

Die aufsuchende Betreuung in Pflegeeinrichtungen

Handreichung zur gebührenrechtlichen Umsetzung bei privat Krankenversicherten

Der demografische Wandel führt dazu, dass die aufsuchende zahnärztliche Betreuung von Pflegebedürftigen in Pflegeeinrichtungen kontinuierlich an Bedeutung gewinnt.

Der Gesetzgeber trägt diesem Umstand in § 22 Abs. 1 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) Rechnung und trifft darüber hinaus in den §§ 119b Abs. 1 und 87 Abs. 2j SGB V Regelungen zu Kooperationsverträgen zwischen Pflegeeinrichtungen und Zahnärzten. Diese Verträge sollen die zahnärztliche Betreuung gesetzlich Krankenversicherter in Pflegeeinrichtungen auch durch erhöhte zahnärztliche Vergütungen verbessern.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) definiert in der zugehörigen „Richtlinie über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen“ Leistungen, die bei einer derartigen Versorgung gegenüber gesetzlich Krankenversicherten erbracht werden können. Über den Bewertungsausschuss für zahnärztliche Leistungen sind zu diesem Zweck mehrfach Änderungen und Ergänzungen der Leistungen in Teil 1 des Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen (BEMA) erfolgt. Bestimmte Leistungen sind dabei an das Vorliegen eines Pflegegrades gemäß § 15 Elftes Sozialgesetzbuch (SGB XI) gebunden.

Privat Krankenversicherte werden von der Rahmenvereinbarung zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband zur kooperativen und koordinierten zahnärztlichen und pflegerischen Versorgung von stationär Pflegebedürftigen (Anlage 12 Bundesmantelvertrag, Stand 30.09.2020) nicht erfasst.

Entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung der zahnärztlichen Betreuung privat Krankenversicherter in Pflegeeinrichtungen hat der Verordnungs-/Gesetzgeber versäumt. Die Erbringung und Berechnung entsprechender Leistungen für privat Krankenversicherte erfolgt somit nach den unveränderten Bestimmungen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die Leistungserbringung und -berechnung ist nicht an einen

festgestellten Pflegegrad gebunden, sondern an deren zahnmedizinische Notwendigkeit. Um eine dem zahnärztlichen Einsatz angemessene Vergütung zu erzielen, empfiehlt sich die Vereinbarung der Vergütungshöhe („Vereinbarung gemäß § 2 Abs. 1 und 2 GOZ“, Stellungnahme der Zahnärztekammer Niedersachsen, Stand Juni 2023).

Im Folgenden werden Leistungen für gesetzlich und privat Krankenversicherte gegenübergestellt. Den BEMA-Leistungen liegt der Primärkassenpunktwert Niedersachsen (Stand 1.01.2023) in Höhe von 1,2239€ zugrunde. Soweit nicht anders angegeben, findet bei GOZ/GOÄ-Leistungen der 2,3-fache Steigerungssatz Anwendung. Die Leistungsbeschreibungen in der tabellarischen Zusammenstellung sind der besseren Übersichtlichkeit wegen sinnerhaltend verkürzt (Bezeichnung) wiedergegeben. Ausdrücklich wird auf die vollständigen Beschreibungen und Berechnungsbestimmungen in BEMA/GOZ/GOÄ verwiesen.

1. Besuche ohne regelmäßige Tätigkeit in der Pflegeeinrichtung und ohne Kooperationsvertrag

1.1. Besuchsleistungen

Bezeichnung	BEMA-Nr./Gebühr in €	Geb.-Nr. GOÄ/Gebühr in €
Besuch eines Versicherten	151/46,51	50/42,90
Besuch je weiteren Versicherten	152b/31,82	50/42,90

Neben den BEMA-Nrn. 151 und 152b sind ärztliche Beratung und eingehende Untersuchung nicht berechnungsfähig. Der Berechnungsausschluss zur Geb.-Nr. 50 GOÄ erfasst lediglich die Geb.-Nrn. 1, 3 und 5 GOÄ. Andere Leistungen mit beratendem Inhalt, z.B. die Geb.-Nrn. 4 GOÄ, die Geb.-Nr. 6190 GOZ oder Untersuchungen nach den Geb.-Nrn. 0010 GOZ, bzw. 6 GOÄ können berechnet werden.

