

1 Gesamtinhalt

Wegweiser

- 1 Gesamtinhalt
- 2 Vorwort
- 3 Autorenverzeichnis
- 4 Quellenverzeichnis

Teil 1 Allgemeine rechtliche Grundlagen

- 1/1 Inhalt
- 1/2 Richtlinien BEMA mit Erläuterungen
- 1/3 Bestimmungen der GOZ mit Erläuterungen
- 1/4 Patientenaufklärung: Welche Vereinbarung ist die richtige?
- 1/5 Budgetierung

Teil 2 Allgemeine Maßnahmen und Strahlendiagnostik

- 2/1 Inhalt
- 2/2 Untersuchungen und Beratungen
- 2/3 Allgemeine konservierende Leistungen
- 2/4 Besuche, Verweilen, Konsilien, Berichte
- 2/5 Strahlendiagnostik

Teil 3 Prophylaxemaßnahmen und Früherkennungsuntersuchungen

- 3/1 Inhalt
- 3/2 Individualprophylaxemaßnahmen
- 3/3 Früherkennungsuntersuchung
- 3/4 Präventive Leistungen für Patienten mit Pflegegrad oder Eingliederungshilfe

Teil 4 Konservierende und chirurgische Behandlungen

- 4/1 Inhalt
- 4/2 Füllungstherapien und Inlays
- 4/3 Endodontische Leistungen
- 4/4 Extraktionen, Osteotomien
- 4/5 Wurzelspitzenresektionen und Zystenoperationen
- 4/6 Nachbehandlungen
- 4/7 OP-Zuschläge

Teil 5 Parodontologische Behandlungen

- 5/1 Inhalt
- 5/2 PAR-Leistungen
- 5/3 Unterstützende Parodontitistherapie/UPT-Leistungen
- 5/4 Chirurgische Therapie

Teil 6 Prothetische Versorgung

- 6/1 Inhalt
- 6/2 Planungsmodelle, Abformungen und digitale Abformungen
- 6/3 Festsitzender Zahnersatz
- 6/4 Herausnehmbarer Zahnersatz
- 6/5 Kombinations-Zahnersatz
- 6/6 Wiederherstellungen

Teil 7 Kiefergelenkserkrankungen und Aufbissbehelfe

- 7/1 Inhalt
- 7/2 Schienen und Aufbissbehelfe
- 7/3 Unterkieferprotrusionsschienen

Teil 8 Funktionsanalyse/Funktionstherapie

- 8/1 Inhalt
- 8/2 FAL-/FTL-Leistungen

Teil 9 Implantologische Maßnahmen

- 9/1 Inhalt
- 9/2 Implantatplanung und Vorleistungen
- 9/3 Knochenregeneration
- 9/4 Implantologische Behandlungsmaßnahmen

Teil 10 Allgemeine Checklisten

- 10/1 Inhalt
- 10/2 Behandlungen ohne Festzuschuss bei GKV-Patienten
- 10/3 Berechenbare Materialien
- 10/4 Aufbewahrungsfristen
- 10/5 Das Patientenrechtegesetz – Informationen und Anwendung
- 10/6 Grundsätze zur Analogabrechnung
- 10/7 Delegationsrahmen
- 10/8 Wirtschaftlichkeitsprüfung

2 Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

die zahnärztliche Abrechnung ist komplex und wird von zahlreichen Richtlinien geregelt. Der gegenwärtige Fachkräftemangel verstärkt die Herausforderungen in den Praxen zusätzlich. Gerade in Zeiten der wiedereingeführten Budgetierung ist es entscheidend, die relevanten Bestimmungen und Richtlinien zu kennen, um Behandlungsabläufe vollständig und korrekt zu dokumentieren und abzurechnen.

Eine umfassende Dokumentation und eine richtlinienkonforme Abrechnung tragen nicht nur dazu bei, Honorarverluste zu vermeiden, sondern gewährleisten auch Rechtssicherheit bei Prüfungen durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Insbesondere bei gesetzlich versicherten Patienten muss das Wirtschaftlichkeitsgebot stets beachtet werden. Fehlerhafte Abrechnungen können zu Regressen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Rückforderungen von Honoraren führen – Probleme, die sich vermeiden lassen.

Gesetzlich versicherte Patienten haben neben der nach § 12 SGB V ausreichenden, wirtschaftlichen und zweckmäßigen zahnärztlichen Versorgung auch Anspruch auf hochwertigere Behandlungsmaßnahmen, sofern sie darüber umfassend aufgeklärt wurden und diese schriftlich vereinbart sind. Um dies korrekt durchzuführen, ist es unerlässlich, die Richtlinien zu kennen und die Abgrenzung zwischen Kassen- und Privatleistungen klar zu definieren.

Gesetze, Verordnungen und Richtlinien sind oft komplex und schwer verständlich. Dieses Werk bietet praktische und schnelle Hilfe bei der korrekten Abrechnung nach BEMA und GOZ/GOÄ anhand konkreter Behandlungsfälle. Besonders hervorzuheben sind die häufigen Abrechnungsfehler aus dem Praxisalltag, die hier behandelt werden, damit Sie diese vermeiden können. So erhalten Sie mit geringem Zeitaufwand Klarheit und Sicherheit für die Abrechnung von Behandlungsmaßnahmen von A bis Z.

Eine spannende Lektüre und viel Erfolg bei der Umsetzung!

Jessica Kolkman

Im Juni 2025

Anmerkung

Die in den „Abrechnungsschecklisten – BEMA- und GOZ/GOÄ-Leistungen nach Behandlungsfällen aufgeführten Leistungen sind möglicherweise nicht vollständig und müssen den individuellen behandlungsbezogenen Gegebenheiten angepasst/ergänzt werden!

In dieser Buchausführung werden gegebenenfalls nicht alle Abrechnungsbestimmungen der jeweiligen Gebührennummer dargestellt.

Hinweis

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird weitgehend auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers verzichtet und stattdessen die männliche Form verwendet, z. B. „der Patient“, „der Zahnarzt“ und „der Mitarbeiter“. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

1/2 Richtlinien BEMA mit Erläuterungen

BEMA (Abrechnungsgrundlage mit der gesetzlichen Krankenversicherung)

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) bildet die rechtliche Basis für die zahnärztliche Abrechnung der Patientenbehandlungen mit den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV). Zugleich ist er Grundlage für das vertragszahnärztliche Honorar. Der BEMA wird durch den Bewertungsausschuss festgelegt, der aus der KZBV und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) besteht.

