



DR. HINZ **PRAXIS & WISSEN**

Nicole Evers

Univ. Prof. Dr. Rolf Hinz

KFO

Das Abrechnungs-ABC

Gegenüberstellung BEMA - GOZ



Pocketedition



DR. HINZ **PRAXIS & WISSEN**

KFO

Das Abrechnungs-ABC

Gegenüberstellung BEMA - GOZ

Nicole Evers

Univ. Prof. Dr. Rolf Hinz



Zahnärztlicher
Fach-Verlag

Alle Rechte vorbehalten · Nachdruck, auch auszugsweise, verboten

Layout/Satz: Heike Borkowski, Herne

Druck: Rehms Druck GmbH, Borken

© zfv Zahnärztlicher Fach-Verlag GmbH, Herne 2016

14. Auflage 2016

Bestell-Nr. 661001 • ISBN 978-3-944259-50-5

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 Juni 2016.

Der Kfo-Wissensspeicher trägt zusätzlich zum Verständnis der kieferorthopädischen Fachbegriffe bei.

Herne, 2016

Univ. Prof. Dr. Rolf Hinz

Nicole Evers

**Dieser Titel behandelt BEMA-/GOZ-Positionen
kieferorthopädische Leistungen.**

Zahnärztlicher Fach-Verlag GmbH, Herne 2016

Bestell-Nr. 661001 · ISBN 978-3-944259-50-5

Inhalt

Kapitel 1: Rechtliche Grundlagen	7
Kapitel 2: Auszüge	
– aus dem Bundesmantelvertrag Zahnärzte	23
– aus den KFO-Richtlinien	
Kapitel 3: Zahnarzt-Ersatzkassenvertrag (EKVZ)	69
Kapitel 4: BEMA/GOZ	83
Kapitel 5: KFO-Wissensspeicher	319
Kapitel 6: Stichwortverzeichnis	371

1 . Rechtliche Grundlagen

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

In der Fassung des Gesetzes zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Nachhaltigkeitsgesetz) vom 17.02.2016 (BGB I. I. S. 1791).

§ 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 an Stelle 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 selbstbeschaffte 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 auf Grund 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.

§ 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.
- (4) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 befundbezogen die objektiv überprüfbaren Indikationsgruppen, bei denen die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen vorliegen. Dabei sind auch einzuhaltende Standards zur kieferorthopädischen Befunderhebung und Diagnostik vorzugeben.

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 €

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 Nrn.1 und/oder 5 sind neben Leistungen nach den Abschnitten C bis O im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.
3. Die Leistungen nach den Nrn. 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 Krankheitsfalles geboten war. Bei mehrmaliger Berechnung ist die jeweilige Uhrzeit der Leistungserbringung in der Rechnung anzugeben.
4. Terminvereinbarungen sind nicht berechnungsfähig.
5. Für die alleinige Ausstellung eines Rezeptes kann die Position Ä1 nicht in Ansatz gebracht werden.
6. Voraussetzung für die Berechnung der Ä1 ist, dass die Leistung durch den Zahnarzt erbracht wurde. Eine Beratung durch die

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 voraufgegangener 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.

Spitzenverbände der Krankenkassen:

9. Eine Leistung nach Nr. Ä 1 kann nicht im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nrn. IP 1 bis IP 5 und FU abgerechnet werden.

ZFA ist, auch wenn sie auf Weisung des Zahnarztes erfolgte, nicht abrechenbar.

7. Die Ä1 ist in der selben Sitzung neben der eingehenden Untersuchung (Nr.0010) berechnungsfähig.

GOÄ

2

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 €

Abrechnungsbestimmungen

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

Abrechnungskommentar

1. Die Ä2 ist in Ansatz zu bringen, wenn ein Wiederholungsrezept ausgestellt wird.

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 Juni 2016.

Nicole Evers

Trainerin für KFO-Abrechnung, Praxisorganisation und Personalmanagement. Praxismanagerin und Betriebswirtin für Management im Gesundheitswesen, 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.