

Berufskunde-Vorlesungen der BLZK im Wintersemester 2021/22

Dr. Rüdiger Schott

Nr.	Thema	Referent
1	Grundlagen der zahnärztlichen Berufsausübung	Sven Tschoepe
2	Das Zahnarzt-Patienten-Verhältnis	Sven Tschoepe
3	Die zahnärztliche Berufsausübung vom Assistenz Zahnarzt zum Praxisgründer	Dr. Rüdiger Schott
4	Grundzüge des Abrechnungswesen	Dr. Rüdiger Schott
5	Bedeutung und Aufgaben des zahnärztlichen Versorgungswerkes	Sven Tschoepe
6	Postgraduale Perspektiven	Dr. Rüdiger Schott

https://www.blzk.de/blzk/site.nsf/id/pa_berufskunde_vorlesung.html

Grundzüge des Abrechnungswesens (GKV/PKV) als (Vertrags)Zahnarzt

Berufskundevorlesung im Wintersemester 2021/2022

Bayerische Landes Zahnärztekammer

1. Aufgaben der KZV
2. Richtlinien und Bundesmantelvertrag
3. Rechte und Pflichten des Kassenzahnarztes
4. vertragszahnärztliche Abrechnung
5. privat Zahnärztliche Abrechnung
6. Gewährleistung

1. **Aufgaben der KZV**
2. Richtlinien und Bundesmantelvertrag
3. Rechte und Pflichten des Kassenzahnarztes
4. vertragszahnärztliche Abrechnung
5. privat Zahnärztliche Abrechnung
6. Gewährleistung

KZV

In der KZV eines Bundeslandes sind alle Zahnärzte zusammengeschlossen, die zur vertragszahnärztlichen Versorgung – der Versorgung von gesetzlich versicherten Patienten - zugelassen sind. Insgesamt gibt es 17 KZVen.



KZV und Krankenkassen entscheiden gemeinsam

- über die **Zulassung** zur vertragszahnärztlichen Versorgung und
- schließen Verträge über Bedingungen und **Vergütungen** für die vertragszahnärztliche Versorgung.



Aufgaben der KZV:

- Wahrnehmung der Rechte der Vertragszahnärzte gegenüber den Krankenkassen
- Überwachung der vertragszahnärztlichen Pflichten
- **Abschluss von Verträgen mit Krankenkassen auf Landesebene**
- Einrichtung von Ausschüssen, die die Abrechnung auf Richtigkeit prüfen
- Behandlung auf **Wirtschaftlichkeit prüfen**
- die Verteilung der Gesamtvergütung unter Anlegung eines Honorarverteilungsmaßstabes
- Sicherstellung und Gewährleistung einer **flächendeckenden Versorgung (Bedarfsplanung)**



Quelle: proDente e.V.

Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind auf Bundesebene durch die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) vertreten.



- Regelt Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch V, (gesetzliche Krankenversicherung)
- Vertragspartner der Spitzenverbände der Krankenkassen auf Bundesebene
- Entsendet Vertreter in den Gemeinsamen Bundesausschuss, wo Richtlinien für die vertragszahnärztliche Versorgung beschlossen werden.

- Bema-Auskünfte
- Regelungen von Problemen im Verhältnis zu den KK
- Schutz der ZÄ vor der Willkür der Politik und der KK
- Interessenvertretung durch Rechts- und wirtschaftliche Beratung



Quelle: proDente e.V.

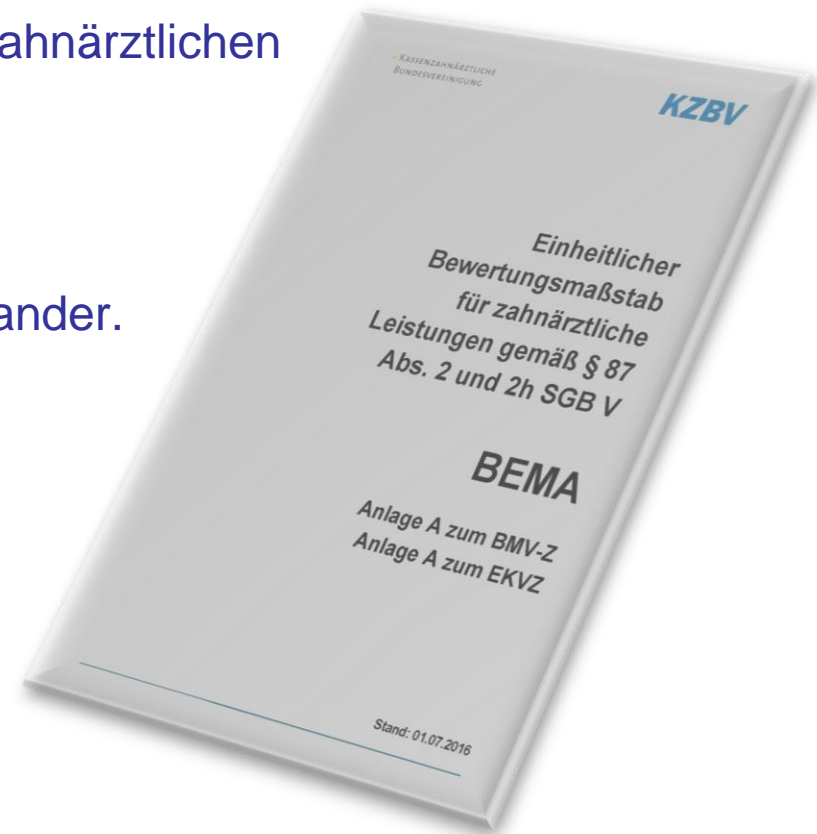
Für die Vergütung zahnärztlicher Behandlungen gibt es zwei verschiedene Gebührenverzeichnisse:

- die **Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)** und
- den **Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA)**.

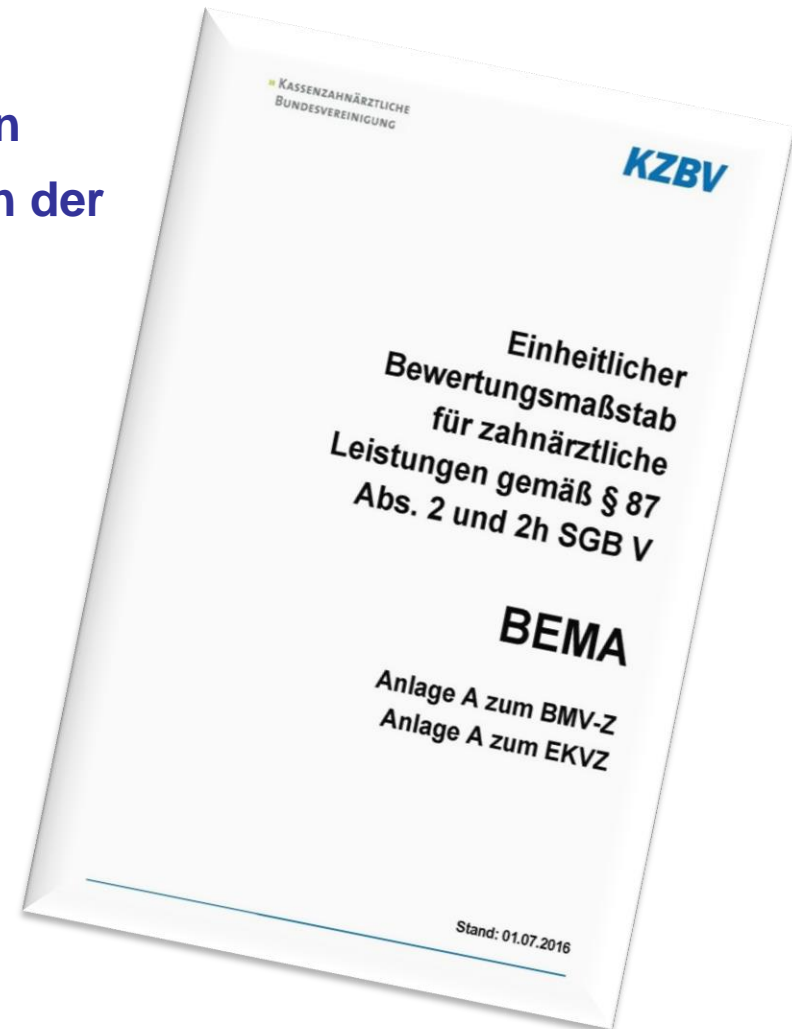
Grundsätzlich gilt, dass alle zahnärztlichen Leistungen nach der GOZ zu berechnen sind, soweit nicht durch das Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist.