Wichtige Bestandteile des BEMA sind:

- Konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen
- Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe) und obstruktiver Schlafapnoe (Unterkieferprotrusionsschiene)
- Kieferorthopädische Behandlung
- Systematische Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen
- Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen

Im einheitlichen Bewertungsmaßstab werden Behandlungsmaßnahmen aufgelistet, deren Kosten die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der Leistungspflicht für ihre Versicherten ganz oder teilweise übernehmen. Auch andere Kostenträger nutzen den BEMA für die Abrechnung vertragszahnärztlicher Behandlungen. Dazu zählen Versorgungsämter, Bundes- und Landespolizei, die Bundeswehr sowie Einrichtungen der Sozialhilfe. Jährlich werden über den BEMA insgesamt mehr als 100 Millionen zahnärztliche Behandlungsfälle abgerechnet. Der weitaus größte Teil sind konservierend-chirurgische Behandlungen (Quelle KZBV).

Im BEMA gibt es für jede Leistung eine bestimmte Bewertungszahl, die mit dem aktuell gültigen Punktwert multipliziert wird. Dieser Betrag ergibt dann das zahnärztliche Honorar für eine Leistung.

Der Punktwert wird auf Ebene der Länder zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) und den Krankenkassen jährlich neu verhandelt – mit Ausnahme von Teil 5 des BEMA, also der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen. Hier gilt ein bundeseinheitlicher Punktwert, der jedes Jahr in Verhandlungen zwischen der KZBV und dem GKV-SV festgelegt wird (Quelle KZBV).

Anders als in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), wird im BEMA nicht nach individuellem Aufwand kalkuliert und abgerechnet, sondern durch die festgelegten Leistungen der Durchschnitt für zahnärztliche Behandlungen abgebildet.

Es ist außerdem stets das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten. Die Behandlungsmaßnahmen sollen laut BEMA Richtlinien ausreichend, wirtschaftlich und zweckmäßig sein, um die Sozialgemeinschaft nicht übermäßig zu belasten.

Die ausführlichen Richtlinien findet man als PDF zum Download auf der Homepage der KZBV (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung):

<https://www.kzbv.de/gebuehrenverzeichnisse.334.de.html>

Versorgung mit Zahnersatz

Die Richtlinie zur Versorgung von gesetzlich versicherten Patienten mit Zahnersatz ist abrufbar unter:

<https://www.g-ba.de/richtlinien/26/>

Im Wesentlichen ist hier festgehalten, dass:

- Versicherte der GKV **Anspruch auf eine medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz** haben:
 - einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist.
- **Qualität und Wirksamkeit der Leistungen** haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Dies gilt auch für gleichartige und andersartige Versorgungen.
- Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 SGB V hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 SGB V aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen. **Gleichartiger Zahnersatz** liegt vor, wenn dieser die Regelleistung beinhaltet und zusätzliche Leistungen hinzukommen.
- Versicherte haben Anspruch auf Erstattung bewilligter Festzuschüsse nach § 55 Abs. 5 SGB V, wenn eine von der Regelversorgung abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird. Eine **andersartige Versorgung** liegt vor, wenn eine andere Versorgungsform (Brücken, herausnehmbarer Zahnersatz, Kombinationsversorgung, Suprakonstruktionen) als die, welche in den Regelleistungen für den jeweiligen Befund beschrieben ist, gewählt wird.

- Eine **tatsächlich geplante Versorgung** gemäß § 87 Abs. 1a SGB V kann sowohl Regelversorgungsleistungen als auch Leistungen der gleich- und andersartigen Versorgung umfassen.
- **Voraussetzungen und Grundsätze** für eine Versorgung mit Zahnersatz:
 - Ziel der Versorgung mit Zahnersatz ist es, eine ausreichende Funktionstüchtigkeit des Kauorgans wiederherzustellen oder ihre Beeinträchtigung zu verhindern.
 - ➔ **Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang die notwendige Gesamtplanung!**
- **Zahnersatz ist angezeigt**, wenn ein Zahn oder mehrere Zähne fehlen oder zerstört sind und wenn dadurch die Funktionstüchtigkeit des Kauorgans beeinträchtigt ist oder beeinträchtigt zu werden droht, z. B. durch Zahnwanderung oder -kipfung. Bei der Versorgung mit Zahnersatz soll eine funktionell ausreichende Gegenbezahnung vorhanden sein oder im Laufe der Behandlung hergestellt werden.
- Ein neuer **Zahnersatz ist nicht angezeigt**, wenn der vorhandene Zahnersatz noch funktionstüchtig ist oder die Funktionstüchtigkeit wiederhergestellt werden kann (z. B. durch Erweiterung).
- Der **Zahnarzt soll Art und Umfang des Zahnersatzes** nach den anatomischen, physiologischen, pathologischen und hygienischen Gegebenheiten des Kauorgans **bestimmen**.
- Im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bestimmt der Zahnarzt nach entsprechender **Aufklärung** und unter Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten Art und Umfang der Behandlungsmaßnahmen. Der Zahnarzt hat den Patienten über die nach den Richtlinien ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Formen der Versorgung aufzuklären.
- Die **Mitwirkung des Patienten** ist eine wesentliche Voraussetzung für die Erreichung des Behandlungsziels. Regelmäßige Zahnpflege und der Nachweis der zahnärztlichen Untersuchungen nach § 55 Abs. 1 SGB V sind wichtige Kriterien für die Festlegung der im Einzelfall notwendigen Form der Versorgung mit Zahnersatz.
 - Ist die Mundhygiene des Patienten unzureichend und/oder lehnt der Patient die Mitwirkung an einer notwendigen Parodontalbehandlung ab, ist das Behandlungsziel neu zu bestimmen.
 - o Ohne ausreichende Mundhygiene und bei Ablehnung der PA-Behandlung kein Festzuschuss.
- Der Versorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen hat die **Erhebung des Gesamtbefundes des Gebisses** und dessen Dokumentation im Heil- und Kostenplan vorauszugehen.
 - Die Versorgung hat die Wiederherstellung der Kaufunktion im Sinne einer Gesamtplanung zum Ziel.
 - Die Krankenkasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen.
 - o Kein Behandlungsbeginn ohne Genehmigung!
- Der Versorgung mit Zahnersatz hat die **notwendige konservierend-chirurgische und parodontale Behandlung des Restgebisses** vorauszugehen.
 - Tief kariöse Zähne müssen auf ihre Erhaltungswürdigkeit geprüft sein und gegebenenfalls nach Versorgung mit einer Füllung klinisch reaktionslos bleiben.
 - Pulpatote Zähne müssen mit einer nach den Behandlungs-Richtlinien erbrachten, röntgenologisch nachzuweisenden Wurzelfüllung versorgt sein.
 - Zu überkronende Zähne sind auf ihre Sensibilität zu überprüfen.
 - Bei Zähnen mit krankhaften Prozessen müssen Maßnahmen zur Ausheilung eingeleitet sein. An diesen Zähnen dürfen vorerst nur Interimsmaßnahmen durchgeführt werden. Endgültiger Zahnersatz ist erst nach Ausheilung angezeigt.
 - Notwendige Parodontalbehandlungen müssen bereits vorgenommen sein.
 - Bei Verdacht auf krankhafte Prozesse an Zähnen und im Kieferknochen muss eine röntgenologische Überprüfung erfolgen.
 - Nicht erhaltungswürdige Zähne und Wurzelreste müssen entfernt sein.
 - Retinierte und impaktierte Zähne, die im räumlichen Zusammenhang mit geplantem Zahnersatz stehen, sollen vor Beginn der Behandlung entfernt werden.
 - Voraussetzung für die Versorgung mit Suprakonstruktionen ist die Osseointegration der Implantate.
 - o Kein Heil- und Kostenplan ohne abgeschlossene konservierend/chirurgische Behandlung und ggf. abgeschlossene Parodontalbehandlungen (mindestens Abschluss der antiinfektiösen Therapie und Befundevaluation).
- Eine endgültige Versorgung mit Zahnersatz ist anzustreben. Dies kann gegebenenfalls auch durch einen Immediatersatz, der zu einem späteren Zeitpunkt umgestaltet werden kann, geschehen.
- In Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, kann ein Interimsersatz angezeigt sein. Dies gilt insbesondere bei fehlenden Frontzähnen und zur Sicherung der Bisslage.
 - Bedeutet vor allem: Wirtschaftlichkeit und Indikation von Interimsersatz kritisch prüfen. Interimsersatz bei einem Einzelzahn im Seitenzahnbereich wird in der Regel abgelehnt.

