



DR. HINZ **PRAXIS & WISSEN**

Nicole Evers  
Univ. Prof. Dr. Rolf Hinz

**KFO**

**Das Abrechnungs-ABC**

Gegenüberstellung BEMA - GOZ

**Pocket**edition





# **KFO**

## **Das Abrechnungs-ABC**

Gegenüberstellung BEMA - GOZ

Nicole Evers  
Univ. Prof. Dr. Rolf Hinz

Alle Rechte vorbehalten · Nachdruck, auch auszugsweise, verboten

Layout/Satz: Andreas Dillhöfer, Herne  
Druck: Best Preis Printing ug. & Co KG, Gilching

© zfv Zahnärztlicher Fach-Verlag GmbH, Herne 2022  
15. Auflage 2022

Bestell-Nr. 666001 • ISBN 978-3-944259-88-8

# Vorwort

Liebe Leserin und lieber Leser,

Das Abrechnungs-ABC ist seit vielen Jahren fester Bestandteil des zfv und handliches Nachschlagewerk in vielen Praxen. Die leichtverständlichen Abrechnungskommentare machen das Abrechnungs-ABC zu einem unverzichtbaren Teil der täglichen Abrechnung. Zusätzlich erleichtert die bewährte Gegenüberstellung der Gebührennummern des BEMA und der GOZ den Praxisalltag.

Die vorliegende Auflage basiert auf dem BEMA 2004 und der GOZ 2012 mit dem Kommentar der BZÄK vom Januar 2021. Ebenfalls berücksichtigt wurde die aktuelle Fassung des BMV-Z.

Der KFO-Wissenspeicher trägt zusätzlich zum Verständnis der kieferorthopädischen Fachbegriffe und der rechtlichen Vorgaben bei.

Herne, 2022

Univ. Prof. Dr. Rolf Hinz

Nicole Evers

**Dieser Titel behandelt BEMA-/GOZ-Positionen  
„Kieferorthopädische Leistungen.“**

Zahnärztlicher Fach-Verlag GmbH, Herne 2022

Bestell-Nr. 666001 · ISBN 978-3-944259-88-8

# Inhalt

Kapitel 1: Rechtliche Grundlagen	<b>7</b>
Kapitel 2: Auszüge	<b>29</b>
– aus dem Bundesmantelvertrag Zahnärzte (BMV-Z)	
– aus den Anlagen des BMV-Z	
– Behandlungsrichtlinie	
 KFO-Richtlinien	<b>110</b>
 Kapitel 3: BEMA/GOZ	<b>127</b>
 Kapitel 4: KFO-Wissensspeicher	<b>357</b>
 Kapitel 5: Stichwortverzeichnis	<b>409</b>

# 1. Rechtliche Grundlagen

# Auszüge aus dem Sozialgesetzbuch (SGB), Fünftes Buch (V)

**Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), Stand 12.12.2019**

## **§ 12 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.

## **§ 13 Kostenerstattung**

- (1) Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsehen.
- (2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten

zu tragen sind. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. Nicht im vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Absatz 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent in Abzug bringen. Im Falle der Kostenerstattung nach § 129 Absatz 1 Satz 5 sind die der Krankenkasse entgangenen Rabatte nach § 130a Absatz 8 sowie die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Absatz 1 Satz 3 und 4 zu berücksichtigen; die Abschläge sollen pauschaliert werden. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden.

- (3) Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur

medizinischen Rehabilitation werden nach § 15 des Neunten Buches erstattet.

- (3a) Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antrags-  
eingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellung-  
nahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Kranken-  
versicherung, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen  
nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse  
eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie  
diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten  
hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt  
innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Wird ein  
im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gut-  
achterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab An-  
tragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden;  
der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung.  
Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht  
einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Dar-  
legung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mit-  
teilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach  
Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungs-  
berechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung  
selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch ent-  
standenen Kosten verpflichtet. Die Krankenkasse berichtet dem  
Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die An-  
zahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kosten-  
erstattungen vorgenommen wurden. Für Leistungen zur medizi-  
nischen Rehabilitation gelten die §§ 14, 15 des Neunten Buches

zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbst beschaffter Leistungen.

- (4) Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen aufgrund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbeitrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich,

kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

- (5) Abweichend von Absatz 4 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.

## **§ 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung**

- (1) Die ärztliche Behandlung umfaßt die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist. Die Partner der Bundesmantelverträge legen für die ambulante Versorgung beispielhaft fest, bei welchen Tätigkeiten Personen nach Satz 2 ärztliche Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind. Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

- (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 Rah-

men einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

### **§ 29 Kieferorthopädische Behandlung**

- (1) Versicherte haben Anspruch auf kieferorthopädische Versorgung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht.
- (2) Versicherte leisten zu der kieferorthopädischen Behandlung nach Absatz 1 einen Anteil in Höhe von 20 v. 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 v. 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.

## 2. Auszüge aus dem Bundes- mantelvertrag Zahnärzte

# (BMV-Z) zur kieferorthopädischen Behandlung

Stand: 01.01.2021

**Der Bundesmantelvertrag Zahnärzte wurde von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und den Bundesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen beschlossen, der die gesamte kassenzahnärztliche Versorgung der Berechtigten gegenüber den Krankenkassen regelt. Die bisher für Primär- und Ersatzkassen getrennt verhandelten Verträge BMV-Z und EKV-Z wurden zu einem Vertrag zusammengeführt, der am 01.07.2018 in Kraft getreten ist. Nachfolgend werden die Auszüge aus dem BMV-Z wiedergegeben, die die kieferorthopädische Behandlung, Antragstellung und Abrechnung berühren.**

## **§ 1 – Vertragsgegenstand**

- (1) Dieser Vertrag regelt den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge über die vertragszahnärztliche Versorgung. Seine Regelungen sind Bestandteil der Gesamtverträge.
- (2) Die im Inhaltsverzeichnis gelisteten Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages.

### **Kommentar**

Im Fall der kieferorthopädischen Abrechnung sind folgende Anlagen zu beachten (siehe auch ab Seite 96)

- Anlage 1 Behandlungsplanung
- Anlage 4 Vereinbarung über das Antrags- und Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der kieferorthopädischen Behandlung
- Anlage 8a Vertrag über den Datenaustausch
- Anlage 14a Formulare für die vertragszahnärztliche Versorgung (insbesondere Nr. 4a – c)

### **§ 2 – Geltungsbereich**

Der Vertrag erstreckt sich auf den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches.