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt:

- Inhalt der Abrechnungsfähigen zahnärztlichen Leistungen
- und ihr wertmäßiges (in Punkten ausgedrücktes) Verhältnis zueinander.



Das Regelwerk ist das Ergebnis von Verhandlungen zwischen Vertretern der Krankenkassen und der Zahnärzte.



BEMA: ist das Ergebnis von Verhandlungen zwischen Vertretern der Krankenkassen und der Zahnärzte.

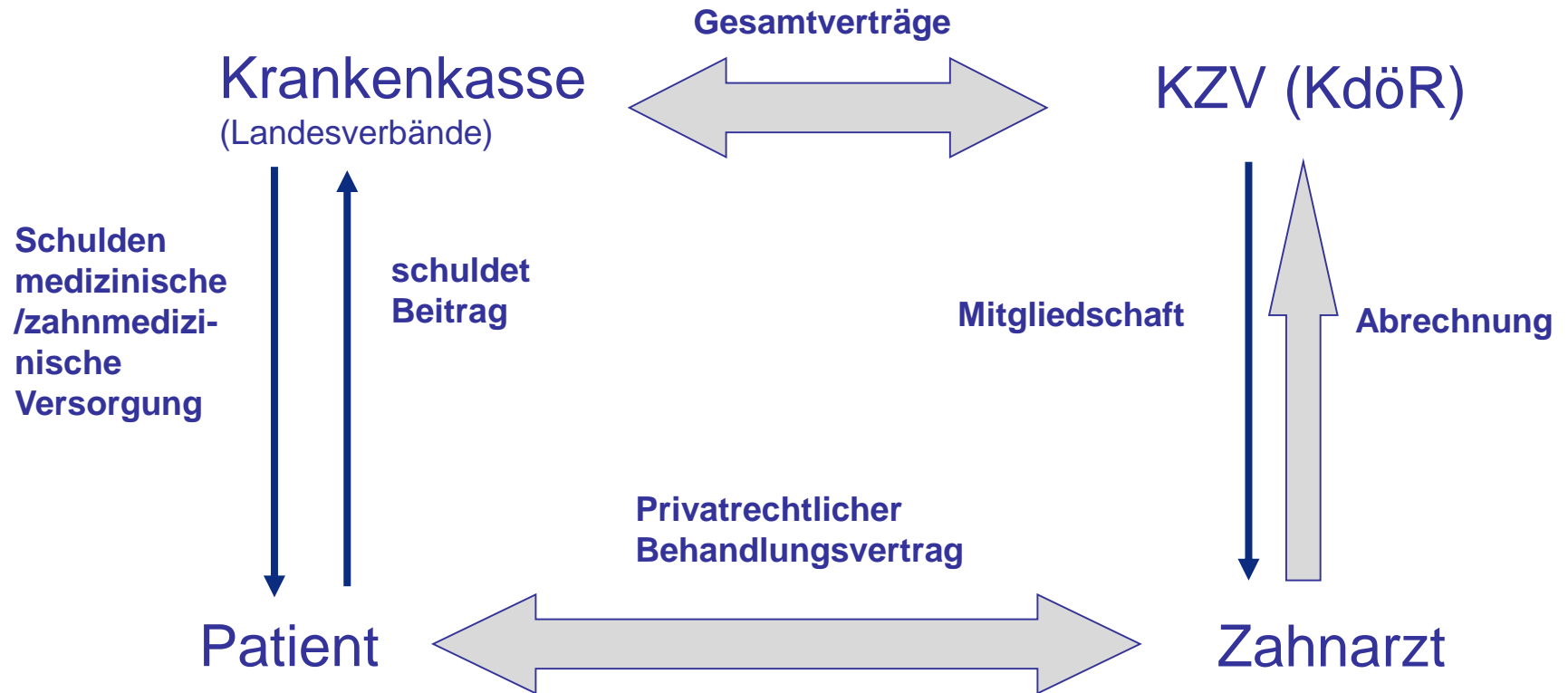


Quelle: proDente e.V.

Kassenzahnärztliche Vereinigung ihres Bundeslandes wenden?

- BEMA-Auskünfte
- Regelungen von Problemen im Verhältnis zu den Krankenkassen
- Abrechnungshinweise

1. Aufgaben der KZV
- 2. Richtlinien und Bundesmantelvertrag**
3. Rechte und Pflichten des Kassenzahnarztes
4. vertragszahnärztliche Verpflichtungen/Abrechnung
5. privat Zahnärztliche Abrechnung
6. Gewährleistung



Im Sozialgesetzbuch wurde festgelegt, dass KZBV und die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung Verträge beziehungsweise Abkommen zur zahnärztlichen Versorgung schließen können.

Die Vereinbarungen sind für alle Vertragszahnärzte (=„Kassenzahnärzte“) verbindlich.

- zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung ausgehandelte Vertrag zur Versorgung gesetzlich Krankenversicherter.
- regelt Art und Umfang der vertragszahnärztlichen Versorgung und enthält Vorschriften zur Durchführung der Behandlungen.
- Weitere Informationen unter: www.kzbv.de



Bundemantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z)

Vertrag über den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge gemäß
§ 82 Absatz 1 Sozialgesetzbuch (SGB), Fünftes Buch (V)

zwischen der

Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), K. d. ö. R., in Köln

einerseits

und dem

Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), K. d. ö. R., in Berlin

andererseits

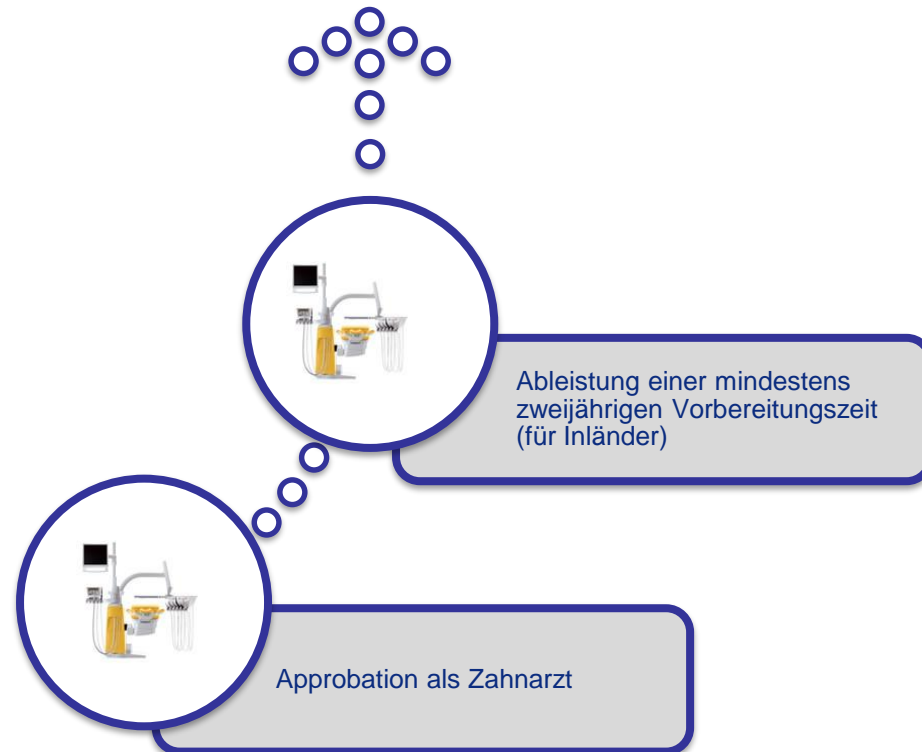
Stand: 16. Juli 2018

(...) Die von angestellten Zahnärzten erbrachten Leistungen gegenüber Versicherten stellen **Leistungen des Vertragszahnarztes dar, die er als eigene gegenüber der KZV abzurechnen hat.**

Der Vertragszahnarzt hat die angestellten Zahnärzte bei der Leistungserbringung persönlich anzuleiten und zu überwachen(...)

1. Aufgaben der KZV
2. Richtlinien und Bundesmantelvertrag
- 3. Rechte und Pflichten des Kassenzahnarztes**
4. vertragszahnärztliche Verpflichtungen/Abrechnung
5. privat Zahnärztliche Abrechnung
6. Gewährleistung

Voraussetzung für die Eintragung in das Zahnarztregister



Quelle: proDente e.V.

- Um die Zulassung als Vertragszahnarzt kann sich jeder Zahnarzt bewerben, der seine Eintragung in das Zahnarztregister nachweist
- Die Zahnarztregister werden von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen für jeden Zulassungsbezirk geführt



§ 95 Abs. 1 SGB V

- An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil.
- Vertrags(zahn-)arztrechtliche Vorgaben des SGB V, die sich explizit auf Ärzte beziehen, gelten gemäß § 72 Abs. 1 SGB V entsprechend für Zahnärzte



Quelle: proDente e.V.