- Es dürfen nur solche Werkstoffe verwendet werden, die den Anforderungen des Medizinproduktegesetzes entsprechen. Bei nachgewiesener Allergie gegen einen Werkstoff ist ein als verträglich ermittelter Werkstoff zu wählen. Der Nachweis einer Allergie ist gemäß den Kriterien der Kontaktallergiegruppe der Deutschen Gesellschaft für Dermatologie zu erbringen. Die Erprobung von Werkstoffen auf Kosten der Krankenkassen ist unzulässig. Bei der Auswahl der Dentallegierungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung soll beachtet werden, dass Nichtedelmetall und NEM-Legierungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein können.

Des Weiteren werden im Verlauf der Richtlinie noch die Anforderungen an einzelne Behandlungsbereiche beschrieben:

1. Versorgung mit Zahnkronen

- Die Schonung und Erhaltung natürlicher und intakter Zahnhartsubstanz hat Vorrang vor der Versorgung mit Zahnkronen. Zahnkronen sind angezeigt, wenn sich aus dem klinischen und röntgenologischen Befund der erkrankten Zähne einschließlich ihrer Parodontalgewebe ergibt, dass sie nur durch Kronen erhalten werden können.
- Zahnkronen können angezeigt sein:
 - a) zur Erhaltung eines erhaltungsfähigen und erhaltungswürdigen Zahnes, wenn eine Erhaltung des Zahnes durch andere Maßnahmen nicht mehr oder auf Dauer nicht möglich ist,
 - b) zur Abstützung eines Zahnersatzes, wenn eine Abstützung und Retention auf andere Weise nicht möglich ist.
- Zahnkronen sind nicht angezeigt bei Zähnen, die auf Dauer ohne Antagonisten bleiben und für die Verankerung von Zahnersatz nicht benötigt werden.
- Konfektionierte Kronen dürfen nur in der Kinderzahnheilkunde verwendet werden.
- Für die Versorgung mit einer provisorischen Krone ist grundsätzlich ein im direkten Verfahren hergestelltes Provisorium ausreichend.
- Zur Regelversorgung gehören metallische Voll- und Teilkronen. Ebenfalls zur Regelversorgung gehören vestibuläre Verblendungen im Oberkiefer bis einschließlich Zahn 5, im Unterkiefer bis einschließlich Zahn 4. Im Bereich der Zähne 1 bis 3 umfasst die vestibuläre Verblendung auch die Schneidekanten.

2. Versorgung mit Brücken

- Eine Brücke dient in der Regel der Schließung zahnbegrenzter Lücken. Die Indikation ergibt sich aus dem klinischen und röntgenologischen Befund der zu überkronenden Zähne einschließlich ihrer Parodontalgewebe und aus statischen und funktionellen Gesichtspunkten. Bei der Gestaltung der Brückenglieder sind die Grundsätze der Parodontalhygiene zu berücksichtigen.
- Brücken sind angezeigt, wenn dadurch in einem Kiefer die geschlossene Zahnreihe wiederhergestellt wird. In der Regel sind Endpfeilerbrücken angezeigt. Freiendbrücken sind nur bis zur Prämolarenbreite und unter Einbeziehung von mindestens zwei Pfeilerzähnen angezeigt; in Schalllücken ist der Ersatz von Molaren und von Eckzähnen durch Freiendbrücken ausgeschlossen. Zum Ersatz eines Schneidezahns kann bei ausreichendem oralem Schmelzangebot an einem oder beiden Pfeilerzähnen eine einspannige Adhäsivbrücke mit Metallgerüst mit einem oder zwei Flügeln angezeigt sein. Bei einflügeligen Adhäsivbrücken zum Ersatz eines Schneidezahns sollte der an das Brückenglied der Adhäsivbrücke angrenzende Zahn, der nicht Träger eines Flügels ist, nicht überkronungsbedürftig und nicht mit einer erneuerungsbedürftigen Krone versorgt sein.
- Brücken sind nicht angezeigt bei ungenügender parodontaler Belastbarkeit und solchen Allgemeinleiden, die das parodontale Gewebe ungünstig beeinflussen.
- Bei Versicherten, die das 14. aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben, können zum Ersatz von zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen bei ausreichendem oralen Schmelzangebot der Pfeilerzähne eine einspannige Adhäsivbrücke mit Metallgerüst mit zwei Flügeln oder zwei einspannige Adhäsivbrücken mit Metallgerüst mit je einem Flügel angezeigt sein.
 - Bei Versicherten, die das 21. Lebensjahr vollendet haben und älter sind, können Adhäsivbrücken unter bestimmten Voraussetzungen als gleichartige Versorgung beantragt werden.
- Zur Regelversorgung gehören metallische Voll- und Teilkronen. Ebenfalls zur Regelversorgung gehören vestibuläre Verblendungen im Oberkiefer bis einschließlich Zahn 5, im Unterkiefer bis einschließlich Zahn 4. Im Bereich der Zähne 1 bis 3 umfasst die vestibuläre Verblendung auch die Schneidekanten.
- Bei disparallelen Pfeilern umfasst die vertragszahnärztliche Versorgung auch das hierdurch erforderliche Geschiebe.

3. Versorgung mit herausnehmbarem Zahnersatz

- Zum Zahnersatz gehören die erforderlichen Halte- und Stützvorrichtungen.
- Bei Teilprothesen ist in der Regel eine parodontal abgestützte Modellgusskonstruktion angezeigt. Die Grundsätze der Parodontal-Hygiene sind dabei zu berücksichtigen.
- Bei einem Restgebiss ohne parodontale Abstützungsmöglichkeit ist in der Regel eine Kunststoffprothese ohne aufwendige Halteelemente angezeigt.