### **Kommentar**

Maßgeblich für die kieferorthopädische Behandlung sind die §§ 28 und 29 im SGB V

## Abschnitt 2 – Gegenstand und Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung

### § 3 – Umfang und Inhalt der vertragszahnärztlichen Versorgung

- (1) Die vertragszahnärztliche Versorgung umfasst insbesondere:
1. die zahnärztliche Behandlung gemäß § 28 Absatz 2 Satz 1 SGB V,
  2. die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen einschließlich Suprakonstruktionen, soweit sie § 56 Absatz 2 SGB V entspricht,
  3. die kieferorthopädische Behandlung gemäß §§ 28 Absatz 2 und 29 SGB V,
  4. implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion gemäß § 28 Absatz 2 Satz 9 SGB V,
  5. Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) gemäß § 22 SGB V,
  6. Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gemäß § 26 Absatz 1 Sätze 2 und 3 SGB V,
  7. die zahnärztliche Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, von Krankentransporten, von Krankenhausbehandlung,
  8. die zahnärztliche Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit,
  9. die Ausstellung von Bescheinigungen und die Erstellung von Berichten, welche die Krankenkasse oder der Medizinische Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder welche die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen,

10. die in Notfällen ambulant ausgeführten zahnärztlichen Leistungen durch nicht an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende Zahnärzte.
- (2) Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört auch die Versorgung der Versicherten außerhalb der Praxisräume des Zahnarztes, insbesondere die aufsuchende Versorgung von Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind, Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten und die die Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder Einschränkung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können (§ 87 Absatz 2i SGB V) sowie die aufsuchende Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines Kooperationsvertrags (§ 87 Absatz 2j SGB V).
  - (3) Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung sind auch die zahntechnischen Leistungen.
  - (4) Vertragsleistungen sind die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen – BEMA – (Anlage A) aufgeführten Leistungen.
  - (5) Die Vertragsleistungen 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 Vertragszahnärzte im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewil-

ligen. Der Vertragszahnarzt hat insbesondere darauf zu achten, dass der Behandlungsaufwand in einem sinnvollen Verhältnis zur Prognose und zur erreichbaren Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten steht. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Die zahnärztlichen Leistungen müssen angemessen vergütet werden.

- (6) Die vertragszahnärztliche Versorgung umfasst keine Leistungen, für die die Krankenkassen nicht leistungspflichtig sind. Nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehören insbesondere:
1. Leistungen, die nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallen,
  2. Leistungen, die von anderen Leistungserbringern (z. B. Vertragsärzten oder Heil- und Hilfsmittelerbringern) erbracht werden; dazu gehören vor allem die Behandlung von Mund- und Kieferkrankheiten durch die als Vertragsärzte zugelassenen Ärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, soweit diese über die Kassenzahnärztliche Vereinigung abgerechnet werden, von Vertragsärzten gelegentlich vorgenommene einfache Verrichtungen (z. B. Zahnextraktion) sowie die Leistungen, die auf Veranlassung von Vertragszahnärzten durch an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene bzw. ermächtigte ärztliche Leistungserbringer ausgeführt werden,
  3. Reihen-, Einstellungs- und Tauglichkeitsuntersuchungen, auch wenn sie in Betrieben oder Schulen erfolgen oder für Angehörige bestimmter Berufsgruppen vorgeschrieben sind,

4. Leistungen, für die andere Kostenträger (z. B. Träger der Unfall- oder Rentenversicherung, Sozialhilfeträger) zuständig sind,
  5. die Ausstellung von Bescheinigungen, die nicht zur Durchführung von Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung und nicht für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts erforderlich sind (z. B. sonstige Bescheinigungen für den Arbeitgeber, Bescheinigungen für private Versicherungen).
- (7) Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind Bestandteil des Vertrages. Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten, die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (im Folgenden KZVen genannt) die Vertragszahnärzte, die Vertragszahnärzte im Einzelfall die Versicherten über den durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelten Umfang des Versorgungsanspruchs.

### **Kommentar**

- zu Abs. 3: Die zahntechnischen Leistungen sind gemäß BEL II zu berechnen. Die jeweils aktuellen BEL-Preislisten werden von der zuständigen KZV herausgegeben. Für das Kfo-Eigenlabor ist die entsprechende Liste zu verwenden.
- zu Abs. 4 und 5: Leistungen, die nicht im BEMA aufgeführt sind, bzw. über die Leistungsbeschreibung im BEMA hinausgehen, sind mit dem Patienten gesondert zu vereinbaren (AVL = außervertragliche Leistungen). Die Vereinbarung sollte schriftlich erfolgen. Die Berechnung der Leistungen hat gemäß GOZ zu erfolgen. Eine Berechnung mittels Pauschalen ist nicht gestattet.

# Anlage 14a zum BMV-Z

## **Formulare für die vertragszahnärztliche Versorgung, Stand 01.01.2021**

Auf den folgenden Seiten finden sich Muster aller Formulare, die für die kieferorthopädische Praxis bestimmt sind:

- Vordruck 2 - Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch
- Vordruck 4a - KFO-Behandlungsplan
- Vordruck 4b - Mitteilung an den Patienten nach § 29 Absatz 1 SGB V
- Vordruck 4c - Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung
- Vordruck 6a - Auftrag zur Begutachtung
- Vordruck 6c - Ergebnis Begutachtung (KFO)
- Vordruck 6d - Abrechnung Begutachtung
- Vordruck 9 - Zahnärztliche Heilmitteilverordnung

## Vordruck 2: Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch – Gültig ab 01.07.2018

Krankenkasse Einz. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten <span style="float: right;">geb. am</span>		
Kostentragungsmöglichkeit	Versicherten-Nr.	Status
Vertragskennzeichen-Nr.		Datum

**Behandlungsplan für**

Kiefergelenkserkrankung

Kieferbruch

---

**Angaben über Ort, Zeit und Ursache des Unfalls sowie Art der Verletzung** (nur bei Kieferbruch)  
**Anamnese/Befunde/Diagnose** (nur bei Kiefergelenkserkrankungen)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Vorgesehene Behandlung**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Stationäre Behandlung Voraussichtliche Dauer: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 Krankenhaus: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**Kostenübernahme der Krankenkasse** (Begründung ggf. auf besonderem Blatt)

Die Kosten für die Behandlung  werden übernommen  werden nicht übernommen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

Anschriftfeld der Krankenkasse	Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse	Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes
--------------------------------	--	--

