

Zahnärztetag 19.11.2010

Herzlich
Willkommen
**Hätten Sie's
gewusst?**



Abrechnungsquiz mit Showmaster Rainer Linke

www.kzvlb.de/allgemein/vorträge

Allgemein

Frage:

Wird bei der Durchführung von Besuchen die Praxisgebühr fällig?

Antwort:

- a) nein, niemals
- b) nein, wenn ausschließlich eine Vorsorgeuntersuchung durchgeführt wird (daneben ggf. Geb.-Nrn. 04, Ä925 – 935, 8 und/oder 107 ansatzfähig)
- c) ja, wenn das unter b) genannte mögliche Leistungsvolumen überschritten wird
- d) ja, immer

Allgemein

Frage:

Wird bei der Durchführung von Besuchen die Praxisgebühr fällig?

Antwort:

- a) nein, niemals
- b) nein, wenn ausschließlich eine Vorsorgeuntersuchung durchgeführt wird (daneben ggf. Geb.-Nrn. 04, Ä925 – 935, 8 und/oder 107 ansatzfähig)
- c) ja, wenn das unter b) genannte mögliche Leistungsvolumen überschritten wird
- d) ja, immer

- b) nein, wenn ausschließlich eine Vorsorgeuntersuchung durchgeführt wird (daneben ggf. Geb.-Nrn. 04, Ä925 – 935, 8 und/oder 107 ansatzfähig)**
- c) ja, wenn das unter b) genannte mögliche Leistungsvolumen überschritten wird**

Allgemein

Frage:

Vor Vollendung des 18. Lebensjahres werden zahnärztliche Leistungen in Anspruch genommen → keine Zuzahlung.

Wird die Praxisgebühr fällig, wenn in demselben Kalendervierteljahr nach Vollendung des 18. Lebensjahres zahnärztliche Leistungen erbracht werden?

Antwort:

- a) nein
- b) ja, wenn gleicher Behandlungsfall
- c) nein, wenn vor Vollendung des 18. Lebensjahres eine Überweisung erfolgt und die dann folgenden zahnärztlichen Leistungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres aufgrund der Überweisung durchgeführt werden.

Allgemein

Frage:

Vor Vollendung des 18. Lebensjahres werden zahnärztliche Leistungen in Anspruch genommen → keine Zuzahlung.

Wird die Praxisgebühr fällig, wenn in demselben Kalendervierteljahr nach Vollendung des 18. Lebensjahres zahnärztliche Leistungen erbracht werden?

Antwort:

- a) nein
- b) ja, wenn gleicher Behandlungsfall
- c) nein, wenn vor Vollendung des 18. Lebensjahres eine Überweisung erfolgt und die dann folgenden zahnärztlichen Leistungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres aufgrund der Überweisung durchgeführt werden.

- b) ja, wenn gleicher Behandlungsfall**
- c) nein, wenn vor Vollendung des 18. Lebensjahres eine Überweisung erfolgt und die dann folgenden zahnärztlichen Leistungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres aufgrund der Überweisung durchgeführt werden.**

Allgemein

Frage:

Für jeden Besuch kann sich der Zahnarzt ein Wegegeld berechnen. Wie erfolgt die Wegegeldberechnung, wenn der Zahnarzt den Besuch nicht von der Praxis aus (Entfernung = 1,5 km), sondern von seiner Wohnung aus antritt und die Entfernung zwischen der Wohnung und der Besuchsstelle 4 km beträgt:

Antwort:

- a) 7810 Wegegeld für die Entfernung bis zu 2 km
- b) 7820 Wegegeld von mehr als 2 bis 5 km
- c) 7830 Wegegeld von mehr als 5 bis 10 km
- d) Tatsächliche Entfernung, egal ob von der Wohnung oder Praxis

Allgemein

Frage:

Für jeden Besuch kann sich der Zahnarzt ein Wegegeld berechnen. Wie erfolgt die Wegegeldberechnung, wenn der Zahnarzt den Besuch nicht von der Praxis aus (Entfernung = 1,5 km), sondern von seiner Wohnung aus antritt und die Entfernung zwischen der Wohnung und der Besuchsstelle 4 km beträgt:

Antwort:

- a) 7810 Wegegeld für die Entfernung bis zu 2 km
- b) 7820 Wegegeld von mehr als 2 bis 5 km
- c) 7830 Wegegeld von mehr als 5 bis 10 km
- d) Tatsächliche Entfernung, unabhängig von Wohnung oder Praxis

b) 7820 Wegegeld von mehr als 2 bis 5 km

Hinweis:

Entsprechend dem § 8 Abs. 2 der GOÄ gilt dann:

„Erfolgt der Besuch von der Wohnung des Arztes aus, so tritt bei der Berechnung des Radius die Wohnung des Arztes an die Stelle der Praxisstelle.“

→ Entfernung zwischen Wohnungs- und Besuchsstelle = 4 km;

Abrechnung der Geb.-Nr. 7820

Allgemein

Frage:

Ausgehend von dem Leistungsinhalt der Ä51 (Abr.-Nr. 7510):

„Besuch eines weiteren Kranken in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 7500 – einschließlich Beratung und symptombezogener Untersuchung“

stellt sich die Frage:

Was ist unter „derselben häuslichen Gemeinschaft“ zu verstehen?

Antwort:

- a) Alten-/Senioren-, Pflegeheim
- b) Wohngemeinschaft
- c) Pflegestation
- d) Einliegerwohnung
- e) Familie

Allgemein

Frage:

Ausgehend von dem Leistungsinhalt der Ä51 (Abr.-Nr. 7510):

„Besuch eines weiteren Kranken in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 7500 – einschließlich Beratung und symptombezogener Untersuchung“

stellt sich die Frage:

Was ist unter „**derselben häuslichen Gemeinschaft**“ zu verstehen?

Antwort:

- a) Alten-/Senioren-, Pflegeheim
- b) Wohngemeinschaft
- c) Pflegestation
- d) Einliegerwohnung
- e) Familie

b) Wohngemeinschaft

e) Familie

Hinweis:

Bezug nehmend auf die o. g. Orte, erfolgt für jeden weiteren besuchten Patienten folgende Abrechnung:

- a) soziale Gemeinschaft → Ä 50
- b) dieselbe häusliche Gemeinschaft → Ä 51
- c) soziale Gemeinschaft → Ä 48 (eigenständige Gebühr)
- d) soziale Gemeinschaft → Ä 50
- e) dieselbe häusliche Gemeinschaft → Ä 51

Eine „häusliche Gemeinschaft“ liegt, laut Kommentar zur Gebührenordnung für Ärzte vom 12.11.1982 von Dr. med. D. Brück, dann vor, wenn zentrale Bereiche eines Hauses oder einer Wohnung – also z. B. die Küche oder das Esszimmer – als gemeinsamer Lebensraum genutzt werden.

Allgemein

Frage:

An einem Sonntag wurde der Zahnarzt zu einem Patienten gerufen. Ist neben der Besuchsgebühr die Geb.-Nr. 03 ansatzfähig?

Antwort:

- a) ja, da der Besuch außerhalb der Sprechstundenzeiten ist
- b) nein
- c) Besuche am Sonntag sind nicht erlaubt, weil am Sonntag nicht gearbeitet werden darf, es darf weder die Besuchsgebühr noch die Nr. 03 angesetzt werden
- d) nur im Rahmen des Notdienstes

Allgemein

Frage:

An einem Sonntag wurde der Zahnarzt zu einem Patienten gerufen. Ist neben der Besuchsgebühr die Geb.-Nr. 03 ansatzfähig?

Antwort:

- a) ja, da der Besuch außerhalb der Sprechstundenzeiten ist
- b) nein
- c) Besuche am Sonntag sind nicht erlaubt, weil am Sonntag nicht gearbeitet werden darf, es darf weder die Besuchsgebühr noch die Nr. 03 angesetzt werden
- d) nur im Rahmen des Notdienstes

b) nein

c) Hinweis:

- Abr.-Bestimmung 3 zur Geb.-Nr. 03:
„Eine Leistung nach Nr. 03 kann nicht neben Leistungen nach Abschnitt B. IV. der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden.“
- Nach der GOÄ 1982 werden zusätzlich zu den Vergütungen nach den Nrn. 45 bis 62 Zuschläge gezahlt, welche zeitbezogen bestimmten Buchstaben zugeordnet sind.

KCH

Welche Abrechnungsbestimmungen sind bei der Abrechnung der Beratung nach der Ä 1 neben IP-Leistungen zu beachten?

- A) nur neben der 1. zahnärztlichen Leistung ansatzfähig
- B) nur neben der 1. Sonderleistung ansatzfähig
- C) neben FU **und** IP 4 keine Ä 1 ansatzfähig
- D) Ä1 ist neben IP-Leistung nicht abrechnungsfähig!

KCH

Welche Abrechnungsbestimmungen sind bei der Abrechnung der Beratung nach der Ä 1 neben IP-Leistungen zu beachten?