ZA wird auf Antrag Mitglied der örtlich zuständigen KZV und ist zur vertragszahnärztlichen Versorgung **berechtigt und verpflichtet**
= **darf (und muss)** gesetzlich versicherte Patienten versorgen.

→ Nicht erforderlich für Privatbehandlung (Privatversicherte und Selbstzahler) oder Vertretung

→ Ausnahme: Notfallbehandlung



Quelle: proDente e.V.

Notfälle machen eine unmittelbare zahnärztliche Behandlung erforderlich z. B.:

- **Unfallverletzungen** im Zahn-, Mund- und Kieferbereich
- **Nachblutungen** nach zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen
- Vom Zahnsystem ausgehende **fiieberhafte, eitrige Entzündungen**.

Die Hilfe kann sich auf eine Notversorgung beschränken, sie muss jedoch weitergehende Komplikationen abwenden.



Quelle: proDente e.V.

Als Vertragszahnarzt sind sie Mitglied der örtlich zuständigen KZV und nicht nur zur vertragszahnärztlichen Versorgung **berechtigt, sondern verpflichtet. Die Versorgung muss den Bestimmungen des SGB V und den Richtlinien des G-BA entsprechen.**



Quelle: proDente e.V.

**Der Patient betritt die Praxis nach der offiziellen
Öffnungszeiten, dürfen Sie eine
Notfallbehandlung/Schmerzbehandlung ablehnen?**

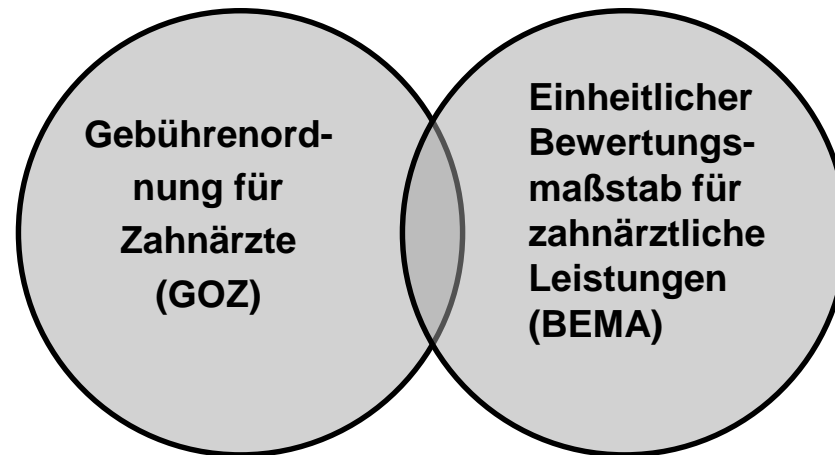


Quelle: proDente e.V.

1. Aufgaben der KZV
2. Richtlinien und Bundesmantelvertrag
3. Rechte und Pflichten des Kassenzahnarztes
- 4. Vertragszahnärztliche Abrechnung**
5. privat Zahnärztliche Abrechnung
6. Gewährleistung

Für die Vergütung zahnärztlicher Behandlungen gibt es zwei verschiedene Gebührenverzeichnisse:

Nach Sozialgesetzbuch V haben gesetzliche Krankenkassen zahnärztliche Leistungen für ihre Mitglieder auf der Basis des BEMA zu vergüten.



- Der **Versicherte ist verpflichtet**, bei jedem Zahnarztbesuch die elektronische Gesundheitskarte vorzulegen.
- Die eGK dient dem **Nachweis der Berechtigung** zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (Versicherungsnachweis) sowie der **Abrechnung mit den Leistungserbringern**.
- Die Krankenkasse kann die **Gültigkeit** der Karte befristen.



Vorderseite

Prozessorchip

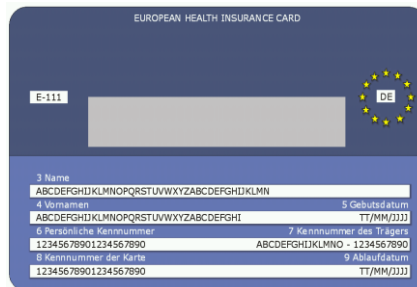
Bezeichnung "Gesundheitskarte"

**Lichtbild
Ab 15. Lj.**

**eindeutige
Versichertennummer
(kassenübergreifend)**

**Ggf.
Blindenschrift**

Rückseite



Europäische Krankenversicherungskarte

- Der Zahnarzt ist verpflichtet, die Identität des Versicherten anhand der auf der elektronischen Gesundheitskarte aufgetragenen Identitätsdaten (Lichtbild, Unterschrift, Name, Vorname, Geburtsdatum) zu prüfen.
- Im Zweifelsfall kann der Personalausweis oder ein anderes Ausweisdokument bzw. der gesetzliche Vertreter zur Prüfung der Identität des Versicherten herangezogen werden.



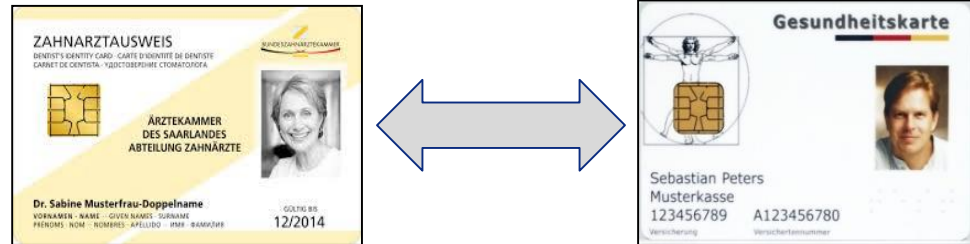
- Solange die Krankenversichertenkarte nicht vorliegt (...), darf der Vertragszahnarzt eine Privatvergütung für die Behandlung verlangen (Kulanzzeit zur Vorlage 10 Tage).
- Kann bei einer **Notfallbehandlung** keine gültige elektronische Gesundheitskarte vorgelegt werden, ist die Abrechnung im Ersatzverfahren aufgrund der Angaben des Versicherten oder der Angaben anderer Auskunftspersonen durchzuführen



In der Diskussion: eGK – elektronische Gesundheitskarte

Aktuell:

- Online-Versichertenstammdatenabgleich



Später:

- elektronische Arztbrief
- Elektronische Fallakte (Krankenhausbereich)
- Notfalldatenspeicherung
- Einlösen einer Verordnung (eVerordnung)

- Der Besitz des eHBA ist zwingend vorgeschrieben.
- Die Zahnärztekammern sind verpflichtet auf Antrag den elektronischen Heilberufsausweis auszugeben.
- Im Zuge der geplanten Neuerungen im Gesundheitswesen im Zusammenhang mit dem Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte, ist der eHbA obligatorisch.



§ 95 Abs. 1 SGB V

An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Vertrags(zahn-)arztrechtliche Vorgaben des SGB V gelten entsprechend für Zahnärzte.