Muster

BIMBEZUGSFORMULAR Nr. 2017/18/19a - www.bmv-z.de  
 Stand: 01.07.2018

# Vordruck 4a: KFO-Behandlungsplan

## Gültig ab 01.07.2018

Kontenklasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten: _____ geb. am _____ Kontenabgrenzung: _____ Versicherungs-Nr. _____ Status _____ Vertragsnummer (KfK) _____ Datum _____	<input type="checkbox"/> <b>KFO-Behandlungsplan</b> <input type="checkbox"/> <b>KFO-Therapieänderung</b> <input type="checkbox"/> <b>KFO-Verlängerungsantrag</b> Behandlungsbeginn Quartal: _____ Behandlungsbeginn Quartal: _____ Krankheitsliche Dauer Quartal: _____ KfG-Einstufung: _____																																																												
<b>Anamnese</b>																																																													
<b>Diagnose</b>																																																													
OK																																																													
UK																																																													
<b>Bislage</b>																																																													
Therapie Frühbehandlung (KFO-Richtlinie Nr. 6 a-c) <input type="checkbox"/> Frühe Behandlung (KFO-Richtlinie Nr. 6 d) <input type="checkbox"/>																																																													
OK																																																													
UK																																																													
<b>Bislage</b>																																																													
<b>Verwend. Geräte</b>																																																													
<b>Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen</b> (Zahl eintragen, ggf. ankreuzen)																																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Ä 928 a</th> <th colspan="2">b</th> <th colspan="2">c</th> <th colspan="2">d</th> <th colspan="2">Ä 928</th> <th colspan="2">Ä 934 a</th> <th colspan="2">b</th> <th colspan="2">Ä 935 a</th> <th colspan="2">b</th> <th colspan="2">c</th> <th colspan="2">d</th> <th colspan="2">5</th> <th colspan="2">7 a</th> <th colspan="2">12</th> <th colspan="2">116</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>117</td><td>118</td><td>119</td><td>120</td><td>a</td><td>b</td><td>c</td><td>d</td><td>127</td><td>a</td><td>b</td><td>128</td><td>a</td><td>b</td><td>c</td><td>130</td><td>131</td><td>a</td><td>b</td><td>c</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>		Ä 928 a		b		c		d		Ä 928		Ä 934 a		b		Ä 935 a		b		c		d		5		7 a		12		116		117	118	119	120	a	b	c	d	127	a	b	128	a	b	c	130	131	a	b	c										
Ä 928 a		b		c		d		Ä 928		Ä 934 a		b		Ä 935 a		b		c		d		5		7 a		12		116																																	
117	118	119	120	a	b	c	d	127	a	b	128	a	b	c	130	131	a	b	c																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>OK 119</th> <th>I</th> <th>II</th> <th>III</th> <th>IV</th> <th>V</th> <th>Summe</th> <th>Buchst.</th> <th>Sonstige Leistungen:</th> <th>Geb.-Nr.</th> <th>Arz.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OK 119</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>120</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		OK 119	I	II	III	IV	V	Summe	Buchst.	Sonstige Leistungen:	Geb.-Nr.	Arz.	OK 119											120																																					
OK 119	I	II	III	IV	V	Summe	Buchst.	Sonstige Leistungen:	Geb.-Nr.	Arz.																																																			
OK 119																																																													
120																																																													
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: right;">Geschätzte Material- u. Laborkosten EUR</td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 30%; text-align: right;">Voraussichtl. Gesamtkosten EUR</td> </tr> </table>		Geschätzte Material- u. Laborkosten EUR		Voraussichtl. Gesamtkosten EUR																																																									
Geschätzte Material- u. Laborkosten EUR		Voraussichtl. Gesamtkosten EUR																																																											
Anschritt des <b>Mitgliedes</b> _____ Datum Unterschrift und Stempel der <b>Krankenkasse</b> _____ Datum Unterschrift und Stempel des <b>Zahnarztes</b> _____																																																													
<div style="font-size: 48px; opacity: 0.5; transform: rotate(-15deg); pointer-events: none;">Muster</div>																																																													
<b>Entscheidung der Krankenkasse</b> Der Zuschuss zu den aufgeführten Leistungen (Prozente und fixe- und Laborleistungsbetrag) % _____ Anspruch bis _____ mehr ab Quartal _____																																																													



# Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie)

(Auszug)

## A. Allgemeines

1. Die vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen gemäß § 92 Abs. 1 SGB V beschlossenen Richtlinien sichern die Maßnahmen, die im Sinne der §§ 2, 12 Abs. 1 und 70 SGB V Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung der Versicherten bieten sowie eine den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und den medizinischen Fortschritt berücksichtigende Versorgung der Versicherten gewährleisten. Sie sind auf eine ursachengerechte, zahnsubstanzschonende und präventionsorientierte zahnärztliche Behandlung ausgerichtet. Die Richtlinien sind auch Kriterien im Sinne von § 136 Abs. 1 Satz 2 SGB V. Die Abrechenbarkeit der in diesen Richtlinien beschriebenen Maßnahmen regeln die Vertragspartner gemäß § 87 SGB V.
2. Die vertragszahnärztliche Versorgung umfasst die Maßnahmen, die geeignet sind, Krankheiten der Zähne, des Mundes und

der Kiefer nach dem wissenschaftlich anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu verhüten, zu heilen, durch diese Krankheiten verursachte Beschwerden zu lindern oder Verschlimmerungen abzuwenden, soweit diese Maßnahmen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mit verantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an der Krankenbehandlung dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.

Ob die Behandlung zum Erfolg führt, ist auch von der aktiven Mitwirkung des Patienten abhängig; deswegen soll der Zahnarzt (Vertragszahnarzt) den Patienten auf die Notwendigkeit einer ausreichenden Mundhygiene hinweisen. Außerdem soll der Zahnarzt den Patienten darauf hinweisen, dass eine zahnärztliche Behandlung einer entsprechenden Mitarbeit des Patienten bedarf. Einzelheiten über die erforderliche Mitarbeit des Patienten werden für die einzelnen Behandlungsbereiche in den Richtlinien näher beschrieben.

3. Maßnahmen, die lediglich kosmetischen Zwecken dienen, gehören nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung.
4. 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 auf

eine zweckmäßige Verwendung der von der Gemeinschaft aufgebrauchten Mittel der Krankenversicherung zu achten. Das Maß des medizinisch Notwendigen darf nicht überschritten werden. Die diagnostischen Maßnahmen und die Therapie haben dem Gebot der Wirtschaftlichkeit zu entsprechen.

5. Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört die Tätigkeit eines Zahnarztes auch dann, wenn er sie auf Veranlassung eines Arztes vornimmt.
6. Bei der vertragszahnärztlichen Versorgung sind Maßnahmen der Praxishygiene und des Infektionsschutzes von Patienten, Personal und Zahnärzten sorgfältig zu beachten.
7. Es sollen nur Untersuchungs- oder Heilmethoden angewandt werden, deren diagnostischer und therapeutischer Wert ausreichend gesichert ist. Die Erprobung solcher Methoden auf Kosten der Versicherungsträger ist unzulässig.
8. Die in der vertragszahnärztlichen Versorgung tätigen Zahnärzte haben darauf hinzuwirken, dass auch für sie tätig werdende Vertreter und Assistenten diese Richtlinien kennen und beachten.

## **B. Vertragszahnärztliche Behandlung**

### **I. Befunderhebung und Diagnose einschließlich Dokumentation**

1. Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehören die Befunderhebung und Diagnose sowie ihre Dokumentation. Inhalt und Umfang der diagnostischen Maßnahmen sind in zahnmedizinisch sinnvoller Weise zu beschränken.

Die zahnärztlichen Maßnahmen beginnen, mit Ausnahme von Akut- oder Notfällen, grundsätzlich mit der Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Diese Untersuchung soll in regelmäßigen Abständen wiederholt werden. Sie umfasst diagnostische Maßnahmen, um festzustellen, ob ein pathologischer Befund vorliegt oder ob weitere diagnostische, präventive und/oder therapeutische Interventionen angezeigt sind.

Bei der Untersuchung sollen die klinisch notwendigen Befunde erhoben werden. Sie umfasst auch ggf. die Erhebung des Parodontalen Screening-Index (PSI). Bei Code 1 und 2 liegt eine Gingivitis, bei Code 3 und 4 eine Parodontitis vor.

## **II. Röntgendiagnostik**

1. Die Röntgenuntersuchung gehört zur vertragszahnärztlichen Versorgung, wenn die klinische Untersuchung für eine Diagnose nicht ausreicht oder bestimmte Behandlungsschritte dies erfordern.
2. Röntgenuntersuchungen dürfen nur durchgeführt werden, wenn dies aus zahnärztlicher Indikation geboten ist. Dies kann auch der Fall sein zur Früherkennung von Zahnerkrankungen, z. B. wenn der Verdacht auf Approximalkaries besteht, die klinisch nicht erkennbar ist.
3. Vor Röntgenuntersuchungen ist stets abzuwägen, ob ihr gesundheitlicher Nutzen das Strahlenrisiko überwiegt. Die Strahlenexposition ist auf das notwendige Maß zu beschränken.

Bei Röntgenuntersuchungen von Kindern und Jugendlichen ist ein besonders strenger Indikationsmaßstab zugrunde zu legen.

4. Bei neuen Patienten oder bei Überweisungen sollen nach Möglichkeit Röntgenaufnahmen, die von vorbehandelnden Zahnärzten im zeitlichen Zusammenhang angefertigt worden sind, beschafft werden. Diese Röntgenaufnahmen sollen vom nachbehandelnden Zahnarzt in Diagnose und Therapie einbezogen werden.
5. Für Röntgenuntersuchungen findet die Röntgenverordnung Anwendung. Das gilt auch für die Aufzeichnungspflicht.

## 3. BEMA/GOZ

# Einleitung zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (BEMA)

Der BEMA 2004 wurde durch den erweiterten Bewertungsausschuss für zahnärztliche Leistungen am 04.06.2003 beschlossen. Damit wurde dem Gesetzesauftrag aus § 87 Abs. 2 und 2h SGB V nachgekommen, die Leistungen „entsprechend einer ursachengerechten, zahnschutzschonenden und präventionsorientierten Versorgung“ zu bewerten.

## 1. Richtlinien über die vertragszahnärztliche Versorgung

Im unmittelbaren Zusammenhang mit der Änderung des Bewertungsmaßstabes steht die Neufassung der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen, die ebenfalls zum 1.1.2004 in Kraft traten. Das gilt für die Allgemeinen Behandlungsrichtlinien, die Individualprophylaxe-Richtlinien, die Früherkennungsuntersuchungs-Richtlinien, die **Kieferorthopädie-Richtlinien** und die Zahnersatz-Richtlinien. Bei der Beschlussfassung über die Richtlinien wurde sichergestellt, dass der Inhalt der Richtlinien, insbesondere die Grenzen der Leistungspflicht, mit dem Inhalt des Bewertungsmaßstabes übereinstimmen.

Dies hat eine wichtige Konsequenz für die Zahnärzte. Die Begrenzung des Honoraranspruches bei Mehrkostenvereinbarungen gemäß § 87 SGB V entfällt. Ab 1.1.2004 findet damit die Gebührenordnung bei Mehrkostenvereinbarungen ohne Einschränkung Anwendung.

Mit dem Inkrafttreten eines neuen Bewertungsmaßstabes und neuer Richtlinien zum 1.1.2004 sind die Gesetzaufträge gemäß § 87 Abs. 2d und § 92 Abs. 1a SGB V erfüllt worden.

## **2. Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen**

Der Bewertungsmaßstab enthält folgende Teile, in denen kieferorthopädisch relevante Leistungen enthalten sind:

- Teil 1: Konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen
- Teil 2: Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe)
- Teil 3: Kieferorthopädische Leistungen

Zahnärztliche Leistungen, die in den Teilen 1 bis 6 des Bewertungsmaßstabes nicht aufgeführt sind, können nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden. Voraussetzung ist, dass es sich um Leistungen handelt, die im Rahmen der Ausübung der Zahnheilkunde erbracht werden. Weitere Erläuterungen sind dem Abschnitt 2 „Allgemeine Bestimmungen“ zu entnehmen.

# KFO-Leistungen im BEMA

## **Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen, gültig ab 1.1.2004 in der ab 01.07.2021 gültigen Fassung**

### **Allgemeine Bestimmungen:**

1. Der einheitliche Bewertungsmaßstab gem. § 87, Abs. 2 und 2 h SGB V bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen zahnärztlichen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander.

Der Inhalt des Leistungsanspruches der Versicherten und der Umfang der vertragszahnärztlichen Versorgung ergibt sich auf der Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen des SGB V aus den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen in Verbindung mit dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen.

2. Eine Leistung ist als selbstständige Leistung nicht abrechnungsfähig, wenn sie Bestandteil einer anderen abrechnungsfähigen Leistung ist. Eine Leistung ist aber nur dann abrechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht wird.
3. Zahnärztliche Leistungen, die nicht in diesem Bewertungsmaßstab enthalten sind, werden nach dem Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte vom 12.11.1982 in der jeweils gültigen Fassung bewertet. Zur Ermittlung der Bewertungszahl ist für 9 GOÄ-Punkte 1 BEMA-Punkt anzusetzen. Die ermittelten

Bewertungszahlen sind auf ganze Zahlen aufzurunden. Die Gebührenordnung für Ärzte ist im Rahmen der Ausübung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde nach folgender Maßgabe anzuwenden:

Abschnitte B IV (Nrn. 55, 56, 61, 62), B V, B VI (Nrn. 70, 75), C (**Nrn. 200, 204, 210 – nicht in derselben Sitzung mit operativen Eingriffen oder Wundversorgungen**, Nrn. 250, 251, 252 – nicht für die Injektion zu Heilzwecken – , 253, 254, 255, 271, 272, 300, 303) J, L und N finden Anwendung, soweit der Einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen keine vergleichbaren Leistungen enthält.

- 3a. Für die Berechnung von Wegegeld und Reiseentschädigung gilt § 8 Abs. 2 und 3 GOZ.