1.2. Zuschläge zu den Besuchsleistungen unter 1.1.

Zuschläge zu	BEMA-Nr. 151/Betrag in €	BEMA-Nr. 152b/Betrag in €	Geb.-Nr. 50 GOÄ/Betrag in €
Dringend angefordert und durchgeführt	161a/22,03	162a/11,02	E/9,33
Montag bis Freitag 20-22 und 6-8 Uhr	161b/35,49	162b/18,36	F/15,15
Montag bis Freitag 22-6 Uhr	161c/61,20	162c/30,60	G/26,23
Samstag, Sonn- oder Feiertage 8-20 Uhr	161d/46,51	162d/23,25	H/19,82
Samstag, Sonn- oder Feiertage 20-22 und 6-8 Uhr	161e/82,00	162e/41,61	H/19,82+F/15,15
Samstag, Sonn- oder Feiertag 22-6 Uhr	161f/107,70	162f/53,85	H/19,82+G/26,23

(1) Die vorstehenden Zuschläge orientieren sich am Besuchszeitpunkt. Sie folgen sowohl im BEMA als auch in der GOÄ gleicher zeitlicher Staffelung. An Samstagen, Sonn- oder Feiertagen wird im BEMA in der Zeit von 20 bis 8 Uhr ein Besuch durch jeweils einen Zuschlag abgebildet, während gemäß den Bestimmungen der GOÄ in diesem Zeitraum ein Besuch durch einen Tages- zuzüglich eines Uhrzeitzuschlages erfasst wird.

(2) Gesetzlich Krankenversicherte können einem Pflegegrad nach § 15 Elftes Sozialgesetzbuch (SGB XI) zugeordnet sein. In diesen Fällen tritt neben einen Zuschlag nach der BEMA-Nr. 161 a-f noch der **Zuschlag nach der BEMA-Nr. 171a/45,28€**, neben einen Zuschlag nach der BEMA-Nr. 162 a-f noch der **Zuschlag nach der BEMA-Nr. 171b/36,72€**.

Eine derartige gesetzliche Pflegeeinstufung existiert für privat Krankenversicherte ebenso wie entsprechende Zuschläge nicht.

(3) Bei Besuchen von Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr ist neben den BEMA-Nrn. 151 und 152b noch jeweils der **Zuschlag nach der BEMA-Nr. 165/17,13€** abrechnungsfähig.

(4) Die Zuschläge E – H sind gemäß den Allgemeinen Bestimmungen B.V GOÄ nur mit dem einfachen Steigerungssatz berechnungsfähig und nicht steigerbar. Ausweislich der tabellarischen Gegenüberstellung zeigt sich insbesondere im

Bereich der Zuschläge eine deutliche Minderhonorierung im Vergleich zum BEMA. Zur rechtssicheren Kompensation des Vergütungsdefizits empfiehlt es sich, die Besuchsleistung und/oder anlässlich des Besuchs vorzunehmende Leistungen zum Gegenstand von Vereinbarungen gemäß § 2 Abs. 1 GOÄ/GOZ zu machen.

(5) Nicht selten sind Versicherte nicht mehr befähigt, ihre eigenen, insbesondere rechtlichen Angelegenheiten zu regeln. Sofern in diesen Fällen ein Vorsorgebevollmächtigter oder gesetzlicher Betreuer (§ 1896, § 1901 BGB) bestellt ist, sind vorstehend bezeichnete Vereinbarungen mit diesem und nicht mit dem Versicherten zu treffen.

2. Besuche bei regelmäßiger Tätigkeit in der Pflegeeinrichtung ohne Kooperationsvertrag

2.1. Besuchsleistungen

Bezeichnung	BEMA-Nr./Gebühr in €	Geb.-Nr. GOÄ/Gebühr in €
Besuch eines Versicherten	153a/36,72	48/16,09
Besuch je weiteren Versicherten	153b/31,82	48/16,09

Neben den BEMA-Nrn. 153a und 153b sind ärztliche Beratung und eingehende Untersuchung nicht berechnungsfähig. Der diesbezügliche Berechnungsausschluss zur Geb.-Nr. 48 GOÄ erfasst lediglich die Geb.-Nr. 1 GOÄ. Andere Leistungen der GOÄ und GOZ können berechnet werden.