- A) nur neben der 1. zahnärztlichen Leistung ansatzfähig
- B) nur neben der 1. Sonderleistung ansatzfähig
- C) neben FU **und** IP 4 keine Ä 1 ansatzfähig
- D) Ä1 ist neben IP-Leistung nicht abrechnungsfähig!

Antwort:

- A) nur neben der 1. zahnärztlichen Leistung ansatzfähig**
- C) neben FU und IP 4 keine Ä 1 ansatzfähig**

KCH

Frage:

Patient nimmt am Sonntag einen fremden Zahnarzt im Rahmen des Notfalldienstes in Anspruch, da ihm ein Teil des Zahnschmelzes eines Zahnes frakturiert ist; Schmerzen sind nicht aufgetreten.

Nach der Untersuchung empfiehlt der Notfalldienst-Zahnarzt dem Patienten, seinen „Haus-Zahnarzt“ in der nächsten Sprechstunde aufzusuchen; weitere Maßnahmen erfolgen im Bereitschaftsdienst nicht.
Was ist abrechnungsfähig?

Antwort:

- a) Ä 1; aber keine Geb.-Nr. 03 (Zuschlag außerhalb der Sprechstunde), da keine dringend notwendige zahnärztliche Behandlung
- b) Ä 1 und Geb.-Nr. 03

KCH

Frage:

Patient nimmt am Sonntag einen fremden Zahnarzt im Rahmen des Notfalldienstes in Anspruch, da ihm ein Teil des Zahnschmelzes eines Zahnes frakturiert ist; Schmerzen sind nicht aufgetreten.

Nach der Untersuchung empfiehlt der Notfalldienst-Zahnarzt dem Patienten, seinen „Haus-Zahnarzt“ in der nächsten Sprechstunde aufzusuchen; weitere Maßnahmen erfolgen im Bereitschaftsdienst nicht. Was ist abrechnungsfähig?

Antwort:

- a) Ä 1; aber keine Geb.-Nr. 03 (Zuschlag außerhalb der Sprechstunde), da keine dringend notwendige zahnärztliche Behandlung
- b) Ä 1 und Geb.-Nr. 03

b) Ä 1 und Geb.-Nr. 03

Hinweis:

BEMA-Nr. Ä 1 und BEMA-Nr. 03, obwohl es sich nicht um eine „dringend notwendige zahnärztliche Leistung“ handelt. Ob „dringend notwendige“ zahnärztliche Leistungen erforderlich sind, kann sich erst nach der Untersuchung entscheiden, die Untersuchung musste der Zahnarzt also durchführen.

KCH

Frage:

Nach der Abrechnungsbestimmung zur Geb.-Nr. 04 gilt: „Eine Leistung nach Nr. 04 kann einmal in zwei Jahren abgerechnet werden.“

Wenn am 20.03.09 die Nr. 04 zum Ansatz kam, wann ist dann die Erhebung des PSI-Code erneut abrechenbar?

Antwort:

- a) 20.03.11
- b) 21.03.11
- c) 01.01.11
- d) 01.04.11

KCH

Frage:

Nach der Abrechnungsbestimmung zur Geb.-Nr. 04 gilt: „Eine Leistung nach Nr. 04 kann einmal in zwei Jahren abgerechnet werden.“

Wenn am 20.03.09 die Nr. 04 zum Ansatz kam, wann ist dann die Erhebung des PSI-Code erneut abrechenbar?

Antwort:

- a) 20.03.11
- b) 21.03.11
- c) 01.01.11
- d) 01.04.11

c) 01.01.11

Hinweis:

KZBV und Spitzenverbände der Krankenkassen haben sich darauf geeinigt, dass eine erneute Erhebung des PSI-Code innerhalb des Quartals, in welchem diese wieder möglich ist (also nach Ablauf von sieben „Leerquartalen“) frei wählbar ist und dass es auf eine taggenaue Bestimmung des Zeitpunktes der erneuten Erhebung des PSI-Code damit nicht ankommt.

KCH

Frage:

Für welche Leistungen ist die Geb.-Nr. 05 (Bürstenabstrich) abrechnungsfähig?

Antwort:

- a) für exfoliativzytologische Untersuchung zur Frühdiagnostik von Karzinomen
- b) bei Verdacht auf Vorliegen einer Leukoplakie, Erythroplakie, Lichen planus
- c) Abstrich zur mikrobiologischen Untersuchung des Bakterienspektrums im Rahmen der Parodontalbehandlung
- d) zur Entnahme von Speichel zur Kariesdiagnostik

KCH

Frage:

Für welche Leistungen ist die Geb.-Nr. 05 (Bürstenabstrich) abrechnungsfähig?

Antwort:

- a) für exfoliativzytologische Untersuchung zur Frühdiagnostik von Karzinomen
- b) bei Verdacht auf Vorliegen einer Leukoplakie, Erythroplakie, Lichen planus
- c) Abstrich zur mikrobiologischen Untersuchung des Bakterienspektrums im Rahmen der Parodontalbehandlung
- d) zur Entnahme von Speichel zur Kariesdiagnostik

a) für exfoliativzytologische Untersuchung zur Frühdiagnostik von Karzinomen

b) bei Verdacht auf Vorliegen einer Leukoplakie, Erythroplakie, Lichenplanus

Hinweis:

- wenn b) vorliegt, dann einmal innerhalb von zwölf Monaten ansatzfähig
- abgegolten sind Materialkosten bei der Zellgewinnung und zytologischen Aufbereitung

Unter welchen Voraussetzungen ist eine Kompositfüllung im Seitenzahnbereich nach Nrn. 13 e-g abrechnungsfähig?

- a) wenn Amalgamfüllung nicht gewünscht wird
- b) wenn Amalgamfüllung kontraindiziert ist (nachgewiesene Allergie)
- c) bei Niereninsuffizienz
- d) bei Kindern
- e) bei Schwangeren

Unter welchen Voraussetzungen ist eine Kompositfüllung im Seitenzahnbereich nach Nrn. 13 e-g abrechnungsfähig?

- a) wenn Amalgamfüllung nicht gewünscht wird
- b) wenn Amalgamfüllung kontraindiziert ist (nachgewiesene Allergie)
- c) bei Niereninsuffizienz
- d) bei Kindern
- e) bei Schwangeren

- b) wenn Amalgamfüllung kontraindiziert ist (nachgewiesene Allergie)
- c) bei Niereninsuffizienz

KCH

Frage:

An einem Zahn wurden 2 getrennte Füllungen nach der Geb.-Nr. 13c erforderlich. Die Füllungen wurden mit Stiften verankert. Wie werden diese Stifte abgerechnet?

Antwort:

- a) tatsächliche Materialkosten
- b) je Füllung 1 x Geb.-Nr. 16 (2x Nr. 16)
- c) 1 x Geb.-Nr. 16
- d) Solche Füllungen sind nicht abrechenbar

KCH

Frage:

An einem Zahn wurden 2 getrennte Füllungen nach der Geb.-Nr. 13c erforderlich. Die Füllungen wurden mit Stiften verankert. Wie werden diese Stifte abgerechnet?

Antwort:

- a) tatsächliche Materialkosten
- b) je Füllung 1 x Geb.-Nr. 16 (2x Nr. 16)
- c) 1 x Geb.-Nr. 16
- d) Solche Füllungen sind nicht abrechenbar

c) 1 x Geb.-Nr. 16

Hinweis:

Es ist unerheblich, wie viele Stifte verbraucht werden und wie viele getrennte Kavitäten behandelt werden → der Leistungsinhalt der Geb.-Nr. 16 ist je Zahn definiert.

KCH

Sind die Positionen Cp und P auch bei Milchzähnen abrechenbar?

- a) ja, grundsätzlich
- b) nur die Cp, nicht aber die P
- c) nur die P, nicht aber die Cp
- d) Beide sind nur an bleibenden Zähnen abrechenbar.

KCH

Sind die Positionen Cp und P auch bei Milchzähnen abrechenbar?

- a) ja, grundsätzlich
- b) nur die Cp, nicht aber die P
- c) nur die P, nicht aber die Cp
- d) Beide sind nur an bleibenden Zähnen abrechenbar.

Antwort: b)

Während zur Geb.-Nr. 25 (Cp) zur Berechenbarkeit bei Milch- oder bleibenden Zähnen keine einschränkenden Vorschriften existieren, lautet die Abrechnungsbestimmung 1 zur Nr. 26 (P):

„Direkte Überkappung am bleibenden Zahn bei artifizieller oder traumatischer punktförmiger Eröffnung der Pulpa, je Zahn.“ Das bedeutet, dass die Position P nur bei bleibenden Zähnen abrechnungsfähig ist.

KCH

Frage:

Wie rechnet man einen retrograden Verschluss im Zuge einer Wurzelspitzenresektion nach BEMA ab?