→ **Etwa 90% der Bevölkerung in Deutschland sind gesetzlich Versichert.**

BEMA: Kurzverzeichnis, Stand 01.07.2016

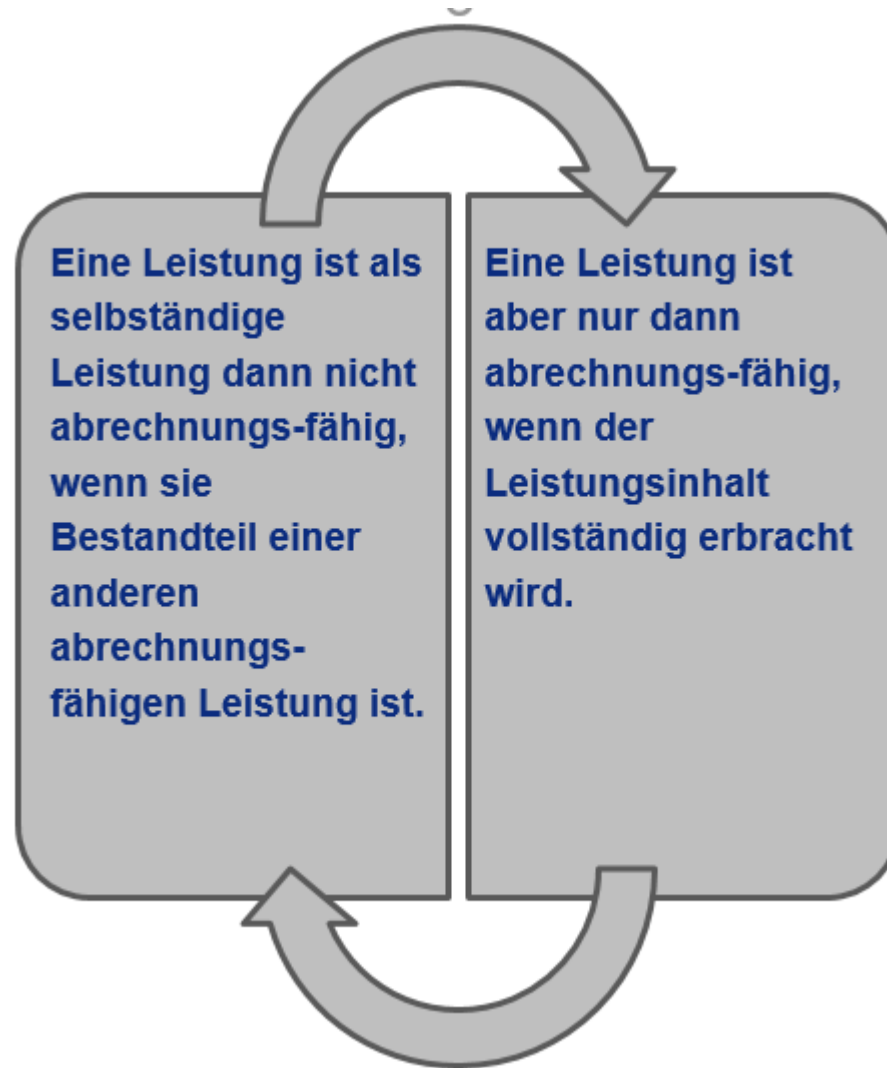
Geb.-Nr.	Abkürzung	Leistungsbeschreibung	Bew.-Zahl
Teil 1 - Konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen			
Ä 1	Ber	Beratung eines Kranken, auch fernmündlich	9
01	U	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich Beratung	18
01k		Kieferorthopädische Untersuchung zur Klärung von Indikation und Zeitpunkt kieferorthopädisch-therapeutischer Maßnahmen	28
02	Ohn	Hilfeleistung bei Ohnmacht oder Kollaps	20
03	Zu	Zuschlag für Leistungen außerhalb der Sprechstunde, bei Nacht (20 Uhr bis 8 Uhr) oder an Sonn- und Feiertagen	15
04		Erhebung des PSI-Code	10
05		Gewinnung von Zellmaterial aus der Mundhöhle und Aufbereitung zur zytologischen Untersuchung, einschließlich Materialkosten	20
Ä 161	Inz1	Eröffnung eines oberflächlichen, unmittelbar unter der Haut oder Schleimhaut gelegenen Abszesses	15
Ä 925		Röntgendiagnostik der Zähne	
Ä 925 a	R02	bis zwei Aufnahmen	12
Ä 925 b	R05	bis fünf Aufnahmen	19
Ä 925 c	R08	bis acht Aufnahmen	27
Ä 925 d	Stat	Status bei mehr als acht Aufnahmen	34
Ä 928		Röntgenaufnahme der Hand	30
Ä 934		Aufnahme des Schädels	
Ä 934 a		eine Aufnahme (auch Ferriröntgenaufnahme)	19
Ä 934 b		zwei Aufnahmen	30
Ä 934 c		mehr als zwei Aufnahmen	36
Ä 935		Teilaufnahme des Schädels (auch in Spezialprojektion), auch Nebenhöhlen, Unterkiefer, Panoramaaufnahme der Zähne eines Kiefers bzw. der Zähne des Ober- und Unterkiefers derselben Seite	
Ä 935 a		eine Aufnahme	21
Ä 935 b		zwei Aufnahmen	25
Ä 935 c		mehr als zwei Aufnahmen	31
Ä 935 d		Orthopantomogramm sowie Panoramaaufnahmen oder Halbseitenaufnahmen aller Zähne des Ober- und Unterkiefers	36
8	ViPr	Sensibilitätsprüfung der Zähne	6
10	üZ	Behandlung überempfindlicher Zähne, für jede Sitzung	6
11	pV	Exkavieren und provisorischer Verschluss einer Kavität als alleinige Leistung, auch unvollendete Füllung	19
12	bMF	Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen (Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Anlegen von Spangummil, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Sitzung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	10
13		Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrice oder die Benutzung anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung und Polieren	
13 a	F1	einfach	32
13 b	F2	zweifach	39
13 c	F3	dreifach	49
13 d	F4	mehr als dreifach oder Eckenaufbau im Frontzahnbereich unter Einbeziehung der Schneidekante	58
13 e		einfachige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich	52
13 f		zweifachige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich	64
13 g		dreifachige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich	84
14		Konfektionierte Krone (im Seitenzahnbereich in der Regel aus Metall) einschließlich Material- und Laboratoriumskosten in der pädiatrischen Zahnheilkunde	50
16	St	Stiftverankerung einer Füllung (zusätzlich zu den Nrn. 13 c, d), je Zahn, einschließlich Materialkosten	20

Geb.-Nr.	Abkürzung	Leistungsbeschreibung	Bew.-Zahl
23	Ekr	Entfernen einer Krone bzw. eines Brückenankers oder eines abgebrochenen Wurzelstiftes bzw. des Astriemens eines Brückengliedes oder Stieges, je Trennstelle	17
26	Cp	indirekte Überkappung zur Erhaltung der gefährdeten Pulpa, ggf. einschließlich des provisorischen oder temporären Verschlusses der Kavität	6
26 p	P	Direkte Überkappung, je Zahn	6
27	Pulp	Pulpotomie	29
28	VIe	Exstirpation der vitalen Pulpa, je Kanal	18
29	Dev	Devitalisieren einer Pulpa einschließlich des Verschlusses der Kavität, je Zahn	11
31	Trep1	Trepation eines pulpatoßen Zahnes	11
32	WK	Aufbereiten des Wurzelkanalsystems, je Kanal	29
34	Med	Medikamentöse Einlage in Verbindung mit Maßnahmen nach den Nrn. 28, 29 und 32, ggf. einschließlich eines provisorischen Verschlusses, je Zahn und Sitzung	15
35	WF	Wurzelkanalfüllung inkl. eines evtl. provisorischen Verschlusses, je Kanal	17
36	Nb1	Stillung einer übermäßigen Blutung	15
37	Nb2	Stillung einer übermäßigen Blutung durch Abbinden oder Umstechen eines Gefäßes oder durch Knochenbohrung	29
38	N	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff oder Tamponieren oder dergleichen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung, je Sitzung	10
40	I	Infrarotanalästhesie	8
41 a	L1	Leitungsanästhesie, intraoral	12
41 b	L2	Leitungsanästhesie, extraoral	16
43	X1	Entfernen eines einwurzeligen Zahnes einschließlich Wundversorgung	10
44	X2	Entfernen eines mehrwurzeligen Zahnes einschließlich Wundversorgung	10
45	X3	Entfernen eines tieferfrakturten Zahnes einschließlich Wundversorgung	40
46	XX	Chirurgische Wundrevision (Glätten des Knochen, Auskratzen, Naht) als selbständige Leistung in einer besonderen Sitzung je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	21
46 a	Ox1	Entfernen eines Zahnes durch Osteotomie einschließlich Wundversorgung	58
47 b	Hem	Hemisektion und Extraktion eines mehrwurzeligen Zahnes	72
48	Ox2	Entfernen eines verlagerten und/oder retrinierten Zahnes, Zahnkeimes oder implantierten Wurzelrestes durch Osteotomie einschließlich Wundversorgung	78
49	Exx1	Exzision von Mundschleimhaut oder Granulationsgewebe für das Gebiet eines Zahnes	10
50	Exx2	Exzision einer Schleimhautwucherung (z. B. lappiges Fibrom, Epulis)	37
51 a	Pla1	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik als selbständige Leistung oder in Verbindung mit einer Extraktion	80
51 b	Pla2	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle in Verbindung mit Osteotomie	40
52	Trep2	Trepation des Kieferknochens	24
53	Ost3	Sequestrotomie bei Osteomyelitis der Kiefer	72
54		Wurzelspitzenresektion	
54 a	WR1	an einem Frontzahn	72
54 b	WR2	an einem Seitenzahn, einschließlich der ersten resezierten Wurzelspitze	96
54 c	WR3	an beiden Seitenzähnen, sofern durch denselben Zugang erreichbar, je weitere Wurzelspitze	48
55	Ri	Reimplantation eines Zahnes, ggf. einschließlich einfacher Fixation an den benachbarten Zähnen	72
56		Operation einer Zyste	
56 a	Zy1	durch Zystektomie	120
56 b	Zy2	durch orale Zystektomie	72
56 c	Zy3	durch Zystektomie i. V. m. mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion	48
56 d	Zy4	durch orale Zystektomie i. V. m. einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion	48
57	SMS	Beseitigen störender Schleimhautänderungen, Mallekornreste oder eines Schrottkammes im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte, je Sitzung	48

Geb.-Nr.	Abkürzung	Leistungsbeschreibung	Bew.-Zahl
58	KRR	Kronenrestitution am Alveolarrand zur Formung des Frontzahnbereiches im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte als selbständige Leistung, je Sitzung	48
59	Pls2	Wurzelstift- oder Vollstumpfbau im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte	120
60	Pls3	Überbau als Einzelstück	80
61	Da	Korsett des Lippenbrettes bei echtem Daxlermaul	72
62	Av	Alveolotomie	36
63	Fi	Fröschung eines verrotten und/oder verriegelten Zahnes zur kieferorthopädischen Erhaltung	80
105	Mu	Lebte Rekonstruktion der Behandlung von Schilddrüsenkarzinomen, Aufklärung von auf der Mundschleimhaut haftenden Medikamenten oder Behandlung von Prothesenirritationen, je Sitzung	8
106	k	Beseitigen scharfer Zahnkanten oder störender Prothesenränder oder Ähnliches, je Sitzung	10
107	Zat	Entfernen harter Zahnbeläge, je Sitzung	16
Verweise			
131	Bst	Besuch eines Versicherten, inkl. Beratung und eingehende Untersuchung	35
132	Ba2	Besuch in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 101 – einschließlich Beratung und eingehender Untersuchung	34
133	Ba3	Besuch eines pflegeplanmäßigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung zu vorher vereinbarten Zeiten und bei regelmäßiger Tätigkeit in der Pflegeeinrichtung einschließlich Beratung und eingehender Untersuchung, ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrages nach § 119b Abs. 3 SGB V, wobei den vertraglichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht	28
134	Ba4	Besuch eines pflegeplanmäßigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) im Rahmen eines Kooperationsvertrages nach § 119b Abs. 3 SGB V, einschließlich Beratung und eingehender Untersuchung	28
135	Ba5	Besuch in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 104 – einschließlich Beratung und eingehender Untersuchung	24
163		Zuschlag für Besuche nach den Nrn. 101 und 104	
163 a	Zb2a	Zuschlag für dringend angerufene und unverzüglich durchgeführte Besuche	18
163 b	Zb2b	Zuschlag für Montag bis Freitag in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr durchgeführte Besuche	29
163 c	Zb2c	Zuschlag für Montag bis Freitag in der Zeit zwischen 22 und 0 Uhr durchgeführte Besuche	50
163 d	Zb2d	Zuschlag für an Samstagen, Sonntagen oder Feiertagen in der Zeit zwischen 8 und 20 Uhr durchgeführte Besuche	38
163 e	Zb2e	Zuschlag für an Samstagen, Sonntagen oder Feiertagen in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr durchgeführte Besuche	67
163 f	Zb2f	Zuschlag für an Samstagen, Sonntagen oder Feiertagen in der Zeit zwischen 22 und 0 Uhr durchgeführte Besuche	68
162		Zuschlag für Besuche nach den Nrn. 102 und 105	
162 a	Zb2a	Zuschlag für dringend angerufene und unverzüglich durchgeführte Besuche	8
162 b	Zb2b	Zuschlag für Montag bis Freitag in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr durchgeführte Besuche	13
162 c	Zb2c	Zuschlag für Montag bis Freitag in der Zeit zwischen 22 und 0 Uhr durchgeführte Besuche	25
162 d	Zb2d	Zuschlag für an Samstagen, Sonntagen oder Feiertagen in der Zeit zwischen 8 und 20 Uhr durchgeführte Besuche	19
162 e	Zb2e	Zuschlag für an Samstagen, Sonntagen oder Feiertagen in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr durchgeführte Besuche	34
162 f	Zb2f	Zuschlag für an Samstagen, Sonntagen oder Feiertagen in der Zeit zwischen 22 und 0 Uhr durchgeführte Besuche	44
166	Zk	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 101, 102, 103, 104 und 105 bei Kliniken bis zum vollendeten ersten Unterricht	14
171		Zuschlag nach § 67 Abs. 3 SGB VIII	

- Teil 1 – Konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen**
- Teil 2 – Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch),
Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe)**
- Teil 3 – Kieferorthopädische Behandlung**
- Teil 4 – Systematische Behandlung von Parodontopathien**
- Teil 5 – Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen**

Der Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen



Vergütungen darf der Zahnarzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst für eine zahnmedizinisch notwendige zahnärztliche Versorgung erforderlich sind.

Eine Behandlung ist dann

ausreichend

wenn sie nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft Erfolgchancen für das Erreichen des Behandlungszieles hat.

Es wird ein Mindeststandard in der Behandlungsqualität garantiert.

Eine Behandlung ist dann

notwendig

Mit dem Kriterium der Notwendigkeit wird sichergestellt, dass nicht mehr geschieht, als zur Erzielung des Heilerfolges geschehen muss.

Notwendig ist mithin jede unentbehrliche oder unvermeidliche Maßnahme.

Eine Behandlung ist dann

zweckmäßig

wenn hinreichend wirksame Mittel eingesetzt werden, die nicht nur generell, sondern auch auf den konkreten Einzelfall bezogen in der Schulmedizin als zweckmäßig anerkannt worden sind oder sich in der Praxis durchgesetzt haben.

Voraussetzung ist also eine prognostische ärztliche Einschätzung auf Grundlage des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse.

Grundsätzlich müssen alle medizinischen Leistungen, die nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung sind, nach der GOZ berechnet werden.

Damit muss auch jeder Vertragszahnarzt profunde Kenntnisse der GOZ besitzen.

Vertragsärzte dürfen Leistungen, die aus ihrer Sicht nicht kostendeckend honoriert werden, bei GKV-Versicherten nicht privat liquidieren!

Leistungen, die über das Maß einer **zahnmedizinisch notwendigen** zahnärztlichen Versorgung hinausgehen, darf er nur berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind.

SGB V § 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung („Mehrkosten“)



(2) ...Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen.

Beispiel Füllung: In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen.

→ Die Mehrkostenregelung gilt nicht für Fälle, in denen intakte plastische Füllungen ausgetauscht werden.

Zusätzliche Vereinbarung § 87 Abs. 2 SGB V (§ 4 Abs. 5 BMV-Z,
§ 7 Abs. 7 EKV-Z) Bundesmantelvertrag, einheitlicher
Bewertungsmaßstab

Alles, was nicht im Bema enthalten ist, ist keine
vertragszahnärztliche Leistung und damit einer Privatvereinbarung
zugänglich ohne gegen das Zuzahlungsverbot zu verstoßen.

Nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen enthalten

wenn die Behandlungsmaßnahme gesetzlich von der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen ist, z.B.

- KFO- Behandlung für Erwachsene,
- Professionelle Zahnreinigung,
- Implantologie (soweit keine Ausnahme nach § 28 Abs. 2 SGB V)
- wenn die Behandlungsmaßnahme als neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode noch nicht als vertragszahnärztliche Leistung anerkannt ist, (z.B. Speicheltest, Membrantechnik, DVT)



Quelle: proDente e.V.

wenn die Behandlungsmaßnahme in den Beschreibungen und Bewertungen der abrechnungsfähigen vertragszahnärztlichen Leistungen im BEMA nicht enthalten sind, z.B.:

- obsolete Leistungen (z.B. Oberflächenanästhesie)
- nicht im Bema enthalten (z.B. Elektrometrische Längenbestimmung)
- weder in der GOZ noch in der GOÄ enthaltene Leistungen



Quelle: proDente e.V

Nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen enthalten

Wenn die Behandlung nicht den Richtlinien der vertragszahnärztlichen Versorgung entspricht, z.B.:

- Austausch von intakten Amalgamfüllungen;
- Wurzelbehandlung bei ungünstiger Prognose,
- Freidendbrücken in Schalllücken im Molarenbereich usw.
- grundsätzlich mikrobiologische Diagnostik und lokale Antibiotikatherapie



Quelle: proDente e.V.

Über das Maß einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Leistungen, nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot entspricht, z.B.:

- mehr als 3 Medikamentöse Einlagen ((Nr. 34 – Med) Wurzelkanalbehandlung)
- Anästhesie, die nicht dringend erforderlich ist
- Zahnsteinentfernung mehr als einmal pro Kalenderjahr (Ausnahmen)

Die allgemeinen Praxiskosten sind in den abrechnungsfähigen Leistungsansätzen enthalten!

Nicht enthalten sind:

- **Kosten für Arzneimittel und Materialien,**
- **Kosten für die Instrumente, Gegenstände und Stoffe,** die der Kranke zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind,
- **zahntechnischen Laborkosten** (soweit nicht etwas anderes bestimmt ist).

- Die Preise für zahntechnische Leistungen sind, soweit es sich um Zahnersatz für gesetzlich versicherte Patienten handelt, in einer Höchstpreisliste festgelegt
- Die für Praxislaborer geltenden Preise sind gegenüber den Preisen, die gewerbliche Labore in Rechnung stellen dürfen, um 5 % abgesenkt.
- **Zahntechnische Arbeiten unterliegen dem ermäßigten Umsatzsteuersatz von 7% soweit die Praxis umsatzsteuerpflichtig ist; Ausgenommen kosmetische Behandlungen.**

Leistungen, die nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören, werden **außervertragliche Leistungen** genannt.

- Falls der Patient keine Regelversorgung wünscht, wird von den Kosten der Wahlversorgung der Festzuschuss subtrahiert. Der Restbetrag muss vom Patienten selbst getragen werden (gleichartige Versorgung).
- Die Wahlversorgung muss den Kassenrichtlinien entsprechen.

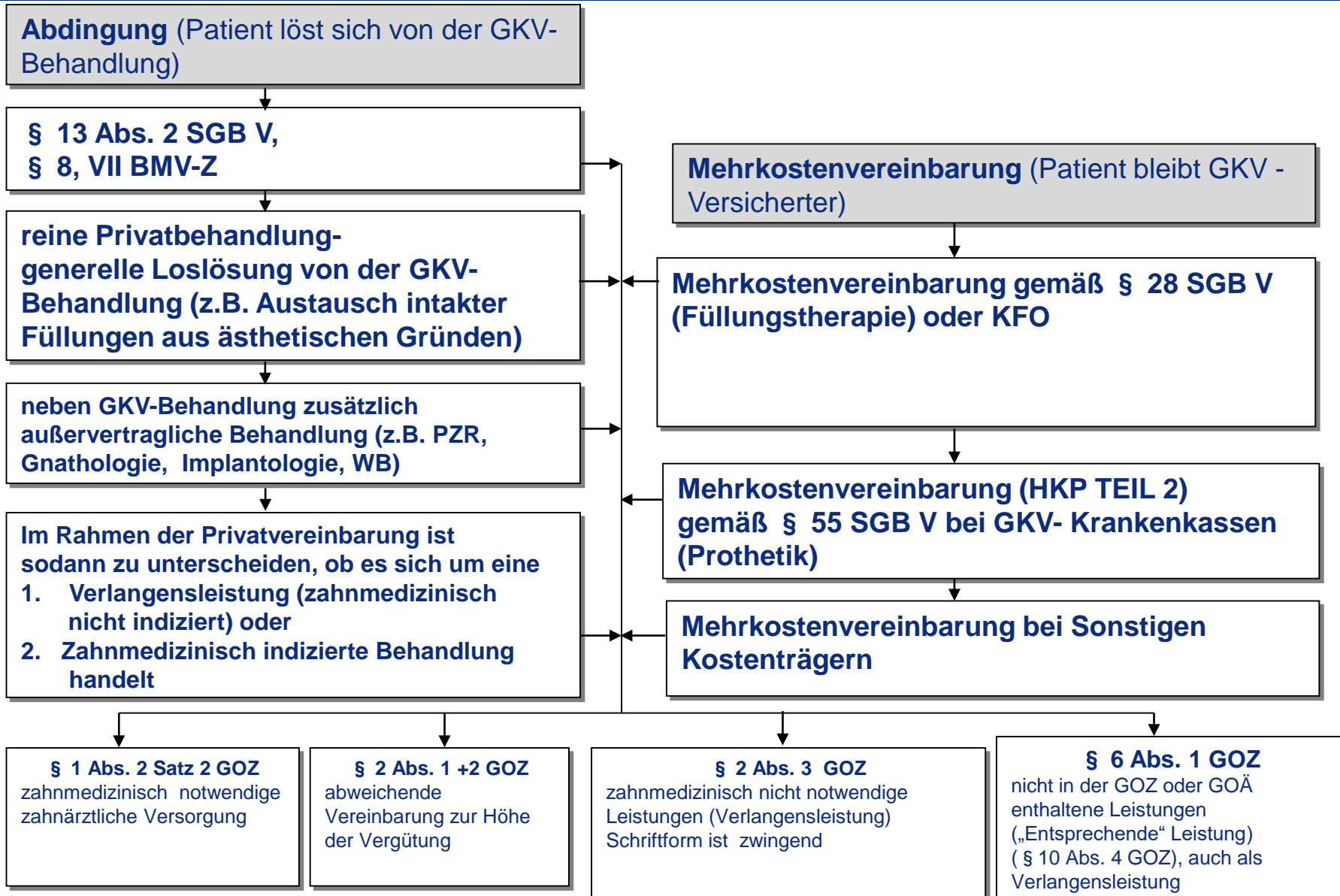
gleichartige Versorgung- nur diejenigen Bestandteile, die von der Regelversorgung abweichen, werden nach GOZ berechnet

andersartige Versorgung - Abrechnung komplett nach der GOZ

**(§ 4 Abs. 5 BMV-Z, § 7 Abs. 7 EKV-Z, § 87 Abs. 2 SGB V
Bundesmantelvertrag)**

Patient löst sich durch die Abdingung von der GKV und deren Abrechnungsvorschriften und wird zum Privatpatienten (GOZ-Abrechnung).

Abdingung oder Mehrkostenvereinbarung



Der Vertragszahnarzt darf von einem Versicherten eine Vergütung nur fordern:

Wenn und soweit der Versicherte klar erkennbar verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden.

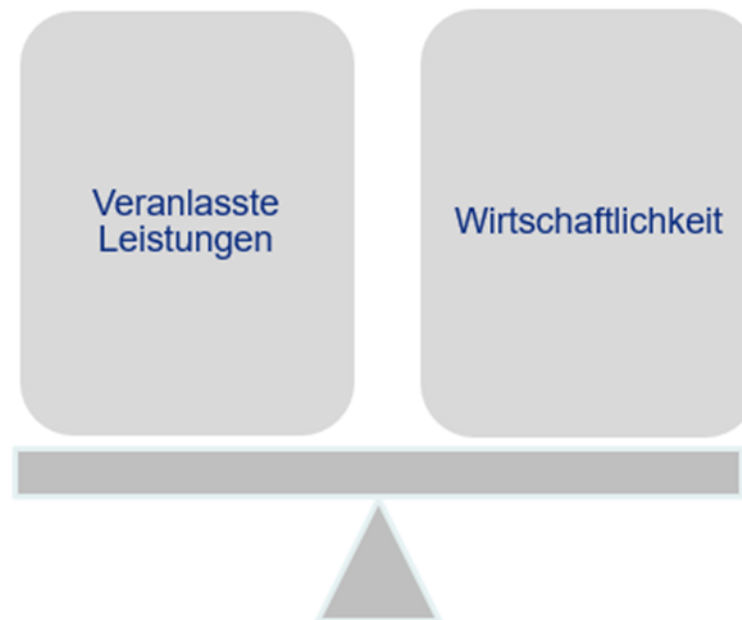
→ **Grundsätzlich schriftlich bestätigen lassen**



Quelle: proDente e.V.

§ 106 vertragsärztliche Versorgung

- Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen überwachen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch Beratungen und Prüfungen.