2.2. Zuschläge zu den Besuchsleistungen unter 2.1.

(1) Gesetzlich Krankenversicherte können einem Pflegegrad nach § 15 Elftes Sozialgesetzbuch (SGB XI) zugeordnet sein. In diesen Fällen tritt neben die BEMA-Nr. 153a der **Zuschlag nach der BEMA-Nr. 173a/39,16€** und neben die BEMA-Nr. 153b der **Zuschlag nach der BEMA-Nr. 173b/29,37€**.

Eine derartige gesetzliche Pflegeeinstufung existiert für privat Krankenversicherte nicht.

(2) Bei Besuchen von Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr ist neben den BEMA-Nrn. 153a und 153b noch jeweils der **Zuschlag nach der BEMA-Nr. 165/17,13€** abrechnungsfähig.

(3) Zuschläge nach den BEMA-Nrn. 161 und 162 (für zahnärztliche Tätigkeiten am Wochenende und zu Unzeiten) sind neben den BEMA-Nrn. 153 a und b auch dann nicht berechnungsfähig, wenn die zahnärztliche Tätigkeit außerhalb des regelmäßigen, vorab geplanten Einsatzes erfolgt (Landessozialgericht Berlin-Brandenburg Az.: S 79 KA 4851/15 vom 5.06.2019).

(4) Wird der regelmäßig in der Pflegeeinrichtung tätige Zahnarzt privat Zahnärztlich außerhalb seiner regelmäßigen Besuche zu vorher vereinbarten Zeiten auf Grund eines akut auftretenden Krankheitsbildes gerufen, so unterfällt dieser Besuch nicht der Geb.-Nr. 48 GOÄ, sondern der zuschlagsberechtigten Geb.-Nr. 50 GOÄ wie unter I. beschrieben.

(5) Hinsichtlich der Besuche zeigt sich beim Aufsuchen von privat krankenversicherten Pflegebedürftigen eine deutliche Minderhonorierung im Vergleich zum BEMA. Zur rechtssicheren Kompensation des Vergütungsdefizits empfiehlt es sich, die Besuchsleistung und/oder anlässlich des Besuchs vorzunehmende Leistungen zum Gegenstand von Vereinbarungen gemäß § 2 Abs. 1 GOÄ/GOZ zu machen.

(6) Nicht selten sind Versicherte nicht mehr befähigt, ihre eigenen, insbesondere rechtlichen Angelegenheiten zu regeln. Sofern in diesen Fällen ein Vorsorgebevollmächtigter oder gesetzlicher Betreuer (§ 1896, § 1901 BGB) bestellt ist, sind vorstehend bezeichnete Vereinbarungen mit diesem und nicht mit dem Versicherten zu treffen.

3. Besuche in einer Pflegeeinrichtung im Rahmen eines Kooperationsvertrages

3.1. Besuchsleistungen

Bezeichnung	BEMA-Nr./Gebühr in €	Geb.-Nr. GOÄ/Gebühr in €
Besuch eines Versicherten	154/36,71	48/16,09
Besuch je weiteren Versicherten	155/31,82	48/16,09

(1) Neben den BEMA-Nrn. 154 und 155 sind ärztliche Beratung und eingehende Untersuchung nicht berechnungsfähig. Der diesbezügliche Berechnungsausschluss zur Geb.-Nr. 48 GOÄ erfasst lediglich die Geb.-Nr. 1 GOÄ. Andere Leistungen der GOÄ und GOZ können berechnet werden.