- Bei totalen Prothesen ist in der Regel die Basis in Kunststoff herzustellen. Eine Metallbasis gehört nur in begründeten Ausnahmefällen (z.B. Torus palatinus und Exostosen) zur Regelversorgung.
- Ein Abdruck mit individuellem Löffel oder individualisiertem Löffel ist nur angezeigt, wenn für die Abdrucknahme der übliche Löffel nicht ausreicht.
- Bei zahnlosem Kiefer ist die Abformung mittels eines Funktionsabdruckes angezeigt; das Gleiche gilt, wenn bei stark reduziertem Restgebiss – in der Regel bis zu drei Zähne – eine funktionelle Randgestaltung notwendig ist.
- Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen gehören nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung.
- Intraorale Stützstiftregistrierungen zur Feststellung der Zentrallage gehören nur neben der Total-/Cover-Denture-Prothese zur Regelversorgung, auch auf implantatgestützten Totalprothesen im Ober- und Unterkiefer, wenn die Lagebeziehung von Unter- zu Oberkiefer mit einfachen Methoden nicht reproduzierbar ermittelt werden kann.

4. Kombinationsversorgung

- Über eine Kombinationsversorgung wird festsitzender mit herausnehmbarem Zahnersatz zu einer funktionalen Einheit unter Verwendung von Verbindungselementen zusammengefügt. Kombinationsversorgungen sind angezeigt, wenn gegenüber anderen Zahnersatzformen eine statische und funktionell günstigere Belastung der Restzähne und eine günstige Retention erreicht werden kann. Die parodontale Ausgangssituation der Restzähne ist kritisch zu bewerten. Im Rahmen der Regelversorgung gehören mit Ausnahme von Cover-Denture-Prothesen nur Teleskop-/Konuskronen auf Eckzähnen und den ersten Prämolaren zu den Verbindungselementen. Bei einem Restzahnbestand von bis zu drei Zähnen ist neben der parodontalen Ausgangssituation der Restzähne auch die Lückentopographie im Hinblick auf die Art der Verankerung und die Abstützung kritisch zu bewerten. Zur Regelversorgung gehören in diesem Fall sowohl Cover-Denture-Prothesen als auch parodontal abgestützte Prothesen mit einer Modellgussbasis sowie als Verbindungselemente Resilienzteleskopkronen und Wurzelstiftkappen beziehungsweise Teleskop-/Konuskronen.

5. Versorgung mit Suprakonstruktionen (implantatgestützter Zahnersatz)

(Ausnahmefälle nach ZE-Richtlinie 36)

- Suprakonstruktionen gehören in folgenden Ausnahmefällen zur Regelversorgung:
 - a) bei zahnbegrenzten Einzelzahnücken, wenn keine parodontale Behandlungsbedürftigkeit besteht, die Nachbarzähne kariesfrei und nicht überkronungsbedürftig bzw. überkront sind sowie
 - b) bei atrophiertem zahnlosen Kiefer
 - o [Anmerkung: Lt. Gemeinsamer Erklärung der Partner im Bundesausschuss sind mit Inkrafttreten zum 01.01.2006 in den Zahnersatz-Richtlinien Suprakonstruktionen zu beschreiben, die zu einer Verbesserung der Kaufunktion im Vergleich zu anderen Versorgungsformen führen.]
- Der Anspruch im Rahmen der Regelversorgung ist bei zahnbegrenzten Einzelzahnücken nach Nummer 36 Buchstabe a auf die Versorgung mit Einzelzahnkronen und bei atrophiertem zahnlosen Kiefer nach Nummer 36 Buchstabe b auf die Versorgung mit Totalprothesen als vertragszahnärztliche Leistungen begrenzt.
- Sämtliche Leistungen im Zusammenhang mit den Implantaten, wie die Implantate selbst, die Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente gehören nicht zur Regelversorgung bei Suprakonstruktionen.
- Die Krankenkasse kann die vorgelegte Behandlungsplanung einem Gutachter zur Klärung der Frage zuleiten, ob ein unter Nummer 36 genannter Ausnahmefall vorliegt. Dabei gilt das zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbarte Gutachterverfahren für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen entsprechend. Das Nähere hierzu regeln die Partner der Bundesmantelverträge.

Die Zahnersatzrichtlinie zu kennen und korrekt anzuwenden ist ein unerlässlicher Bestandteil der Planung, Beantragung und Abrechnung von Zahnersatzleistungen bei gesetzlich versicherten Patienten und die Nichtbeachtung kann zu Mehrarbeit, Unstimmigkeiten mit den Patienten und Regressen durch die Krankenkasse führen.

4/4 Extraktionen, Osteotomien

Allgemeine Bestimmungen GOZ Teil D

1. Die primäre Wundversorgung (z. B. Reinigen der Wunde, Glätten des Knochens, Umschneidung, Tamponieren, Wundverschluss ohne zusätzliche Lappenbildung, gegebenenfalls Fixieren eines plastischen Wundverbandes) ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt D und nicht gesondert berechnungsfähig.

2. Die Schaffung des operativen Zugangs ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt D und nicht gesondert berechnungsfähig.

3. Knochenersatzmaterialien sowie Materialien zur Förderung der Blutgerinnung oder der Geweberegeneration (z. B. Membranen) sowie zum Verschluss oberflächlicher Blutungen bei hämorrhagischen Diathesen oder, wenn dies zum Schutz wichtiger anatomischer Strukturen (z. B. Nerven) erforderlich ist, sowie atraumatisches Nahtmaterial oder nur einmal verwendbare Explantationsfräsen sind gesondert berechnungsfähig.

Kommentar BZÄK zu Teil D

Wundversorgungsmaßnahmen, die für eine möglichst komplikationslose Wundheilung erbracht werden, sind mit der Gebühr für die entsprechende Nummer abgegolten. Die einfache Rückverlegung und ggf. Fixierung der Wundränder sind in der jeweiligen Leistung enthalten. Gewebekleber, atraumatisches Nahtmaterial, Membranen und einmal verwendbare Explantationsfräsen sind gesondert berechnungsfähig.

Einmal verwendbare Explantationsfräsen sind solche, die nach der Verwendung am Ende der Behandlung verbraucht sind.

Beim Einsatz eines Operationsmikroskops und/oder eines Lasers werden Zuschläge nach den Nummern GOZ-Nrn. 0110 bzw. 0120 berechnet.