Antwort:

- a) gar nicht
- b) Nr. 13 a (F 1)
- c) Nr. 35 (WF)
- d) Privat

KCH

Frage:

Wie rechnet man einen retrograden Verschluss im Zuge einer Wurzelspitzenresektion nach BEMA ab?

Antwort:

- a) gar nicht
- b) Nr. 13 a (F 1)
- c) Nr. 35 (WF)
- d) Privat

a) gar nicht

Hinweis:

Der retrograde Verschluss bei einem Kassenpatienten ist Teil der Wurzelspitzenresektion und nicht gesondert berechenbar.

Achtung: Nicht verwechseln mit der retrograden Wurzelfüllung, also das Aufbereiten und Abfüllen eines Wurzelkanals von der Wurzelspitze her. Diese Maßnahmen können bei einem Kassenpatienten zusätzlich zur Resektion der betreffenden Wurzel abgerechnet werden.

KCH

Frage:

- Entfernen der Brückenanker 46 und 44
- Die Krone auf 43 verbleibt im Mund; es erfolgt eine Trennung der Verblockung zwischen 44 und 43

Zahn	48	47	46	45	44	43
Befund			k	b	k	k
Trennstelle						↑

Wie oft ist die Geb.-Nr. 23 (Ekr) ansatzfähig?

Antwort:

- a) 1 x
- b) 2 x
- c) 3 x

KCH

Frage:

- Entfernen der Brückenanker 46 und 44
- Die Krone auf 43 verbleibt im Mund; es erfolgt eine Trennung der Verblockung zwischen 44 und 43

Zahn	48	47	46	45	44	43
Befund			k	b	k	k
Trennstelle						↑

Wie oft ist die Geb.-Nr. 23 (Ekr) ansatzfähig?

Antwort:

- a) 1 x
- b) 2 x
- c) 3 x

b) 2 x

Hinweis:

2 x Geb.-Nr. 23 (1 x Entfernung des Brückenankers 46; 1 x Entfernung des Brückenankers 44)

Das Auftrennen von Verblockungen zwischen Kronen berechtigt nach dem Leistungsinhalt der Ekr nicht zum Ansatz der Geb.-Nr. 23. Außerdem löst die Verblockung selbst auch keine Gebühr aus.

KCH

Frage:

Wegen langer Tragedauer musste eine provisorische Brücke fest einzementiert werden.

Wird die Entfernung dieser Brücke nach der Geb.-Nr. 23 (Ekr) abgerechnet?

Antwort:

- a) Ja
- b) nein, ist Leistungsinhalt der provisorischen Brücke
- c) nein, aber eine Privatliquidation ist möglich
- d) Eine provisorische Brücke darf nicht fest einzementiert werden

KCH

Frage:

Wegen langer Tragedauer musste eine provisorische Brücke fest einzementiert werden.

Wird die Entfernung dieser Brücke nach der Geb.-Nr. 23 (Ekr) abgerechnet?

Antwort:

- a) Ja
- b) nein, ist Leistungsinhalt der provisorischen Brücke
- c) nein, aber eine Privatliquidation ist möglich
- d) Eine provisorische Brücke darf nicht fest einzementiert werden

a) Ja

KCH

Frage:

Wie erfolgt die Abrechnung, wenn das Durchtrennen von Zahnfleischfasern mittels Elektrochirurgie erfolgt?

Antwort:

- a) Geb.-Nr. 12
- b) Geb.-Nr. 49
- c) Geb.-Nrn. 12 und 49
- d) Es handelt sich um eine Privatleistung

KCH

Frage:

Wie erfolgt die Abrechnung, wenn das Durchtrennen von Zahnfleischfasern mittels Elektrochirurgie erfolgt?

Antwort:

- a) Geb.-Nr. 12
- b) Geb.-Nr. 49
- c) Geb.-Nrn. 12 und 49
- d) Es handelt sich um eine Privatleistung

b) Geb.-Nr. 49

Hinweis:

- mit der BEMA-Umstrukturierung (01.01.2004) erfolgte eine eindeutige Regelung:
Verdrängen des Zahnfleisches = Geb.-Nr. 12
Entfernung störenden Zahnfleisches = Geb.-Nr. 49
- s. Abrechnungsbestimmung 3 zur Geb.-Nr. 49

KCH

Frage:

Kann bei einer zeitaufwendigen Zahnpräparation die Anästhesie ein zweites Mal zum Ansatz kommen?

Antwort:

- a) ja, bedenkenlos
- b) ja, wenn notwendig
- c) nein
- d) Ja, aber nur privat

KCH

Frage:

Kann bei einer zeitaufwendigen Zahnpräparation die Anästhesie ein zweites Mal zum Ansatz kommen?

Antwort:

- a) ja, bedenkenlos
- b) ja, wenn notwendig
- c) nein
- d) Ja, aber nur privat

b) ja, wenn notwendig

Hinweis:

Bis Ende 2003 war die erneute Abrechnung einer Infiltrations- oder Leitungsanästhesie wegen langer Dauer nur im kausalen Zusammenhang mit chirurgischen Maßnahmen berechenbar. Seit 2004 ist diese Einschränkung in den jeweiligen Abrechnungsbestimmungen nicht mehr enthalten.

KCH

Frage:

Ist die elektronische Längenbestimmung der Kanäle eine eigenständige Privatleistung oder wird wegen dieser Maßnahme die **gesamte** Wurzelbehandlung außervertraglich?

Antwort:

- a) eigenständige Privatleistung (Schriftl. Vereinbarung nicht erforderlich)
- b) die **gesamte** Wurzelbehandlung wird außervertraglich
- c) eigenständige Privatleistung (Schriftl. Vereinbarung zwingend)
- d) sie ist mit der Wurzelkanalaufbereitung abgegolten

KCH

Frage:

Ist die elektronische Längenbestimmung der Kanäle eine eigenständige Privatleistung oder wird wegen dieser Maßnahme die **gesamte** Wurzelbehandlung außervertraglich?

Antwort:

- a) eigenständige Privatleistung (Schriftl. Vereinbarung nicht erforderlich)
- b) die **gesamte** Wurzelbehandlung wird außervertraglich
- c) eigenständige Privatleistung (Schriftl. Vereinbarung zwingend erforderlich)
- d) sie ist mit der Wurzelkanalaufbereitung abgegolten

c) eigenständige Privatleistung (Schriftliche Vereinbarung zwingend erforderlich)

KCH

Frage:

Wie ist der Einsatz einer Lupenbrille bei einer richtlinienkonformen endodontischen Behandlung in Rechnung zu stellen?

Antwort:

- a) als eigenständige Privatleistung
- b) keine zusätzliche Gebühr ansatzfähig
- c) die ganze Wurzelbehandlung wird zur Privatleistung
- d) Die Sehschwäche führt zur Erhöhung des Schwierigkeitsgrades bei der Ausübung und ist über den Schwierigkeitsgrad im Rahmen der Privatabrechnung auszugleichen

KCH

Frage:

Wie ist der Einsatz einer Lupenbrille bei einer richtlinienkonformen endodontischen Behandlung in Rechnung zu stellen?

Antwort:

- a) als eigenständige Privatleistung
- b) keine zusätzliche Gebühr ansatzfähig
- c) die ganze Wurzelbehandlung wird zur Privatleistung
- d) Die Sehschwäche führt zur Erhöhung des Schwierigkeitsgrades bei der Ausübung und ist über den Schwierigkeitsgrad im Rahmen der Privatabrechnung auszugleichen

b) keine zusätzliche Gebühr ansatzfähig

Hinweis:

Hier handelt es sich um keine eigenständige Leistung; da hier ein generelles Zuzahlungsverbot besteht, kann keine zusätzliche Gebühr gefordert werden. (Sollte eine endodontische Behandlung nicht richtlinienkonform erbringbar sein, dann ist die gesamte endodontische Behandlung privat zu vereinbaren.)

KCH

Frage:

Ist es zulässig, die ehemalige „Phys“ (seit 2004 keine Vertragsleistung mehr) dem Patienten privat in Rechnung zu stellen?

Antwort:

- a) ja
- b) nein
- c) diese Maßnahme ist in Deutschland verboten
- d) diese Maßnahme ist mit der Nr. 34 (Medikamentöse Einlage) abgegolten

KCH

Frage:

Ist es zulässig, die ehemalige „Phys“ (seit 2004 keine Vertragsleistung mehr) dem Patienten privat in Rechnung zu stellen?

Antwort:

- a) ja
- b) nein
- c) diese Maßnahme ist in Deutschland verboten
- d) diese Maßnahme ist mit der Nr. 34 (Medikamentöse Einlage) abgegolten

a) ja

KCH

Die Zähne 13, 14, 15, 16 werden entfernt. Eine übermäßige Blutung muss gestillt werden.

Wie oft kommt die Nbl1 zum Ansatz?

- a) 1 x
- b) 2 x
- c) nicht ansatzfähig

KCH

Die Zähne 13, 14, 15, 16 werden entfernt. Eine übermäßige Blutung muss gestillt werden.

Wie oft kommt die Nbl1 zum Ansatz?