(2) Privatzahnärztliche Leistungen unterfallen nicht Kooperationsverträgen gemäß § 119b SGB V. Auf Grund der Rahmenvereinbarung zur kooperativen und koordinierten zahnärztlichen und pflegerischen Versorgung von stationär Pflegebedürftigen (Stand 30.09.2020) zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband ist jedoch bei Vertragszahnärzten tatsächlich von einer regelmäßigen Tätigkeit des Vertragszahnarztes zu

vorab vereinbarten Zeiten in der Pflegeeinrichtung auszugehen. Daher ist für Besuche privat krankenversicherter Pflegebedürftiger zu diesen Zeiten die Geb.-Nr. 48 GOÄ und nicht die Geb.-Nr. 50 GOÄ anzusetzen.

(3) Wird der regelmäßig in der Pflegeeinrichtung tätige Zahnarzt privat Zahnärztlich außerhalb seiner regelmäßigen Besuche zu vorher vereinbarten Zeiten auf Grund eines akut auftretenden Krankheitsbildes gerufen, so unterfällt dieser Besuch nicht der Geb.-Nr. 48 GOÄ, sondern der zuschlagsberechtigten Geb.-Nr. 50 GOÄ wie unter I. beschrieben.

3.2. Zuschläge zu den Besuchsleistungen unter 3.1.

Zuschläge zu	BEMA-Nr. 154/Betrag in €	BEMA-Nr. 155/Betrag in €	Geb.-Nr. 48 GOÄ/Betrag in €
Dringend angefordert und durchgeführt	161a/22,03	162a/11,02	---
Montag bis Freitag 20-22 und 6-8 Uhr	161b/35,49	162b/18,36	---
Montag bis Freitag 22-6 Uhr	161c/61,20	162c/30,60	---
Samstag, Sonn- oder Feiertage 8-20 Uhr	161d/46,51	162d/23,25	---
Samstag, Sonn- oder Feiertage 20-22 und 6-8 Uhr	161e/82,00	162e/41,61	---
Samstag, Sonn- oder Feiertag 22-6 Uhr	161f/107,70	162f/53,85	---

(1) Die vorstehenden Zuschläge orientieren sich am Besuchszeitpunkt.

(2) Bei Vorliegen eines Kooperationsvertrages ist neben der BEMA-Nr. 154 zusätzlich noch der **Zuschlag nach der BEMA-Nr. 172a/48,96€** und neben der BEMA-Nr. 155 noch der **Zuschlag nach der BEMA-Nr. 172b/39,16€** berechnungsfähig. Eine derartige gesetzliche Pflegeeinstufung existiert für privat Krankenversicherte ebenso wie entsprechende Zuschläge nicht.

(3) Bei Besuchen von Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr ist neben den BEMA-Nrn. 154 und 155 noch jeweils der **Zuschlag nach der BEMA-Nr. 165/17,13€** abrechnungsfähig.

4. Wegegeld und Reiseentschädigung

4.1. Die Berechnung von Wegegeld und Reiseentschädigungen **bei privat Krankenversicherten** erfolgt nach Maßgabe **§ 8 GOZ:**

(1) Als Entschädigungen für Besuche erhält der Zahnarzt Wegegeld oder Reiseentschädigung; hierdurch sind Zeitversäumnisse und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten abgegolten.

(2) Der Zahnarzt kann für jeden Besuch ein Wegegeld berechnen. Das Wegegeld beträgt für einen Besuch innerhalb eines Radius um die Praxisstelle des Zahnarztes von

1. bis zu zwei Kilometern 4,30 Euro, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) 8,60 Euro,
2. mehr als zwei Kilometern bis zu fünf Kilometern 8,00 Euro, bei Nacht 12,30 Euro,
3. mehr als fünf Kilometern bis zu zehn Kilometern 12,30 Euro, bei Nacht 18,40 Euro,
4. mehr als zehn Kilometern bis zu 25 Kilometern 18,40 Euro, bei Nacht 30,70 Euro.

Erfolgt der Besuch von der Wohnung des Zahnarztes aus, so tritt bei der Berechnung des Radius die Wohnung des Zahnarztes an die Stelle der Praxisstelle. Werden mehrere Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in einem Heim, insbesondere in einem Alten- oder Pflegeheim besucht, darf der Zahnarzt das Wegegeld unabhängig von der Anzahl der besuchten Patienten und deren Versichertenstatus insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.