Leistung	BEMA	Abrechnung	GOZ/GOÄ	Abrechnung	Bemerkung
Entfernung einwurzeliger Zahn	43 X1	Die Leistung umfasst das Entfernen eines einwurzeligen Zahnes einschließlich der Wundversorgung. Als einwurzelige Zähne gelten bei den bleibenden Zähnen: • alle Frontzähne, • im Oberkiefer Zahn 5, • im Unterkiefer Zahn 4 und Zahn 5, bei den Milchzähnen: • alle Frontzähne Das Entfernen eines Wurzelrestes kann nach der Nummer abgerechnet werden, unter der das Entfernen des betreffenden Zahnes abgerechnet werden müsste.	3000	Die Leistung umfasst die Entfernung eines einwurzeligen Zahnes oder eines enossalen Implantats. Bei der Leistung nach GOZ-Nr. 3000 wird nicht zwischen Milchzähnen und bleibenden Zähnen unterschieden. Die Leistung ist auch für die Entfernung enossaler Implantate mittels Extraktion berechnungsfähig. Die Extraktion zur Entfernung eines Zahn- oder Wurzelrestes wird nach der GOZ-Nr. 3020 berechnet. Teilextraktionen im Sinne einer Hemisektion werden nach der GOZ-Nr. 3130 berechnet.	
Entfernen mehrwurzeliger Zahn	44 X2	Die Leistung umfasst das Entfernen eines mehrwurzeligen Zahnes einschließlich der Wundversorgung. Als mehrwurzelige Zähne gelten bei den bleibenden Zähnen: • alle Molaren • im Oberkiefer Zahn 4 sowie bei den Milchzähnen • alle Milchmolaren.	3010	Die Leistung umfasst die Entfernung eines mehrwurzeligen Zahnes. Bei der Leistung nach GOZ-Nr. 3010 wird nicht zwischen Milchzähnen und bleibenden Zähnen unterschieden. Die Entfernung eines mehrpfortigen enossalen Implantats mittels Extraktion	

Fortsetzung nächste Seite ➡

Leistung	BEMA	Abrechnung	GOZ/GOÄ	Abrechnung	Bemerkung
		Das Entfernen eines Wurzelrestes kann nach der Nummer abgerechnet werden, unter der das Entfernen des betreffenden Zahnes abgerechnet werden müsste.		tion wird nach der GOZ-Nr. 3000 berechnet. Die Extraktion zur Entfernung von Zahn- oder Wurzelresten wird nach der GOZ-Nr. 3020 berechnet. Teilextraktionen im Sinne einer Hemisektion werden nach der GOZ-Nr. 3130 berechnet.	
Entfernen tieffraktureierter Zahn	45 X3	Die Leistung umfasst das Entfernen eines tieffraktureierten Zahnes einschließlich der Wundversorgung.	3020	Die Leistung umfasst die Entfernung eines tief fraktureierten oder tief zerstörten Zahnes. Die Entfernung eines tief fraktureierten oder tief zerstörten Zahnes einschließlich der primären Wundversorgung ist nach der GOZ-Nr. 3020 unabhängig von der Anzahl der Wurzeln zu berechnen. Die tiefe Zerstörung der Zahnhartsubstanz kann durch fortgeschrittene Karies oder aufgrund einer Fraktur des Zahnes, auch während eines Extraktionsversuchs, verursacht sein. Berechnungsfähige Zuschläge: • GOZ-Nr. 0110 (OP-Mikroskop) • GOZ-Nr. 0500	
Osteotomie	47a Ost1	Die Leistung umfasst das Entfernen eines Zahnes durch Osteotomie einschließlich der Wundversorgung. Die Abrechnung einer Leistung nach der BEMA-Nr. 47a setzt die Aufklappung des Zahnfleisches voraus.	3030	Die Leistung umfasst die Entfernung eines Zahnes oder eines enossalen Implantats durch Osteotomie. Die Entfernung von Zähnen unabhängig von der Wurzelanzahl durch Osteotomie einschließlich der primären Wundversorgung ist nach der GOZ-Nr. 3030 zu berechnen. Wird hierbei eine einmalverwendbare Explantationsfräse eingesetzt, ist diese gesondert berechnungsfähig. Die Leistung nach der GOZ-Nr. 3030 ist auch für die Entfernung eines enossalen Implantats mit osteotomischen Maßnahmen berechenbar und erfordert nicht zwingend die Bildung eines Mukoperiostlappens.	

Leistung	BEMA	Abrechnung	GOZ/GOÄ	Abrechnung	Bemerkung
				Die Entfernung einer hemisezierten Wurzel mittels Osteotomie wird ebenfalls nach dieser Nummer berechnet. Berechnungsfähige Zuschläge: • GOZ-Nr. 0110 (OP-Mikroskop) • GOZ-Nr. 0500	
Hemisektion	47b Hem	Die Leistung umfasst die Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes. Eine Leistung nach BEMA-Nr. 47b ist nur in begründeten Ausnahmefällen zum Erhalt einer geschlossenen Zahnreihe und/oder zum Erhalt einer bestehenden prothetischen Versorgung abrechnungsfähig.	3130	Die Leistung umfasst die Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes. Die GOZ-Nr. 3130 beinhaltet die Hemisektion oder Abtrennung an einem mehrwurzeligen Zahn einschließlich der komplikationslosen Entfernung des abgetrennten Zahnteils. Sofern bei einer Hemisektion eine Wurzel tief frakturiert ist, ist die Entfernung dieses Zahnteils zusätzlich nach der GOZ-Nr. 3020 zu berechnen. Ist die Entfernung des abgetrennten Zahnteils nur durch eine Osteotomie möglich, ist zusätzlich die GOZ-Nr. 3030 ansatzfähig. Berechnungsfähiger Zuschlag: • GOZ-Nr. 0500	Die Leistung ist nur für eine Hemisektion und Teilextraktion abrechenbar. Wird der Zahn prämolariert, so handelt es sich um eine Leistung, die weder im BEMA noch in der GOZ enthalten ist. Die Abrechnung erfolgt analog gemäß § 6 Abs. 1 GOZ. Die Entfernung einer oder mehrerer Wurzeln eines mehrwurzeligen Zahnes (Wurzelamputation) unter Belassung der klinischen oder prothetischen Krone stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet.
Osteotomie impaktierter oder retinierter Zahn	48 Ost2	Die Leistung umfasst das Entfernen eines verlagerten und/oder retinierten Zahnes, Zahnkeimes oder impaktierten Wurzelrestes durch Osteotomie einschließlich der Wundversorgung.	3045	Die Leistung umfasst die Entfernung eines retinierten, impaktierten oder verlagerten Zahnes durch Osteotomie und ist berechnungsfähig für die Entfernung von Zähnen, die entweder retiniert, impaktiert oder verlagert sind (unabhängig von der Wurzelanzahl), durch Osteotomie einschließlich der primären Wundversorgung und ist auch für teilretinierte Zähne berechenbar. Berechnungsfähige Zuschläge: • GOZ-Nr. 0110 (OP-Mikroskop) • GOZ-Nr. 0510	



Behandlungsfall

Eine Patientin beschreibt bei Ihrem Untersuchungstermin Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke. Sie berichtet über ein hohes Stresslevel in den letzten Wochen und sie hat außerdem bemerkt, dass sie nachts knirscht/presst, da sie morgens mit Druckbeschwerden an den Zähnen aufwacht.

