Olga Ebert
Sabine Stockmann

# Abrechnungsbuch für Zahnmedizinische Fachangestellte

## Band 1: Kostenträger, Kariestherapie, Endodontie, Chirurgie

1. Auflage

VERLAG EUROPA-LEHRMITTEL
Nourney, Vollmer GmbH & Co. KG
Düsselberger Straße 23
42781 Haan-Gruiten

**Europa-Nr.: 66411**

**Autorinnen:**
Olga Ebert
Sabine Stockmann

**Verlagslektorat:**
Tanja Löhr-Michels

**Die Autorinnen**

**Sabine Stockmann** (Studiendirektorin, Dipl. Berufspädagogin [Univ.], Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin für das Lehramt an beruflichen Schulen mit dem Zweitfach Biologie [Staatsexamen]) wurde 1983 in Bernburg geboren. Nach einer Ausbildung zur Zahnmedizinischen Fachangestellten arbeitete sie in Zahnarztpraxen sowie Zahnkliniken in den Bereichen Chirurgie, Prophylaxe und Verwaltung. Hier war sie zudem für das betriebliche Ausbildungswesen zuständig. Es folgte ein Studium an der Technischen Universität München zur Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin für das Lehramt an beruflichen Schulen sowie zur Diplom-Berufspädagogin. Seit 2013 ist sie bei der Stadt München an der Berufsschule für Zahnmedizinische Fachangestellte tätig und übernahm 2019 die Fachkoordination in den Bereichen Zahnmedizin und Abrechnungswesen.

**Olga Ebert** (Studiendirektorin; Pädagogin [Master of Education]) wurde 1978 in Kasachstan geboren. Nach einer Ausbildung zur Zahnmedizinischen Fachangestellten und Berufstätigkeit war sie zudem im Bereich Zahntechnik tätig. Es folgte das Studium zum Master of Education (Gesundheits- und Pflegewissenschaften mit Zweitfach ev. Religion auf Lehramt) an der Technischen Universität München (TUM) und der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU). Seit 2019 ist sie als Lehrerin und seit 2021 als Fachkoordinatorin für Neue Medien und Förderkonzepte sowie für den Bereich Gesundheitsschutz an der Berufsschule für Zahnmedizinische Fachangestellte in München tätig.

Wir widmen dieses Buch allen Auszubildenden. Wir hoffen, dass der Funke überspringt und wir Sie für Ihren Beruf begeistern können. Sie haben eine tolle Ausbildung gewählt, nutzen Sie die Möglichkeiten!

1. Auflage 2024
Druck 5 4 3 2 1

Alle Drucke derselben Auflage sind parallel einsetzbar, da sie bis auf die Korrektur von Druckfehlern identisch sind.

ISBN 978-3-8085-6641-1

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden.

© 2024 by Verlag Europa-Lehrmittel, Nourney, Vollmer GmbH & Co. KG, 42781 Haan-Gruiten
www.europa-lehrmittel.de

Umschlaggestaltung: tiff.any GmbH, 10999 Berlin
Umschlagfoto: © madeinitaly4k – stock.adobe.com
Satz: Punkt für Punkt GmbH · Mediendesign, 40549 Düsseldorf
Druck: optimal media GmbH, 17207 Röbel/Müritz

# Vorwort

In diesem **Lehrbuch** finden **Auszubildende** zur/zum **Zahnmedizinischen Fachangestellten** alle grundlegenden Informationen zum **zahnärztlichen Abrechnungswesen**, geordnet nach den **Lernfeldern** des **Rahmenlehrplans 2022**. Die Darstellungen sind praxisorientiert und lehrplangerecht. Lehrkräfte finden Übungs- und Anschauungsmaterial zur individuellen Ausarbeitung des Unterrichts.

Neben dem **Grundlagenwissen** machen **Übungsaufgaben** fit für die Prüfung. **Zusätzliche Übung** sind bequem über einen **QR-Code erreichbar**, der sich in der Randspalte befindet.

**Unser Wegweiser durch das Buch:**

**Band 1** beinhaltet die Abrechnungsthemen der Lernfelder 2, 4, 5 und 6.
Jedes Kapitel hat ein eigenes **Icon** und ein **Farbregister** zur schnellen Orientierung.

Kostenträger (LF 2)

Endodontie (LF 5)

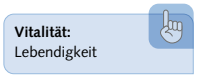
Kariestherapie (LF 4)

Chirurgie (LF 6)

Unsere sympathische **Musterfamilie Neumann** kommt mit typischen Zahnbehandlungsfällen in die Praxis.

Bei jeder Abrechnungsposition wird klar erläutert, was abrechenbar ist und was nicht.

Hand und Stift geben Hinweise zum korrekten Ausfüllen der Erfassungsscheine.




Die Merke-Kästen liefern Definitionen und wiederholen situationsgerecht zahnmedizinische Inhalte.

Hier sind Sie gefragt: Beispiele werden mit Verständnisfragen kombiniert.

Wir wünschen Ihnen viel Freude bei der Arbeit mit unserem Lehrbuch.

Über Ihre Anregungen freuen wir uns unter: lektorat@europa-lehrmittel.de

*Winter 2023/2024* *Autorinnen und Verlag*

# Inhaltsverzeichnis

**Vorwort** . . . . . 3

**Lernfeld 2 – Patienten empfangen und begleiten**

**1 Grundlagen der Leistungsabrechnung** . . . . . 7
1.1 Die Deutsche Sozialversicherung . . . . . 7
1.2 Die gesetzliche Krankenversicherung . . . . . 8
1.3 Die Krankenkassen . . . . . 8
1.3.1 Mitglieder und deren Beiträge . . . . . 9
1.3.2 Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) . . . . . 10

**2 Leistungsabrechnung von Kassenpatienten – BEMA** . . . . . 12
2.1 Der einheitliche Bewertungsmaßstab (BEMA) . . . . . 12
2.2 Abrechnung bei Kassenpatienten . . . . . 13
2.3 Der Erfassungsschein (Papierabrechnung) . . . . . 13
2.3.1 Abrechnung über den Erfassungsschein . . . . . 14
2.3.2 Ausfüllen des Erfassungsscheines . . . . . 14
2.4 Privatleistungen bei gesetzlich versicherten Patienten . . . . . 16

**3 Leistungsabrechnung von Privatpatienten – GOZ** . . . . . 17
3.1 Gebührenordnung für Zahnärzte/Gebührenordnung für Ärzte . . . . . 17
3.2 Abrechnung bei Privatpatienten . . . . . 18
3.3 Die Privatabrechnung . . . . . 19
3.3.1 Das Ausfüllen einer Privatabrechnung . . . . . 21

**4 Lage- und Richtungsbezeichnung in der Mundhöhle** . . . . . 23

**5 Leistungen zur Befundaufnahme – BEMA** . . . . . 27
5.1 Eingehende Untersuchung, Beratung, Parodontaler Screening Index und Sensibilitätsprüfung . . . . . 28
5.2 Röntgenleistungen . . . . . 32
5.2.1 Intraorale Röntgenbilder . . . . . 33
5.2.2 Extraorale Röntgenbilder . . . . . 36

**6 Leistungen für Einzelmaßnahmen – BEMA** . . . . . 38

**7 Leistungen zur Befundaufnahme – GOZ und GOÄ** . . . . . 42
7.1 Untersuchungen . . . . . 43
7.2 Beratungen . . . . . 44
7.3 Vitalitätsprüfung, Parodontaler Screening-Index (PSI) . . . . . 45
7.4 Wiederholungsrezept, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und Zuschläge . . . . . 46
7.5 Röntgenleistungen . . . . . 48
7.5.1 Intraorale Röntgenleistungen . . . . . 48
7.5.2 Extraorale Röntgenleistungen . . . . . 48

**8 Leistungen für Einzelmaßnahmen – GOZ** . . . . . 49

**9 Gegenüberstellung der Leistungen von BEMA und GOZ** . . . . . 53

## Lernfeld 4 – Patienten bei der Kariestherapie begleiten

**1 Leistungen bei Kariesbehandlungen – BEMA** . . . . . 55
1.1 Präparieren und Füllen einer Kavität mit plastischem Füllmaterial . . . . . 57
1.2 Mehrkostenabrechnung . . . . . 60
1.3 Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen . . . . . 62
1.4 Stiftverankerung einer Füllung . . . . . 64
1.5 Konfektionierte Kronen und Kronenentfernung . . . . . 65
1.6 Bescheinigung . . . . . 66

**2 Leistungen bei Kariesbehandlungen – GOZ und GOÄ** . . . . . 68
2.1 Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten und Anlegen von Spanngummi (Kofferdam) . . . . . 70
2.2 Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischen Füllungsmaterialien . . . . . 71
2.3 Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien in Adhäsivtechnik . . . . . 72
2.4 Politur einer Füllung . . . . . 73
2.5 Einlagefüllungen, Schraubenaufbau, Adhäsive Befestigung . . . . . 73
2.6 Konfektionierte Krone . . . . . 76
2.7 Einlagefüllungen und Zahnersatzentfernung . . . . . 77
2.8 Bescheinigung . . . . . 78
2.9 Gegenüberstellung der Leistungen der Kariestherapie von BEMA und GOZ . . . . . 79

## Lernfeld 5 – Patienten bei endodontischen Behandlungen begleiten

**1 Leistungen bei endodontischen Behandlungen – BEMA** . . . . . 83
1.1 Anästhesieleistungen . . . . . 83
1.2 Maßnahmen zur Vitalerhaltung der Pulpa . . . . . 86
1.3 Wurzelkanalbehandlung . . . . . 88

**2 Leistungen bei endodontischen Behandlungen – GOZ und GOÄ** . . . . 94
2.1 Anästhesieleistungen . . . . . 94
2.2 Maßnahmen zur Vitalerhaltung der Pulpa . . . . . 96
2.3 Wurzelkanalbehandlung . . . . . 98

**3 Gegenüberstellung der Leistungen von BEMA und GOZ** . . . . . 101

## Lernfeld 6 – Patienten bei chirurgischen Behandlungen begleiten

**1 Leistungen bei chirurgischen Behandlungen – BEMA** . . . . . 103
1.1 Extraktionen . . . . . 104
1.2 Operative Zahnentfernungen und weitere chirurgische Leistungen . . . 105
1.3 Inzision und Exzision . . . . . 110
1.4 Wurzelspitzenresektion . . . . . 112
1.5 Zystenoperationen . . . . . 115
1.6 Weitere chirurgische Maßnahmen . . . . . 117

**2 Leistungen bei chirurgischen Behandlungen – GOZ und GOÄ** . . . . . 123
2.1 Extraktionen . . . . . 124
2.2 Operative Zahnentfernungen und weitere chirurgische Leistungen . . . 125
2.3 Inzision und Exzision . . . . . 131
2.4 Wurzelspitzenresektion . . . . . 132
2.5 Zystenoperationen . . . . . 134
2.6 Weitere chirurgische Maßnahmen . . . . . 136
2.7 Implantation . . . . . 140

**3 Gegenüberstellung der chirurgischen Leistungen von BEMA und GOZ** . . . . . 147

**Bildquellenverzeichnis** . . . . . 150

Oma, Huan Neumann, 74 Jahre alt, gesetzlich versichert

Opa, Franz Neumann, 77 Jahre alt, privat versichert

Mutter, Excelle Neumann, 37 Jahre alt, gesetzlich versichert

Vater, Phillip Neumann, 39 Jahre alt, gesetzlich versichert

Sohn, Oskar Neumann, 15 Jahre alt, gesetzlich versichert

Tochter, Tiffany Neumann, 6 Jahre alt, gesetzlich versichert

Tochter, Sienna Neumann, 3 Jahre alt, gesetzlich versichert

# Lernfeld 2

## Patienten empfangen und begleiten

Im Lernfeld 2 erwerben die Schülerinnen und Schüler Kompetenzen im richtigen Umgang mit den verschiedensten Patientengruppen. Dabei stehen die Patientenaufnahme und -begleitung, sowie die Befundaufnahme, Dokumentation und Leistungsabrechnung im Vordergrund.
Die Grundlagen für die zahnmedizinische Abrechnung, im Hinblick auf Terminologie und Kostenträger, werden im folgenden Kapitel ausführlich dargelegt.

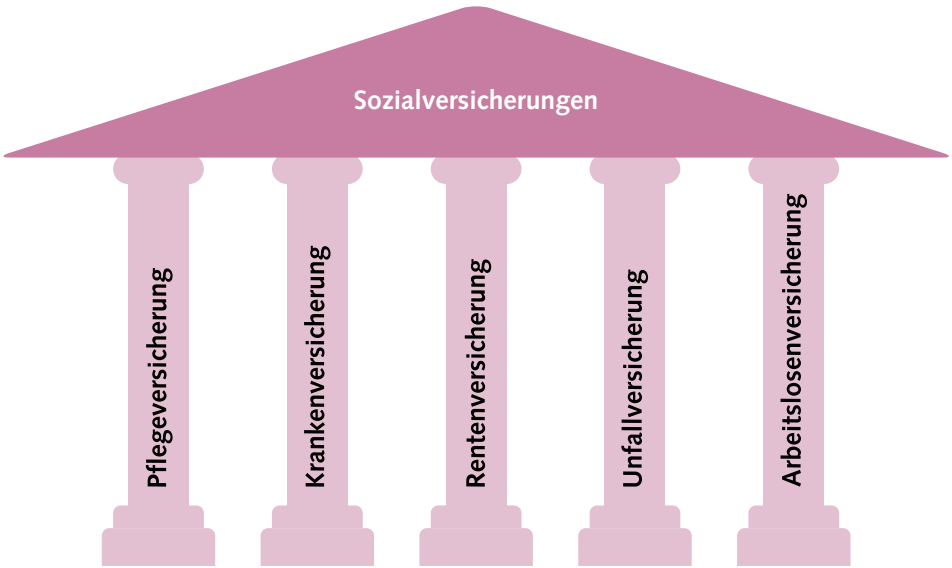
# 1 Grundlagen der Leistungsabrechnung

Zum besseren Verständnis der zahnmedizinischen Abrechnung sind grundlegende Strukturen der Deutschen Sozialversicherung, Krankenkassen und insbesondere deren Vertrags- und Regelwerke von besonderer Bedeutung.

## 1.1 Die Deutsche Sozialversicherung

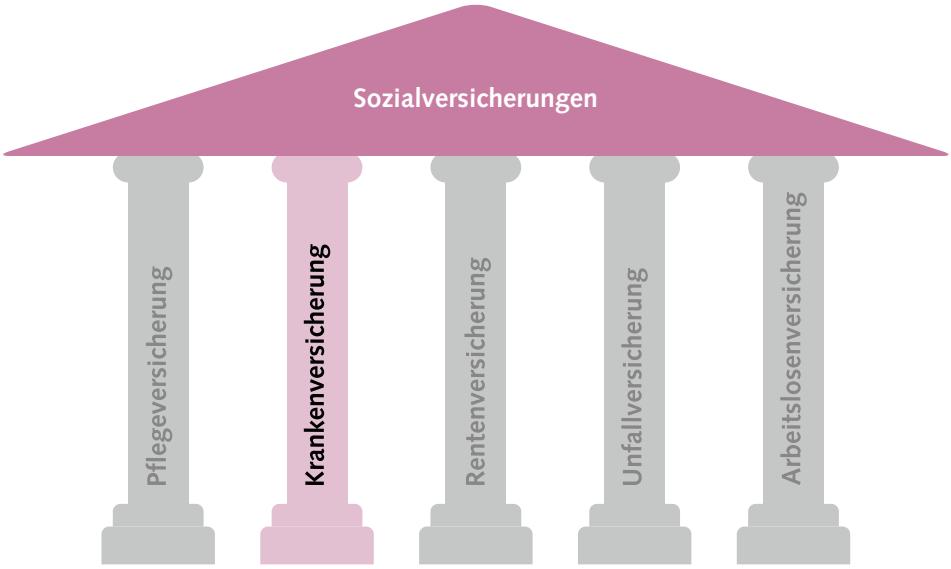
In der Bundesrepublik Deutschland sind alle Bürgerinnen und Bürger verpflichtet, eine Krankenversicherung abzuschließen. Ungefähr 90 % der Bevölkerung sind über die **gesetzliche Krankenversicherung** abgesichert. Der restliche Teil sichert sich über eine private Krankenversicherung ab.

Die gesetzliche Krankenversicherung ist eine von fünf Versicherungen im deutschen Sozialversicherungssystem.
Die Bevölkerung ist bei Krankheit, Pflegebedürftigkeit, im Alter, bei Arbeitslosigkeit und bei Arbeitsunfällen/Berufskrankheiten abgesichert.



Dabei gilt das Solidaritätsprinzip:
Kranke, Pflegebedürftige, Alte und Arbeitslose werden von Gesunden, jungen und arbeitenden Versicherten unterstützt, abhängig von deren Einkommen.
Dadurch wird die Last der Gesellschaft auf viele Schultern verteilt.

## 1.2 Die gesetzliche Krankenversicherung




Alle gesetzlich Versicherten haben nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) V Anspruch auf bestimmte Leistungen gegenüber der Krankenkasse.
Das SGB V stellt die rechtliche Grundlage für die gesetzliche Krankenversicherung dar.

§ 1 SGB V:
Die gesetzliche Krankenversicherung hat die Aufgabe, die **Gesundheit** der Versicherten zu **erhalten**, **wiederherzustellen** oder ihren Gesundheitszustand **zu verbessern**.

Das Leistungsspektrum umfasst im Wesentlichen drei Kategorien:

1. die **Prävention**,
2. die **Krankenbehandlung** und
3. die **Rehabilitation**.

**Prävention:**
Vorbeugung, Verhütung von Krankheiten

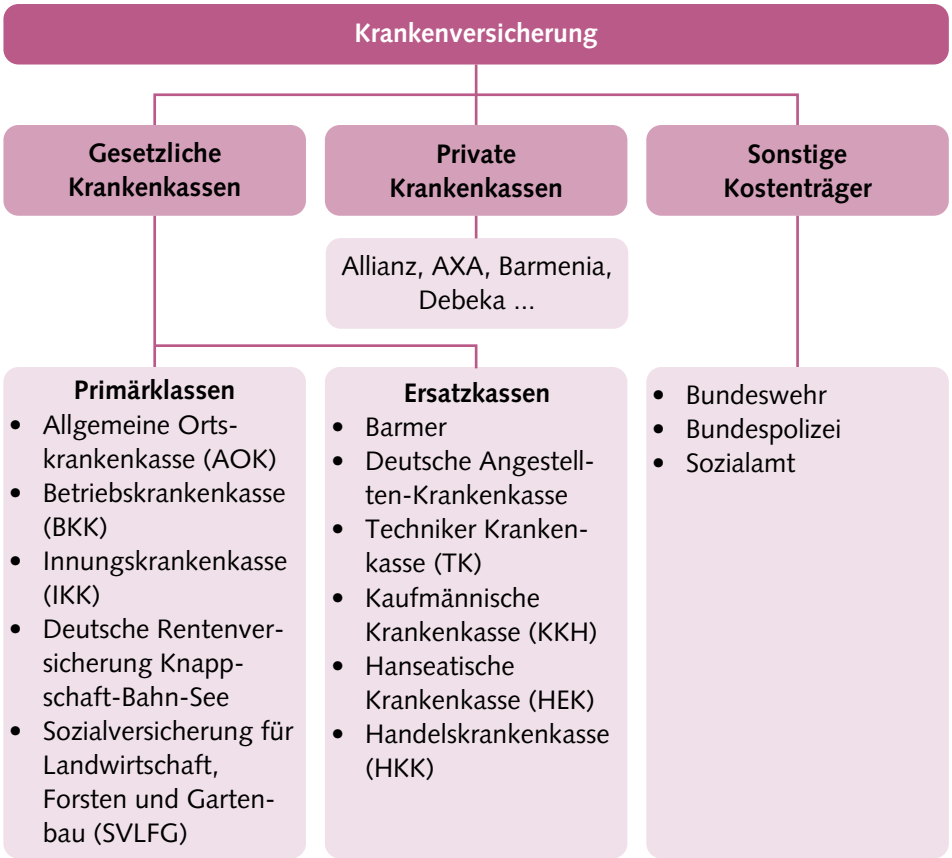
**Rehabilitation:**
Wiedereingliederung z. B. in den Beruf

**SGB V**
**Wirtschaftlichkeitsgebot** (§ 12 Abs.1)
„Die Leistungen müssen **ausreichend**, **zweckmäßig** und **wirtschaftlich** sein; sie dürfen das Maß an Notwendigkeit nicht überschreiten. …“

## 1.3 Die Krankenkassen

Die gesetzlichen Krankenkassen werden unterteilt in **Primärkassen** und **Ersatzkassen**. Sie werden getragen von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Unterscheidung in diese beiden Kassenarten hat historische Gründe und ist nur noch wenig von Bedeutung.
In der Regel können sich die Bürgerinnen und Bürger aussuchen, welcher Krankenkasse sie beitreten möchten.

