle der Entwicklung auch Röntgenleistungen nach den GOÄ-Nrn. 5000 ff. (z. B. GOÄ-Nr. 5004)
- Beratungsleistungen nach den GOÄ-Nrn. 1, 3, 4

🕮 Kommentierung der Autorin

Die Behandlung beginnt in der Regel mit einer eingehenden Untersuchung und der Dokumentation des Befundes. Ziel der Untersuchung ist es, krankhafte Veränderungen festzustellen und entsprechende Therapieansätze zu entwickeln, die dann ggf. einen Heil- und Kostenplan nach sich ziehen.

Die Beratungen sind nicht Leistungsgegenstand der GOZ-Nr. 0010. Diese werden nach der GOÄ-Nr. 1 berechnet oder, insofern die Berechnungsbestimmungen ein-

gehalten sind, bei entsprechendem Umfang auch nach der GOÄ-Nr. 3. Die GOZ-Nr. 0010 ist als Grunduntersuchungsleistung zu verstehen. Auch die Beurteilung des Zahnhalteapparates ist darin enthalten. Hiermit ist aber keineswegs der Parodontalbefund nach GOZ-Nr. 4000 zu verstehen. Diese kommt erst zum Tragen, wenn bei der Grunduntersuchung eine Parodontalerkrankung festgestellt wurde.

Hinweise

Die GOZ-Nr. 1000 (Erstellung des Mundhygienestatus) und die GOZ-Nr. 1010 sind neben der GOZ-Nr. 0010 nur berechenbar, wenn sie nicht inhaltsgleich sind. Werden diese beiden Leistungen nebeneinander berechnet, so empfiehlt sich eine entsprechende Begründung, die darauf schließen lässt, dass ein anderer Leistungsinhalt vorhanden ist. Sie könnte z. B. heißen: “Nicht im Zusammenhang mit der GOZ-Nr. 0010 zu sehen, da hier eine andere Diagnostik erforderlich war.“

Kommentar BZÄK zu der GOZ-Nr. 0010

Die "Eingehende Untersuchung" ist die intra- und extraorale Untersuchung des stomatognathen Systems zur Feststellung klinisch erkennbarer Veränderungen oder Erkrankungen und ggf. verbunden mit einer kurzen Anamnese.

Es handelt sich um einen orientierenden diagnostischen Überblick im Sinne eines Screenings zur Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit – z. B. an welchen Zähnen Karies vorhanden ist, ob pathologische Parodontalbefunde vorliegen, ob eine prothetische Versorgung indiziert ist oder ob Kiefergelenkbefunde oder andere Befunde bestehen. Die Untersuchung dient auch zur Feststellung, ob weitergehende Untersuchungen erforderlich sind.

Die "Eingehende Untersuchung" ist auch die erneute Befundung bei Kontrolluntersuchungen, die aus präventiven Gründen vorgenommen werden. Ein zeitlicher Mindestabstand zwischen zwei "Eingehenden Untersuchungen" besteht nicht. Verlaufskontrollen während der Therapie einer Erkrankung erfüllen den Leistungsinhalt der "Eingehenden Untersuchung" nicht.

Der Befund muss dokumentiert werden, Form und Umfang der Dokumentation bestimmt der Zahnarzt. Die Erhebung von Indizes, wie Gingival-Indizes bzw. Parodontal-Indizes (z. B. PSI, API) oder eines PAR-Status sind nicht Bestandteil dieser Leistung. Beratungsleistungen im Zusammenhang mit der "Eingehenden Untersuchung" können zusätzlich berechnet werden. Neben der Leistung nach der Nummer 6190 ist die Leistung nach der Nummer 0010 in derselben Sitzung nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach der Nummer 8000 (Klinische Funktionsanalyse) kann gegebenenfalls in derselben Sitzung berechnet werden wie auch andere weitergehende Untersuchungen, Analysen und Diagnostiken.

4 Berechnung zahntechnischer Kfo-Leistungen – beb 97

Zahntechnische kieferorthopädisch relevante Leistungen in der beb 97

Die Berechnung der Material-und Laborkosten ist für die privatzahnärztliche Versorgung grundsätzlich im § 9 GOZ – Ersatz von Auslagen zahntechnischer Leistungen geregelt.

(1) Neben den für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen die dem Zahnarzt tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen berechnet werden, soweit diese Kosten nicht nach den Bestimmungen des Gebührenverzeichnisses mit den Gebühren abgegolten sind.

(2) Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen vor der Behandlung einen Kostenvoranschlag des gewerblichen oder des praxiseigenen Labor über die voraussichtlich entstehenden Kosten für zahntechnische Leistungen anzubieten und auf dessen Verlangen in Textform vorzulegen, sofern die Kosten insgesamt voraussichtlich einen Betrag von 1000,- Euro überschreiten. Für Behandlungen die auf der Grundlage eines Heil- und Kostenplans für einen Behandlungszeitraum von mehr als zwölf Monaten geplant werden, gilt Satz 1 nur, sofern voraussichtlich bereits innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten Kosten von mehr als 1000,- Euro entstehen. Der Kostenvoranschlag muss die voraussichtlichen Gesamtkosten für zahntechnische Leistungen und die dabei verwendeten Materialien angeben. Art, Umfang und Ausführung der einzelnen Leistungen, Berechnungsgrundlage und Herstellungsort der zahntechnischen Leistungen sind dem Zahlungspflichtigen auf Verlangen näher zu erläutern. Ist eine Überschreitung der im Kostenvoranschlag genannten Kosten um mehr als 15 von Hundert zu erwarten (15%), hat der Zahnarzt den Zahlungspflichten hierüber unverzüglich in Textform zu unterrichten.

Die Berechnungsgrundlage der zahntechnischen Leistungen bildet in der Regel die Bundeseinheitliche Benennungsliste (beb). Es kommen aber auch andere laborindividuelle Verzeichnisse in Frage. Wichtig dabei ist, dass eine nachvollziehbare Kalkulation unter betriebswirtschaftlichen Aspekten erfolgt. Kriterien für die angemessenen Kosten sind Aufwand, Qualität, Präzision und Zuverlässigkeit. Auf keinen Fall entfaltet das Bundeseinheitliche Leistungsverzeichnis der gesetzlichen Krankenkassen (BEL II) eine Bindungswirkung in der GOZ.

Demnach sind nach beb kalkulierte und berechnete Laborkosten tarifgemäß zu erstatten. Wenn aber, bedingt durch den abgeschlossenen Versicherungsvertrag, die

Erstattungsgrundlage ausdrücklich auf das Niveau der BEL oder einer sogenannten versicherungsinternen Sachkostenliste gegrenzt ist, wird der Versicherte eine Erstattungslücke zu tragen haben. Ob eine solche Reglementierung im Versicherungsvertrag verankert ist, sollte aber aus dem individuellen Versicherungsvertrag oder aus rechtswirksamen Mitteilungen des Versicherers hervorgehen. Da der Versicherte der Vertragspartner seiner privaten Krankenversicherung ist, ist der Zahnarzt bzw. das Labor hinsichtlich der Berechnung der Laborkosten nicht an solche Erstattungseinschränkungen gebunden. Entscheidend ist, wie bereits erwähnt, dass eine nachvollziehbare Berechnung nach fachlichen und betriebswirtschaftlichen Grundsätzen vorhanden sein muss. Das bedeutet, dass bei einer Offenlegung der Kalkulationsgrundlagen die Laborrechnung, notfalls auch vor Gericht, nachvollziehbar sein muss.

Kfo-relevante Laborabrechnungspositionen nach beb 97

beb-Nr. Bezeichnung
0001 Modell aus Hartgips
0002 Modell aus Superhartgips
0007 Kontrollmodell
0013 Modell vorbereiten
0021 Modell für Sägesegmente
0103 Modellsegment sägen
0221 Hilfsteil in Abdruck
0241 Duplieren eines Modells oder Modellteils
0303 Modell ausblocken
0304 Zahn radieren
0308 Radieren nach System
0401 Montage eines Modellpaares in Fixator
0402 Modellmontage in Mittelwertartikulator I
0403 Modellmontage in Mittelwertartikulator II
0404 Modellmontage im individuellen Artikulator I
0405 Modellmontage im individuellen Artikulator II
0408 Montage eines Gegenkiefers
0511 Mehraufwand für das Einstellen nach Zentrikregistrat
0521 Auswerten eines Registrates