(3) Bei Besuchen außerhalb eines Radius von 25 Kilometern um die Praxisstelle des Zahnarztes tritt an die Stelle des Wegegeldes eine Reiseentschädigung. Als Reiseentschädigung erhält der Zahnarzt

1. 0,42 Euro für jeden zurückgelegten Kilometer, wenn er einen eigenen Kraftwagen benutzt, bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die tatsächlichen Aufwendungen,
2. bei Abwesenheit bis zu acht Stunden 56,00 Euro, bei Abwesenheit von mehr als acht Stunden 112,50 Euro je Tag,
3. Ersatz der Kosten für notwendige Übernachtungen.

Absatz 2 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

4.2. Auch **bei gesetzlich Krankenversicherten** bestimmen sich Wegegeld und Reiseentschädigung gemäß **§ 8 Abs. 2 und 3 GOZ (§ 3 a Allgemeine Bestimmungen des BEMA)**. Die Berechnung ist wie folgt vorzunehmen:

BEMA-Nr.	Beschreibung	Betrag in €
7810	Wegegeld, Entfernungsradius bis 2 km	4,30
7811	Wegegeld, Entfernungsradius bis 2 km, bei Nacht (zw. 20 und 8 Uhr)	8,60
7820	Wegegeld, Entfernungsradius >2 bis 5 km	8,60
7821	Wegegeld, Entfernungsradius >2 bis 5 km, bei Nacht (zw. 20 und 8 Uhr)	12,30
7830	Wegegeld, Entfernungsradius >5 bis 10 km	12,30
7831	Wegegeld, Entfernungsradius >5 bis 10 km, bei Nacht (zw. 20 und 8 Uhr)	18,40
7840	Wegegeld, Entfernungsradius >10 bis 25 km	18,40
7841	Wegegeld, Entfernungsradius >10 bis 25 km, bei Nacht (zw. 20 und 8 Uhr)	30,70
7928	Reiseentschädigung, Entfernungsradius >25 km, Abwesenheit bis 8 Stunden	56,00 + 0,42/km
7929	Reiseentschädigung, Entfernungsradius >25 km, Abwesenheit über 8 Stunden	112,50 + 0,42/km
7930	Reiseentschädigung, Kosten für notwendige Übernachtung	Betrag

4.3. Der Zahnarzt darf beim Besuchen mehrerer Patienten in derselben Pflegeeinrichtung das Wegegeld und die Reiseentschädigung unabhängig von der Anzahl der besuchten Patienten insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen (§ 8 Abs. 2 Satz 4, § 8 Abs. 3 Satz 3 GOZ).

Beispielsweise sind beim Aufsuchen von fünf Patienten in derselben Pflegeeinrichtung für jeden Patienten 20% des Wegegeldes (oder der Reiseentschädigung) zu berechnen.

Diese anteilige Berechnung gilt unabhängig vom Versichertenstatus der aufgesuchten Patienten. Sofern beispielsweise zwei der fünf aufgesuchten Patienten Privatpatienten sind, werden für die drei GKV-Patienten jeweils 20% des Wegegeldes/der Reiseentschädigung (gegenüber der KZV) abgerechnet, gegenüber jedem der beiden Privatpatienten ebenfalls 20%.

5. Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten

Art des Konsils	BEMA.-Nr./€	Geb.-Nr. GOÄ/€
Persönlich oder fernmündlich ohne Kooperationsvertrag	181a/17,13	60/16,09
Im Rahmen eines Telekonsils ohne Kooperationsvertrag	181b/19,58	60/16,09
Persönlich oder fernmündlich mit Kooperationsvertrag	182a/17,13	60/16,09
Im Rahmen eines Telekonsils mit Kooperationsvertrag	182b/19,58	60/16,09

(1) Laut nachgelagerter Abrechnungsbestimmung darf die Geb.-Nr. 60 GOÄ nur von einem Arzt berechnet werden, der sich vor oder in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Patienten und dessen Erkrankung befasst hat. Eine „persönliche Befassung“ ist bereits dann gegeben, wenn sich der Zahnarzt persönlich anhand der Patientenakte über den Krankheitsverlauf und Behandlungsstand informiert hat. Ein persönliches Gespräch zwischen Zahnarzt und Patient ist nicht erforderlich (OLG Düsseldorf Az.: 4 U 70/17 vom 25.10.2019).