Nach Diagnose wird ein Behandlungsplan erstellt und es werden Abformungen im Ober- und Unterkiefer angefertigt.

In der Folgesitzung wird die Schiene eingegliedert und die Verwendung der Schiene erklärt. Die Patientin wird zudem auf schädliche Gewohnheiten (Knirschen, Pressen) und Dysfunktionen aufmerksam gemacht und es wird ihr erläutert, wie sie diese in Zukunft vermeiden kann.

In der dritten Sitzung erscheint die Patientin zur Schienenkontrolle. Der Sitz und die Okklusion der Schiene werden überprüft, es ist keine Veränderung der adjustierten Oberfläche notwendig.



Checkliste Abrechnung

Gegenüberstellung BEMA und GOZ/GOÄ

Leistungsbeschreibung	BEMA	Anz.	GOZ/GOÄ	Anz.	Bemerkung
1. Sitzung					
Eingehende Untersuchung und Beratung	01	1	0010 Ä1	1 1	
Beschwerdebezogene Befundaufnahme und schriftliche Niederlegung des Heil- und Kostenplanes	2	1	0030	1	
OK/UK Abformung für Schiene					GOZ: Material nach § 4 Abs. 3 BEMA: Abformpauschale 3,00 € je Abformung (bei den meisten KZVen)
2. Sitzung					
Eingliederung der Schiene	K1 a	1	7010	1	
Beratendes und belehrendes Gespräch mit Anleitung zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten und Dysfunktionen			6190	1	
3. Sitzung					
Schienenkontrolle	K7	1	7040	1	



Notwendige Vereinbarungen

Privatvereinbarung gem. § 8 Abs. 7 BMV-Z



Häufige Fehler

- Die BEMA-Nr. K8 wird häufig für das Einschleifen von Schienen ohne adjustierte Oberfläche abgerechnet, dies ist jedoch nicht möglich.
- Retainerschienen (nach kieferorthopädischen Behandlungen) werden über die BEMA-Nr. K2 abgerechnet, dies ist jedoch nicht zulässig. Nach Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung handelt es sich bei Retainerschienen um eine außervertragliche Leistung.
- Die Schienung zur Stabilisierung traumatisierter Zähne (z. B. nach einem Unfall) wird mit der K4 abgerechnet, hierzu sind aber die entsprechenden Leistungen aus der GOÄ heranzuziehen.
- Gedruckte, im CAD/CAM-Verfahren hergestellte Schienen sollen als BEMA-Nr. K1 a abgerechnet werden. Dies ist derzeit noch nicht zulässig. Es handelt sich um eine außervertragliche Leistung.



Behandlungsfall

Der Patient stellt sich mit einer Überweisung für eine Unterkieferprotrusionsschiene (UKPS) vor. Die Diagnose des Schlafmediziners lautet Schlaf-Apnoe.

Nach der notwendigen Untersuchung zur Versorgung mit einer UKPS werden die Abformungen erstellt und es wird eine dreidimensionale Bissregistrierung durchgeführt.

In der Folgesitzung wird die UKPS eingegliedert.



Checkliste Abrechnung

Gegenüberstellung BEMA und GOZ/GOÄ

Leistungsbeschreibung	BEMA	Anz.	GOZ/GOÄ	Anz.	Bemerkung
1. Sitzung					
Eingehende Untersuchung und Beratung	01	1			
Indikationsbezogene Befundaufnahme und Untersuchung zur Versorgung mit einer UKPS	UP1	1			
OK/UK Abformung für UKPS und dreidimensionale Bissregistrierung	UP2	1			
2. Sitzung					
Eingliederung der UKPS	UP3	1			



Notwendige Vereinbarungen

Privatvereinbarung gemäß § 8 Abs. 7 BMV-Z bei außervertraglichen Unterkieferprotrusionsschienen



Häufige Fehler

- Die Voraussetzungen zur Versorgung mit der UKPS sind noch nicht geläufig. So wird z. B. ohne die notwendige Überweisung ein Plan erstellt und an die Krankenkasse gesendet, obwohl dies nicht der korrekte Ablauf ist.
- Die Herstellung erfolgt mittels digitaler Abformung im CAD/CAM-Verfahren. Dies ist nicht zulässig. Es handelt sich dabei um eine außervertragliche Leistung.

10. In der Regel ist die Entfernung eines Zahnes angezeigt, wenn er nach den in diesen Richtlinien beschriebenen Kriterien nicht erhaltungsfähig ist. Ein Zahn, der nach diesen Richtlinien nicht erhaltungswürdig ist, soll entfernt werden. Eine andere Behandlung von nicht erhaltungswürdigen Zähnen ist kein Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.
11. Die Milchzähne sollen durch eine konservierende Behandlung erhalten werden, damit die Kaufähigkeit des kindlichen Gebisses bewahrt und eine Fehlentwicklung des bleibenden Gebisses verhütet wird.

Interpretation der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes:

Grundsätzlich sind an allen Zähnen endodontische Maßnahmen angezeigt, wenn dadurch der Zahn erhaltungswürdig ist. Die Kriterien für die Erhaltungswürdigkeit eines Zahnes werden in den Ziffern 9.1 bis 9.5 beschrieben.

Bei der Wurzelkanalbehandlung von Molaren werden zudem diese Kriterien konkretisiert, bei denen in der Regel eine Erhaltungswürdigkeit anzunehmen ist. Es handelt sich dabei um Regelbeispiele, die nicht abschließend sind. Weitere Voraussetzungen werden unter 9.1 genannt. Diese Einschränkungen werden durch die Regelbeispiele unter 9. in Satz 2 lediglich beispielhaft illustriert.

Somit ist auch bei Molaren zu prüfen, ob neben den Regelbeispielen andere Gründe für die Erhaltungswürdigkeit dieser Zähne und damit für die Durchführung endodontischer Maßnahmen sprechen. Liegen diese Gründe nicht vor und ist der Zahn nicht erhaltungswürdig, so ist nach Ziffer 10 die Entfernung des Zahnes angezeigt. Eine andere Behandlung nicht erhaltungswürdiger Zähne ist kein Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Zähne, die außerhalb der Richtlinien der gesetzlichen Krankenversicherung endodontisch behandelt wurden, sind im Rahmen von Zahnersatz festzuschussfähig. Dies bedeutet, dass hier später notwendig werdende Kronen oder Brücken nicht als Privatleistung berechnet werden müssen. Die Zähne können bei günstiger Prognose und unter Beachtung der Zahnersatzrichtlinie einbezogen werden.



Fallbeispiele

1. Endodontische Behandlung des Zahnes 17

Die röntgenologische Diagnostik zeigte eine günstige Prognose und eine voraussichtlich mögliche Aufbereitung bis ins apikale Drittel an.