**Die Krankenversicherung und die verschiedenen Arten von Krankenkassen**

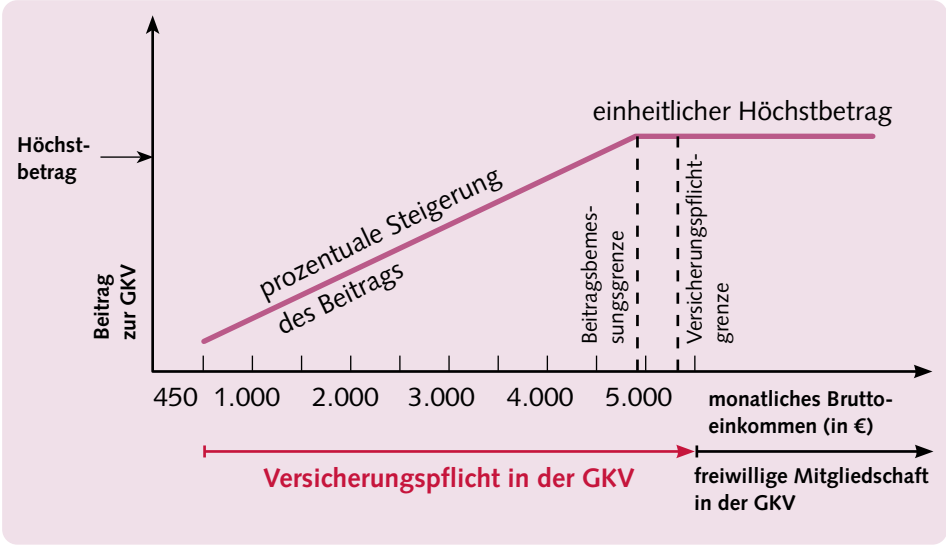



### 1.3.1 Mitglieder und deren Beiträge

In Deutschland sind alle Bürgerinnen und Bürger bis zu einem bestimmten Bruttogehalt verpflichtet, Mitglied in einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu sein. Diese bestimmte Grenze des Bruttogehalts nennt man **Versicherungspflichtgrenze** oder Jahresentgeltgrenze.
**Liegt** ein **Arbeitnehmer über** dieser **Versicherungspflichtgrenze**, ist er nicht mehr verpflichtet, in einer gesetzlichen Krankenkasse zu bleiben.
Diese Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer können eine **private Krankenversicherung** abschließen **oder** sich als **freiwilliges Mitglied** in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern lassen.

Um in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert zu sein, müssen die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Beiträge zahlen.
Die **Höhe des Beitrages** ist **abhängig von** der **Höhe des monatlichen Gehalts** des Mitgliedes.
Der monatliche Beitrag für die Krankenversicherung wird prozentual berechnet.
Der Arbeitgeber zieht den Betrag vom Gehalt seines Mitarbeiters ab und überweist ihn direkt an die Krankenkasse.

Der prozentuale Anteil des Krankenkassenbeitrages wird nur bis zu einer bestimmten Grenze – der **Beitragsbemessungsgrenze** erhoben.
Liegt ein **Monatsgehalt über** dieser **Grenze**, zahlen die Mitglieder einen **einheitlichen Höchstbetrag**, unabhängig vom Einkommen.




*Höhe des Krankenkassenbeitrags in Abhängigkeit vom monatlichen Bruttogehalt*

**Beitragssatz:**
**14,6 %**
**Arbeitnehmer und Arbeitgeber zahlen je die Hälfte: 7,3 %**

Der gesetzlich festgeschriebene **allgemeine Beitragssatz** beträgt **14,6 %**.

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer beziehungsweise Rentnerinnen und Rentner tragen die Beiträge aus dem Arbeitsentgelt oder der Rente jeweils zur Hälfte, als **7,3 %**. Zusätzlich zu den Beiträgen können Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben, um ihren Finanzbedarf zu decken.

### 1.3.2 Die elektronische Gesundheitskarte (eGK)

**Stammdaten:**
- Vor- und Nachname,
- Geburtsdatum,
- Geschlecht
- Adresse
- Krankenkasse und Kassennummer
- Versichertennummer und Versichertenstatus
- Beginn des Versicherungsschutzes

*Excelle Neumann ist gesetzlich versichert und bekommt von ihrer Krankenkasse eine elektronische Gesundheitskarte ausgehändigt. Sie beinhaltet ihre **Stammdaten** (Daten zur Person, die sich selten oder gar nicht ändern wie Name, Geburtsdatum ...) und dient als Versicherungsnachweis bei einer gesetzlichen Krankenkasse.*

*Beim Einlesen der eGK in der Zahnarztpraxis erfolgt ein Online-Datenabgleich (Telematikinfrastruktur) mit der Krankenkasse. Dabei wird überprüft, ob ein gültiger Versicherungsstatus vorliegt und ob die gespeicherten Daten noch aktuell sind. Durch das **Foto** des Versicherten **erleichtert** die elektronische Gesundheitskarte die **Identifizierung**.*

*Die eGK trägt bei Versicherten ab dem 15. Lebensjahr ein Foto. Es kann in seltenen Ausnahmefällen fehlen, wenn dem Versicherten eine Mitwirkung bei der Erstellung des Lichtbildes nicht möglich war. Für Versicherte über 15 Jahre ist die eGK im Regelfall nur mit Lichtbild gültig.*

*Ein weiteres Erkennungszeichen der eGK ist ein einheitliches Logo von Leonardo da Vinci (siehe Abb. nächste Seite).*

*Mit ihrer Unterschrift auf der Rückseite der eGK bestätigt Excelle Neumann (versicherte Person) die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse. Jeder Versicherte ab dem 15. Lebensjahr ist verpflichtet zu unterschreiben. Bei jüngeren Mitgliedern muss ein gesetzlicher Vertreter unterschreiben.*

*Für die Kinder Oskar, Tiffany und Sienna unterschreibt ein Elternteil.*

*Des Weiteren ist ein Ablaufdatum auf der Rückseite der Karte zu finden. Dieses Ablaufdatum bezieht sich nur auf die Funktion der eGK als Europäische Krankenversichertenkarte (EHIC = European Health Identity Card) und befristet somit nur deren Gültigkeit als EHIC. Dieses Datum hat nichts mit der Gültigkeit der eGK als Versicherungsnachweis in einer Praxis in Deutschland zu tun.*
*Im Chip der eGK auf der Vorderseite kann ein „Gültig-bis-Datum" vorhanden sein. Fehlt es auch hier, liegt keine Befristung des Versicherungsnachweises vor.*

*Die Aufschrift „Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) dient als Nachweis für einen Leistungsanspruch im europäischen Ausland für die Versicherten.*

*Die elektronische Gesundheitskarte unterstützt die Anwendungen des Online-Datenabgleichs (Telematikinfrastruktur = TI) mit der Krankenkasse.*
*So ist es möglich, Daten schnell und unkompliziert zu aktualisieren.*

*Durch dieses System wird Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Versorgung verbessert.*

Auf Wunsch des Versicherten kann die eGK für weitere Anwendungen verwendet werden:

- Notfalldatenmanagement (NFDM) – Speicherung von Anamnesedaten
- Elektronischer Medikationsplan (eMP) – Dokumentation aller Arzneimittel
- Zugriff auf die elektronische Patientenakte (ePA) – Speicherung von Befunden

Für das Auslesen der Notfalldaten ist keine PIN nötig.