(2) Die originäre Berechnung der Geb.-Nr. 60 GOÄ auch als telemedizinische Leistung entspricht Beschluss Nr. 38 des Beratungsforums von Bundeszahnärztekammer, privater Krankenversicherung und der Beihilfe von Bund und Ländern.

(3) Die Berechnung des Konsils über einen gesetzlich krankenversicherten Pflegebedürftigen ist abhängig davon, ob der beteiligte Arzt/Zahnarzt im Rahmen eines Kooperationsvertrages tätig wird oder nicht. So ist zum Beispiel die Konstellation vorstellbar, dass der Arzt mit Kooperationsvertrag nach der BEMA-Nr. 182 abrechnet, der am selben Konsil beteiligte Zahnarzt ohne Kooperationsvertrag jedoch nach der BEMA-Nr. 181.

6. Präventive zahnärztliche Leistungen

Leistungen BEMA	BEMA-Nr./€	Leistungen GOZ/GOÄ	Geb.-Nr. GOZ/GOÄ/€
Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan ¹	174a/24,48	Eingehende Untersuchung	0010/12,94
		Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung	1000/25,87
		Kurze Bescheinigung (Mundgesundheitsplan ²)	70/5,36
Mundgesundheitsaufklärung ¹	174b/31,82	Beratendes und belehrendes Gespräch zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten	6190/18,11
		Erhebung der Fremdanamnese und Unterweisung der Bezugsperson ³	4/29,49
Entfernen harter Beläge	107/19,58	Entfernen harter und weicher Beläge	4050/1,29 4055/1,68
Entfernen harter Beläge ¹	107a/19,58	Professionelle Zahnreinigung	1040/3,62
		Profess. Prothesenreinigung	5250a/18,11 + zahntechn. Leistung z.B. 8123 BEB `97 oder 8.06.01.0, bzw. 8.06.02.0 BEB Zahntechnik ⁴

(1) Die Leistungsgeschehen im BEMA und in der GOZ, bzw. der GOÄ folgen unterschiedlicher Systematik, insofern existiert keine absolut kongruente Leistungsstruktur.

(2) ¹ Die Abrechnung dieser Leistungen setzen beim Versicherten einen in der Patientenakte zu dokumentierenden Pflegegrad gemäß § 15 SGB XI voraus. Diese Leistungen sind im Kalenderhalbjahr einmal abrechenbar. In dem Kalenderjahr, in dem bereits eine BEMA-Nr. 107a abgerechnet wurde, kann die BEMA-Nr. 107 nicht abgerechnet werden. Die GOZ/GOÄ-Leistungen unterliegen einer solchen Leistungsvoraussetzung nicht.

(3) ² Ein dem Vordruck gemäß § 8 der Richtlinie des GBA nach § 22a SGB V entsprechender oder vergleichbarer Mundgesundheitsplan berechtigt zum Ansatz der Geb.-Nr. 70 GOÄ.

(4) ³ Sofern es sich bei der Beratung von Patient und Bezugsperson um identische Beratungsinhalte handelt, ist die Geb.-Nr. 6190 GOZ neben der Geb.-Nr. 4 GOÄ nicht berechnungsfähig. Unterscheiden sich die Beratungsinhalte jedoch z.B. dahingehend, dass der Bezugsperson andere Kenntnisse vermittelt werden, zu deren Anwendung und Umsetzung der Patient ohne Unterstützung und Instruktion der Bezugsperson nicht befähigt ist, sind die Nummern nebeneinander berechnungsfähig.

(5) ⁴ Auch wenn die zahntechnische Prothesenreinigung chairside in der Pflegeeinrichtung erfolgt, kann sie auf Grundlage § 9 GOZ als zahntechnische Leistung neben der analog berechneten zahnärztlichen Leistung berechnet werden.

(6) Ausdrücklich wird auf die Berechnungsbestimmungen der GOZ und GOÄ hingewiesen.

Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN)