

Schwere Kost für leichteres Arbeiten.

Hinweise und Berechnungsbeispiele
zu Festzuschüssen für Zahnersatz



Schwere Kost für leichteres Arbeiten

**Hinweise und Berechnungsbeispiele
zu Festzuschüssen für Zahnersatz**

**3. Auflage 01.01.2012,
aktualisiert zum 01.01.2022**

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)

Impressum

Herausgeber: Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)
Universitätsstr. 73, 50931 Köln

Dr. Wolfgang Eßer
ZA Martin Hendges
Dr. Karl-Georg Pochhammer
(Vorstand der KZBV)

3., überarbeitete Auflage 01.01.2012, aktualisiert zum 01.01.2022

© Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Schwere Kost für leichteres Arbeiten.

Hinweise zur Online-Ausgabe des Festzuschusskompendiums

Änderungen zum 01.01.2022:

- **Kapitel 8, S. 8-13 ff.**
Aktualisierung der Festzuschussbeträge

Änderungen zum 01.01.2021:

- **Kapitel 8, S. 8-13 ff.**
Aktualisierung der Festzuschussbeträge

Änderungen zum 01.10.2020:

- **Kapitel 1, S. 1-02, Kapitel 3, S. 3-01, 3-03, 3-04, 3-07, 3-11, Kapitel 7, S. 7-02, 7-03, 7-04**
Redaktionelle Anpassungen aufgrund der gesetzlichen Erhöhung der Festzuschüsse zum 01.10.2020
- **Kapitel 8, S. 8-13 ff.**
Aktualisierung der Festzuschussbeträge
- **Kapitel 11, S. 11-01, 11-03**
Anpassung der Festzuschuss-Richtlinie

Änderungen zum 01.01.2020:

- **Kapitel 8, S. 8-13 ff.**
Aktualisierung der Festzuschussbeträge

Änderungen zum 15.07.2019:

- **Kapitel 3, S. 11**
Aktualisierung der Sonderregelungen für einzelne Kostenträger

Änderungen zum 01.01.2019

- **Kapitel 8, S. 8-13 ff.**
Aktualisierung der Festzuschussbeträge
- **Kapitel 11, S. 11-36b**
Einfügung Befund-Nr. 6.8.1

Änderungen zum 01.08.2018:

- **Kapitel 3, S. 3-01 ff.**
Anpassungen aufgrund des neuen Bundesmantelvertrags
- **Kapitel 4, 5 und 9**
Aktualisierung der Verweise auf den (neuen) Bundesmantelvertrag

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

mehr als sieben Jahre sind seit der Einführung des Festzuschussystems für Zahnersatz in der gesetzlichen Krankenversicherung mittlerweile vergangen. In der Zwischenzeit hat sich dieses System fest etabliert: Es ist von der Gesundheitspolitik anerkannt und von den Krankenkassen akzeptiert. Die Patienten haben es nicht zuletzt aufgrund der umfassenden Kostentransparenz und Therapieoptionen angenommen, und in den Praxen ist seine Anwendung zur Routine geworden.

Vor Ihnen liegt die dritte Auflage des Festzuschusskompendiums „Schwere Kost für leichteres Arbeiten“. Das Werk hat einige Detail-Korrekturen erfahren und berücksichtigt die Einführung der novellierten GOZ sowie der angepassten Festzuschussbeträge für 2012.

Diese dritte Auflage ist zugleich die erste, die nicht mehr als Druckexemplar in Großauflage zur Distribution an alle Vertragszahnarztpraxen produziert wird. Angesichts der beträchtlichen Kosten der Printversion und der sukzessiven Online-Anbindung der Zahnarztpraxen soll das Kompendium von nun an ausschließlich digital weitergeführt werden. Ergänzungen und Erweiterungen werden in bewährter Form als PDF-Dokument zum Herunterladen auf www.kzbv.de angeboten, damit das Nachschlagewerk allen Praxen weiterhin aktuell und vollständig zur Verfügung steht.