*Protokollnotiz zum Beschluss des Bewertungsausschusses für zahnärztliche Leistungen vom 17.12.2012: Zwischen den Vertragspartnern besteht Einigkeit, dass über die Anpassung des Wegegeldes und/oder der Reiseentschädigung spätestens dann zu verhandeln ist, wenn das Wegegeld und/oder die Reiseentschädigung gemäß § 8 Abs. 2 und 3 GOZ für einen Zeitraum von sechs Jahren nicht erhöht worden sind.*

4. Vertragszahnärzte, die auch als Vertragsärzte gem. § 95 Abs. 1 SGB V an der Versorgung teilnehmen, dürfen die in einem einheitlichen Behandlungsfall durchgeführten Leistungen entweder nur über die Kassenzahnärztliche Vereinigung oder nur über die Kassenärztliche Vereinigung abrechnen. Die Abrechnung einzelner Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung

schließt die Abrechnung weiterer Leistungen in einem einheitlichen Behandlungsfall über die Kassenzahnärztliche Vereinigung aus. Die Aufteilung eines einheitlichen Behandlungsfalles in 2 Abrechnungsfälle ist nicht zulässig

5. Die allgemeinen Praxiskosten, auch die durch die Anwendung von zahnärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstehenden Kosten, sind in den abrechnungsfähigen Leistungsansätzen enthalten. Nicht in den Leistungsansätzen enthalten sind die Kosten für Arzneimittel und Materialien, die Kosten für die Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die der Kranke zur weiteren Verwendung behält oder die bei einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, sowie die zahntechnischen Laborkosten, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, und die Versand- und Portokosten. Die Kosten der Röntgendiagnostik – mit Ausnahme der Versand- und Portokosten – sind in den Leistungsansätzen enthalten.
6. Der vom Erweiterten Bewertungsausschuss am 04.06. und 05.11.2003 beschlossene Einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gilt vom 01.01.2004 an, soweit nachstehend nichts Abweichendes geregelt ist.
  - a) Für alle kieferorthopädischen Behandlungsfälle, für die vor dem 01.01.2004 ein kieferorthopädischer Behandlungsplan ausgestellt wurde und die bis zum 31.01.2004 genehmigt wurden und deren Behandlung noch andauert, gelten für die bis zum 30.06.2004 erbrachten Leistungen die Leistungsbeschreibungen und die Bewertungszahlen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und die Abrechnungsbestimmungen in der bis zum

## Konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen

### BEMA Ä 1

#### Beratung eines Kranken – auch telefonisch

**Ber****Bew.-Zahl****9**

1. Eine Leistung nach Nr. Ä 1 kann als alleinige Leistung oder neben der ersten zahnärztlichen Leistung abgerechnet werden. Sie kann jedoch neben Nr. 01 nicht berechnet werden, wenn beide Leistungen in derselben Sitzung erbracht werden. Ferner kann eine Beratungsgebühr nicht neben einer Gebühr für einen Besuch abgerechnet werden.
2. Wenn in dem Behandlungsfall bereits eine Beratungs- oder Besuchsgebühr abgerechnet worden ist, kann auch neben der ersten zahnärztlichen Leistung eine Beratungsgebühr nicht abgerechnet werden.
3. Eine Leistung nach Nr. Ä 1 kann nicht anstelle einer Gebühr für eine Sonderleistung abgerechnet werden.
4. Über die Nrn. Ä 1, 01k oder 01 hinausgehende Möglichkeiten der Abrechnung einer Untersuchung und/oder Beratung bestehen nicht.

**Beratung, auch telefonisch**

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

Berechnungsfähig: je Behandlungsfall

**Abrechnungsbestimmungen**

1. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.
2. Die Leistungen nach den Nummern 1 und/oder 5 sind neben Leistungen nach den Abschnitten C bis O im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.
3. Die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7 und/oder 8 können an demselben Tag nur dann mehr als einmal berechnet werden, wenn dies durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten war. Bei mehrmaliger Berechnung ist die jeweilige Uhrzeit der Leistungserbringung in der Rechnung anzugeben. Bei den Leistungen nach den Nummern 1, 5, 6, 7 und/oder 8 ist eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag auf Verlangen, bei der Leistung nach Nummer 3 generell zu begründen.

5. Eine Leistung nach Nr. Ä 1 zum Zwecke des Abschlusses einer zahnärztlichen Behandlung ist keine abrechnungsfähige Leistung.
6. Die Tatsache, dass sich ein Krankheitsfall über mehrere Abrechnungszeiträume erstreckt (z. B. Wurzelbehandlung, Maßnahmen nach chirurgischen Eingriffen), berechtigt für sich allein den Zahnarzt nicht, in jedem neuen Abrechnungszeitraum die Nr. Ä 1 abzurechnen.
7. Erstreckt sich ein Krankheitsfall über mehrere Abrechnungszeiträume (Quartale), so ist nach vorausgegangener Leistung nach Nr. 01 oder Ä 1 die Nr. Ä 1 im Folgequartal abrechnungsfähig, wenn zwischen der Leistung nach Nr. 01 oder Ä 1 im Vorquartal und der Leistung nach Nr. Ä 1 im Folgequartal ein Zeitraum von 18 Kalendertagen überschritten ist, es sei denn, die Behandlung in diesem Folgequartal geht über den nach Nr. 01 oder Ä 1 erhobenen Befund hinaus. Als alleinige Leistung ist die Nr. Ä 1 immer abrechnungsfähig.
8. Eine Leistung nach Nr. Ä 1 kann nicht im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung abgerechnet werden. Sie ist jedoch dann während einer kieferorthopädischen Behandlung abrechnungsfähig, wenn sie anderen als kieferorthopädischen Zwecken dient.

**Kommentar**

1. Voraussetzung für die Abrechnungsfähigkeit der Ä1 ist, dass die Leistung durch den Zahnarzt/Kieferorthopäden selbst erbracht wurde. Eine Beratung durch die ZFA ist – auch wenn sie auf Weisung des Zahnarztes erfolgte – nicht abrechenbar.
2. Die Beratung kann auch telefonisch erfolgen.
3. Neben der Nr. 1 GOÄ ist in der selben Sitzung eine eingehende Untersuchung nach Nr,0010 berechnungsfähig.
4. Neben der Ä1 ist in der selben Sitzung die Nr. Ä5 oder die Nr. Ä6 berechnungsfähig.
5. Das alleinige Ausstellen eines Rezeptes rechtfertigt nicht den Ansatz der Ä1.