- a) 1 x
- b) 2 x
- c) nicht ansatzfähig

Antwort: a)

**Nbl1 → Leistungsinhalt: „Stillung einer übermäßigen Blutung“
 → je OP-Gebiet, d. h. 1 x ansatzfähig**

KCH

Es wurden Nachbehandlungsmaßnahmen (N) in den Bereichen 46 und 43 durchgeführt. Im Bereich 46 tritt eine übermäßige Blutung ein, im Bereich 43 nicht. Ist die Geb.-Nr. 38 für Zahn 43 neben der Geb.-Nr. 36 für Zahn 46 ansatzfähig?

- A) ja, da je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich
- B) ja, da nicht an derselben Stelle
- C) nein
- D) Nr. 38 ist 2x, Nr. 46 1x berechnungsfähig

KCH

Es wurden Nachbehandlungsmaßnahmen (N) in den Bereichen 46 und 43 durchgeführt. Im Bereich 46 tritt eine übermäßige Blutung ein, im Bereich 43 nicht. Ist die Geb.-Nr. 38 für Zahn 43 neben der Geb.-Nr. 36 für Zahn 46 ansatzfähig?

Antwort:

B) ja, da nicht an derselben Stelle

KCH

Eine scharfe Knochenkante wird nach einer Aufklappung entfernt. Welche Gebühr kommt zum Ansatz?

- a) XN
- b) Alv
- c) KnR
- d) sk

KCH

Eine scharfe Knochenkante wird nach einer Aufklappung entfernt. Welche Gebühr kommt zum Ansatz?

- a) XN
- b) Alv
- c) KnR
- d) sk

Antwort: b)

Wird in einer dem chirurgischen Eingriff folgenden Sitzung an der Wunde eine scharfe Knochenkante entfernt, so muss man hinsichtlich der Abrechnung unterscheiden: Die reine Knochenglättung ohne weitere operative Maßnahmen rechnet man unter der Nr. 46 (XN) ab, muss jedoch aufgeklappt und der Knochen freigelegt werden, so fällt diese Maßnahme unter die wesentlich höher bewertete Nr. 62 (Alv) - auch dann, wenn es sich nur um das Gebiet eines einzigen Zahnes handelt.

KCH

Welche der folgenden Maßnahmen rechnet man unter der Nr. 38 (N), welche unter der Nr. 46 (XN) ab?

- a) N: Nahtentfernung, medikamentöse Wundbehandlung;
XN: Knochenglättung, Naht in getrennter Sitzung
- b) N: Naht in getrennter Sitzung, Streifenwechsel;
XN: Knochenglättung, Auskratzen einer Wunde
- c) N: Medikamentöse Wundbehandlung, Streifeneinlage;
XN: Knochenglättung, Nahtentfernung
- d) N: Streifenentfernung, Nahtentfernung;
XN: Stillung einer Nachblutung, Knochenglättung

KCH

Welche der folgenden Maßnahmen rechnet man unter der Nr. 38 (N), welche unter der Nr. 46 (XN) ab?

- a) N: Nahtentfernung, medikamentöse Wundbehandlung;
XN: Knochenglättung, Naht in getrennter Sitzung
- b) N: Naht in getrennter Sitzung, Streifenwechsel;
XN: Knochenglättung, Auskratzen einer Wunde
- c) N: Medikamentöse Wundbehandlung, Streifeneinlage;
XN: Knochenglättung, Nahtentfernung
- d) N: Streifenentfernung, Nahtentfernung;
XN: Stillung einer Nachblutung, Knochenglättung

Antwort: a)

Unter die Position (N) fallen: Streifeneinlage, -wechsel und -entfernung, Nahtentfernung und medikamentöse Wundbehandlung bzw. Wundtoilette; unter die XN: Knochenglättung bzw. Knochensplitterentfernung, Auskratzen einer Wunde und Naht. Voraussetzung ist in jedem Fall, dass die Leistung nicht im unmittelbaren Anschluss an eine Operation, sondern in getrennter Sitzung erbracht wird.

KCH

Frage:

Welche Geb.-Nr. ist ansatzfähig, wenn eine Dentitio difficilis rein medikamentös behandelt wird?

Antwort:

- a) Geb.-Nr. 105
- b) Geb.-Nr. 38
- c) Privatleistung

KCH

Frage:

Welche Geb.-Nr. ist ansatzfähig, wenn eine Dentitio difficilis rein medikamentös behandelt wird?

Antwort:

- a) Geb.-Nr. 105
- b) Geb.-Nr. 38
- c) Privatleistung

a) Geb.-Nr. 105

Hinweis:

Wird eine Dentitio difficilis (erschwerter Zahndurchbruch mit Entzündung des den Zahn umgebenden Weichgewebes) rein medikamentös behandelt, so stellt dies eine lokale medikamentöse Mundbehandlung nach BEMA-Nr. 105 (Mu) dar und kann, da keine Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff, nicht nach BEMA-Nr. 38 abgerechnet werden.

KCH

Frage:

Im Rahmen einer Dentitio difficilis – Behandlung wird ein Drain entfernt.
Welche Gebühr wird abgerechnet?

Antwort:

- a) Geb.-Nr. 38
- b) Geb.-Nr. 105
- c) Geb.-Nr. Ä 1
- d) keine Gebühr

KCH

Frage:

Im Rahmen einer Dentitio difficilis – Behandlung wird ein Drain entfernt.
Welche Gebühr wird abgerechnet?

Antwort:

- a) Geb.-Nr. 38
- b) Geb.-Nr. 105
- c) Geb.-Nr. Ä 1
- d) keine Gebühr

d) keine Gebühr

Hinweis:

- Die Antworten a) und b) werden durch die entsprechenden Leistungsinhalte ausgeschlossen:
 - Geb.-Nr. 38: *Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff oder Tamponieren oder dergleichen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbstständige Leistung, je Sitzung*
 - Geb.-Nr. 105: *Lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen, Aufbringung von auf der Mundschleimhaut haftenden Medikamenten oder Behandlung von Prothesendruckstellen, je Sitzung*
- c) wäre denkbar, wenn im kausalen Zusammenhang eine Beratung erfolgt und diese die alleinige Leistung wäre → ansonsten d)

KCH

Frage:

Ist die Entfernung von Zahnstein an Implantaten nach der Geb.-Nr. 107 ansatzfähig?

Antwort:

- a) ja
- b) nein
- c) Eine gute Frage, das wollte ich immer schon wissen

KCH

Frage:

Ist die Entfernung von Zahnstein an Implantaten nach der Geb.-Nr. 107 ansatzfähig?

Antwort:

- a) ja
- b) nein
- c) Eine gute Frage, das wollte ich immer schon wissen

b) nein

Hinweis:

Sämtliche Leistungen im Zusammenhang mit den Implantaten gehören nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

KB

Frage:

Für welche Leistungen im Rahmen der KFB-Abrechnung besteht keine Genehmigungspflicht?

Antwort:

- a) Beseitigung von Schmerzen
- b) Geb.-Nrn. K 1 bis K 4
- c) Geb.-Nrn. K 1 bis K 4; aber Kostenträgerabhängig
- d) Geb.-Nrn. K 6 bis K 9

KB

Frage:

Für welche Leistungen im Rahmen der KFB-Abrechnung besteht keine Genehmigungspflicht?

Antwort:

- a) Beseitigung von Schmerzen
- b) Geb.-Nrn. K 1 bis K 4
- c) Geb.-Nrn. K 1 bis K 4; aber Kostenträgerabhängig
- d) Geb.-Nrn. K 6 bis K 9

c) Geb.-Nrn. K 1 bis K 4; aber Kostenträgerabhängig

d) Geb.-Nrn. K 6 bis K 9

Hinweis:

-Für die Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen gilt, dass grundsätzlich vom Zahnarzt eine Kostenübernahmeerklärung beantragt werden muss. Bei Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen ist es möglich, auch nach Therapiebeginn die Kostenübernahmeerklärung einzuholen.

Ausnahme: Der Vorstand der KZV LB hat von der Vereinbarungsmöglichkeit auf Landesebene Gebrauch gemacht und mit den Ersatzkassen, der AOK LB, der IKK BB sowie mit den BKK-KK des Landesverbandes Ost vereinbart, dass auf die vorherige Genehmigung durch den Kostenträger in Bezug auf die Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen und Schienungsmaßnahmen im kausalen Zusammenhang mit einer PAR-Behandlung verzichtet werden kann.

-Wenn keine Genehmigungspflicht für K1-K4 besteht, muss die Diagnose angegeben werden.

KB

Frage:

In Bezug auf die Abrechnung von Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch gibt es ein Abrechnungsformular und einen Behandlungsplan. Was wird zur Abrechnung bei der KZV LB eingereicht?

Antwort:

- a) beides
- b) Behandlungsplan
- c) Abrechnungsformular

KB

Frage:

In Bezug auf die Abrechnung von Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch gibt es ein Abrechnungsformular und einen Behandlungsplan. Was wird zur Abrechnung bei der KZV LB eingereicht?

Antwort:

- a) beides
- b) Behandlungsplan
- c) Abrechnungsformular

c) Abrechnungsformular

KB

Frage:

Was muss bei der Abrechnung von Abformmaterial bei den Ersatzkassen beachtet werden?

Antwort:

- a) je Abformung ist eine Pauschale von **2,60 €** ansetzbar
- b) je Abformung ist eine Pauschale von **2,80 €** berechnungsfähig
- c) die **tatsächlichen Kosten** werden abgerechnet
- d) Die Kosten für das Abformmaterial sind mit dem Punktwert abgegolten

KB

Frage:

Was muss bei der Abrechnung von Abformmaterial bei den Ersatzkassen beachtet werden?

Antwort:

- a) je Abformung ist eine Pauschale von 2,60 € ansetzbar
- b) je Abformung ist eine Pauschale von 2,80 € berechnungsfähig
- c) die tatsächlichen Kosten werden abgerechnet
- d) die Kosten für das Abformmaterial sind mit dem Punktwert abgegolten

b) je Abformung ist eine Pauschale von 2,80 € berechnungsfähig

Hinweis:

Die Pauschale von 2,60 € ist je Behandlungsfall bei KFO abrechnungsfähig und bezieht sich auf Abformmaterial und Versandkosten.

KB

Frage:

Was muss bei der Abrechnung von Abformmaterial bei den Primärkassen beachtet werden?

Antwort:

- a) die tatsächlichen Kosten werden abgerechnet
- b) die Kosten müssen belegt werden
- c) je Abformung ist eine Pauschale ansatzfähig
- d) je Abformung gilt eine Pauschale von **2,80 Euro**

KB

Frage:

Was muss bei der Abrechnung von Abformmaterial bei den Primärkassen beachtet werden?

Antwort:

- a) die tatsächlichen Kosten werden abgerechnet
- b) die Kosten müssen belegt werden
- c) je Abformung ist eine Pauschale ansatzfähig
- d) je Abformung gilt eine Pauschale von 2,80 Euro

- a) die tatsächlichen Kosten werden abgerechnet**
- b) die Kosten müssen belegt werden**

KB

Frage:

Können Brux-Checker-Schienen vor der eigentlichen Schienentherapie angefertigt werden?

Antwort:

- a) ja, aber dann handelt es sich bei der gesamten Schienentherapie um eine außervertragliche Leistung
- b) ja, aber bei dieser Leistung handelt es sich um eine selbstständige zahnärztliche Leistung, die nach GOZ abgerechnet wird
- c) die Frage checke ich nicht

KB

Frage:

Können Brux-Checker-Schienen vor der eigentlichen Schienentherapie angefertigt werden?

Antwort:

- a) ja, aber dann handelt es sich bei der gesamten Schienentherapie um eine außervertragliche Leistung
- b) ja, aber bei dieser Leistung handelt es sich um eine selbstständige zahnärztliche Leistung, die nach GOZ abgerechnet wird
- c) die Frage checke ich nicht

b) ja, aber bei dieser Leistung handelt es sich um eine selbstständige zahnärztliche Leistung, die nach GOZ abgerechnet wird

Hinweis:

Führungsmuster während nächtlichen Bruxens können mittels einer Brux-Checker-Schiene dokumentiert werden. Beim Brux-Checker handelt es sich um eine 0,1 mm dünne, rot eingefärbte Polyvinyl-Folie, die während des Schlafens getragen wird. Durch den Abrieb der roten Farbe ist es möglich, nächtlichen Bruxismus und Führungsmuster während des Bruxens erkennbar zu machen.

PAR

Frage:

Ist die PAR-Behandlung eines 8'ers im Rahmen der GKV ausgeschlossen?

Antwort:

- a) nein
- b) ja

PAR

Frage:

Ist die PAR-Behandlung eines 8'ers im Rahmen der GKV ausgeschlossen?

Antwort:

- a) nein
- b) ja

a) nein

Hinweis:

Nach wie vor ist unter Beachtung der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit die PAR-Behandlung der Weisheitszähne eine vertragszahnärztliche Leistung.

PAR

Frage:

Ist es möglich, einen endodontisch privat behandelten Zahn im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung einer systematischen PAR-Behandlung zu unterziehen?

Antwort:

- a) vollkommen ausgeschlossen
- b) nur, wenn Erfolgsaussichten bestehen
- c) selbstverständlich
- d) Wackelkandidaten werden bei uns nicht behandelt

PAR

Frage:

Ist es möglich, einen endodontisch privat behandelten Zahn im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung einer systematischen PAR-Behandlung zu unterziehen?

Antwort:

- a) vollkommen ausgeschlossen
- b) nur, wenn Erfolgsaussichten bestehen
- c) selbstverständlich
- d) Wackelkandidaten werden bei uns nicht behandelt

b) nur, wenn Erfolgsaussichten bestehen

Hinweis:

Die KZV Land Brandenburg ist der Auffassung, dass es sich um einen isolierten Behandlungsvorgang handelt. Zunächst muss der Erfolg der privat erbrachten Leistung abgewartet werden. Sobald sich dieser Erfolg eingestellt hat und die Prognose für diesen Zahn positiv ist, ist die anschließende PAR-Behandlung eine Vertragsleistung, wenn der endodontisch vorbehandelte Zahn den Richtlinien entspricht.

PAR

Frage:

Nach den alten Richtlinien (vor 2004) wurde nach zwei bis drei Wochen nach Abschluss der Vorbehandlung entschieden, ob eine systematische PAR-Behandlung noch angezeigt ist. Welche „Wartezeit“ sehen die neuen Richtlinien vor?

Antwort:

- a) die Wartezeit gilt nach wie vor
- b) keine
- c) auf die Antwort könnt Ihr lange warten
- d) 3 – 4 Wochen

PAR

Frage:

Nach den alten Richtlinien (vor 2004) wurde nach zwei bis drei Wochen nach Abschluss der Vorbehandlung entschieden, ob eine systematische PAR-Behandlung noch angezeigt ist. Welche „Wartezeit“ sehen die neuen Richtlinien vor?

Antwort:

- a) die Wartezeit gilt nach wie vor
- b) keine
- c) auf die Antwort könnt Ihr lange warten
- d) 3 – 4 Wochen

b) keine

Hinweis:

Nach den gültigen PAR-Richtlinien ist keine konkrete „Wartezeit“ mehr vorgesehen. Entscheidend und somit Voraussetzung für die durchzuführende Parodontitistherapie ist nach der PAR-Richtlinie Nr. 1 das Fehlen von Zahnstein und sonstiger Reizfaktoren sowie die Anleitung des Patienten zur richtigen Mundhygiene.

PAR

Frage:

Welche Anforderungen werden an die Röntgenaufnahmen gestellt, die im Zusammenhang mit einer PAR-Therapie erbracht werden?

Antwort:

- a) dürfen nicht älter als sechs Monate sein
- b) dürfen in der Regel nicht älter als sechs Monate sein
- c) es müssen nicht zwingend Röntgenaufnahmen gefertigt werden
- d) Röntgenaufnahmen stören den zügigen Praxisablauf

PAR

Frage:

Welche Anforderungen werden an die Röntgenaufnahmen gestellt, die im Zusammenhang mit einer PAR-Therapie erbracht werden?

Antwort:

- a) dürfen nicht älter als sechs Monate sein
- b) dürfen in der Regel nicht älter als sechs Monate sein
- c) es müssen nicht zwingend Röntgenaufnahmen gefertigt werden
- d) Röntgenaufnahmen stören den Praxisablauf

b) dürfen in der Regel nicht älter als sechs Monate sein

PAR

Frage:

Kann einem Zahnarzt eine nicht vertragsgerechte PAR-Behandlung vorgeworfen werden, wenn er vor Behandlungsbeginn bei einem Patienten keinen PSI-Index erhoben hat?

Antwort:

- a) ja, denn schließlich wurde eigens dafür die Geb.-Nr. 04 in 2004 neu aufgenommen
- b) nein
- c) Kann nicht sein, schließlich erheben wir in der Regel auch keinen PSI-Code und haben noch nie etwas von der KZV gehört
- d) PSI find ich blöd

PAR

Frage:

Kann einem Zahnarzt eine nicht vertragsgerechte PAR-Behandlung vorgeworfen werden, wenn er vor Behandlungsbeginn bei einem Patienten keinen PSI-Index erhoben hat?

Antwort:

- a) ja, denn schließlich wurde eigens dafür die Geb.-Nr. 04 in 2004 neu aufgenommen
- b) nein
- c) Kann nicht sein, schließlich erheben wir auch keinen PSI-Code und haben noch nie etwas von der KZV gehört
- d) PSI find ich blöd

b) nein

Hinweis:

Eine behandlungsbedürftige Parodontopathie liegt gemäß der PAR-Richtlinie Nr. 1 vor, wenn ein Parodontaler Screening-Index (PSI)-Wert von Code 3 oder 4 erhoben wird oder eine bestimmte Diagnose gemäß Richtlinien gestellt wird und dabei eine Sondiertiefe von 3,5 mm und mehr vorliegt.