Mit freundlichen Grüßen

Der Vorstand der KZBV

Inhalt

1	1 Kernpunkte der Änderungen durch die Gesundheitsreform	1-01
	1.1 Versicherungstechnische Änderungen	1-01
	1.2 Die drei Formen des Zahnersatzes	1-01
	1.2.1 Regelversorgung	1-02
	1.2.2 Gleichartiger Zahnersatz	1-02
	1.2.3 Andersartiger Zahnersatz	1-03
	1.3 Suprakonstruktionen	1-03
2	2 Übergangsregelung zum Inkrafttreten der Festzuschüsse	(nicht besetzt)
3	3 Behandlungsplanung	3-01
	3.1 Zahnärztliche Aufklärungspflicht	3-01
	3.2 Heil- und Kostenplan	3-01
	3.3 Ausfüllhinweise zum Heil- und Kostenplan	3-05
	3.4 Vorherige Entscheidung der Krankenkasse	3-10
	3.5 Sonderregelungen für einzelne Kostenträger	3-10
4	4 Begutachtung der Versorgung mit Zahnersatz	4-01
	4.1 Antrags- und Genehmigungsverfahren	4-01
	4.2 Planungsgutachten	4-01
	4.3 Mängelgutachten	4-02
	4.4 Gutachter / Kostentragung	4-03
5	5 Vergütung zahnärztlicher Leistungen	5-01
	5.1 Regelversorgung	5-01
	5.2 Gleichartiger Zahnersatz	5-01
	5.3 Andersartiger Zahnersatz	5-02
	5.4 Mischfälle	5-02
	5.5 Abgrenzung von Regelversorgung, gleichartigem und andersartigem Zahnersatz	5-03
	5.6 Begleitleistungen	5-05
	5.7 Teilleistungen	5-06
	5.8 Private Vereinbarungen	5-06
6	6 Vergütung zahntechnischer Leistungen	6-01
	6.1 Regelversorgung	6-01
	6.2 Gleich- oder andersartiger Zahnersatz	6-01
7	7 Rechnungslegung	7-01
	7.1 Allgemeines	7-01
	7.2 Abrechnungsweg	7-02

8	8 Die Festzuschuss-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses . . .8-01
	8.1 Erläuterungen zu den Richtlinien8-01
	8.1.1 Präambel8-01
	8.1.2 Teil A. Allgemeines8-01
	8.1.3 Teil B. Befundklassen und Befunde8-02
	8.2 Gemeinsame Interpretationen der Bundesmantelvertragspartner zur Anwendung der Festzuschuss-Richtlinien8-07
	8.2.1 Definitionen8-07
	8.2.2 Interpretationen im Zusammenhang mit konkreten Fragestellungen 8-08
	8.3 Zusammenstellung der Festzuschussbefunde mit den jeweiligen Beträgen8-13
	8.4 Kombinierbarkeit der Festzuschussbefunde8-21
	8.4.1 Allgemeine Regeln8-21
	8.4.2 Tabellenübersicht möglicher Kombinationen (Kombiliste)8-24
9	9 Berechnungsbeispiele9-01
	9.1 Beispiele zur Regelversorgung9-03
	9.2 Beispiele zum gleichartigen Zahnersatz9-32
	9.3 Beispiele zum andersartigen Zahnersatz9-48
	9.4 Beispiele zu partieller Versorgungsnotwendigkeit9-57
	9.5 Beispiele zu Suprakonstruktionen9-62
	9.5.1 Erstversorgung von Implantaten mit einer Suprakonstruktion9-62
	9.5.2 Erneuerungen/Wiederherstellungen/ Reparaturen von Suprakonstruktionen9-67
10	10 Fragen und Antworten (nicht besetzt)
11	11 Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (Auszug)11-01
	11.1 Festzuschuss-Richtlinien11-01
	11.1.1 Präambel11-01
	11.1.2 A. Allgemeines11-02
	11.1.3 B. Befunde und zugeordnete Regelversorgungen11-05
	11.1.4 C. Delegation der Bekanntmachung gemäß § 56 Abs. 4 SGB V . .11-43
	11.2 Zahnersatz-Richtlinien11-44
12	12 Das neue SGB V (Auszug)12-01
13	13 Index13-01

1 Kernpunkte der Änderungen durch die Gesundheitsreform

Der Anspruch des Versicherten auf eine Versorgung mit Zahnersatz im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde zum 01.01.2005 grundlegend neu geordnet.

1.1 Versicherungstechnische Änderungen

- Der Zuschuss der Krankenkasse an den Versicherten orientiert sich nicht mehr an der gewählten Therapie, sondern am Befund. Der Versicherte erhält als Geldleistung einen befundbezogenen Festzuschuss anstelle der reinen Sachleistung.
- Die Leistungspflicht der Krankenkassen wurde infolgedessen in einigen Fällen ausgeweitet: Während die Krankenkassen Zuschüsse zu Suprakonstruktionen auf Implantaten nach alter Regelung nur in begrenztem Umfang übernehmen durften, hat der Versicherte nun grundsätzlich einen Anspruch auf einen Zuschuss. Ein Anspruch auf die Übernahme von Kosten für die Implantatversorgung selbst und für Verbindungselemente besteht – abgesehen von Ausnahmeindikationen – gemäß § 28 SGB V allerdings nach wie vor nicht.
- Versicherte haben gegenüber ihrer GKV einen Leistungsanspruch in Höhe der Festzuschüsse. Unabhängig davon haben sie einen Eigenanteil an den Zahnarzt zu leisten. Ausgenommen hiervon sind grundsätzlich nur Härtefallpatienten, die sich für eine Regelversorgung entscheiden.
- Der Umfang des GKV-Leistungskataloges wird nach wie vor durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und den Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) definiert.
- Die Bonusregelungen (inkl. des Bonusheftes) gelten weiter. Wer also regelmäßige Zahnarztbesuche nachweisen kann, erhält entsprechend erhöhte Festzuschüsse.

1.2 Die drei Formen des Zahnersatzes

Das Gesetz unterscheidet drei Formen von Zahnersatz:

- Regelversorgung
- Gleichartiger Zahnersatz
- Andersartiger Zahnersatz

Die Unterschiede bestehen in

- der Art der zahnmedizinischen Ausführung (Therapieform)
- den Honorarregelungen und
- dem Abrechnungsverfahren.

1.2.1 Regelversorgung

- Die Regelversorgung entspricht im Wesentlichen den Vertragsleistungen bis zum 31.12.2004. Sie bildet die Berechnungsgrundlage für die Festzuschüsse der Krankenkassen.
- Der Festzuschuss deckt 60 Prozent der statistischen Durchschnittskosten für die Regelversorgung ab. Regelmäßige Eintragungen im Bonusheft können den Festzuschuss erhöhen. Wurde das Bonusheft fünf Jahre lückenlos geführt, erhöht sich der Festzuschuss auf 70 Prozent. Wurde es zehn Jahre lückenlos geführt, erhöht sich der Zuschuss auf 75 Prozent.* In begründeten Ausnahmefällen kann ein einmaliges Versäumnis der Untersuchung innerhalb des 10-Jahres-Zeitraums folgenlos bleiben.
- Der Zahnarzt rechnet alle tatsächlich anfallenden Leistungen ab.
- Die Vergütung für die durchgeführte Regelversorgung richtet sich nach dem BEMA.
- Für diese Leistungen gilt ein verbindlicher, bundeseinheitlicher Punktwert. Regional unterschiedliche zahnärztliche Vergütungen sind damit ebenso beseitigt wie kassenspezifische Unterschiede.
- Vergütungen für Zahnersatz unterliegen darüber hinaus seit dem 01.01.2005 nicht mehr der Budgetierung. Bei der Degression werden sie nicht mehr berücksichtigt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) geht aber davon aus, dass das bisherige Gesamtvolumen nicht überschritten wird.
- Die Abrechnung der Festzuschüsse erfolgt bei der Regelversorgung über die KZV. Die über die Festzuschüsse hinausgehenden Kosten werden dem Versicherten in Rechnung gestellt (siehe Kapitel 7).

1.2.2 Gleichartiger Zahnersatz

- Zahnersatz ist gleichartig im Sinne von Nr. 5 Abs. 1 Satz 2 der Zahnersatz-Richtlinien, wenn er die Regelleistung beinhaltet und zusätzliche Leistungen hinzukommen.
- Das bedeutet, dass zum Beispiel keramisch vollverblendete Kronen immer als gleichartiger Zahnersatz gelten.
- Wählt der Versicherte einen solchen gleichartigen Zahnersatz, so erhält er den Festzuschuss für die Regelversorgung und hat die anfallenden Mehrkosten selbst zu tragen.
- Diese Mehrkosten werden nach der GOZ berechnet und dem Versicherten in Rechnung gestellt.
- Die Abrechnung des Festzuschusses erfolgt über die KZV (siehe Kapitel 7).

* Zum 1. Oktober 2020 hat der Gesetzgeber die Bemessungsgrößen der Festzuschüsse geändert. Der Grundzuschuss (ohne Bonus), der bisher 50 Prozent der statistischen Durchschnittskosten der Regelversorgung abdeckte, wurde auf 60 Prozent dieser Durchschnittskosten erhöht. Höhere Zuschüsse, die für das lückenlose Führen des Bonusheftes geleistet werden, bemessen sich nun ebenfalls mit 70 bzw. 75 Prozent an den durchschnittlichen Gesamtkosten der Regelversorgung. Die prozentualen Angaben zur Zuschusshöhe, die im bisher ausgegebenen Bonusheft gemacht wurden, sind daher seit Oktober 2020 nicht mehr korrekt. Das Bonusheft an sich behält dennoch seine Gültigkeit.

- Zu beachten ist, dass die Verwendung von Edelmetalllegierungen oder Reinmetall statt NEM-Legierungen eine Regelversorgung nicht zu gleichartigem Zahnersatz macht.

1.2.3 Andersartiger Zahnersatz

- Zahnersatz ist andersartig im Sinne von Nr. 5 Abs. 2 Satz 2 der Zahnersatz-Richtlinien, wenn eine andere Zahnersatzart (Brücken, herausnehmbarer Zahnersatz, Kombinationsversorgung, Suprakonstruktionen) als die, welche in den Regelleistungen für den jeweiligen Befund beschrieben ist, gewählt wird.
- Dies bedeutet, dass zum Beispiel implantatgestützter Zahnersatz grundsätzlich als andersartiger Zahnersatz anzusehen ist. Ein weiteres Beispiel für andersartigen Zahnersatz bilden Brückenversorgungen bei einem Befund, für den als Regelversorgung eine Modellgussprothese vorgesehen ist.
- Bei andersartigem Zahnersatz erfolgt die Abrechnung nach der GOZ grundsätzlich mit dem Patienten. Den Festzuschuss erhält er unmittelbar von seiner Krankenkasse, es erfolgt keine Abrechnung über die KZV.

In der Praxis kann eine Therapie gleichzeitig Elemente von Regelversorgungen, gleich- und andersartigem Zahnersatz enthalten. Zu diesen Mischfällen siehe Kapitel 5.4.

1.3 Suprakonstruktionen

Seit der Einführung der befundbezogenen Festzuschüsse hat der Versicherte grundsätzlich Anspruch auf eine Bezuschussung entsprechend der jeweiligen Befundsituation und behält diesen auch dann, wenn er sich für eine Versorgung mit einer Suprakonstruktion entscheidet.

Dabei muss unterschieden werden, ob es sich um eine Erstversorgung mit Implantaten und Suprakonstruktionen oder eine Erneuerung bzw. Wiederherstellung von implantatgetragenen Zahnersatz handelt.

Diese Differenzierung der geplanten Suprakonstruktion ist wichtig für die Festsetzung der Zuschusshöhe, die sich aus der Zuordnung der entsprechenden Festzuschussbefunde ergibt.

Handelt es sich um eine Erstversorgung, so richtet sich der Geldleistungsanspruch des Versicherten nach dem Befund vor der Implantation. Damit wird sichergestellt, dass ein Versicherter, der sich erstmals für eine Versorgung mit implantatgetragenen Zahnersatz entscheidet, den gleichen Festzuschuss erhält wie der Versicherte, der bei Vorliegen des gleichen Befundes eine konventionelle Zahnersatzversorgung in Anspruch nimmt.

Für die Bezuschussung von Suprakonstruktionen, die erneuert bzw. wiederhergestellt werden müssen, wurde eine eigene Befundklasse beschlossen. Diese sieht Festzuschüsse für die Reparatur bzw. Wiederherstellung sowohl von festsitzenden Suprakonstruktionen als auch von implantatgetragenen herausnehmbarem Zahnersatz vor.

Suprakonstruktionen sind grundsätzlich als andersartiger Zahnersatz einzustufen. Von dieser Regelung sehen die Zahnersatz-Richtlinien in Nr. 36 Ausnahmen vor. Suprakonstruktionen gehören danach zur Regelversorgung

- bei zahnbegrenzten Einzelzahnlücken, wenn keine parodontale Behandlungsbedürftigkeit besteht, die Nachbarzähne kariesfrei und nicht überkronungsbedürftig bzw. überkront sind sowie
- bei atrophiertem zahnlosem Kiefer.

3 Behandlungsplanung

3.1 Zahnärztliche Aufklärungspflicht

Mit der Einführung der Festzuschüsse hat sich an der Aufklärungspflicht gegenüber dem Patienten nichts geändert. Hierzu zählen insbesondere:

- Zahnmedizinisch-therapeutische Aufklärung über den vorliegenden Befund und die Indikation für eine Behandlung
- Aufklärung über mögliche Behandlungsalternativen
- Aufklärung über die voraussichtlichen Behandlungskosten
- Information über den voraussichtlichen Herstellungsort bzw. das Herstellungsland des Zahnersatzes

3.2 Heil- und Kostenplan

Vor Beginn einer prothetischen Behandlung hat der Vertragzahnarzt einen Heil- und Kostenplan nach dem auf den folgenden Seiten dargestellten Muster zu erstellen. Er besteht aus zwei Teilen: Teil 1 wurde mit Beginn des Festzuschussystems, Teil 2 mit Wirkung zum 01.07.2005 neu eingeführt.

Der Heil- und Kostenplan ist unabhängig von der Versorgungsform kostenfrei zu erstellen.

Die KZBV ist nach wie vor der Ansicht, dass die Therapieplanung eine zentrale zahnärztliche Aufgabe ist. Sie wird sich weiterhin vehement dafür einsetzen, dass die Zahnärzte für diese verantwortungsvolle Aufgabe auch in der GKV eine leistungsgerechte Honorierung erhalten.

Der Heil- und Kostenplan/Teil 1 beinhaltet unter anderem den zahnmedizinischen Befund, die Regelversorgung und – bei gleich- und andersartiger Versorgung – die tatsächlich geplante Versorgung. Für die tatsächlich geplante Versorgung sind Art, Umfang und Kosten der Versorgung anzugeben.

Teil 2 des Heil- und Kostplans muss ausgefüllt werden, wenn gleich- oder andersartige Leistungen geplant sind.

Der Heil- und Kostenplan (Teil 1 und Teil 2) ist vor Beginn der Behandlung der Krankenkasse vorzulegen. Bei Reparaturen können auf Landesebene Regelungen zur Vereinfachung des Bewilligungsverfahrens vereinbart werden.