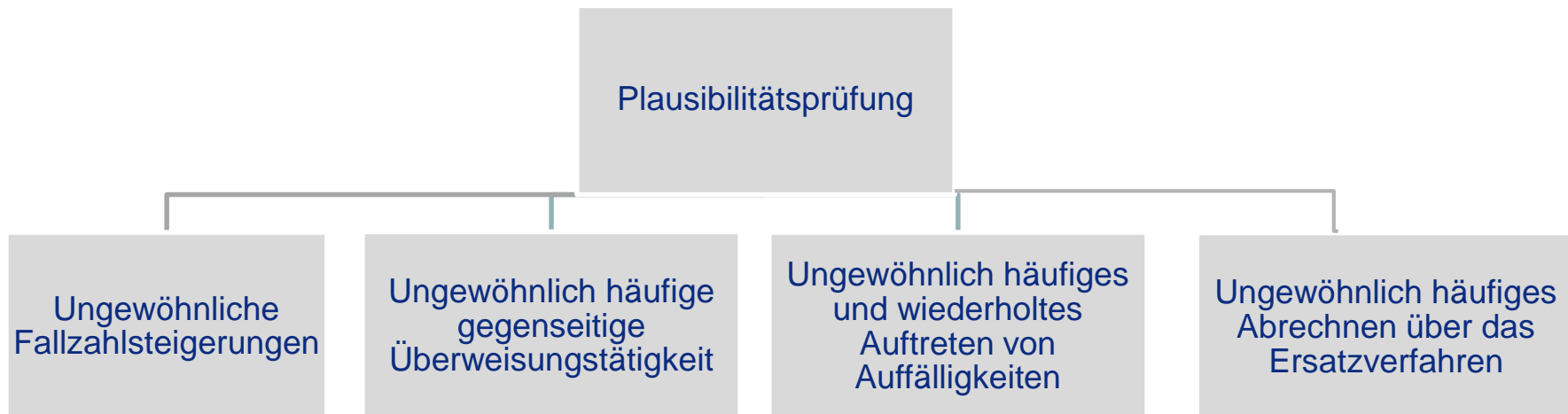


- **Indikation** - medizinische **Notwendigkeit** der Leistungen.
- **Effektivität** - Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels.
- **Qualität** - Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (), insbesondere mit den in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Vorgaben.

Die Prüfung der Plausibilität der Abrechnungen stellt kein zusätzliches Korrekturverfahren neben sachlich-rechnerischer Prüfung und Wirtschaftlichkeitsprüfung (§ 106 SGB V) dar, sondern ein besonderes Prüfverfahren, mit dessen Hilfe aufgrund bestimmter Anhaltspunkte (§ 7) und **vergleichender Betrachtungen** die Plausibilität der Abrechnungen geprüft werden kann.

§ 7 Auffälligkeitskriterien im Rahmen der Plausibilitätsprüfung

Überprüfung der Abrechnungen auf Auffälligkeiten, die eine weitere Prüfung der Plausibilität nach § 8 veranlassen können. Hierzu zählen z.B.:



Machen Sie sich mit der Abrechnung vertraut, nutzen Sie Fortbildungsveranstaltungen.

Sie haften für Ihre Abrechnung.

Die Abrechnung einer ZFA zu überlassen macht sie abhängig.



Quelle: proDente e.V.

Das Kursprogramm Betriebswirtschaft der eazf bietet berufsbegleitende Beratung vom Beginn bis zur Beendigung der beruflichen Tätigkeit und ist für Praxisgründer/-innen und -inhaber/-innen von großer Bedeutung. Um Kolleginnen und Kollegen bei unternehmerischen Herausforderungen zu unterstützen, gibt es für Assistenten, Angestellte und Praxisinhaber/-innen ein spezielles betriebswirtschaftliches Kursangebot, das für die Anforderungen des Unternehmens Zahnarztpraxis konzipiert wurde. Das Programm wird von der Bayerischen Landeszahnärztekammer (BLZK) und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB) im Rahmen ihrer Kooperation gemeinsam getragen.



1. Aufgaben der KZV
2. Richtlinien und Bundesmantelvertrag
3. Rechte und Pflichten des Kassenzahnarztes
4. Vertragszahnärztliche Abrechnung
- 5. Privatzahnärztliche Abrechnung**
6. Gewährleistung

Die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)



ist eine deutsche Rechtsverordnung, die die Vergütung von zahnärztlichen Leistungen regelt. Die Rechtsgrundlage für den Erlass der GOZ ist § 15 Zahnheilkundengesetz. Die GOZ ist für alle Zahnärzte in Deutschland bei der Honorarfindung bindend, soweit nicht insbesondere durch SGBV der BEMA anzuwenden ist.



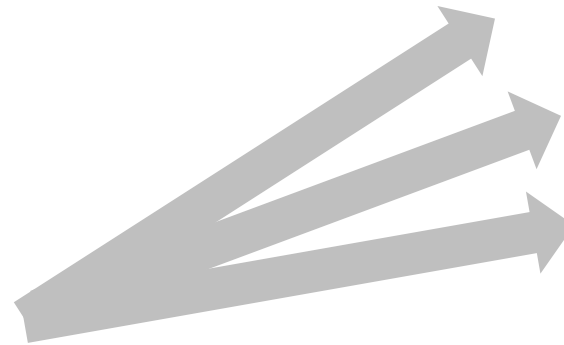
Exkurs: Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) - Historie:

- Bezogen auf das Basisjahr 1988 hat es in Deutschland von Januar 1988 bis Januar 2012 einen Preisanstieg um 61 % gegeben – was einer durchschnittlichen jährlichen Steigerung von 2,15 % entspricht – während das GOZ-Honorar unverändert blieb.
- Seit 01.01.2012 gilt eine neue GOZ, ebenfalls ohne Anpassung. Durch einige punktuelle Änderungen ergab sich ein punktueller Honorarzuwachs um 6%.



Im Gegensatz zu den Ärzten und Zahnärzten haben die Gebührenordnungen anderer freier Berufe (Rechtsanwälte, Notare, Architekten, Steuerberater) einen Automatismus, der sie an die allgemeine Preisentwicklung ankoppelt, weil sich hier das Honorar nach dem Wert des Auftrages richtet.

So steigen in diesen freien Berufen die Honorare auch ohne Änderung der Honorarordnung mit der allgemeinen Inflation allmählich an.



Der Punktwert beträgt 5,62421 Cent (GOÄ = 5,82873 Cent)

Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes.



§ 5: Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes. [...]“

§ 5 :„Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen.



Quelle: proDente e.V.

1,0 bis 2,3

Für einen Steigerungsfaktor im Bereich von **1,0 bis 2,3** bedarf es keiner weiteren Begründung. Erst wenn der Zahnarzt diesen Faktor überschreitet, muss er dies schriftlich und nachvollziehbar begründen



Quelle: proDente e.V.

über 2,3

Durch Multiplikation des Einzelsatzes mit dem 3,5-fachen Steigerungsfaktor ergibt sich der Höchstsatz der GOZ. Bei einem Steigerungsfaktor, der **über 2,3** liegt, muss die Rechnung eine kurze Begründung für diese Position enthalten, die den besonderen Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand sowie die Umstände bei der Ausführung begründet.

- Schwierigkeit und Zeitaufwand der einzelnen Leistung, Umstände bei der Ausführung oder **Schwierigkeit des Krankheitsfalles**. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben.
- Leistungen mit unterdurchschnittlichem Schwierigkeitsgrad oder Zeitaufwand sind mit einem **niedrigeren Gebührensatz** zu berechnen.

3,5-fache

Für die Berechnung eines Steigerungssatzes, der das **3,5-fache überschreitet**, muss vor Beginn der Behandlung **schriftlich mit dem Patienten eine Gebührenvereinbarung getroffen werden**. → Die meisten privaten Krankenversicherungen erstatten nur bis zum 2,3-fachen oder 3,5-fachen Steigerungsfaktor.



2,3fache

In vielen Fällen entspricht der 2,3fache Satz der GOZ dem Kassenhonorar gemäß dem BEMA. In einigen Fällen entspricht jedoch sogar erst ein den Höchstsatz der GOZ überschreitendes Honorar (Multiplikator 4x bis 6x) dem Kassenhonorar.

- Der Zahnarzt kann selbstständige zahnärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnen (Analogleistung).
- Die ausgesuchte Analogleistung muss demzufolge der nicht in der GOZ abgebildeten Leistung gleichwertig, nicht gleichartig, also nicht inhaltsähnlich sein.

Die Analogleistung muss den entsprechenden angemessenen Geldwert der nicht enthaltenen Leistung widerspiegeln.



- Bei der Behandlung eines Privatpatienten, der nach der GOZ abgerechnet wird, besteht ein **Behandlungsvertrag zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten.**
- Es besteht demnach kein Rechtsverhältnis zwischen Zahnarzt und privater Krankenversicherung.

Aber:

Der Zahnarzt hat als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag die Pflicht, den Patienten bei der Erstattung zu unterstützen.

- Die Beihilfe ist eine finanzielle Unterstützung in Krankheits-, Geburts-, Pflege- und Todesfällen für deutsche Beamte, Soldaten und Berufsrichter, deren Kinder und Ehepartner, soweit diese nicht selbst sozialversicherungs-pflichtig sind.
- Erstattet werden in der Regel 50 % bis 80 % der Aufwendungen, je nach Familiensituation und Bundes- bzw. Landesrecht. Grundsätzlich werden dabei nur „beihilfefähige“ Aufwendungen berücksichtigt und Selbstbehalte abgezogen.

- Die Leistungen der Beihilfe liegen nur in Einzelfällen über denen der gesetzlichen Krankenversicherung.
- Für aktive Beamte wird die Hälfte der beihilfefähigen Aufwendungen übernommen, bei Kindern, Ehegatten, eingetragenen Lebenspartnern und Ruhestandsbeamten auch mehr.

Den verbleibenden Teil der Krankheitskosten decken Beihilfeberechtigte in der Regel durch eine private Krankenversicherung ab.

Leistungen, die nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören, werden außervertragliche Leistungen genannt.

- Zahlreiche Behandlungen gehören nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Diese Leistungen werden nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. nach der GOÄ privat in Rechnung gestellt. Die Kosten sind vom Patienten (bzw. Zahlungspflichtigen) zu bezahlen, der wiederum eine private Krankenzusatzversicherung abschließen kann.

müssen - nach Aufklärung des Patienten über seinen Anspruch auf Sachleistungen und die zusätzlich entstehenden Kosten - schriftlich vor Behandlungsbeginn mit dem Patienten vereinbart werden, z.B.:

Beispiele

- Einlagefüllung im Seitenzahnbereich, adhäsiv befestigt
- Professionelle Zahnreinigung, Funktionsanalyse und Funktionstherapie,
- GKV-Wurzelbehandlung unter zusätzlicher Anwendung der Elektrometr. Längenbestimmung und die Anwendung elektrophys.-chemischer Methoden



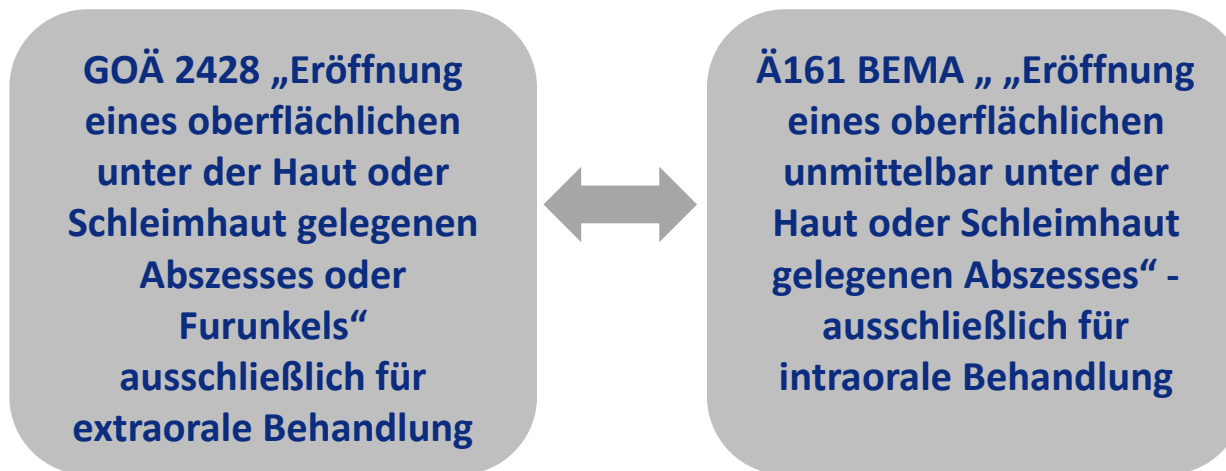
Quelle: proDente e.V.

- Schriftformerfordernis ist zwingend (§ 28 Abs. 2 SGB V), fehlt es an der Rechtzeitigkeit oder an der Schriftform, ist die Vereinbarung in der Regel nichtig.

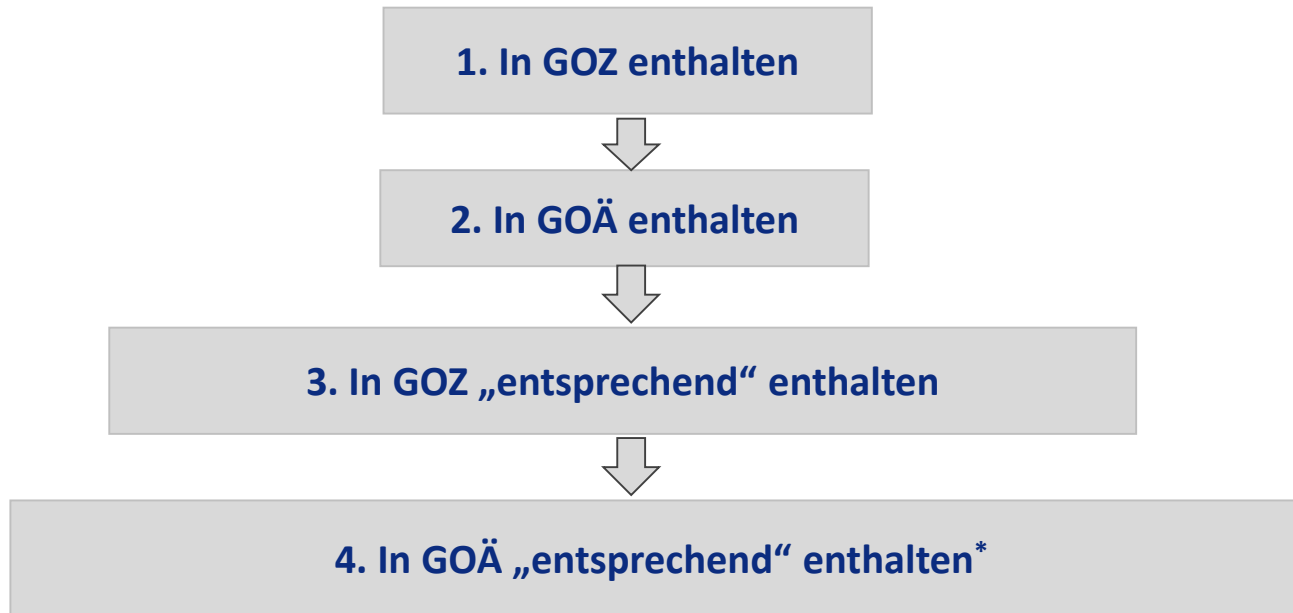
Dient dem Patientenschutz → Schutz vor übereilten Entscheidungen und nicht überschaubaren Kostenrisiken

Gilt auch, wenn der gesetzlich Versicherte von der Leistungspflicht ausgeschlossene zahnärztliche Leistungen in Anspruch nimmt.

Einige Abschnitte der GOÄ 82 sind geöffnet, wenn im BEMA keine vergleichbaren Leistungen besteht, Beispiel:



Verfahrensschritte:



***Achtung: Aber nur in geöffneten Abschnitten.**

**Machen Sie sich mit der Abrechnung vertraut,
nutzen Sie Fortbildungsveranstaltungen.**



Quelle: proDente e.V.

1. Aufgaben der KZV
2. Richtlinien und Bundesmantelvertrag
3. Rechte und Pflichten des Kassenzahnarztes
4. Grundsätze des Abrechnungswesens
5. vertragszahnärztliche Verpflichtungen/Abrechnung
6. privat Zahnärztliche Abrechnung
7. **Gewährleistung**

Gewährleistung bei Zahnersatz nach § 136a Absatz 4 SGB V:

Der Zahnarzt übernimmt für **Füllungen und die Versorgung mit Zahnersatz eine zweijährige Gewähr**. Identische und Teilwiederholungen von Füllungen sowie die Erneuerung und Wiederherstellung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen sind in diesem Zeitraum vom Zahnarzt kostenfrei vorzunehmen.



Quelle: proDente e.V.

- Sie haben das Recht die notwendigen Nachbesserungen vorzunehmen.
- Der Patient kann zur Feststellung von Mängeln ein Gutachten über die Krankenkasse veranlassen.
- Krankenkassen können in begründeten Einzelfällen bei andersartigen Versorgungen und „Mischfällen“ prothetische Leistungen innerhalb von 36 Monaten nach der definitiven Eingliederung bei vermuteten Planungs- und/oder Ausführungsmängeln überprüfen lassen.

- Gewährleistung steht im Widerspruch zu einer Dienstleistung höherer Art (Erfolg kann nicht garantiert werden)
- Gute Dokumentation und Begründung, insbesondere bei Leistungen der GKV in denen Gewährleistung gefordert ist

Für Füllungen und die Versorgung mit Zahnersatz besteht eine zweijährige Gewährleistung.



Quelle: proDente e.V.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!