PAR

Frage:

Welche Unterlagen sind bezogen auf die PAR-Abrechnung bei der KZV LB einzureichen?

Blatt 1 → u. a. Anamnese, Diagnose, Entscheidung der Krankenkasse

Blatt 2 → u. a. Befund mit Zahnschema, geplante Leistung, Abrechnung

Antwort:

- a) Blatt 1 und Blatt 2
- b) Blatt 1
- c) Blatt 2
- d) Wir schicken immer alles, sicher ist sicher

PAR

Frage:

Welche Unterlagen sind bezogen auf die PAR-Abrechnung bei der KZV LB einzureichen?

Blatt 1 → u. a. Anamnese, Diagnose, Entscheidung der Krankenkasse

Blatt 2 → u. a. Befund mit Zahnschema, geplante Leistung, Abrechnung

Antwort:

- a) Blatt 1 und Blatt 2
- b) Blatt 1
- c) Blatt 2
- d) Wir schicken immer alles, sicher ist sicher

c) Blatt 2

Hinweis:

Bitte beachten Sie, dass auf dem Abrechnungsformular (Blatt 2) sowohl in der Rubrik „Geplante Leistungen“ als auch in der Rubrik „Abrechnung“ die **Unterschrift des Zahnarztes** vorhanden sein muss, wenn der Parodontalstatus (Blatt 2) zur Abrechnung eingereicht wird.

PAR

Frage:

Wann liegt eine behandlungsbedürftige Parodontopathie vor?

Antwort:

Wenn

- a) ein PSI-Wert von Code 3 oder 4 erhoben wird
- b) eine Sondiertiefe von über 3,5 mm vorliegt
- c) eine Sondiertiefe von mehr als 5,5 mm vorliegt
- d) eine Sondiertiefe von 3,5 mm und mehr vorliegt und eine in den PAR-Richtlinien Abschnitt 1 genannten Diagnosen gestellt wird

PAR

Frage:

Wann liegt eine behandlungsbedürftige Parodontopathie vor?

Antwort:

Wenn

- a) ein PSI-Wert von Code 3 oder 4 erhoben wird
- b) eine Sondiertiefe von über 3,5 mm vorliegt
- c) eine Sondiertiefe von mehr als 5,5 mm vorliegt
- d) eine Sondiertiefe von 3,5 mm und mehr vorliegt und eine in den PAR-Richtlinien Abschnitt 1 genannten Diagnosen gestellt wird

- a) PSI-Wert von Code 3 oder 4**
- d) eine Sondiertiefe von 3,5 mm und mehr vorliegt und eine in den PAR-Richtlinien Abschnitt 1 genannten Diagnosen gestellt wird**

PAR

Frage:

Wann sind sogenannte „offene“ parodontaltherapeutische Maßnahmen (P 202/P 203) indiziert?

Antwort:

- a) Sondiertiefen ab 5,5 mm
- b) Sondiertiefen über 5,5 mm
- c) wenn zunächst das geschlossene Vorgehen durchgeführt wurde
- d) wenn der Zahnarzt sie für erforderlich hält

PAR

Frage:

Wann sind sogenannte „offene“ parodontaltherapeutische Maßnahmen (P 202/P 203) indiziert?

Antwort:

- a) Sondiertiefen ab 5,5 mm
- b) Sondiertiefen über 5,5 mm
- c) wenn zunächst das geschlossene Vorgehen durchgeführt wurde
- d) wenn der Zahnarzt sie für erforderlich hält

b) Sondiertiefen über 5,5 mm

Hinweis:

In Ausnahmefällen kann das offene Vorgehen auch ohne vorheriges geschlossenes Vorgehen erfolgen.

Vor Durchführung eines offenen Vorgehens ist zu prüfen, ob die Mitwirkung des Patienten im bisherigen Verlauf der Behandlung gegeben war. Im Frontzahnbereich besteht aus ästhetischen Gründen eine strenge Indikation zum offenen Vorgehen.

PAR

Frage:

Im Rahmen einer systematischen PAR-Behandlung nach den Geb.-Nrn. P 200 und P 201 wünschte ein Patient keine Anästhesien. Sind nun abrechnungstechnisch Probleme zu erwarten?

Antwort:

- a) der Patient muss zum Neurologen überwiesen werden
- b) ja, da bei einer PAR-Behandlung immer anästhesiert werden muss
- c) nein
- d) Wir bevorzugen Masochisten in unserer Praxis

PAR

Frage:

Im Rahmen einer systematischen PAR-Behandlung nach den Geb.-Nrn. P 200 und P 201 wünschte ein Patient keine Anästhesien. Sind nun abrechnungstechnisch Probleme zu erwarten?

Antwort:

- a) der Patient muss zum Neurologen überwiesen werden
- b) ja, da bei einer PAR-Behandlung immer anästhesiert werden muss
- c) nein
- d) Wir bevorzugen Masochisten in unserer Praxis

c) nein

Hinweis:

Bei guter Vorbehandlung, die mit professioneller Zahnreinigung erfolgt ist, können im Einzelfall die Gebührenpositionen P 200 und P 201 auch ohne Anästhesien (auf Wunsch des Patienten) durchgeführt und abgerechnet werden.

PAR

Frage:

In einem fast voll bezahnten Kiefer sollen 2 benachbarte Frontzähne (Sondiertiefe 4 mm und entsprechende Diagnose) einer systematischen PAR-Behandlung unterzogen werden.

Welche Gebührennummer(n) ist/sind ansatzfähig?

Antwort:

- a) 2 x Geb.-Nr. 49
- b) 1 x Geb.-Nr. 50
- c) 2 x Geb.-Nr. 50
- d) 2 x P 200

PAR

Frage:

In einem fast voll bezahnten Kiefer sollen 2 benachbarte Frontzähne (Sondiertiefe 4 mm und entsprechende Diagnose) einer systematischen PAR-Behandlung unterzogen werden.

Welche Gebührennummer(n) ist/sind ansatzfähig?

Antwort:

- a) 2 x Geb.-Nr. 49
- b) 1 x Geb.-Nr. 50
- c) 2 x Geb.-Nr. 50
- d) 2 x P 200

d) 2 x P 200

Hinweis:

- BEMA = Einzelleistungsvergütung (Inhalt und Umfang jeder einzelnen Leistung ist definiert)
- der Leistungsinhalt einer systematischen PAR-Behandlung ist nicht identisch mit dem Leistungsinhalt einer Exzision
- keine Analogabrechnung in der GKV

PAR

Die erste Untersuchung nach einer PAR-Behandlung sollte bei geschlossenem Vorgehen

- a) nach 1 Monat
- b) nach 3 Monaten
- c) nach 6 Monaten
- d) Liegt im Ermessen des Zahnarztes

erfolgen.

Antwort: c)

Entsprechend der PAR-Richtlinie 7

„... Die erste Untersuchung sollte bei geschlossenem Vorgehen nach 6 Monaten erfolgen.“

ZE

Frage:

Im Zusammenhang mit der Erstellung des Heil- und Kostenplanes im Rahmen einer Wiederherstellungsmaßnahme wurde die Krankenversichertenkarte eingelesen. Sind dann auch noch Datum und Unterschrift des Patienten auf dem Heil- und Kostenplan notwendig?

Antwort:

- a) Nein
- b) Nur Unterschrift reicht auch.
- c) Ja
- d) das entscheidet der Zahnarzt von Fall zu Fall

ZE

Frage:

Im Zusammenhang mit der Erstellung des Heil- und Kostenplanes im Rahmen einer Wiederherstellungsmaßnahme wurde die Krankenversichertenkarte eingelesen. Sind dann auch noch Datum und Unterschrift des Patienten auf dem Heil- und Kostenplan notwendig?

Antwort:

- a) Nein
- b) Nur Unterschrift reicht auch.
- c) Ja
- d) das entscheidet der Zahnarzt von Fall zu Fall

c) Ja

Hinweis:

Der Inhalt der Erklärung, die der Versicherte mit Datum und Unterschrift kennzeichnen soll, bringt die Bedeutsamkeit zum Ausdruck:

„Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kosten der Regel-, der gleich- und andersartigen Versorgung aufgeklärt worden und wünsche die Behandlung entsprechend dieses Kostenplanes.“

ZE

Frage:

Wünscht ein Heilfürsorgeberechtigter der Bundespolizei eine über die vertragszahnärztliche Versorgung (Regelleistung) hinausgehende Zahnbehandlung (z. B. Vollverblendung, Vollkeramikkrone), so ist mit ihm eine Mehrkostenvereinbarung zu treffen.

Was wird dann aus Heilfürsorgemittel übernommen?