Der Heil- und Kostenplan muss grundsätzlich eine Planung zur Versorgung des gesamten Befundes beinhalten. In begründeten Ausnahmefällen kann die Wiederherstellung einer ausreichenden Funktion des Kauorgans bzw. die Verhinderung einer Beeinträchtigung des Kauorgans auch in medizinisch sinnvollen Therapieschritten erfolgen. Damit dies für die Krankenkasse erkennbar ist, muss im Heil- und Kostenplan ein entsprechender Hinweis im Bemerkungsfeld eingetragen sein. Für die einzelnen Therapieschritte ist jeweils ein eigener Heil- und Kostenplan

auszustellen. Bei Bewilligung des ersten Therapieschritts müssen für die Krankenkasse der Gesamtbefund und die Gesamtplanung ersichtlich sein; ausgestaltende Regelungen können durch die Gesamtvertragspartner getroffen werden. Die Festzuschüsse werden auf der Basis des Gesamtbefundes ermittelt und in diesen Fällen entsprechend dem durchgeführten Therapieschritt gewährt, ohne zu insgesamt höheren Festzuschüssen zu führen, als sie bei einer Behandlung gemäß dem Gesamtbefund entstanden wären. Die Krankenkasse kann den Befund und den geplanten Therapieschritt begutachten lassen.

Fälle, in denen die Auszahlung der Festzuschüsse im Wege der Direktabrechnung von der Krankenkasse an den Versicherten zu erfolgen hat, sind auf dem Heil- und Kostenplan in Abschnitt V (Rechnungsbeträge) in Zeile 8 (Festzuschuss Kasse) in der rechten Spalte mit „D“ zu kennzeichnen. Diese Kennzeichnung sollte bereits vor Bewilligung der Festzuschüsse erfolgen. Das „D“ kann auch handschriftlich vermerkt werden.

Der Heil- und Kostenplan/Teil 1 ist mit Blindfarbe bedruckt und maschinenlesbar gestaltet.

Teil 2 ist nicht maschinenlesbar. Dieser Vordruck kann auch individuell per EDV erstellt werden, hierbei dürfen Inhalt, Aufbau und Struktur nicht verändert werden.

Druck, Verteilung und Kostenübernahme für den Heil- und Kostenplan (Teil 1 und Teil 2) regeln die Gesamtvertragspartner.

Abb. Heil- und Kostenplan Teil 1

Praxisname (vom Zahnarzt)

Name (Vollname des Versicherten)

Kostenübernahme **Verkaufsort Nr.** **Abrechnung**

Verkaufsort (von 1-96) **Stellen**

Erklärung des Versicherten

Ich bestätige gerne an dieser Stelle, dass ich die Art, Umfang und Kosten der Behandlung akzeptiere und die notwendige Versicherung zur Deckung der Kosten für diese Behandlung abgeschlossen habe. Ich bestätige hiermit, dass ich die Kosten für die Behandlung entsprechend dieser Kostenübernahmeerklärung zu zahlen bereit bin.

Heil- und Kostenplan

Hinweis an den Versicherten:
Bonusscheit bitte zur Zuschussfestsetzung beifügen.

Lfd.-Nr.

Stempel des Zahnarztes

I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan

Art der Versorgung	IP - Therapieplanung								R - Regelversorgung								II - Befund	
	16	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
IP																		
R																		
II																		
IP																		
R																		
II																		

Generierung der Zahnärztlichen Art der Leistung

II. Befunde für Festzuschüsse

Befund-Nr.	Zahn/Gebiet	2 / Anz. 3
vordringliche Summe		

Später (Vordringliche) antrag

III. Zuschussberechnung

Betrag	Basis	CI
vordringliche Summe		

IV. Ermittlung der Kosten

Die Krankenkasse übernimmt die nebenstehenden Festzuschüsse, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Zahnersatz innerhalb von 6 Monaten in der vorgegebenen Weise eingepreist wird.

Erklärungen

Befund (Befundnummer des Befundes)

- 1 - Zahnersatz (Zahn)
- 2 - Zahnersatz (Gebiet)
- 3 - Zahnersatz (Anzahl)
- 4 - Zahnersatz (Material)
- 5 - Zahnersatz (Labor)
- 6 - Zahnersatz (Zahnarzt)
- 7 - Zahnersatz (Zahnarzt)
- 8 - Zahnersatz (Zahnarzt)
- 9 - Zahnersatz (Zahnarzt)
- 10 - Zahnersatz (Zahnarzt)
- 11 - Zahnersatz (Zahnarzt)
- 12 - Zahnersatz (Zahnarzt)
- 13 - Zahnersatz (Zahnarzt)
- 14 - Zahnersatz (Zahnarzt)
- 15 - Zahnersatz (Zahnarzt)
- 16 - Zahnersatz (Zahnarzt)
- 17 - Zahnersatz (Zahnarzt)
- 18 - Zahnersatz (Zahnarzt)
- 19 - Zahnersatz (Zahnarzt)
- 20 - Zahnersatz (Zahnarzt)

Behandlungsplanung

- 1 - Zahnersatz (Zahn)
- 2 - Zahnersatz (Gebiet)
- 3 - Zahnersatz (Anzahl)
- 4 - Zahnersatz (Material)
- 5 - Zahnersatz (Labor)
- 6 - Zahnersatz (Zahnarzt)
- 7 - Zahnersatz (Zahnarzt)
- 8 - Zahnersatz (Zahnarzt)
- 9 - Zahnersatz (Zahnarzt)
- 10 - Zahnersatz (Zahnarzt)
- 11 - Zahnersatz (Zahnarzt)
- 12 - Zahnersatz (Zahnarzt)
- 13 - Zahnersatz (Zahnarzt)
- 14 - Zahnersatz (Zahnarzt)
- 15 - Zahnersatz (Zahnarzt)
- 16 - Zahnersatz (Zahnarzt)
- 17 - Zahnersatz (Zahnarzt)
- 18 - Zahnersatz (Zahnarzt)
- 19 - Zahnersatz (Zahnarzt)
- 20 - Zahnersatz (Zahnarzt)

V. Rechnungsbeiträge (siehe Anlage)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Zahnärztliche Honorare (BEWA siehe II)	Zahnärztliche Honorare zuzügl. Lebz. BEWA	Zahnärztliche GOZ	Mat.- und Lab.-Kosten Gesamt	Mat.- und Lab.-Kosten Praxis	Versandkosten Praxis	Gesamtsumme	Festzuschüsse Krankk.	Versicherteranteil

Gutachterlich beauftragt ja nein teilweise

Eingelonnungs-Gebühren

Herstellung bzw. Herstellungsaufwand des Zahnersatzes

Der Zahnersatz wurde in der vorgegebenen Weise eingepreist.

III. Kostenplanung

I BEWA-Nr.	II	III	IV	V	VI	CI
Zahnärztliches Honorar BEWA						
Zahnärztliches Honorar GOZ (einschließlich)						
Material- und Laborkosten (einschließlich)						
Praxisanteile (einschließlich)						
Gesamtsumme						

Vordr. 30.01.2012, nachfolgend (siehe Anlage II) in Blockschritt schreiben

Kosten des Versicherten

VI. Rechnungsbeiträge (siehe Anlage)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Zahnärztliche Honorare (BEWA siehe II)	Zahnärztliche Honorare zuzügl. Lebz. BEWA	Zahnärztliche GOZ	Mat.- und Lab.-Kosten Gesamt	Mat.- und Lab.-Kosten Praxis	Versandkosten Praxis	Gesamtsumme	Festzuschüsse Krankk.	Versicherteranteil

Gutachterlich beauftragt ja nein teilweise

Eingelonnungs-Gebühren

Herstellung bzw. Herstellungsaufwand des Zahnersatzes

Der Zahnersatz wurde in der vorgegebenen Weise eingepreist.

3.3 Ausfüllhinweise zum Heil- und Kostenplan*

*Redaktionell bearbeitete Auszüge aus der Vereinbarung mit dem GKV-Spitzenverband

A. Teil 1

I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan

Es sind ausschließlich die auf dem Heil- und Kostenplan unter Erläuterungen enthaltenen Kürzel zu verwenden und ggf. zu kombinieren (z. B. i mit k, b oder x, K mit V oder M, B mit V oder M, S mit K, KV, KM, B, BV, BM, T, TV oder E, etc.). Vollverblendete Teleskop- oder Konuskronen werden unabhängig des verwendeten Verblendmaterials mit „TM“ gekennzeichnet.