Um einen **Missbrauch** der Daten zu **verhindern**, verfügt die elektronische Gesundheitskarte über bestimmte Sicherheitsmerkmale:

- **Lichtbild**
- **PIN** (**P**ersönliche **I**dentifikations**n**ummer)
- **„Zwei-Schlüssel-Prinzip"** – Der Zugriff auf die Daten ist nur möglich, wenn die eGK (1. Schlüssel) und der Heilberufsausweis des Zahnarztes (2. Schlüssel) in das Kartenlesegerät geschoben werden und der Patient seinen PIN eingibt.

Beim ersten Zahnarztbesuch im Quartal sind alle gesetzlich Versicherten verpflichtet, ihre eGK vorzulegen.
Legt der Patient die eGK beim ersten Zahnarztbesuch nicht vor und reicht sie auch nicht innerhalb von **10 Tagen** nach, so ist der Zahnarzt berechtigt, die Behandlung privat in Rechnung zu stellen.
Kann die eGK aus technischen Gründen nicht eingelesen werden, so sind die Daten nach Angabe des Patienten bzw. nach den aufgedruckten Angaben der eGK im Ersatzverfahren aufzunehmen.

Ein **Quartal** ist ein Vierteljahr. Es fasst 3 Monate zusammen.

1. **Quartal:** Januar, Februar, März
2. **Quartal:** April, Mai, Juni
3. **Quartal:** Juli, August, September
4. **Quartal:** Oktober, November, Dezember

# 2 Leistungsabrechnung von Kassenpatienten – BEMA

Für die Abrechnung der zahnärztlichen Leistungen von gesetzlich versicherten Patienten dient der einheitliche **Be**wertungs**ma**ßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA).

## 2.1 Der einheitliche Bewertungsmaßstab (BEMA)

Vertragszahnärztliche Leistungen sind im § 92 Abs. 1 SGB V geregelt.
Der gemeinsame Bundesausschuss der Zahnärzte und die Krankenkassen haben sich auf Richtlinien geeinigt.
Diese vertragszahnärztliche **Versorgung beinhaltet Maßnahmen, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen**.

Leistungen, die über eine vertragszahnärztliche Behandlung hinausgehen, sind Privatleistungen. Diese Privatleistungen, z. B. Mehrkosten bei Füllungen, werden nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abgerechnet.

Der einheitliche **Be**wertungs**ma**ßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) gliedert sich in 5 Teile:

**Teil 1** **Konservierende, chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen**
z. B. Füllungen, Extraktionen oder Röntgenaufnahmen

**Teil 2** **Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels**
z. B. Tumore, Kieferbrüche, Jochbeinbruch

**Teil 3** **Kieferorthopädische Behandlungen**
z. B. Aufbissschienen, Retainer, Spangen

**Teil 4** **Systematische Behandlung von Parodontopathien**
z. B. Parodontalbehandlungen

**Teil 5** **Versorgung mit Zahnersatz**
z. B. Kronen, Brücken, Prothesen

Punktzahl · Punktwert = Honorar in €

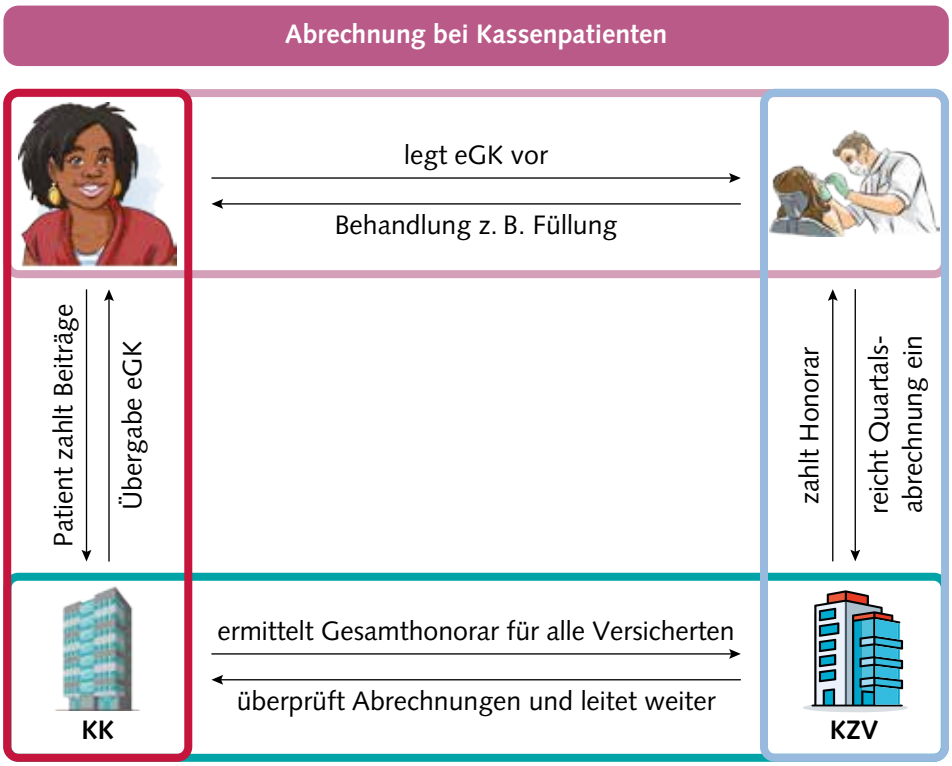
Der BEMA weist für jede Abrechnungsposition eine bestimmte Punktzahl (= Bewertungszahl) aus. Um das Honorar (Vergütung) zu ermitteln, muss die Punktzahl mit dem gültigen Punktwert multipliziert werden.

Die Punktzahl für die jeweilige Leistung ist im BEMA festgelegt und unterliegt keinen Änderungen.
Der Punktwert kann sich jedoch verändern.

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

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) greift für zahnärztliche Leistungen, die nicht in diesem Bewertungsmaßstab (BEMA) enthalten sind. z. B. Beratung – Ä1

## 2.2 Abrechnung bei Kassenpatienten




Excelle Neumann (Versicherungsnehmerin) erwirbt durch das Zahlen ihrer Beiträge an die Krankenkasse eine elektronische Gesundheitskarte.

Diese eGK legt sie beim Zahnarztbesuch vor und kann somit behandelt werden.

Der Zahnarzt reicht einmal im Quartal die Abrechnung bei der zuständigen KZV ein. Nach der Überweisung des Gesamthonorars durch die Krankenkassen, verteilt die KZV die Vergütung an die Zahnärzte.