Antwort:

- a) die fiktive Kostenberechnung (z. B. metallische Krone oder vestibulär verblendete Verblendkrone)
- b) nur die tatsächlich durchgeführten Vertragsleistungen nach BEMA und BEL II
- c) nichts, denn Mehrkostenvereinbarungen sind bezogen auf die Bundespolizei ausgeschlossen

ZE

Frage:

Wünscht ein Heilfürsorgeberechtigter der Bundespolizei eine über die vertragszahnärztliche Versorgung (Regelleistung) hinausgehende Zahnbehandlung (z. B. Vollverblendung, Vollkeramikkrone), so ist mit ihm eine Mehrkostenvereinbarung zu treffen.

Was wird dann aus Heilfürsorgemittel übernommen?

Antwort:

- a) die fiktive Kostenberechnung (z. B. metallische Krone oder vestibulär verblendete Verblendkrone)
- b) nur die tatsächlich durchgeführten Vertragsleistungen nach BEMA und BEL II
- c) nichts, denn Mehrkostenvereinbarungen sind bezogen auf die Bundespolizei ausgeschlossen

a) die fiktive Kostenberechnung (z. B. metallische Krone oder vestibulär verblendete Verblendkrone)

Hinweis:

Die unter b) beschriebene Abrechnungsmodalität wurde am 05.11.2010 abgeschafft. Die fiktive Kostenberechnung wird bis zur Richtlinienänderung (voraussichtlich ab 01.01.2011) Gültigkeit haben.

ZE

Frage:

Ist das Desinfektionsmittel im Zusammenhang mit der Desinfektion von Abdrücken und Prothesen auf dem Eigenbeleg bzw. der Fremdlaborrechnung ansatzfähig?

Antwort:

- a) Ja
- b) Nein
- c) Bei uns wird nichts desinfiziert

ZE

Frage:

Ist das Desinfektionsmittel im Zusammenhang mit der Desinfektion von Abdrücken und Prothesen auf dem Eigenbeleg bzw. der Fremdlaborrechnung ansatzfähig?

Antwort:

- a) Ja
- b) Nein
- c) Bei uns wird nichts desinfiziert

b) Nein

Hinweis:

In der Allgemeinen Bestimmung 5 zum BEMA (Stand 01.01.04) erfolgte nachstehende Regelung für die Berechenbarkeit von Praxismaterialien: „Die allgemeinen Praxiskosten, auch die durch die Anwendung von zahnärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstehenden Kosten, sind in den abrechnungsfähigen Leistungsansätzen enthalten....“

ZE

Frage:

Wann ist die Geb.-Nr. 89 nicht abrechnungsfähig?

Antwort:

Zur Beseitigung grober Artikulations- und Okklusionsstörungen vor der Eingliederung von:

- a) einem Aufbissbehelf
- b) einer Prothese
- c) einer Brücke
- d) einer Einzelkrone
- e) mehreren Einzelkronen
- f) verblockten Kronen

ZE

Frage:

Wann ist die Geb.-Nr. 89 nicht abrechnungsfähig?

Antwort:

Zur Beseitigung grober Artikulations- und Okklusionsstörungen vor der Eingliederung von:

- a) einem Aufbissbehelf
- b) einer Prothese
- c) einer Brücke
- d) einer Einzelkrone
- e) mehreren Einzelkronen
- f) verblockten Kronen

- a) einem Aufbissbehelf**
- d) einer Einzelkrone**
- e) mehreren Einzelkronen**
- f) verblockten Kronen**

Hinweis:

Die Geb.-Nr. 89 ist abrechnungsfähig für Einschleifmaßnahmen an natürlichen Zähnen, vorhandenen Einzelkronen und vorhandenen festsitzenden Brücken zur Beseitigung grober Artikulations- und Okklusionsstörungen **vor der Eingliederung von Prothesen und Brücken.**

ZE

Frage:

Bei einer endodontischen Behandlung wird zunächst nur ein gegossener Stiftaufbau eingesetzt. Der Zahn soll dann über einen Zeitraum beobachtet werden, bevor die Überkronung erfolgt. Was ist hinsichtlich der Stiftabrechnung zu beachten?

Antwort:

- a) Nichts Besonderes; Geb.-Nr. 18 b + FZ 1.5 wird zum Ansatz gebracht.
- b) Ein Stiftaufbau ist nur im kausalen Zusammenhang mit einer Überkronung abrechnungsfähig.
- c) Im Ausnahmefall: Geb.-Nr. 18 + FZ 1.5 können auch als alleinige Leistung abgerechnet werden; aber dann Zuschussfestsetzung durch Krankenkasse.

ZE

Frage:

Bei einer endodontischen Behandlung wird zunächst nur ein gegossener Stiftaufbau eingesetzt. Der Zahn soll dann über einen Zeitraum beobachtet werden, bevor die Überkronung erfolgt. Was ist hinsichtlich der Stiftabrechnung zu beachten?

Antwort:

- a) Nichts Besonderes; Geb.-Nr. 18 b + FZ 1.5 wird zum Ansatz gebracht.
- b) Ein Stiftaufbau ist nur im kausalen Zusammenhang mit einer Überkronung abrechnungsfähig.
- c) Im Ausnahmefall: Geb.-Nr. 18 + FZ 1.5 können auch als alleinige Leistung abgerechnet werden; aber dann Zuschussfestsetzung durch Krankenkasse.

c) Im Ausnahmefall: Geb.-Nr. 18 + FZ 1.5 können auch als alleinige Leistung abgerechnet werden; aber dann Zuschussfestsetzung durch Krankenkasse.

Hinweis:

- Grundsätzlich werden Stiftaufbauten nur an zu überkronenden Zähnen bezuschusst. Ausnahmen sind möglich, aber dann Zuschussfestsetzung durch die Krankenkasse.
- Als nachträgliche Leistungen und im Zusammenhang mit Wiederherstellungsmaßnahmen unterliegen Stiftaufbauten keiner Genehmigungspflicht.

Bei einer älteren gesundheitlich angeschlagenen Patientin soll das stark reduzierte Restgebiss (nur noch 5 Zähne) durch eine Kunststoffprothese mit gebogenen Doppelarmklammern versorgt werden. Welcher Zuschuss ist hierfür ansetzbar?

- a) 5.3 (Nr. 96c Bema)
- b) 3.1
- c) Kunststoffprothesen lösen keinen Festzuschuss aus
- d) sowas machen wir nicht

Bei einer älteren gesundheitlich angeschlagenen Patientin soll das stark reduzierte Restgebiss (nur noch 5 Zähne) durch eine Kunststoffprothese mit gebogenen Doppelarmklammern versorgt werden. Welcher Zuschuss ist hierfür ansetzbar?

- a) 5.3 (Nr. 96c Bema)
- b) 3.1
- c) Kunststoffprothesen lösen keinen Festzuschuss aus
- d) sowas machen wir nicht

a) 5.3 (Nr. 96c Bema)

Grundsätzlich gilt, dass eine partielle Prothese als definitiver Ersatz eine Metallbasis aufweisen muss, um zahnmedizinisch-wissenschaftlichen Kriterien zu genügen. Das bedeutet, dass eine reine Kunststoffprothese als nicht ausreichende Versorgungsform angesehen wird. Lediglich in Ausnahmefällen - etwa, wenn wie im vorliegenden Fall bei einem alten kranken Patienten die Versorgung mit einer Modellgussprothese nicht möglich ist oder nicht sinnvoll erscheint, kann eine reine Kunststoff-prothese auch als definitiver Zahnersatz angezeigt sein, der dann den Zuschuss 5.3 auslöst.

ZE

Frage:

Nachdem die Wiedereingliederung des Stiftaufbaus erfolgte, wird die Einzelkrone rezementiert. Was ist abrechnungsfähig?

Antwort:

- a) 2 x 6.8; 2 x 24 a
- b) 2 x 6.8; 1 x 24 a
- c) 1 x 6.8; 2 x 24 a

ZE

Frage:

Nachdem die Wiedereingliederung des Stiftaufbaus erfolgte, wird die Einzelkrone rezementiert. Was ist abrechnungsfähig?

Antwort:

- a) 2 x 6.8; 2 x 24 a
- b) 2 x 6.8; 1 x 24 a
- c) 1 x 6.8; 2 x 24 a

c) 1 x 6.8; 2 x 24 a

Hinweis:

- Der FZ 6.8 ist nur 1 x je Zahn ansatzfähig.
- Anzahlmäßig wird die Geb.-Nr. 24 a nicht eingeschränkt;
24 a → „Wiedereinsetzen einer Krone oder dergleichen.“

ZE

Frage:

Es erfolgt in einer Sitzung eine Bruchreparatur einer Metallbasis (6.3; ohne Bonus 64,19 €) und die Erweiterung einer Prothese um 2 Zähne mit einer gegossenen Retention (6.5; ohne Bonus 69,31 € und 6.5.1; ohne Bonus 12,02 €).

Welche Festzuschüsse sind ansatzfähig?

