



DR. HINZ **PRAXIS & WISSEN**

Nicole Evers

Abrechnung kompakt:  
**Kieferorthopädie**



Zahnärztlicher  
Fach-Verlag

Abrechnung kompakt:  
**Kieferorthopädie**



DR. HINZ **PRAXIS & WISSEN**

# Abrechnung kompakt: **Kieferorthopädie**

Nicole Evers



Zahnärztlicher  
Fach-Verlag

Alle Rechte vorbehalten · Nachdruck, auch auszugsweise, verboten

Lektorat: Nora Tichy, Herne  
Layout/Satz: Denise Torma, Herne

© Zahnärztlicher Fach-Verlag (zfv), Herne 2017

Bestell-Nr.: 660621 · ISBN 978-3-944259-69-7

# Vorwort

Innovative kieferorthopädische Behandlungskonzepte und moderne Behandlungsmethoden erfordern sowohl ein großes Fachwissen des Behandlers, als auch die Beachtung der wirtschaftlichen Aspekte. Der Praxisinhaber und sein Team benötigen neben zahnmedizinischem und kieferorthopädischem Fachwissen ebenso fundierte Kenntnisse in wirtschaftlicher Praxisführung und kieferorthopädischer Abrechnung. Insbesondere die sorgfältige Behandlungsplanung, sowie die korrekte Abrechnung der erbrachten Leistungen stellen hier eine nicht zu unterschätzende wirtschaftliche Ressource dar. Das gesamte Praxisteam benötigt daher stets aktuelle Kenntnisse über die gesetzlichen Vorschriften der kieferorthopädischen Abrechnung.

Ziel dieses Buches ist, dem Leser in geeigneter Form die Grundlagen der Kfo-Abrechnung nahezubringen. Hierfür fließen die relevanten Gesetzestexte sowie die in der Kieferorthopädie gängigen Abrechnungspositionen in die Kapitel ein. Gesetzestexte sowie die relevanten Kommentare der BZÄK zu den Abrechnungspositionen wurden im Original übernommen und in leicht verständlichen Texten dem Leser erläutert.

Der im Buch enthaltene Begründungskatalog für alle kieferorthopädischen Leistungen berücksichtigt die häufig auftretenden Schwierigkeiten in der Behandlung der Patienten und stellt dar, wie die Abrechnung mit dem erhöhten Steigerungsfaktor korrekt begründet wird.

Darüber hinaus werden die Regelungen zu Mehr-, Zusatz- und außervertraglichen Leistungen für den gesetzlich versicherten Patienten dargestellt und anhand von praktischen Beispielen erklärt.

Grundlagen der wirtschaftlichen Praxisführung und diverse Musterschreiben liefern weiteres Know-how für das Praxisteam.

Mein Anliegen – als Ihr Coach für KFO-Abrechnungsfragen sowie als Autorin dieses Buches – ist es, dem Praxisteam dabei zu helfen versteckte Ressourcen zu entdecken und sie für den wirtschaftlichen Erfolg der Praxis zu nutzen. Ich wünsche Ihnen dabei viel Erfolg.

Nicole Evers  
Glückstadt, August 2017

# Inhalt

<b>1. Rechtliche und vertragliche Grundlagen</b>	<b>9</b>
1.1. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	9
a. § 12 SGB V Wirtschaftlichkeitsgebot	9
b. § 28 SGB V Zahnärztliche Behandlung	10
c. § 29 SGB V Kieferorthopädische Behandlung	11
d. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie)	12
e. KFO-Richtlinien	15
f. Bundesmantelvertrag Zahnärzte (BMV-Z)	23
g. Ersatzkassenvertrag Zahnärzte (EKV-Z)	26
h. Behandlungsplan – Therapieänderung – Verlängerungsantrag – Nachantrag	31
i. Genehmigungsverfahren und Beginn der Behandlung	34
j. Gutachterverfahren	35
1.2. Private Krankenversicherung (PKV)	39
a. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)	39
<b>2. BEMA-Positionen</b>	<b>53</b>
2.1. Allgemeine Bestimmungen (in denen für die KFO-Behandlung relevanten Auszügen)	53
2.2. Kieferorthopädische Leistungen	54
a. Beratungs- und Diagnoseleistungen	54
b. Kieferorthopädische Leistungen ohne Behandlungsplan	75
c. Reparaturleistung	82
d. Behandlungsplan	83
e. Abschlag-Positionen	85
f. Multibandpositionen	90
<b>3. GOZ-/GOÄ-Positionen</b>	<b>107</b>
3.1. Kieferorthopädische Privat-Leistungen	107
a. Beratungs- und Untersuchungsleistungen aus der GOÄ	107
b. Untersuchungen, Diagnose- und Röntgenleistungen	122
c. Kieferorthopädische Planungs- und Behandlungsleistungen	145
<b>4. Begründungskatalog</b>	<b>203</b>
4.1. Wie begründe ich richtig?	203
4.2. Begründungskatalog für kieferorthopädische Behandlungen	205