Die KZV überprüft die Abrechnung und leitet sie an die verschiedenen Krankenkassen weiter. Jede Krankenkasse ermittelt das Gesamthonorar und überweist dieses an die jeweilige KZV.

## 2.3 Der Erfassungsschein (Papierabrechnung)

Die Abrechnung über den Erfassungsschein, in Papierform, wird heute noch bei sonstigen Kostenträgern, z. B. Sozialhilfeempfängern und Asylsuchenden, praktiziert. Dieser Abrechnungsschein ist nur gültig für Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlich sind.

Zudem wird im schulischen Teil der Ausbildung zur/zum Zahnmedizinischen Fachangestellten der Erfassungsschein zur Abrechnung verwendet.

Ein Teil der schriftlichen Prüfung, im Bereich Abrechnung, wird über den Erfassungsschein geprüft.

Abrechenbare Leistungen über den Erfassungsschein sind:
- konservierend/chirurgische Leistungen
- Röntgenleistungen
- Individualprophylaxe
- Früherkennungsuntersuchungen

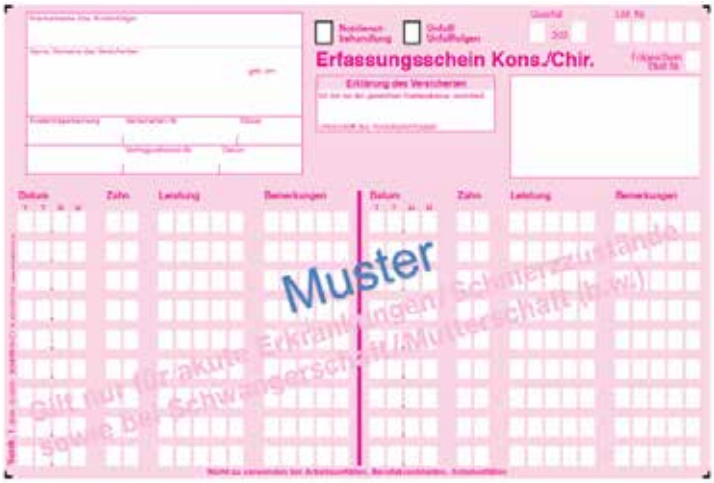
In der Praxis erfolgt die Abrechnung auf dem elektronischen Weg.

### 2.3.1 Abrechnung über den Erfassungsschein

Der Erfassungsschein wird im Rahmen der Quartalsabrechnung bei der KZV eingereicht. Er wird im Format DIN A5 maschinell ausgelesen.
Aus diesem Grund muss er sorgfältig ausgefüllt werden.

### 2.3.2 Ausfüllen des Erfassungsscheines

Die erbrachten Leistungen werden in chronologischer Reihenfolge eingetragen.




Beim manuellen Ausfüllen sind wichtige Punkte zu beachten, damit der Erfassungsschein maschinell gelesen werden kann.
- Verwenden von schwarzen Stiften (kein Rotstift)
- Blockschrift
- alle Felder linksbündig ausfüllen
- Korrektur mit Tipp-Ex möglich

Der Erfassungsschein besteht aus einem **Kopfteil** und einem **Leistungsteil**.

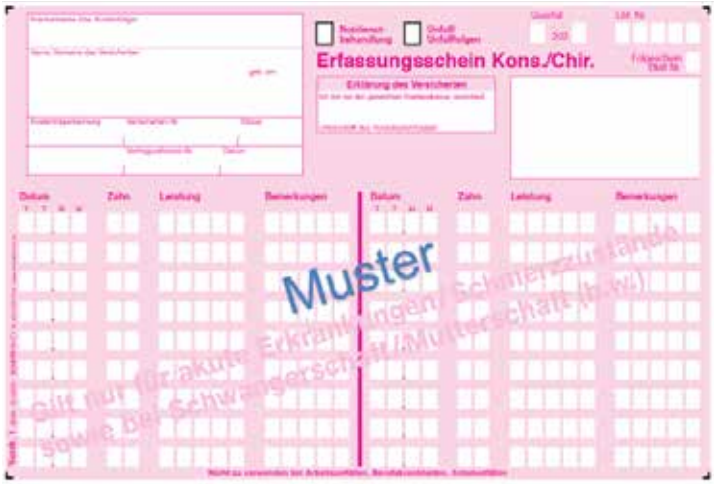
**Kopfteil:**
- Patientenstammdaten
- Notdienstbehandlung
- Unfall/Unfallfolgen
- Quartal und Jahr
- Laufende Nummer
- Folgeschein Blatt Nr.
- Unterschriftfeld des Versicherten
- Feld für Abrechnungsstempel des Vertragszahnarztes (KZV-Stempel)

**Leistungsteil** – Spalten für:
- Datum
- Zahn
- Leistung
- Bemerkung

1. Datumsspalte:
   Das Datum, mit Tag und Monat, kennzeichnet die erste abrechenbare Leistung einer Sitzung.
   Werden in einer Sitzung mehrere Leistungen erbracht, genügt eine einmalige Datumsangabe.
   Erscheint das gleiche Datum mehrmals, so war der Patient an diesem Tag mehrmals zur Behandlung in der Zahnarztpraxis.

2. Zahnspalte:
   Bei allen Leistungen mit Zahnbezug wird eine Zahnangabe benötigt (z. B. Füllungen, Anästhesien ...).
   Hat die Behandlung keinen bestimmten Zahnbezug, so wird auf die Zahnangabe verzichtet (z. B. 01).

Bezieht sich eine Leistung auf mehrere Zähne, wird nur ein Zahn eingetragen (z. B. Röntgenleistung, Anästhesien ...).
Der behandelte Zahn wird nach FDI-Zahnschema (Fédération dentaire international) eingetragen (z. B. 11).
Die Eintragung in der Zahnspalte gilt für alle folgenden Leistungen, bis eine neue Eintragung erfolgt.




3. Leistungsspalte:
   Alle Gebührennummern nach dem BEMA werden in der Leistungsspalte eingetragen. Alle Eintragungen müssen linksbündig erfolgen. Die zuständige KZV entscheidet, ob die **alphanumerische Schreibweise** oder die **numerische Schreibweise** verwendet werden muss.
   - **alphanumerische Schreibweise**, z. B. X1 – Extraktion eines einwurzeligen Zahnes
   - **numerische Schreibweise**, z. B. 43 – Extraktion eines einwurzeligen Zahnes

   Für jede abrechenbare weitere Leistung muss eine neue Zeile verwendet werden.

4. Bemerkungsspalte:
   In der Bemerkungsspalte werden Ziffern eingetragen, die im Zusammenhang mit der Leistung stehen.
   - Flächen der Füllungen
   - Röntgenbegründungen
   - Anzahl der Wurzelkanäle
   - Materialkosten für Stifte oder Versand sind in Cent einzutragen
   - Anästhesien im Rahmen einer Zahnersatzversorgung muss mit der Ziffer 5 gekennzeichnet werden

**Begründungen für Röntgenaufnahmen:**
0 = Bissflügelaufnahme
1 = konservierend-chirurgische Behandlung
2 = Gelenkaufnahme
3 = kieferorthopädische Behandlung
4 = Parodontalbehandlung
5 = Versorgung mit Zahnersatz
Treffen mehrere Begründungen zu, reicht eine Ziffer aus.

Für das Abrechnen über den Erfassungsschein ist das Ausfüllen der Bemerkungsspalte sehr wichtig.
Da die verschiedenen Füllungsflächen nur numerisch eingetragen werden dürfen, gibt es für das richtige Ausfüllen der Bemerkungsspalte einen Code.

Um sich den Code besser merken zu können, können Sie die nachstehende Eselsbrücke verwenden:

| Zahnflächen | Code |
|---|---|
| **m** – mesial | 1 |
| **o** – okklusal<br>**i** – inzisal | 2 |
| **d** – distal | 3 |
| **v** – vestibulär<br>**b** – bukkal<br>**la** – labial | 4 |
| **p** – palatinal<br>**li** – lingual | 5 |
| **z** – zervikal | 7 |

**Mund offen durch viel Pizza.**

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
| **m** | **o** | **d** | **v (b,la)** | **p (li)** |

## 2.4 Privatleistungen bei gesetzlich versicherten Patienten

Im SGB V § 12 Abs. 1 ist das **Wirtschaftlichkeitsgebot** verortet.
„Die Leistungen müssen **ausreichend**, **zweckmäßig** und **wirtschaftlich** sein; sie dürfen das Maß an Notwendigkeit nicht überschreiten.

Auch gesetzlich versicherte Patienten haben die Möglichkeit, über das Wirtschaftlichkeitsgebot hinaus behandelt zu werden.
Hierfür muss vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen Zahnarzt und Patient getroffen werden.

Siehe hierzu auch LF 11 Zahnersatz in Band 2

**BMV-Z:** Bundesmantelvertrag – Zahnärzte
**EKVZ:** Ersatzkassenvertrag – Zahnärzte
**SGB V:** Sozialgesetzbuch V

**Privatleistungen bei gesetzlich versicherten Patienten**

**Wirtschaftlichkeitsgebot: ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich**

| Privatbehandlung auf Wunsch des Patienten | Mehrkostenvereinbarung bei Füllungen | gleich- oder andersartige Versorgung bei Zahnersatz |
|---|---|---|
| **Patientenerklärung** (nach § 4 Abs. 5 BMV-Z oder § 7 Abs. 7 EKVZ) | **Mehrkostenvereinbarung** (nach § 28 Abs. 2 SGB V) | **Heil- und Kostenplan Teil 2** (gemäß § 55 und 56 SGB V) |
| Formular | Formular | Formular |
| • Patient trägt die gesamten Kosten der gewünschten Behandlung nach der GOZ | • Zahnarzt rechnet nach BEMA über die KZV ab z. B. Füllungen in Adhäsivtechnik im SZB<br>• Zahnarzt rechnet preisgünstige Kompositfüllung über KZV ab und der Patient trägt die Mehrkosten für diese Füllung über GOZ | • Wählt der Patient einen über die Regelversorgung hinausgehenden Zahnersatz (gleichartig oder andersartig), so muss der Patient die Mehrkosten selber tragen. |

# 3 Leistungsabrechnung von Privatpatienten – GOZ

Das Gebührenverzeichnis, nach dem Privatleistungen abzurechnen sind, ist die GOZ (= Gebührenordnung für Zahnärzte). Für Leistungen, die nicht in der GOZ verortet sind, greift die GOÄ (= Gebührenordnung für Ärzte).

## 3.1 Gebührenordnung für Zahnärzte/Gebührenordnung für Ärzte

Für folgende Personen ist die GOZ anzuwenden:
- privat voll versicherte Personen
- beihilfeberechtigte Personen und deren Angehörige (z. B. Beamte)
- Selbstzahler (vermögende Personen)
- Patienten, die zwar gesetzlich versichert sind, aber Leistungen außerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung wünschen. Die dadurch entstehenden Mehrkosten werden privat berechnet.

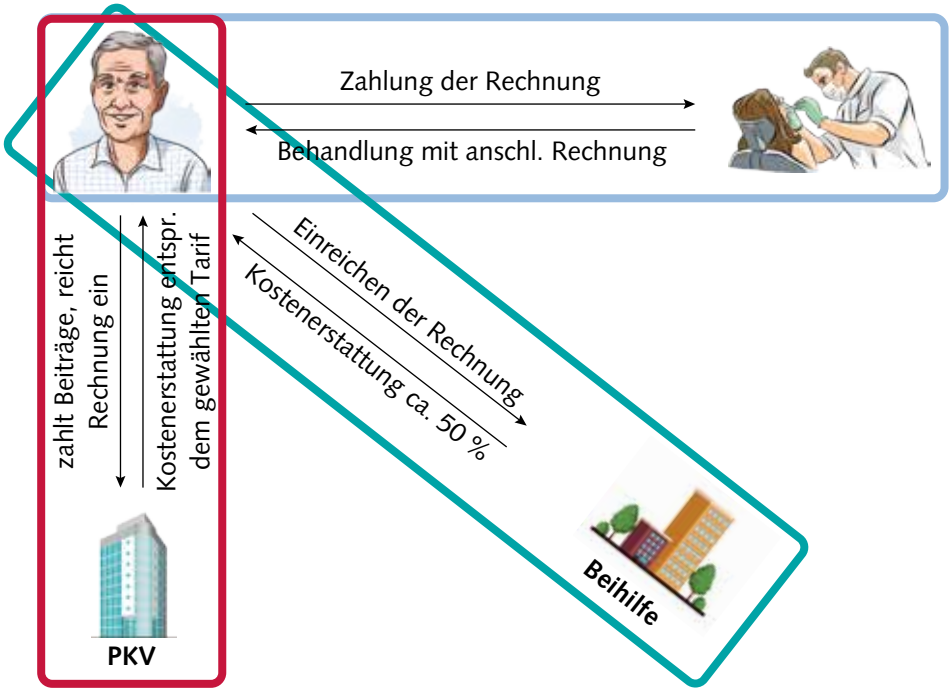
Die Gebührenordnung für Zahnärzte gliedert sich in verschiedene Bereiche auf, diese werden in Großbuchstaben angegeben:

| Bereich | Leistung | Beispiel |
|---|---|---|
| A | allgemeine zahnärztliche Leistungen | eingehende Untersuchung, Anästhesien |
| B | prophylaktische Leistungen | professionelle Zahnreinigung |
| C | konservierende Leistungen | Füllungen, Wurzelbehandlungen |
| D | chirurgische Leistungen | Extraktionen |
| E | Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums | Entfernen von Zahnstein, Salbenbehandlungen |
| F | prothetische Leistungen | Kronen, Brücken, Prothesen |
| G | kieferorthopädische Leistungen | Retainer |
| H | Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen | Knirscherschiene |
| I | funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen | Gesichtsbogen/ Übertragungsbogen |
| K | implantologische Leistungen | Implantat |
| L | Zuschläge zu bestimmten zahnärztlich-chirurgischen Leistungen | mikroskopische Untersuchung |

## 3.2 Abrechnung bei Privatpatienten

Franz Neumann ist privat versichert.

**Abrechnung bei Privatpatienten**




Bei privatversicherten Patienten bestehen mehrere Vertragsverhältnisse.

**Privatpatient – private Krankenversicherung (PKV):**

Die Höhe der Versicherungsbeiträge ist abhängig von der Wahl der versicherten Leistungen.
Hier spricht man vom Äquivalenzprinzip: Je höher der Leistungsanspruch, desto höher der Beitrag.
Der Privatpatient zahlt, laut seinem gewählten Tarif, einen bestimmten Beitrag an die private Krankenversicherung.
Die private Krankenversicherung erstattet die Kosten einer Behandlung, laut dem gewählten Tarif.

**Privatpatient – Zahnarzt:**

Der Privatpatient ist direkter Vertragspartner mit dem Zahnarzt. Das heißt, er bekommt für seine Behandlung eine Rechnung, die er direkt an den Zahnarzt bezahlt.

**Privatpatient – Beihilfe:**

Bei Beamten gibt es eine zusätzliche Kostenhilfe – die Beihilfe. Beihilfeberechtigte reichen ihre Rechnung bei der Beihilfestelle ein und bekommen ca. 50–80 % der Kosten erstattet. Beihilfefähige Leistungen beschränken sich auf medizinisch notwendige Behandlungen. Aus diesem Grund haben beihilfeberechtigte Personen zusätzlich ihre private Krankenversicherung, die die restlichen Kosten übernimmt.

## 3.3 Die Privatabrechnung

Das Honorar für den Zahnarzt für Privatleistungen setzt sich folgendermaßen zusammen:

- Der GOZ-**Punktwert** beträgt 5,62421 Cent.
- Die GOZ-**Punktzahl** ist abhängig von der jeweiligen GOZ-Leistung.
- Der GOÄ-**Punktwert** beträgt 5,82873 Cent
- Der **Steigerungsfaktor** ergibt sich aus dem medizinischen Aufwand für die zahnärztlichen Leistungen

GOZ-**Punktwert** · GOZ-**Punktzahl** · **Steigerungsfaktor** = Honorar für zahnärztliche Leistungen

**Beispiel:**
Franz Neumann ist Privatpatient und erhält eine Eingehende Untersuchung.

(GOZ-Pos. 0010 – Punktzahl 100)

Formel:

| GOZ Punktwert | · | Punktzahl | · | Steigerungsfaktor | = Honorar |
|---|---|---|---|---|---|
| 5,62421 Cent | · | 100 | · | **1,0** | = 562,421 Cent = **5,62 €** |
| 5,62421 Cent | · | 100 | · | **2,3** | = 1.293,57 Cent = **12,94 €** |
| 5,62421 Cent | · | 100 | · | **3,5** | = 1.968,47 Cent = **19,68 €** |

Für die gleiche Leistung – hier im Beispiel 0010 – zahlt ein Privatpatient bei einem Steigerungsfaktor von 2,3 – 12,94 € und bei einem Steigerungsfaktor von 3,5 – zahlt er 19,68 €.

**Der große Gebührenrahmen**
Zum großen Gebührenrahmen gehören:

- Beratungen
- Untersuchungen/Kontrollen
- zahnärztliche Behandlungen

Je höher der Steigerungsfaktor, desto schwieriger war die Behandlung!
Je höher der Steigerungsfaktor, desto höher das Honorar des Zahnarztes!

AUFWAND

| Aufwand der Behandlung | Faktor | Begründung |
|---|---|---|
| gering | 1,0 bis 2,3 | keine Begründung notwendig |
| durchschnittlich = **Schwellenwert** = **Mittelsatz** | **2,3** | keine Begründung notwendig |
| hoch | mehr als 2,3 bis 3,5 | medizinische Begründung notwendig |
| sehr hoch | mehr als 3,5 | medizinische Begründung + schriftliche Vereinbarung zwischen Zahnarzt und Patient notwendig |

In der Regel wird im großen Gebührenrahmen mit dem Schwellenwert = Mittelwert = 2,3 abgerechnet.
Wählt der Zahnarzt einen Faktor zwischen 2,3 und 3,5, muss er bei der Abrechnung medizinisch begründen, warum die Leistung besonders aufwendig war.
Bei einem Faktor über 3,5 ist eine medizinische Begründung und eine schriftliche Vereinbarung zwischen Zahnarzt und Patient notwendig.
Es gibt keinen Höchstsatz im großen Gebührenrahmen.

**Der kleine Gebührenrahmen**
Zum kleinen Gebührenrahmen zählen technische Leistungen, z. B. Röntgenleistungen.

AUFWAND

| Aufwand der Behandlung | Faktor | Begründung |
|---|---|---|
| gering | 1,0 bis 1,5 | keine Begründung notwendig |
| durchschnittlich = **Schwellenwert = Mittelsatz** | **1,8** | keine Begründung notwendig |
| hoch | mehr als 1,8 bis 2,5 | medizinische Begründung notwendig |

Im kleinen Gebührenrahmen beträgt der Schwellenwert = Mittelwert = 1,8.
Bei Sätzen über 1,8 bis 2,5 ist eine medizinische Begründung notwendig.

**2,5 ist der Höchstsatz im kleinen Gebührenrahmen.**
**Es kann kein höherer Faktor mit dem Patienten vereinbart werden.**

**Der Minigebührenrahmen**
Zum Minigebührenrahmen zählen Gebühren im Rahmen von Laboruntersuchungen, z. B. Speicheltest

- Der Steigerungsfaktor 1,0 und 1,15 kann ohne Begründung erfolgen.
- Ab dem Steigerungsfaktor 1,15 bis max. 1,3 muss eine medizinische Begründung angegeben werden.

**Begründungen für medizinische Leistungen:**
Wird ein Faktor gewählt, der höher ist als der Schwellenwert, muss in der Privatliquidation eine medizinische Begründung angegeben werden.

| Ziffer | Begründung |
|---|---|
| 1 | erhöhter Schwierigkeitsgrad wegen hochgradig infiziertem Pulpagewebe |
| 2 | erhöhter Zeitaufwand wegen stark gekrümmter Wurzelkanäle |
| 3 | erhöhter Schwierigkeitsgrad aufgrund von Brech- und Würgereiz |
| 4 | besonders schwierige Umstände wegen stark eingeschränkter Mundöffnung |
| 5 | erhöhter Zeitaufwand aufgrund von erhöhtem Aufklärungsbedarf bei Beratungen |
| 6 | erhöhter Zeitaufwand äußerst schwieriger Darstellung der subgingivalen Präparationsgrenze |
| 7 | besonders schwierige Umstände wegen extrem flachem Mundboden |
| 8 | erhöhter Zeitaufwand wegen extrem schwieriger Kontaktpunktgestaltung |

Quelle: GOZ