Antwort:

- a) 6.3 (Bruchreparatur), 6.5 (Erweiterung 1. Zahn), 6.5.1 (Erweiterung 2. Zahn)
- b) 6.3
- c) 6.5 und 6.5.1

ZE

Frage:

Es erfolgt in einer Sitzung eine Bruchreparatur einer Metallbasis (6.3; ohne Bonus 64,19 €) und die Erweiterung einer Prothese um 2 Zähne mit einer gegossenen Retention (6.5; ohne Bonus 69,31 € und 6.5.1; ohne Bonus 12,02 €).

Welche Festzuschüsse sind ansatzfähig?

Antwort:

- a) 6.3 (Bruchreparatur), 6.5 (Erweiterung 1. Zahn), 6.5.1 (Erweiterung 2. Zahn)
- b) 6.3
- c) 6.5 und 6.5.1

c) 6.5 und 6.5.1

Hinweis:

Die Befund-Nrn. 6.0 – 6.5 sind untereinander nicht kombinierbar;
Analogie zur BEMA-Abrechnung

ZE

Frage:

In einer Sitzung erfolgen die Unterfütterung einer Teilprothese und eine Bruchreparatur (ohne gesonderte Abformung).

Welche Festzuschüsse kommen zum Ansatz?

Antwort:

- a) 6.1 (Bruchreparatur; ohne Bonus 28,21 €)
- b) 6.6 (Unterfütterung; ohne Bonus 54,03 €)
- c) 6.1; 6.6

ZE

Frage:

In einer Sitzung erfolgen die Unterfütterung einer Teilprothese und eine Bruchreparatur (ohne gesonderte Abformung).

Welche Festzuschüsse kommen zum Ansatz?

Antwort:

- a) 6.1 (Bruchreparatur; ohne Bonus 28,21 €)
- b) 6.6 (Unterfütterung; ohne Bonus 54,03 €)
- c) 6.1; 6.6

c) 6.1; 6.6

Hinweis:

Lt. Kombinationstabelle sind die Befund-Nrn. nebeneinander ansatzfähig; hingegen lässt die BEMA-Abrechnung nur eine Geb.-Nr. 100 zu.

ZE

Frage:

Ein Zahn im Verblendbereich wird auf Wunsch des Patienten nicht verblendet. Kann der Festzuschuss 1.3 trotzdem angesetzt werden?

Antwort:

- a) Ja, die Festzuschüsse werden befundorientiert gewährt.
- b) Nein, denn es erfolgt keine tatsächliche Eingliederung.
- c) Solche Patienten gibt es nicht
- d) im Verblendbereich stellen unverblendete Kronen eine gleichartige Versorgung dar und lösen keinen Festzuschuss nach 1.3 aus



ZE

Frage:

Ein Zahn im Verblendbereich wird auf Wunsch des Patienten nicht verblendet. Kann der Festzuschuss 1.3 trotzdem angesetzt werden?

Antwort:

- a) Ja, die Festzuschüsse werden befundorientiert gewährt.
- b) Nein, denn es erfolgt keine tatsächliche Eingliederung.
- c) Solche Patienten gibt es nicht
- d) Im Verblendbereich stellen unverblendete Kronen eine gleichartige Versorgung dar und lösen keinen Festzuschuss nach 1.3 aus

a) Ja, die Festzuschüsse werden befundorientiert gewährt.

Hinweis:

In der Festzuschuss-Richtlinie A2 heißt es:

„Festzuschüsse für Verblendungen werden immer dann gewährt, wenn die Regelversorgung diese vorsieht.“

ZE

Frage:

Kann für die Vollverblendung einer Verblendkrone aus Kunststoff/Komposit ein Festzuschuss gewährt werden?

Antwort:

- a) Es ist kein Festzuschuss möglich.
- b) Obgleich es sich dann um eine gleichartige Versorgung handelt, ist ein Verblend-Festzuschuss ansatzfähig.
- c) Natürlich, Verblendung ist Verblendung und löst immer einen Festzuschuss aus.

ZE

Frage:

Kann für die Vollverblendung einer Verblendkrone aus Kunststoff/Komposit ein Festzuschuss gewährt werden?

Antwort:

- a) Es ist kein Festzuschuss möglich.
- b) Obgleich es sich dann um eine gleichartige Versorgung handelt, ist ein Verblend-Festzuschuss ansatzfähig.
- c) Natürlich, Verblendung ist Verblendung und löst immer einen Festzuschuss aus

a) Es ist kein Festzuschuss möglich.

Hinweis:

Die Partner im Gemeinsamen Bundesausschuss haben die Vollverblendungen aus Komposit und Kunststoff nicht als anerkannte Methode bestimmt. Deshalb wird kein Festzuschuss gewährt.

An kombiniertem Zahnersatz ist jedoch die Vollverblendung der Sekundärteleskope mit Komposit oder Kunststoff im Verblendbereich möglich; es handelt sich dann dabei um einen gleichartigen Zahnersatz.

ZE

Frage:

Bei einem Härtefallpatienten wird eine Brückenversorgung (unter Verwendung von Edelmetall) als Regelleistung erbracht.

Was ist bei der Abrechnung zu beachten?

Antwort:

- a) Die Krankenkasse übernimmt die tatsächlich angefallenen Gesamtkosten.
- b) Von den angefallen Gesamtkosten müssen die Edelmetallkosten (incl. MwSt.) abgezogen werden und je Abrechnungseinheit wird ein NEM-Zuschuss zugerechnet.
- c) Der Härtefall hat keinen Anspruch auf die Verwendung von Edelmetall als Regelversorgung.
Die Arbeit wird zu einer gleichartigen Versorgung.

ZE

Frage:

Bei einem Härtefallpatienten wird eine Brückenversorgung (unter Verwendung von Edelmetall) als Regelleistung erbracht.

Was ist bei der Abrechnung zu beachten?

Antwort:

- a) Die Krankenkasse übernimmt die tatsächlich angefallenen Gesamtkosten.
- b) Von den angefallen Gesamtkosten müssen die Edelmetallkosten (incl. MwSt.) abgezogen werden und je Abrechnungseinheit wird ein NEM-Zuschuss zugerechnet.
- c) Der Härtefall hat keinen Anspruch auf die Verwendung von Edelmetall als Regelversorgung.
Die Arbeit wird zu einer gleichartigen Versorgung.

b) Von den angefallen Gesamtkosten müssen die Edelmetallkosten (incl. MwSt.) abgezogen werden und je Abrechnungseinheit wird ein NEM-Zuschuss zugerechnet.

ZE

Frage:

Auf Verlangen des Patienten wird eine totale Unterkieferprothese mit einer Metallbasis hergestellt, allerdings ohne dass eine entsprechende Indikation dafür vorliegt.

Kann trotzdem ein Festzuschuss gewährt werden?

Antwort:

- a) Die gesamte Prothese ist nicht bezuschussungsfähig.
- b) Der Festzuschuss nach Befund-Nr. 4.4 bleibt bestehen. Es handelt sich jedoch um eine gleichartige Versorgung.
- c) Neben dem Festzuschuss nach 4.4 besteht der Anspruch auf Nr. 4.5 (Metallbasis).

ZE

Frage:

Auf Verlangen des Patienten wird eine totale Unterkieferprothese mit einer Metallbasis hergestellt, allerdings ohne dass eine entsprechende Indikation dafür vorliegt.

Kann trotzdem ein Festzuschuss gewährt werden?

Antwort:

- a) Die gesamte Prothese ist nicht bezuschussungsfähig.
- b) Der Festzuschuss nach Befund-Nr. 4.4 bleibt bestehen. Es handelt sich jedoch um eine gleichartige Versorgung.
- c) Neben dem Festzuschuss nach 4.4 besteht der Anspruch auf Nr. 4.5 (Metallbasis).

b) Der Festzuschuss nach Befund-Nr. 4.4 bleibt bestehen. Es handelt sich jedoch um eine gleichartige Versorgung.

Hinweis:

Die Leistungen für die gleichartige Versorgung werden nach GOZ und BEB abgerechnet (betrifft die Prothese).

Funktionsabdrücke etc. werden weiterhin nach BEMA und BEL II abgerechnet.

ZE

Frage:

Eine Modellgussprothese wird als Interimsprothese eingegliedert.
Welcher Festzuschuss wird ausgelöst?

Antwort:

- a) 3.1
- b) Kein Festzuschuss
- c) BK 5; Regelversorgung
- d) BK 5; gleichartige Versorgung

ZE

Frage:

Eine Modellgussprothese wird als Interimsprothese eingegliedert.
Welcher Festzuschuss wird ausgelöst?

Antwort:

- a) 3.1
- b) Kein Festzuschuss
- c) BK 5; Regelversorgung
- d) BK 5; gleichartige Versorgung

d) BK 5; gleichartige Versorgung

Hinweis:

Die Metallbasis ist als Regelversorgung nicht hinterlegt und löst somit die Gleichartigkeit aus.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!



Ich wünsche Ihnen schönes Weihnachtsfest