### Kommentar

1. Die Beratung eines Kranken ist eine zahnärztliche Leistung, die auch fernmündlich erfolgen kann. Sie schließt die einfache, nicht eingehende Untersuchung ein, die Erteilung einer Auskunft über die Krankheit, die Aufklärung und Belehrung, die Abgabe von Verhaltensregeln, die Besprechung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, Verordnungen und Ähnliches. Nicht hierunter fallen Terminabsprachen.
2. Die Beratung eines Kranken muss nicht zwangsläufig an den Kranken selbst gerichtet sein. Insbesondere bei der Behandlung von Kindern wird sich die Beratung auch auf die Eltern des Kindes erstrecken.
3. Im Rahmen einer KFO-Behandlung stellt nicht jede Beratung oder Untersuchung eine abrechnungsfähige Leistung nach Nr. Ä 1 dar. Beratungen, Untersuchungen und Kontrollen während einer KFO-Behandlung sind mit der Berechnung der Abschläge abgegolten (BEMA-Nrn. 119/120) – und zwar für bis zu 16 Quartale (plus ggf. der Zeit einer Verlängerung) bzw. so lange, bis das Behandlungsende bescheinigt wurde. Retentionskontrollen, die nach Ende der KFO-Behandlung stattfinden, können als Ä1 berechnet werden.

Werden während einer KFO-Behandlung Beratungsleistungen erbracht, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit den kieferorthopädischen Leistungen stehen, so kann eine Ä1 in Ansatz gebracht werden (z.B. bei der Beratung zu konservierenden/

**Ausstellung von Wiederholungsrezepten und/oder Überweisungen 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 €

Berechnungsfähig: je Behandlungsfall

### Abrechnungsbestimmungen

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

### Kommentar

1. Die Ä2 ist in Ansatz zu bringen, wenn ein Wiederholungsrezept ausgestellt wird.
2. Werden Anweisungen, z. B. zum Tragen der Zahnspange, wiederholt erläutert, kann die Ä2 in Ansatz gebracht werden – auch dann, wenn dieses Gespräch durch die ZFA erfolgt.

# 4. KFO- WISSENS- SPEICHER

### **Abbruch der KFO-Behandlung**

Die vorzeitige, unplanmäßige Beendigung der Behandlung, die keinen oder nur einen Teilerfolg gebracht hat und im Verschulden des Patienten oder in besonderen Umständen des Behandlungsverlaufes liegt, ist unter Angabe der Gründe der zuständigen gesetzlichen Krankenkasse schriftlich mitzuteilen. Für diese Mitteilung kann kein Honorar in Ansatz gebracht werden, jedoch sind die baren Auslagen (Porto) zu berechnen.

Abschlagzahlungen für die Geb.-Nrn. 119/120 BEMA stehen dem Zahnarzt letztmalig für das Quartal zu, in dem der Patient zum letzten Mal behandelt wurde.

Gemäß § 29 SGB V erstattet die Krankenkasse den Eigenanteil des Versicherten nur dann, wenn die Behandlung in medizinisch erforderlichem Umfang abgeschlossen wurde. Davon kann bei einem Behandlungsabbruch nicht ausgegangen werden. Um die Anzahl der Behandlungsabbrüche gering zu halten, sollte bei unplanmäßigem Verlauf vorher der Krankenkasse Mitteilung gemacht werden. Das hat auf dem Formblatt „Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung (§8, Abs. 5 BMV-Z)“ zu geschehen.

### **Abformung eines Kiefers**

Muss während einer laufenden Kfo-Behandlung eine Abformung erfolgen – z. B. für die Reparatur eines Behandlungsgerätes – so kann dies nicht gesondert berechnet werden sondern ist mit den Abschlägen abgegolten. Hiervon ausgenommen sind Abformungen, die zur Herstellung von Planungs- und/oder Diagnostikmodellen im Sinne der Positionen BEMA 7a bzw. GOZ 0060 und 0065 dienen.

### **Abformung beider Kiefer**

Für die vorbereitenden Maßnahmen zur Erstellung von Modellen des Ober- und Unterkiefers besteht dann keine Abrechnungsfähigkeit, wenn diese Maßnahmen lediglich der Herstellung von Arbeitsmodellen dienen.

Eine vertragszahnärztliche Leistung im Sinne der Geb.-Nr. 7a BEMA bzw. GOZ 0060 ist erst dann gegeben, wenn neben den Abdruckmaßnahmen eine diagnostische Auswertung und Planung erfolgt (Leistungstext der Geb.-Nr. 0060 GOZ „[...] Auswertung zur Diagnose oder Planung [...]).

Dieser Leistungsinhalt fällt vornehmlich vor Beginn einer KFO-Behandlung zur Aufstellung des Behandlungsplanes, bei Zwischenbefunden, in der Abschlussphase zur Festlegung der noch notwendigen Retentionszeit und ggf. zur Aufstellung eines Verlängerungsantrages an.

### **Abformmaterial**

Bei gesetzlich versicherten Patienten wird das Abformmaterial pauschal mit 2,80 € je Abformung vergütet. Im Zusammenhang mit nach der GOZ zu liquidierenden Leistungen sind die Kosten für Abformmaterial in tatsächlicher Höhe als Auslagenersatz in Rechnung zu stellen.

## **Abschlagzahlungen**

Wegen der langen Dauer einer KFO-Behandlung ist in der gesetzlichen Krankenversicherung die Zahlung des Honorars nach den Geb.-Nrn. 119/120 BEMA in zwölf gleiche Abschlagzahlungen aufgeteilt worden. Diese werden hintereinander in Rechnung gestellt, soweit eine Behandlung im betreffenden Quartal erfolgt ist. Im zwölften Quartal fällt normalerweise die zwölfte Abschlagzahlung an, unabhängig davon, ob die Behandlung noch weiter andauert. Das Honorar für die Maßnahmen nach den Geb.-Nrn. 119/120 BEMA gilt aber für 16 Behandlungsquartale. Die Quartale 13-16 werden als sogenannte Leerquartale ohne Abschlag abgerechnet. Es werden dann nur die angefallenen kieferorthopädischen Leistungen in Ansatz gebracht. Dauert eine Behandlung über 16 Quartale an, so sind nach einem Verlängerungsantrag weitere Abschlagzahlungen möglich.

In der Gebührenordnung für Zahnärzte gilt das Honorar für die Geb.-Nrn. 6030-6080 GOZ ebenfalls einen Zeitraum von vier Jahren. Der Teiler der Abschlagpositionen ist hierbei dem Behandler überlassen, d. h. die Pos. 6030 - 6080 müssen nicht zwingend in 12 Abschlägen berechnet werden, sondern können in der Anzahl der Behandlungsdauer angepasst werden. Beispiel: geplante Behandlungsdauer 2 Jahre = 8 Abschläge.

# 6. Stichwortverzeichnis

	BEMA	GOZ/GOÄ	Seite
<b>A</b>			
Abbruch der KFO-Behandlung	-	-	43/54/359
Abformmaterial	-	-	68/360
Abformung beider Kiefer, Planungsmodelle	7a	0060	226/231
Abformung eines Kiefers, Planungsmodell	-	0050	227
Abschlagszahlungen	-	-	361
Abschluss der KFO-Behandlung	-	-	362
Aktivierung von Behandlungsmitteln	-	-	363
Allgemeine Bestimmungen (BEMA)	-	-	131
Anästhesie, Oberflächen	-	-	396
Analyse von Kiefermodellen	117	6010	266/267
Anlagen des BMVZ	-	-	65
Anweisungen zur Behandlung an einen anderen Arzt	Ä70	Ä70	180/181
Attachement	126 a	6100	316/317
Aufbewahrungspflicht	-	-	364
Aufzeichnungen	-	-	365
Ausführlicher Befundbericht	Ä75	Ä75	182/183
Auskünfte an private Erstattungsstellen	-	-	365
Auswertung Fernröntgenaufnahme (FRS)	118	6020	270/271

**B**

Band eingliedern	126b	6120	324/325
Band entfernen	126d	6130	328/331
BEB-Liste	-	-	367
Behandlung Mundschleimhauterkrankung	105	4020	242/243
Behandlungsbeginn	-	-	368

	BEMA	GOZ/GOÄ	Seite
Behandlungsplanung, kieferorthopädische	5	0040	252/253
Behandlungsverlauf, Kontrolle	122a	6210	298/299
Behelrende und ermahnende schriftliche Informationen	-	-	368
BEMA	-	-	368
Beratende und behelrende Gespräche	121	6190	292/293
Beratung	Ä 1	Ä1/Ä3	158/159/165
Bescheinigung, Krankheitsbericht, Brief ärztlichen Inhalts	Ä70/Ä75	Ä70, Ä75	180–183
Beseitigen scharfer Zahnkanten	106	4030	246/247
Beseitigung des Diastemas	-	6250	309
Beseitigung schädlicher Gewohnheiten, Dysfunktionen	121	6190	292/293
Beseitigung von Funktionsstörungen, Mundvorhofplatte	121	6200	292/297
Besondere Maßnahmen, Präparieren oder Füllen	12	2030	238/239
Bewertungssystem	-	-	370
Bewertungszahl	-	-	370
Bissnahme	-	-	371
Bissplatte	-	-	371
Bogen	127a–b, 128a–c	6140–6150	332–342
Bogen, Teil	127a–b	6140	332/334/333
Bogen, ungeteilter	128a–c	6150	336/342/337
Bracket eingliedern	126 a	6100	316/317
Bracket entfernen	126 d	6110	328/329
Brief ärztlichen Inhalts, Bescheinigung, Krankheitsbericht	Ä70, Ä75	Ä70, Ä75	180–183

	BEMA	GOZ/GOÄ	Seite
Bundeskknappschaft	-	-	372
Bundemantelvertrag Zahnärzte (BMV-Z)	-	-	29

## D

Dehnplatte	-	-	372
Dentitionsalter	-	-	373
Diagnostische Maßnahmen	-	-	373
Diagramme	-	-	374
Diastema beseitigen	-	6250	309
Druckstelle	-	-	375
Durchbruchstörung	-	-	375
Dysfunktion	-	-	375
Dysfunktionen, schädliche Gewohnheiten, Beseitigung	121	6190	292/293
DVT (Dentale Volumentomographie)	-	Ä5370a	223

## E

Eigenanteil des Patienten	-	-	
Eingliedern KFO-Gerät	122c	6230	298/303/376
Eingehende Beratung	Ä1	Ä 3	158/165
Eingehende Untersuchung	01	0010	184/185
Eingliedern eines Bandes	126b	6120	324/325
Eingliedern eines Bogens	127a–b,128a–c	6140-6150	332–342
Eingliedern eines Brackets	126 a	6100	316/317
Einordnung verlagertes Zahn	-	6260	311
Einschleifen des Gebisses (KFO)	124	-	312
Einstellung der Okklusion	-	6090	289
Einstellung in den Regelbiss	120a–d	6060-6080	282/283

	BEMA	GOZ/GOÄ	Seite
Enface-, Profil-Fotografie	116	6000	260/261
Entfernen eines Bandes	126d	6130	328/331
Entfernen eines Brackets	126d	6110	328/329
Entfernen harter Zahnbeläge	107	4050/4055	248/249
Epikrise	-	-	378
Erfassungsschein	-	-	378
Ermahnung der Patienten und Eltern	-	-	379
Erörterung Auswirkungen einer Krankheit	-	Ä34	175
Erstattung des Eigenanteils bei Behandlungsabschluss	-	-	380

## F

Fernröntgenseitenaufnahme (FRS)	Ä934a	5090	204/205
Formulare, Vordrucke	-	-	95
Fotografie, Profil-, Enface-Aufnahme	116	6000	260/261
Fremdanamnese, Unterweisung der Bezugsperson	-	Ä4	169
FRS-Auswertung	118	6020	270/271

## G

Ganze Hand, Röntgenaufnahme	Ä928	5030	196/197
Gaumennahterweiterung	-	-	384
Gebiss einschleifen (KFO)	106	4030	246/247
Gebissformer	-	-	384
Gebührenrahmen der GOÄ	-	-	384
Gebührenrahmen der GOZ	-	-	386
Germektomie	-	-	387
Gesichtsmaske	131c	-	354

	BEMA	GOZ/GOÄ	Seite
Gutachterverfahren	-	-	388

**H**

Habits, Beseitigung	121	6190	292/293
Harte Zahnbeläge entfernen	107	4050/4055	248/249
Headgear	130	6160	346/347
Heil- und Kostenplan KFO	5	0040	252/253
Herstellung KFO-Gerät, vorbereitende Maßnahmen	122b	6220	298/303

**I**

Intra-/extraorale Verankerung	130	6160	346/347
Intraoralscan	-	0065	235

**K**

Kephalometrische Auswertung	118	6020	270/271
KFO-Behandlung, Abbruch	-	-	43/54/359
KFO-Behandlung, Abschluss	-	-	362
KFO-Gerät einfügen	122c	6230	298/303
KFO-Gerät, Wiederherstellung	125	6180	314/315
KFO-Richtlinien	-	-	110
Kiefermodellanalyse	117	6010	266/267
Kieferorthopädische Behandlungsplanung	5	0040	252/253
Kieferorthopädische Indikationsgruppen	-	-	112-113/390
Kieferorthopädische Untersuchung	01K	-	190
Kieferumformung	119a–d	6030-6050	274/275
KIG, Tabelle	-	-	112–113
Konsiliarische Erörterung	181	Ä60	174/179

	BEMA	GOZ/GOÄ	Seite
Kontrolle Behandlungsverlauf	122a/123b	6210	298/310/299
Kopf-Kinn-Kappe	-	6170	349
Kostenerstattung	-	-	9
Kostenübernahmeerklärung in der gesetzlichen Krankenversicherung	-	-	391
Krankheitsbericht, Brief ärztlichen Inhalts, Bescheinigung	Ä70, Ä75	Ä70, Ä75	180–183

## L

Lippenbändchen	-	-	393
Lückenhalter	123a–b	6240	304/310/305

## M

Maßnahmen zur Einstellung des Regelbiss	120 a–d	6060–6080	282/283
Maßnahmen zur Einstellung Okklusion	-	6090	289
Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers	119 a–d	6030–6050	274/275
Maßnahmen zur Wiederherstellung	125	6180	314/315
Modellanalyse	117	6010	266/267
Mehrwertsteuer	-	-	393
Multibandbehandlung	-	-	394
Mundschleimhautrekrankung, Behandlung	105	4020	242/243
Mundvorhofplatte, Beseitigung von Funktionsstörungen	121	6190	292/293
Mundvorhofplatten	-	-	395

	BEMA	GOZ/GOÄ	Seite
<b>O</b>			
Obergutachten	-	-	396
Offenhalten einer Lücke, vorzeitiger Zahnverlust	123a–b	6240	304/310/305
Okklusionseinstellung	-	6090	289
Optisch-elektronische Abformung	-	0065	235
Orthopantomogramm	Ä935d	5004	210/211
<b>P</b>			
Panoramaaufnahme beider Kiefer	Ä935d	5004	210/211
Panoramaaufnahme ein Kiefer, Schädelteilaufnahme	Ä935a–c	5004	210/211
Planungsmodell, ein Kiefer	-	0050	227
Planungsmodelle, beide Kiefer	7a	0060	226/231
Positioner	-	-	397
Präparieren oder Füllen, besondere Maßnahmen	12	2030	238/239
Privatärztliche Verrechnungsstellen	-	-	397
Profil-, Enface-Fotografie	116	6000	260/261
Prognose	-	-	397
<b>R</b>			
Regelbisseinstellung	120a–d	6060-6090	282/283
Reparatur KFO-Gerät	125	6180	314/315
Retentionsbehandlung	-	-	398
Rezept	-	Ä2	163

	BEMA	GOZ/GOÄ	Seite
Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung	-	-	110
Röntgenaufnahme der ganzen Hand	Ä928	Ä5037	196/203
Röntgenaufnahme, Schädel	Ä934a–c	5095,5090	204/205
Röntgendiagnostik, Einzelaufnahmen	Ä925a–d	5000	216/217
Röntgenverordnung	-	-	400
Röntgenwiederholungsaufnahmen	-	-	401

## S

Scan	-	0065	235
Schädelaufnahme	Ä934a–c	5095,5090	204/205
Schädelteilaufnahme, Panoramaaufnahme ein Kiefer	Ä935a–c	5004	210/211
Schädelteile in Spezialprojektion	-	Ä5095	205
Scharfe Zahnkanten beseitigen	106	4030	246/247
Separieren	12	2030	238/239
Set-up	-	-	402
Skeletalter, Bestimmung	Ä928	Ä5037	196/203
Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)	-	-	9
Spanngummi	12	2040	238/241
Symptombezogene Untersuchung	-	Ä5	171

## T

Teilaufnahme des Schädels, Panoramaaufnahme ein Kiefer	Ä935a–c	5004	210/211
Teilbogen	127a–b	6140	332/334/333
Therapie	-	-	402

	<b>BEMA</b>	<b>GOZ/GOÄ</b>	<b>Seite</b>
Trimmen von Kiefermodellen	-	-	403

**U**

Umformung eines Kiefers	119a–d	6030-6050	274/275
Ungeteilter Bogen	128a–c	6150	336/340/342/337
Unterfütterung	-	-	404
Untersuchung, eingehende	01	0010	184/185
Unterweisung der Bezugsperson, Fremdanamnese	-	Ä4	169

**V**

Verankerung, intra-extraoral	130	6160	346/347
Vergütung zahntechnischer Leistungen	-	-	19
Verlagerter Zahn, Einordnung	-	6260	311
Verlängerungsantrag	-	-	404
Vitalitätsprüfung	-	-	405
Vollständige körperliche Untersuchung	-	Ä6	173
Vorbereitende Maßnahmen, Abformung	7a	0050/0060	226/227/231
Vorbereitende Maßnahmen, Herstellung KFO-Gerät	122b	6220	298/297
Vordrucke, Formulare	-	-	95
Vorzeitiger Zahnverlust, Offenhalten einer Lücke	123a–b	6240	304/310/305

**W**

Wachstumsanalyse	118	6020	270/271
Wechsel der Krankenkasse	-	-	406
Wechsel des Kieferorthopäden	-	-	406

	BEMA	GOZ/GOÄ	Seite
Wiederherstellung KFO-Gerät	125	6180	314/315
Wiedereingliederung Bogen	129	6140/6150	344/333/337
Wiederholungsrezept	-	Ä2	163

## Z

Zahnbeläge, harte, entfernen	107	4050/4055	248/249
Zahntechnik, Vergütung	-	-	19
Zähne, Röntgendiagnostik	Ä925a–d	5000	216/217
Zuschlag computergesteuerte Analyse	-	Ä5377	225
Zuschlag zur digitalen Radiographie	-	5298	219
Zwischenbefund	-	-	408

# **KFO - Das Abrechnungs-ABC**

## Gegenüberstellung BEMA - GOZ

Das KFO-Abrechnungs-ABC aus der handlichen zfv-Pocketedition erleichtert die bewährte Gegenüberstellung der Gebührennummern des BEMA und der GOZ bei der Abrechnung. Das übersichtliche Nachschlagewerk erleichtert den Praxisalltag auch durch die leicht verständlichen Abrechnungskommentare. Der KFO-Wissensspeicher gibt zusätzlich einen Überblick der wichtigsten kieferorthopädischen Fachbegriffe.

Die aktuelle Ausgabe basiert auf dem BEMA 2004 und der GOZ 2012 mit dem Kommentar der BZÄK vom Januar 2021. Ebenfalls berücksichtigt wurde die aktuelle Fassung des BMV-Z.

### Nicole Evers

Bundesweit tätige Trainerin für KFO-Abrechnung, Praxisorganisation und Personalmanagement. Praxismanagerin, Betriebswirtin für Management im Gesundheitswesen, zertifizierte Personaltrainerin und Inhaberin von Abacus Praxisconsulting.

### Univ. Prof. Dr. Rolf Hinz

Abschluss des Studiums der Zahnheilkunde an der Humboldt-Universität Berlin, Facharzt für Kieferorthopädie, Universitätsprofessor am Lehrstuhl Kieferorthopädie Universität Witten-Herdecke, Gründer des Dr. Hinz KFO-Fachlabors, des Zahnärztlichen Fach-Verlages und der HARANNI ACADEMIE und HARANNI CLINIC in Herne.