Befund	f		f													f
Zahn	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Zahn	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Befund	f															f

Bewertung:

Die endodontische Behandlung ist zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechenbar. Zwar ist die Zahnreihe durch das Fehlen des Zahnes 16 unterbrochen, es kann durch die Erhaltung des Zahnes 17 jedoch eine einseitige Freundsituation vermieden werden (Zahn 26 und 27 sind vorhanden).

2. Endodontische Behandlung des Zahnes 27

Die röntgenologische Diagnostik zeigte eine günstige Prognose und eine voraussichtlich mögliche Aufbereitung bis ins apikale Drittel an.

Befund	f	f	f											f		f
Zahn	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Zahn	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Befund	f	f														f

Bewertung:

Die endodontische Behandlung ist nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechenbar, da durch das Fehlen des Zahnes 26 die Zahnreihe unterbrochen ist und durch das Fehlen der Zähne 16 und 17 bereits eine einseitige Freundsituation besteht.

Therapiemöglichkeiten:

- Entfernung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung
- Privat zu vereinbarende endodontische Behandlung, Vereinbarung gemäß § 8 Abs. 7 BMV-Z und ggf. Vereinbarung gemäß § 2 Abs. 1 und 2 GOZ (Abweichende Vereinbarung bei Faktorsteigerungen > 3,5)

3. Endodontische Behandlung des Zahnes 47

Die röntgenologische Diagnostik zeigte eine günstige Prognose und eine voraussichtlich mögliche Aufbereitung bis ins apikale Drittel an.

Befund	f															
Zahn	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Zahn	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Befund	f	k	b	k										f	f	f

Bewertung:

Die Brücke von 45 bis 47 ist intakt. Die endodontische Behandlung des Zahnes 47 kann zum Erhalt von funktionstüchtigem Zahnersatz zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.

4. Endodontische Behandlung des Zahnes 47

Die röntgenologische Diagnostik zeigte eine günstige Prognose und eine voraussichtlich mögliche Aufbereitung bis ins apikale Drittel an.

Befund	f															
Zahn	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Zahn	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Befund	f	kw	bw	kw										f	f	f

Bewertung:

Die Brücke von 45 bis 47 ist insuffizient und erneuerungsbedürftig. Die endodontische Behandlung ist nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechenbar, da durch das Fehlen der Zähne 36 und 37 zudem bereits eine einseitige Freundsituation besteht.

Therapiemöglichkeiten:

- Entfernung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung
- Privat zu vereinbarende endodontische Behandlung, Vereinbarung gemäß § 8 Abs. 7 BMV-Z und ggf. Vereinbarung gemäß § 2 Abs. 1 und 2 GOZ (Abweichende Vereinbarung bei Faktorsteigerungen > 3,5)

5. Endodontische Behandlung des Zahnes 14

Die röntgenologische Diagnostik zeigte eine günstige Prognose und eine voraussichtlich mögliche Aufbereitung bis ins apikale Drittel an.

Befund	f	f		f		f						f	f	f	f	f
Zahn	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Zahn	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Befund	f	f														

Bewertung:

Die endodontische Behandlung des Zahnes 14 kann zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden, da es sich um einen Prämolaren handelt.

Die Ausschlusskriterien beziehen sich ausschließlich auf die endodontische Behandlung von Molaren.

Revisionen

Revisionen insuffizienter Wurzelkanalfüllung mit pathologischen Veränderungen an der Wurzelspitze sind im Rahmen der vertragszahnärztlichen Behandlung sehr kritisch zu prüfen.

Die Indikation ist hier deutlich eingeschränkt, da laut Richtlinie B. III 9.4 in erster Linie chirurgische Maßnahmen (Wurzelspitzenresektionen) angezeigt sind.

Unter folgenden Voraussetzungen ist eine Revision zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechenbar:

- geschlossene Zahnreihe
- Vermeidung einseitiger Freundsituation
- Erhalt funktionstüchtigen Zahnersatzes
- gute Prognose
- einwandfrei röntgenologisch diagnostizierte undichte oder nicht randständige Wurzelkanalfüllung

Eine Revision in demselben Quartal, in dem die Wurzelkanalfüllung erbracht wurde, darf nicht abgerechnet werden.

Leistung	BEMA	Abrechnung	GOZ/GOÄ	Abrechnung	Bemerkung
				Ein speicheldichter, temporärer Verschluss ist ebenso wie die definitive Versorgung gesondert berechnungsfähig. Die GOZ-Nr. 2197 ist bei adhäsiver Befestigung der Wurzelkanalfüllung neben der GOZ-Nr. 2440 zusätzlich berechenbar. Um eine vollständige Aushärtung des MTA zu gewährleisten, sollte die Wurzelkanalfüllung in einer späteren, separaten Sitzung erfolgen. Mit den Gebühren der GOZ sind grundsätzlich gemäß § 4 Abs. 3 alle Auslagen abgegolten, so weit im Gebührenverzeichnis nichts anderes bestimmt ist. Darüber hinaus sind – bezugnehmend auf das BGH-Urteil vom 27. Mai 2004 (Az.: III ZR 264/03) – folgende Materialien zusätzlich berechnungsfähig: • ProRoot MTA® im Zusammenhang mit der Berechnung der GOZ-Nr. 2440 • Harvard MTA OptiCaps® im Zusammenhang mit der Berechnung der GOZ-Nr. 2440 Berechnungsfähiger Zuschlag: • GOZ-Nr. 0110 (OP-Mikroskop)	Der Verschluss atypisch weiter apikaler Foramina unter Verwendung von MTA (Mineral Trioxid Aggregate) wird in den Fällen, in denen ohne apikalen Verschluss (Apexifikation) eine ordnungsgemäße Wurzelkanalfüllung nicht möglich ist und insofern der apikale Verschluss eine nach Art, Material- und apparativem Einsatz selbstständige Leistung darstellt, gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Der Verschluss innerhalb des Parodontiums gelegener Perforationen des Wurzelkanalsystems stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet.



Behandlungsfall

Der gesetzlich versicherte Patient stellt sich mit pulpitischen Beschwerden an Zahn 15 in der Praxis vor. Der Zahn 15 wird nach eingehender Diagnostik trepaniert und es wird ein Medikament eingelegt.

Ein Folgetermin für die Wurzelkanalfüllung wird vereinbart. Zudem wird der Patient darüber aufgeklärt, dass für private Begleitleistungen in der nächsten Sitzung Kosten für ihn anfallen, und ihm werden ein Heil- und Kostenplan und eine Mehrkostenvereinbarung ausgehändigt.

Der Patient erscheint eine Woche später schmerzfrei sowie mit unterschriebenem Heil- und Kostenplan und Mehrkostenvereinbarung zur Wurzelkanalfüllung. Der Zahn weist eine umfangreiche Destruktion der Zahnkrone auf, so dass ein prä-endodontischer Aufbau gestaltet wird, um einen eindeutigen Referenzpunkt für die Instrumentierung festzulegen.

Anschließend wird ein Kofferdam angelegt, der Wurzelkanal aufbereitet, abgefüllt und die Zugangskavität verschlossen.



Checkliste Abrechnung

Kombination BEMA und GOZ

Leistungsbeschreibung	BEMA	Anz.	GOZ/GOÄ	Anz.	Bemerkung
1. Sitzung					
Beratung	Ä1	1			
Vitalitätsprüfung	8	1			
Röntgendiagnostik des Zahnes	Ä925a	1			
Trepanation des Zahnes	31	1			
Medikamentöse Einlage					neben der Trepanation nur abrechnungsfähig in Verbindung mit der BEMA-Nr. 32 (Wurzelkanalaufbereitung)
Temporärer speicheldichter Verschluss					abgegolten
2. Sitzung					
Beratung					nur bei erster Sitzung im laufenden Behandlungsfall abrechenbar
Präendodontischer Aufbau			§ 2 Abs. 1 GOZ		zusätzlich zur vertragszahnärztlichen Leistung vereinbarungsfähig
Anlegen von Spanngummi	12	1			
Elektrometrische Längenbestimmung			2400	2	je Kanal und Sitzung zweimal berechenbar zusätzlich zur vertragszahnärztlichen Leistung vereinbarungsfähig
Zusätzliche Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden, je Kanal			2420	1	zusätzlich zur vertragszahnärztlichen Leistung vereinbarungsfähig
Wurzelkanalaufbereitung	32	1			
Röntgen-Messaufnahme	Ä925a	1			
Wurzelkanalfüllung	34	1			



Behandlungsfall

Eine privat versicherte Patientin stellt sich zur Füllungstherapie in der Praxis vor. Die Röntgendiagnostik ergab bereits in der vorherigen Sitzung eine Caries profunda an Zahn 16. Während der Entfernung der Karies wird die Pulpa eröffnet, es erfolgt eine Exstirpation der vitalen Pulpa in vier Wurzelkanälen, ein präendodontischer Aufbau, die Aufbereitung dieser Kanäle und eine medikamentöse Einlage. Der provisorische Verschluss wird adhäsiv befestigt.

In der Folgesitzung muss eine erneute Aufbereitung erfolgen, da in der ersten Sitzung noch Restvitalität bestand und die Wurzelkanäle eine starke Krümmung aufweisen.

Zudem werden eine zweimalige elektrometrische Längenbestimmung und die zusätzliche Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden durchgeführt.

Anschließend wird ein Kofferdam angelegt, der Wurzelkanal abgefüllt und die Zugangskavität dentinadhäsiv mittels Komposit verschlossen. Nach der Erstellung und Befundung der Röntgenkontrollaufnahme verlässt die Patientin die Praxis.



Checkliste Abrechnung

Endodontische Behandlung, Berechnung nach GOZ

Leistungsbeschreibung	BEMA	Anz.	GOZ/GOÄ	Anz.	Bemerkung
1. Sitzung					
Beratung und symptombezogene Untersuchung			Ä1 Ä5	1 1	
Infiltrationsanästhesie 2 x			0090	2	Die Mehrfachberechnung ist auf der Rechnung zu begründen, zzgl. Material für Anästhetikum.
Kofferdam angelegt Zahn 16			2040	1	
Präendodontischer Aufbau			§ 6 Abs. 1 GOZ	1	
Vitalexstirpation des Zahnes 16 mit vier Kanälen			2360	4	
Wurzelkanalaufbereitung unter Verwendung des Operationsmikroskopes			2410	4	Zuschlag nach GOZ-Nr. 0110, zzgl. einmal verwendbarer Instrumente zur Aufbereitung
Medikamentöse Einlage			2430	1	
Provisorischer Verschluss			2020	1	
Adhäsive Befestigung			2197	1	
2. Sitzung					
Provisorischen Verschluss entfernt					
Infiltrationsanästhesie			0090	1	zzgl. Material für Anästhetikum
Kofferdam angelegt Zahn 16			2040	1	
Wurzelkanalaufbereitung unter Verwendung des Operationsmikroskopes			2410	4	Zuschlag nach GOZ-Nr. 0110, zzgl. einmal verwendbarer Instrumente zur Aufbereitung
Elektrometrische Längenbestimmung, jeweils zweimal je Kanal			2400	8	
Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden, je Kanal			2420	4	
Wurzelkanalfüllung unter Verwendung des Operationsmikroskopes			2440		Zuschlag nach GOZ-Nr. 0110
Röntgenkontrollaufnahme			Ä5000	1	
Adhäsive Kompositfüllung okklusal			2060	1	



Notwendige Vereinbarungen

- GOZ-Nrn. 2400 + 2420: Vereinbarung einer privatärztlichen Behandlung außerhalb der vertraglichen Regelungen der GKV gemäß § 8 Abs. 7 BMV Z
- Hochwertige Füllung: Vereinbarung gemäß § 28 Abs. 2 SGB V



Häufige Fehler

- Die Leistung Ä1 wird als Beratung zu Beginn der Behandlungsmaßnahmen vergessen.
- Die Eröffnung des Zahnes, die Trepanation oder die Vitalexstirpation als Zugangsleistungen werden vergessen.
- Neben der Trepanation wird eine medikamentöse Einlage ohne Wurzelkanalaufbereitung berechnet.
- Die elektrometrische Längenbestimmung wird am selben Zahn und Kanal in einer Sitzung zweimal erbracht, aber nur einmal berechnet.
- Der Kofferdam (Anlegen von Spanngummi) wird wegen des hohen Materialaufwandes über die GOZ-Nr. 2040 berechnet, obwohl er mit der BEMA-Nr. 12 abgegolten ist.
- Die BEMA-Nrn. 28 (VitE), 32 (WK) und 35 (WF) werden am selben Zahn im selben Behandlungsfall nicht mit derselben Anzahl abgerechnet, da im Laufe der Behandlung ein weiterer Kanal gefunden wird. Dies wird nicht separat berechnet und begründet.
- Die Wurzelkanalaufbereitung wird beim gesetzlich versicherten Patienten versehentlich mehrfach berechnet, obwohl dies nur einmalig und erst nach komplett erfolgter Aufbereitung möglich ist.
- Dem Patienten werden die Materialkosten für einmal verwendbare Nickel-Titan-Instrumente in Rechnung gestellt. Vorsicht: Dies ist nur dann erlaubt, wenn die gesamte Wurzelkanalbehandlung außervertraglich, also nicht zu Lasten der GKV berechnet wird. Ansonsten handelt es sich um eine **unerlaubte Zuzahlung**.
- Der präendodontische Aufbau wird als Füllung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung berechnet, obwohl sich dies um eine absolute Falschabrechnung handelt (Gefälligkeitsleistung).
- Es erfolgt aus Unkenntnis oder Gefälligkeit eine Berechnung der endodontischen Behandlung eines Zahnes, der außerhalb der Richtlinie der gesetzlichen Krankenversicherung ist, zu Lasten eben dieser.