<b>5. Außenvertragliche Leistungen (AVL)</b>	<b>211</b>
<b>6. Betriebswirtschaftliche Kalkulation</b>	<b>215</b>
6.1. Behandlungen wirtschaftlich erbringen	215
<b>7. Musterschreiben</b>	<b>219</b>
Anlage 1: Abweichende Vereinbarung gemäß § 2 Abs. 1 und 2 GOZ	219
Anlage 2: Vereinbarung über privatärztliche Leistungen bei der kieferorthopädischen Behandlung	220
Anlage 3: Anlage zur Vereinbarung von privatärztlichen Leistungen bei der kieferorthopädischen Behandlung	221
Anlage 4: Rechnungsformular	223
Anlage 5: Vereinbarung von Material- und Laborkosten	225
Anlage 6: Musterschreiben bei Nichterstattung der Leistung GOZ 2197	226
Anlage 7: Musterschreiben bei Nichterstattung der Leistung GOÄ 2702	227
Anlage 8: Mitteilung über einen unplanmäßigen Verlauf der kieferorthopädischen Behandlung	228
Anlage 9: Abbruch der kieferorthopädischen Behandlung	229
Anlage 10: Bescheinigung gemäß § 29 Abs, 2 SGB V über das Ende der kieferorthopädischen Behandlung	230

# 1. Rechtliche und vertragliche Grundlagen

## 1.1. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

### a) § 12 SGB V Wirtschaftlichkeitsgebot

*(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.*

*(2) Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag.*

*(3) Hat die Krankenkasse Leistungen ohne Rechtsgrundlage oder entgegen geltendem Recht erbracht und hat ein Vorstandsmitglied hiervon gewusst oder hätte es hiervon wissen müssen, hat die zuständige Aufsichtsbehörde nach Anhörung des Vorstandsmitglieds den Verwaltungsrat zu veranlassen, das Vorstandsmitglied auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat das Regressverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.*

#### Erläuterung

Das Wirtschaftlichkeitsgebot dient für alle Bereiche der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Es soll dazu beitragen, dass die begrenzten Mittel der Versicherungsträger sinnvoll eingesetzt werden. Die Leistungen sind wirksam und wirtschaftlich zu erbringen und sollen nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

Der Vertragszahnarzt ist an das Wirtschaftlichkeitsgebot gebunden, d. h. jeder Zahnarzt mit Kassenzulassung ist verpflichtet, Leistungen, die über die GKV abgerechnet werden, gemäß § 12 SGB V zu erbringen. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, müssen daher dem Patienten als Privatleistung in Rechnung gestellt werden.

Die Begriffe des Wirtschaftlichkeitsgebotes definieren sich dabei wie folgt:

- **ausreichend:** die Leistung muss dazu genügen, das Leiden zu heilen bzw. zu lindern. Dabei soll sie dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und dem Einzelfall angepasst sein. Unter der Bezeichnung „ausreichend“ ist ausdrücklich nicht die Anlehnung an das Schulnotensystem zu verstehen,
- **zweckmäßig:** die Leistung ist hinreichend wirksam um den angestrebten Heilerfolg zu erzielen,
- **wirtschaftlich:** stehen mehrere Behandlungswege zur Auswahl, so hat der Vertragszahnarzt die Methode auszuwählen, die für die GKV am kostengünstigsten ist,

- **notwendig:** eine Behandlung, die nicht über das hinausgeht, was zur Erlangung und/oder Wiederherstellung der Gesundheit erforderlich ist. Notwendig ist alles, worauf der Arzt bei der Behandlung eines Patienten nach dem Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht verzichten darf, andernfalls ist die Behandlung nicht ausreichend.

## b) § 28 SGB V Zahnärztliche Behandlung

(in denen für die KFO-Behandlung relevanten Auszügen)

*(2) Die zahnärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist; sie umfasst auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden. Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. In Fällen des Satzes 2 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen. Die Mehrkostenregelung gilt nicht für Fälle, in denen intakte plastische Füllungen ausgetauscht werden. Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben. Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert. Ebenso gehören funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen nicht zur zahnärztlichen Behandlung; sie dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden. Das Gleiche gilt für implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen seltene vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.*

### Erläuterung

Als Leistung der GKV werden durch das Gesetz die kieferorthopädischen Behandlungen angesehen, die mindestens in die kieferorthopädische Indikationsgruppe (KIG) drei eingestuft werden (siehe KIG-Tabelle Abb. 1 Seite 19).

Patienten, die das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben, fallen **nicht** unter diese Regelung.

Kieferorthopädische Behandlungen sind für diese Patienten keine GKV-Leistung, sondern müssen als Privatleistung in Rechnung gestellt werden.

Hiervon ausgenommen sind Patienten, die eine so schwere Kieferfehlstellung aufweisen, dass eine alleinige kieferorthopädische Behandlung nicht ausreichend ist. In den Fällen, in denen kieferorthopädische und kieferchirurgische Maßnahmen kombiniert werden müssen, um einen ausreichenden Behandlungserfolg zu erzielen, wird die Bezuschussung durch die gesetzlichen Krankenkassen im gleichen Rahmen wie bei minderjährigen Patienten übernommen.

### c) § 29 SGB V 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.*

#### **Erläuterung**

Zu 1.: Von einer medizinisch begründeten Behandlung ist immer dann die Rede, wenn eine Einstufung mindestens in die kieferorthopädische Indikationsgruppe (KIG) drei erfolgt. Ergibt die klinische Untersuchung eine Einstufung in KIG-Gruppe eins oder zwei, so ist die GKV nicht leistungspflichtig. In diesem Fall ist dem Versicherten, der zuständigen Krankenkasse sowie der Kassenzahnärztlichen Vereinigung dieser Sachverhalt schriftlich mitzuteilen. Entsprechende Formblätter sind bei den Landeszahnärztekammern erhältlich.

Soll auf Wunsch des Patienten bzw. der Sorgeberechtigten dennoch eine KFO-Behandlung erfolgen, so sind die gesamten Kosten als Privatleistung nach GOZ in Rechnung zu stellen.

Zu 2.: Kieferorthopädische Leistungen werden von den gesetzlichen Krankenkassen zunächst mit 80 % bezuschusst. Werden zeitgleich weitere Kinder derselben Familie behandelt, so erhalten diese einen Zuschuss von 90 %.

Zu 3.: Der Zuschuss der Krankenkasse in Höhe von 80 bzw. 90 % wird über die KZV abgerechnet. Der verbleibende Versichertenanteil in Höhe von 20 bzw. 10 % wird in der Regel dem Versicherten in Rechnung gestellt. Nach erfolgreich abgeschlossener KFO-Behandlung stellt der Behandler formlos eine Bescheinigung über das Ende der Behandlung aus (Bescheinigung nach § 29 Abs. 3 SGB V). Diese reicht der Versicherte zusammen mit den erhaltenen Eigenanteilsrechnungen zur Erstattung bei seiner Krankenkasse ein. Sollten die Rechnungen über den Versichertenanteil nicht von dem Versicherten, sondern von einer anderen Person gezahlt werden, so hat diese Person auch das Erstattungsrecht gegenüber der Krankenkasse. Beispiel: Der Patient ist

**BEMA 7a****Vorbereitende Maßnahmen**

Abformung, Bissnahme in habitueller Okklusion für das Erstellen von dreidimensional orientierten Modellen des Ober- und Unterkiefers zur diagnostischen Auswertung und Planung sowie schriftliche Niederlegung

<b>Bew.-Zahl</b>	<b>19</b>
------------------	-----------

**Abrechnungsbestimmungen**

1. Eine Leistung nach den Nrn. 7a oder b ist bei allen nach der Planung notwendig werden den Abformungsmaßnahmen nur dann abrechnungsfähig, wenn mit der Herstellung der Modelle eine diagnostische Auswertung und Planung verbunden ist. Für die Erstellung von Arbeitsmodellen können nur Material- und Laboratoriumskosten abgerechnet werden.
2. Die vorbereitenden Maßnahmen (Nr. 7a) sind nur im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung abrechnungsfähig. Sie sind bis zu dreimal im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung, bei kombiniert kieferorthopädisch/kieferchirurgischer Behandlung bis zu viermal abrechnungsfähig. Dies gilt nicht bei der frühen Behandlung einer Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte oder anderer kraniofacialer Anomalien, eines skelettaloffenen Bisses, einer Progenie oder verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen.
- ...
5. Leistungen nach der Nr. 7a oder b sind nach dem für die Kieferorthopädie und zahnprothetische Behandlung geltenden Punktwert abzurechnen, soweit sie im Zusammenhang mit diesen Leistungen erbracht werden.

**Dokumentation**

- Anamnese,
- Befund,
- diagnostische Auswertung,
- Aufklärungsgespräch mit dem Patienten und dessen Sorgeberechtigten.

**AUTORIN**

## Kommentar der Autorin

- In der Regel erfolgt die Erstellung von Diagnosemodellen während der kieferorthopädischen Behandlung dreimal – zur Behandlungsplanung, zur Erstellung eines Zwischenbefundes bzw. zur Verlaufskontrolle und zur Dokumentation des Behandlungsergebnisses.
- Die Beantragung und Berechnung erfolgt i. d. R. drei mal pro Behandlungsfall bzw. vier mal bei kombiniert kieferorthopädisch/kieferchirurgischen Fällen. Bei der frühen Behandlung von Kippen-, Kiefer-, Gaumenspalten oder anderer kraniofacialer Anomalien, eines skelettal-offenen Bisses, einer Progenie oder verletzungsbedingter Fehlstellungen besteht keine Begrenzung.
- Im Rahmen des Verlängerungsantrages kann die Position 7a einmal in Ansatz gebracht werden.
- Die geforderte dreidimensionale Orientierung kann durch entsprechendes Trimmen oder durch die Verwendung von Sockelschalen erreicht werden.
- Die schriftliche Niederlegung der diagnostischen Auswertung ist Leistungsbestandteil der Position 7a. Diese Auswertung erfolgt visuell und bezieht sich auf auffällige Fehlstellungen in den Zahnbögen und in der Okklusion. Wird darüber hinaus für die kieferorthopädische Behandlungsplanung eine genauere metrische Analyse der Kiefermodelle erstellt, so ist dafür die Position 117 in Ansatz zu bringen.
- Für das Erstellen von Arbeitsmodellen kann die Position 7a nicht berechnet werden.
- Für Situationsmodelle ohne diagnostische Auswertung kann die 7a ebenfalls nicht berechnet werden. Hierfür können jedoch die BEL-Positionen für die Herstellung der Modelle in Ansatz gebracht werden.
- Die Kosten für die Herstellung der Modelle werden nach der im KZV-Gebiet jeweils gültigen BEL II-Liste abgerechnet.
- Die Kosten für das Abformmaterial sind, je nach Krankenkasse, gesondert berechnungsfähig.  
Bei Ersatzkassen: 2,60 € je Behandlungsfall  
Bei Primärkassen: tatsächliche Kosten pro Abdruck – abzurechnen über die Kategoriennummern des jeweiligen KZV-Gebietes.
- Modelle, die zur Diagnosestellung und für die Planung von kieferorthopädischen Behandlungen dienen, sind 10 Jahre aufzubewahren (Patientenrechtegesetz § 630 f BGB).

**BEMA 117****Modellanalyse**

Zusätzliche Anwendung von Methoden zur Analyse von Kiefermodellen (dreidimensionale Analyse, graphische oder metrische Analyse, Diagramme), je Nr. 7a

**Bew.-Zahl** 35**Abrechnungsbestimmungen**

Eine Leistung nach Nr. 117 ist bis zu dreimal im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung, bei einer kombiniert kieferorthopädisch/kieferchirurgischen Behandlung bis zu viermal abrechnungsfähig.

Dies gilt nicht bei der frühen Behandlung einer Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte oder anderer kraniofacialer Anomalien, eines skelettal-offenen Bisses, einer Progenie oder verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen.

**Dokumentation**

- schriftliche Darlegung der ermittelten Werte

**AUTORIN**

## Kommentar der Autorin

- Die Position 117 ist je abgerechneter Position 7a einmal in Ansatz zu bringen, sofern eine Modellanalyse entsprechend der in der Leistungsbeschreibung genannten Vorgaben durchgeführt wurde.
- Die Leistung ist nur dann während eines Abrechnungsfalls viermal berechnungsfähig, wenn es sich um eine kombiniert kieferorthopädisch/kieferchirurgische Behandlung handelt. Bei der früheren Behandlung von Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten oder anderer kraniofacialer Anomalien, eines skelettal-offenen Bisses, einer Progenie oder verletzungsbedingter Fehlstellungen besteht keine Begrenzung.

**BEMA 116****Fotografie**

Profil- oder Enface-Fotografie mit diagnostischer Auswertung, je Aufnahme

<b>Bew.-Zahl</b>	<b>15</b>
------------------	-----------

**Abrechnungsbestimmungen**

Eine Leistung nach Nr. 116 ist im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung bis zu viermal abrechnungsfähig.

**Dokumentation**

- alle Fotos, die für die Erstellung der Diagnose herangezogen wurden,
- schriftliche Auswertungen der Fotos, inkl. Durchzeichnungen.

**AUTORIN**

## Kommentar der Autorin

- Profil- und Enface-Aufnahmen sind für die Erstellung der kieferorthopädischen Behandlungsplanung nicht zwingend erforderlich. Sie können mit einer zusätzlichen diagnostischen Auswertung als Entscheidungshilfe für Therapiemaßnahmen herangezogen werden (siehe KFO-Richtlinie 5e).
- Die diagnostische Auswertung der Fotos ist Bestandteil der Position 116. Die Leistung gilt nur dann als vollständig erbracht, wenn die diagnostische Auswertung erfolgte. Für die Nachweisbarkeit ist es ratsam, die erhobenen Befunde schriftlich zu dokumentieren.
- Profil- und Enface-Aufnahmen sind nur abrechnungsfähig, wenn sie diagnostischen Zwecken dienen. Fotos, die zur Dokumentation oder für eine wissenschaftliche Darstellung dienen, sind nicht abrechenbar.
- Das Erstellen von intraoralen Fotos kann nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden. Diese Leistung ist eine Privatleistung und kann – als Verlangensleistung nach GOZ § 1 Abs. 2 – über die Bundeseinheitliche Benennungsliste (BEB) oder als Analogleistung zur Position GOZ 6000 in Ansatz gebracht werden.

**BEMA 131c****Eingliederung einer Gesichtsmaske****Bew.-Zahl****50****Abrechnungsbestimmungen**

Neben den Leistungen nach Nrn. 131a bis c können Material- und Laboratoriumskosten gesondert abgerechnet werden.

**Dokumentation**

- verwendetes Modell,
- Einweisung des Patienten und dessen Sorgeberechtigten in die Handhabung.

**AUTORIN**

## Kommentar der Autorin

- Zusätzliches Material für die intra- und/oder extraorale Fixierung und die Kosten für die Gesichtsmaske selbst können über die Kategoriennummern gesondert berechnet werden.

## 3. GOZ-/GOÄ-Positionen

### 3.1. Kieferorthopädische Privat-Leistungen

Die nachfolgenden Leistungen enthalten die entsprechenden Kommentare der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) in den, für die KFO-Abrechnung relevanten Teilen (Stand März 2017).

#### a) Beratungs- und Untersuchungsleistungen aus der GOÄ

##### GOÄ 1

##### Beratung, auch telefonisch

Punkte	Faktor	1,0-fach	2,3-fach	3,5-fach
80		4,66 €	10,72 €	16,31 €

##### Abrechnungsbestimmungen

Eine Beratungsgebühr nach der Nummer 1 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen – Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte in der am 01.01.1996 geltenden Fassung – darf im Behandlungsfall nur einmal zusammen mit einer Gebühr für eine Leistung nach diesem Gebührenverzeichnis und für eine Leistung aus den Abschnitten C bis O des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen berechnet werden.

##### Dokumentation

- Inhalt der Beratung,
- vorgestellte Behandlungsmethoden und deren Alternativen,
- Risiken der Behandlung,
- Personen, mit denen das Beratungsgespräch geführt wurde (Patient, Mutter, Vater, sonstige Sorgeberechtigte),
- Ergebnis der Beratung.

**BZÄK**

## Kommentar der BZÄK, März 2017

- Die Berechnung einer Beratungsgebühr ist auf den Behandlungsfall begrenzt.
- Werden nach der ersten Beratung im Behandlungsfall weitere Beratungen zusammen mit einer weiteren Leistung des Gebührenverzeichnisses in einer folgenden Sitzung erbracht, sind diese Beratungen nicht gesondert berechnungsfähig, sondern mit der ersten Beratung abgegolten. Dies gilt nur insoweit, bis der Behandlungsfall beendet ist.
- Überdauert eine Erkrankung einen Zeitraum von einem Monat, beginnt gebührenrechtlich ein neuer Behandlungsfall, der die erneute Berechnung einer Beratung zulässt. Tritt innerhalb des Zeitraums von einem Monat nach Beginn der ersten Erkrankung eine neue Erkrankung ein, zählt diese als neuer Behandlungsfall, sodass dann auch nach weniger als einem Monat seit der ersten Beratung eine erneute Beratung berechnet werden kann.

**AUTORIN**

## Kommentar der Autorin

- Als Behandlungsfall gilt immer der Zeitraum eines Monats, jeweils nach der ersten Inanspruchnahme des Behandlers. Innerhalb dieser Zeit sind alle weiteren Beratungen, die zur selben Erkrankung stattfinden und zu denen Behandlungsleistungen abgerechnet werden, nicht berechnungsfähig. Sie sind mit der ersten Abrechnung der Ä1 abgegolten.
- Nach Ablauf eines Monats kann erneut eine Ä1 abgerechnet werden – auch wenn es sich um dieselbe Erkrankung handelt.
- Innerhalb eines Monats kann zweimal die Position Ä1 abgerechnet werden, wenn es sich um zwei verschiedene Erkrankungen handelt (z. B. Beratung 1 zur kieferorthopädischen Behandlung, Beratung 2 zur konservierenden Sanierung).
- Die Ä1 ist auch abrechnungsfähig bei der Beratung von berechtigten Bezugspersonen (z. B. Eltern oder anderen Sorgeberechtigten).
- Die Beratungsleistung muss durch den Behandler selbst erbracht werden. Eine Beratungsleistung durch Zahnmedizinische Fachangestellte ist nicht berechnungsfähig – auch dann nicht, wenn sie auf Weisung des Zahnarztes erfolgte.
- Terminvereinbarungen sind nicht berechnungsfähig.
- Das alleinige Ausstellen eines Rezeptes rechtfertigt nicht die Abrechnung der Ä1.

Zusätzlich berechnungsfähig		Berechnung daneben ausgeschlossen	
Ä4	Erhebung einer Fremdanamnese	Ä1	Beratung zur selben Erkrankung innerhalb eines Monats
Ä5	symptombezogene Untersuchung		
Ä6	vollständige körperliche Untersuchung		
0010	eingehende Untersuchung		
0060	Abformung beider Kiefer		
Ä5004	Panoramaaufnahme		
Ä5090	Fernröntgenaufnahme		

**GOÄ 2**

**Ausstellung von Wiederholungsrezepten und/oder Überweisung und/oder Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen – auch mittels Fernsprecher – durch die Arzthelferin und/oder Messung von Körperzuständen (z. B. Blutdruck, Temperatur) ohne Beratung, bei einer Inanspruchnahme des Arztes**

Punkte	Faktor	1,0-fach	2,3-fach	3,5-fach
30		1,75 €	4,03 €	6,13 €

**Abrechnungsbestimmungen**

Die Leistung nach Nummer 2 darf anlässlich einer Inanspruchnahme des Arztes nicht zusammen mit anderen Gebühren berechnet werden.

**Dokumentation**

- Art der Leistung,
- ggf. Inhalt der Erläuterung,
- ggf. sonstige anwesende Personen, die in die Erläuterung einbezogen wurden (Mutter, Vater, andere Sorgeberechtigte oder Begleitpersonen).

**AUTORIN**

## Kommentar der Autorin

- Die Ä2 ist abrechnungsfähig, wenn sie als **alleinige** Leistung erbracht wird.
- Werden Anweisungen zur Handhabung eines kieferorthopädischen Gerätes wiederholt erläutert, so kann dafür die Ä2 in Ansatz gebracht werden – auch wenn diese Erläuterung durch die ZFA erfolgt.

Zusätzlich berechnungsfähig	Berechnung daneben ausgeschlossen	
keine	Ä1 Ä3	Beratung eingehende Beratung

**GOÄ 3****Eingehende Beratung, auch telefonisch**

Punkte	Faktor	1,0-fach	2,3-fach	3,5-fach
150		8,74 €	20,10 €	30,59 €

**Abrechnungsbestimmungen**

Eine Beratungsgebühr nach der Nummer 3 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach der Nummer 0010 oder einer Untersuchung nach den Nummern 5 oder 6 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen. Andere weitere Leistungen dürfen neben der Leistung nach der Nummer 3 nicht berechnet werden.

**Dokumentation**

- Inhalt der Beratung,
- Dauer der Beratung,
- vorgestellte Behandlungsmethoden und deren Alternativen,
- Risiken der Behandlung,
- Personen, mit denen das Beratungsgespräch geführt wurde (Patient, Mutter, Vater, sonstige Sorgeberechtigte),
- Ergebnis der Beratung.

**BZÄK****Kommentar der BZÄK, März 2017**

- Die Beratungsgebühr nach Nummer Ä3 kann nur dann mit einer anderen Leistung in derselben Sitzung berechnet werden, wenn es sich um eine Untersuchungsleistung nach den Nummern 0010 (GOZ) oder 5 oder 6 (GOÄ) handelt. Im Übrigen gelten die Abrechnungsbestimmungen zur GOÄ 3 – Mindestdauer 10 Minuten – auf Grund der Generalvorschrift des § 6 Absatz 2 GOZ auch für die Anwendung der GOÄ 3 durch Zahnärzte.

**GOZ 2000****Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen, auch Glattflächenversiegelung, je Zahn**

Punkte	Faktor	1,0-fach	2,3-fach	3,5-fach
90		5,06 €	11,64 €	17,72 €

**Abrechnungsbestimmungen**

keine

**Dokumentation**

- Zahnangabe,
- ggf. Schwierigkeiten bei der Anbringung der Versiegelung.

**BZÄK**

## Kommentar der BZÄK, März 2017

- Die Versiegelung ist für den Bereich kariesfreier Fissuren oder Grübchen bei Milch- und bleibenden Zähnen berechenbar. Darüber hinaus kann die Leistung auch für die Versiegelung von Glattflächen, z. B. Wurzeloberflächen, berechnet werden.
- Die relative Trockenlegung ist mit der Gebühr abgegolten.
- Die Nummer 2000 beschreibt zwei verschiedene, unabhängige Leistungen, die auch unabhängig voneinander nebeneinander an einem Zahn anfallen und dann auch nebeneinander berechnet werden können.
- Als Material müssen aushärtende Kunststoffe zum Einsatz kommen.
- Das verwendete Versiegelungsmaterial ist in der Gebühr abgegolten.
- Die Versiegelung bei Entfernen eines Bandes, eines Brackets oder eines Attachments ist Bestandteil der Nummern 6110 bzw. 6130 und kann in derselben Sitzung nicht gesondert berechnet werden.

## AUTORIN

## Kommentar der Autorin

- Erfolgt eine absolute Trockenlegung, z. B. mittels Kofferdamm, so kann zusätzlich die Position 2040 berechnet werden.
- Für das Entfernen der Glattflächenversiegelung ist in der GOZ keine Position vorgesehen. Sie kann daher als Analogposition nach § 6 Abs. 1 berechnet werden. Hierfür bietet sich nach Art, Kosten- und Zeitaufwand die Position GOZ 4030 an. Auf der Rechnung ist zur Vermerken, dass es sich um eine Analogleistung handelt.

Beispiel 1:

Zahn	GOZ-Nr.	Anzahl	Leistung	Einzelbetrag 2,3-fach	Gesamt- betrag
15-25	6110	10	Entfernen eines Klebebrackets, einschl. Polieren und ggf. Versiegelung des Zahnes	9,05 €	90,50 €
15-25	4030a	2	Entfernen einer Glattflächenversiegelung, gem. § 6 Abs. 1 GOZ, entsprechend GOZ 4030 Beseitigung von scharfen Zahnkanten, störenden Prothesenrändern und Fremdreizen am Parodontium, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	4,53 €	9,05 €



## AUTORIN

## Kommentar der Autorin

- Alternativ dazu könnte für das Entfernen der Brackets und der Glattflächenversiegelung in einem Arbeitsgang die Position 6110 mit einem erhöhten Steigerungsfaktor für den zusätzlichen Zeitaufwand berechnet werden.

Beispiel 2:

Zahn	GOZ-Nr.	Anzahl	Leistung	Einzelbetrag 3,5-fach	Gesamt- betrag
15-25	6110	10	Entfernen eines Klebebrackets, einschl. Polieren und ggf. Versiegelung des Zahnes <b>Begründung für den erhöhten Steigerungsfaktor:</b> Erhöhter Zeitaufwand durch Entfernung der Glattflächenversiegelung, die vor dem Eingliedern der Brackets auf Wunsch des Patienten aufgetragen wurde.	13,78 €	137,80 €

- Die erneute Versiegelung der Zähne nach der Politur, z. B. mit Fluoridlack, ist Bestandteil der Leistung.

## Zusätzlich berechnungsfähig

2040	Anlegen von Spanngummi, je Kieferhälfte oder Frontzahn-bereich
6030-6050	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention
6100	Eingliederung eines Klebebrackets
6210	Eingliederung eines Bandes

## Berechnung daneben ausgeschlossen

6110	Entfernung eines Klebebrackets, einschl. Polieren und ggf. Versiegelung des Zahnes
------	--

**GOZ 2197**

**Adhäsive Befestigung (plastischer Aufbau, Stift, Inlay, Krone, Teilkrone, Veneer etc.)**

Punkte	Faktor	1,0-fach	2,3-fach	3,5-fach
130		7,31 €	16,82 €	25,59 €

**Abrechnungsbestimmungen**

keine

**Dokumentation**

- Zahnangabe

**BZÄK**

## Kommentar der BZÄK, März 2017

- Die adhäsive Befestigung wird erreicht durch die physikalisch-chemische Vorbereitung der Kontaktflächen und die Anwendung des Adhäsivsystems im Munde des Patienten (Schmelz, Dentin und/oder Wurzeldentin, Aufbaumaterial, Wurzelkanalfüllmaterial, Aufbauten, Mesostrukturen an Implantaten etc.). Die Nummer 2197 dient hierbei der Abgeltung des intraoral erforderlichen zahnärztlichen Mehraufwandes gegenüber einer konventionellen Klebung.
- Die ggf. extraoral erfolgende Vorbereitung eines zahntechnischen Werkstückes oder Konfektionsteiles durch z.B. Anätzen oder Sandstrahlen ist als zahntechnische Leistung nach § 9 zusätzlich berechnungsfähig.
- Aufgrund der nicht abschließenden Aufzählung in der Leistungsbeschreibung kann auch bei anderen Leistungen, bei denen eine adhäsive Befestigung indiziert ist, die Nummer 2197 zur Anwendung kommen.
- Die Nummer 2197 kann neben den Nummern 2020, 2150 bis 2170, 2180, 2190, 2195, 2200 bis 2220, 2250, 2260, 2270, 2310, 2320, 2440, 5000 bis 5040, 5110, 5120, 6100, 6120, 6240, 7070, 7080, 7100 und 8090 berechnet werden.
- Rechtsprechung zur Geb.-Nr. 2197 GOZ siehe [www.bzaek.de/fuerzahnaerzte/gebuehrenordnung-fuer-zahnaerztegoz/informationen-zur-goz.html#c3596](http://www.bzaek.de/fuerzahnaerzte/gebuehrenordnung-fuer-zahnaerztegoz/informationen-zur-goz.html#c3596)
- Die zahn- und sitzungsgleiche Mehrfachberechnung der 2197 GOZ ist dann möglich, wenn mehrere selbständige, zuordnungsfähige Leistungen erbracht werden. Die Leistungsbeschreibung der 2197 enthält keine, einer solchen Mehrfachberechnung entgegenstehende Bestimmung.

## Anlage 2: Vereinbarung über privatärztliche Leistungen bei der kieferorthopädischen Behandlung

Zwischen \_\_\_\_\_  
Zahlungspflichtige/-r (Name, Anschrift)

und \_\_\_\_\_  
Zahnarzt/Kieferorthopäde (Name, Anschrift)

werden für die geplante kieferorthopädische Behandlung von \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_ die folgenden privatärztlichen Leistungen vereinbart, die nicht oder nicht in vollem Umfang von der gesetzlichen Krankenkasse getragen werden:

Gebiet/ Zahn	Anzahl	Leistungs- nummer	Leistungs- beschreibung	Steigerungs- faktor/ Punktwert	€
15-25	10	2000	Glatflächenversiegelung	2,3	116,40 €
15-25	10	6100	Eingliederung eines Klebebrackets Erhöhte Schwierigkeit bei der korrekten Positionierung des Keramikbrackets auf dem Zahn bedingt durch das extrem transparente Material. Dadurch überdurchschnittlich hoher Zeitaufwand.	4,0	371,20 €
		- 126a	abzügl. Kassenleistung für die Eingliederung eines Brackets	0,90	-162,00 €
Voraussichtliche Kosten für Material und Labor					---
Voraussichtlicher Gesamtbetrag dieser Vereinbarung					325,60 €
Ggf. voraussichtlicher Gesamtbetrag aus bisherigen Vereinbarungen					---
<b>Voraussichtlicher Gesamtbetrag</b>					<b>325,60 €</b>

**Erklärung des Versicherten**

Ich bin von meinem Kieferorthopäden über meinen Anspruch auf eine zuzahlungsfreie kieferorthopädische Behandlung nach den gesetzlichen Bestimmungen (§ 29 SGB V) und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses unterrichtet worden. Mir ist bekannt, dass ich als gesetzlich versicherter Patient das Recht habe, unter Vorlage einer gültigen Krankenversichertenkarte nach den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt zu werden und Anspruch auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung habe. Im Wissen um meinen grundsätzlichen Anspruch auf eine zuzahlungsfreie kieferorthopädische Behandlung wünsche ich für die anstehende Behandlung die oben genannten Mehr- bzw. Zusatzleistungen. Ich bin darüber informiert, dass die Kosten dieser Leistungen soweit zulässig unter Anrechnung der Vertragsleistung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte abgerechnet werden. Ich verpflichte mich, die anfallenden (Mehr)kosten selbst zu tragen.

---

Ort, Datum

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Kieferorthopäde

---

Unterschrift Zahlungspflichtiger

### Anlage 3: Anlage zur Vereinbarung von privatärztlichen Leistungen bei kieferorthopädischer Behandlung vom \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Kieferorthopäde, Adresse

\_\_\_\_\_  
Patient, Adresse

#### Information für den Patienten über die voraussichtlich entstehenden Kosten der kieferorthopädischen Behandlung

Sie haben sich für privatärztliche Leistungen im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung entschieden. Ergänzend zur Vereinbarung über diese Leistungen vom \_\_\_\_\_ erhalten Sie die nachstehende Kostenaufstellung zur Information.

Kosten der vertragszahnärztlichen Versorgung, die Ihre Krankenkasse übernimmt	EUR	Kosten gemäß der Vereinbarung privatärztlicher Leistungen, die von Ihnen zu tragen sind	EUR
Zahnärztliches Honorar		Zahnärztliches Honorar	
Material- und Laborkosten		Material- und Laborkosten	
Voraussichtliche Gesamtkosten der vertragszahnärztlichen Behandlung		Voraussichtliche Kosten der privat zahnärztlichen Leistungen	
Vorläufiger Kassenanteil (Honorar und Material- und Laborkosten)		Ggf. abziehbare Beträge für zahnärztliche Kassenleistungen nach BEMA-Z	
Ihr vorläufiger Eigenanteil hieran beträgt 20/10 % (Erläuterung siehe Hinweise für den Patienten)		Summe der von Ihnen voraussichtlich zu tragenden Zusatzkosten für die vereinbarten privatärztlichen und zahntechnischen Leistungen	
Ihr Eigenanteil nach Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung gemäß Behandlungsplan vom _____	0		

#### Hinweise für den Patienten:

Die Kosten der Vertragsleistungen übernimmt Ihre Krankenkasse in voller Höhe. Hierzu zählen das Honorar nach dem BEMA und die Material- und Laborkosten nach dem BEL II. Sie haben allerdings zunächst einen Anteil in Höhe von 20 % der Kosten an Ihren Zahnarzt zu zahlen. 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 dieser Anteil für das zweite und jedes weitere Kind nur 10 %. Wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist, zahlt die Krankenkasse diesen Anteil an Sie zurück.

# Abrechnung kompakt: **Kieferorthopädie**

Kieferorthopädische Behandlungen für gesetzlich Versicherte sowie für Privatpatienten werden längst nicht mehr ausschließlich im Kindesalter erbracht, sondern – durch die gestiegenen ästhetischen Ansprüche – häufig auch im Erwachsenenalter. Für alle Behandlungsfälle gilt: Eine vollständige Abrechnung aller erbrachten Leistungen ist die wichtigste wirtschaftliche Ressource für die behandelnde Praxis.

Abrechnung kompakt Kieferorthopädie beleuchtet sowohl die Abrechnungswege für GKV-Patienten und Privatpatienten, als auch Mehr-, Zusatz- und außervertragliche Leistungen beim Kassenpatienten. Ziel dieses Fachbuches ist es, Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden, kieferorthopädisch tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzten sowie deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Abrechnung der erbrachten Leistungen zu erleichtern und versteckte Ressourcen zu entdecken.

## **Aus dem Inhalt:**

- rechtliche und vertragliche Grundlagen
- kieferorthopädisch relevante BEMA-Positionen
- kieferorthopädisch relevante GOZ- und GOÄ-Positionen
- Begründungskatalog
- Mehr-, Zusatz- und außervertragliche Leistungen
- Grundlagen der betriebswirtschaftlichen Kalkulation
- Musterschreiben

ISBN 978-3-944259-69-7



## **Nicole Evers**

ist bundesweit als Trainerin für kieferorthopädische Abrechnung, Praxisorganisation und Personalmanagement tätig. Mit über 25 Jahren Erfahrung in der Kieferorthopädie verfügt sie über weitreichende Kenntnisse in allen Praxisbereichen dieses Fachgebietes. Durch ihre Tätigkeit als Praxismanagerin besitzt sie sowohl langjährige Erfahrung in der Personalführung als auch in der Ausbildungsleitung für Zahnmedizinische Fachangestellte.

Frau Evers ist qualifizierte Praxismanagerin, Betriebswirtin für Management im Gesundheitswesen und zertifizierte Personaltrainerin. Seit 2015 ist sie als Inhaberin von Abacus Praxisconsulting, als Seminarleiterin für alle Themen der KFO-Praxis und als Coach für KFO-Abrechnung sowie Praxis- und Personalmanagement selbstständig.