Bei der Ermittlung der Anzahl der fehlenden Zähne für die Befundklasse 2 zählt ein Lückenschluss nicht als fehlender Zahn und hat keine Auswirkung auf das Vorliegen einer Freiendsituation. Ein Lückenschluss wird mit dem vereinbarten Kürzel im Zahnschema gekennzeichnet.

Die Zähne im Lückengebiss sind entsprechend ihrer topographischen Lage in das Zahnschema einzutragen. Die topographische Lage entscheidet auch über den Ansatz der Verblendzuschüsse nach den Nrn. 1.3, 2.7 und 4.7. So ist beispielsweise ein Verblendzuschuss ansetzbar, wenn ein unterer zweiter Prämolare an der Stelle eines fehlenden ersten Prämolaren steht.

1. B – Befund

In Zeile B sind alle bestehenden zahnmedizinischen Befunde gemäß den vereinbarten Abkürzungen immer komplett einzutragen. Eine erneuerungsbedürftige Krone zum Beispiel ist mit „kw“ zu kennzeichnen.

Vorhandener Kombinationszahnersatz mit Verbindungselementen (Geschiebe, Anker, Riegel, Steg u.Ä.) ist handschriftlich mit „o“ an den die Verbindungselemente tragenden Kronen zu kennzeichnen bzw. im Bemerkungsfeld anzugeben.

In den Heil- und Kostenplan/Teil 1 wurden zum 01.07.2005 zusätzlich die Abkürzungen „ew“ (ersetzer, aber erneuerungsbedürftiger Zahn) und „ur“ (unzureichende Retention) aufgenommen.

Mit dem Kürzel „ur“ sind zum einen im Zusammenhang mit der Anfertigung eines herausnehmbaren Zahnersatzes diejenigen Zähne zu kennzeichnen, deren natürliche Zahnkronen keine ausreichende Retention für die Halteelemente des Zahnersatzes aufweisen. Zum anderen sind bei Brückenversorgungen diejenigen Zähne mit „ur“ zu kennzeichnen, die aus statischen und funktionellen Gründen als zusätzliche Pfeiler in die Brückenversorgung einbezogen werden sollen.

Das Ausfüllen der Befundfelder entfällt bei Wiederherstellungsmaßnahmen (Befund-Nrn. 6.0 – 6.10, 7.3, 7.4, 7.7).

2. R – Regelversorgung

Die Regelversorgung ergibt sich aus dem zahnmedizinischen Befund unter Anwendung der Zahnersatz- und der Festzuschuss-Richtlinien.

Die zur Versorgung des zahnmedizinischen Befundes notwendige Regelversorgung in Zeile R ist unabhängig von der Art des Zahnersatzes vollständig auszufüllen. Ausgenommen hiervon sind die Befunde der Befundklasse 6 und 7. Hier wird

die Zeile R nicht ausgefüllt, da für diese Befunde keine Regelversorgungen vorgesehen sind. Abweichend hiervon ist in den Ausnahmefällen gemäß Nr. 36 der Zahnersatz-Richtlinien bei den Befunden 7.1 und 7.5 in Verbindung mit 7.6 die Zeile R auszufüllen.

Die Zahl und Lage der gegossenen Halte- und Stützelemente muss bei der Regelversorgung (Zeile R) und/oder Therapieplanung (Zeile TP) angegeben werden, damit eine Zuordnung zu den Bema-Gebührenziffern für die Software möglich ist.

3. TP – Therapieplanung

Eine tatsächlich geplante Versorgung kann sowohl Regelversorgungsleistungen als auch Leistungen der gleich- und/oder andersartigen Versorgung umfassen.

Die Zeile TP ist dann auszufüllen, wenn neben oder anstelle der Regelversorgung eine gleich- oder andersartige Versorgung geplant ist. Die Zeile ist stets vollständig auszufüllen inklusive der Regelversorgungsanteile. Das Ausfüllen der Zeile entfällt, wenn nur eine Regelversorgung durchgeführt werden soll.

4. Bemerkungen

Dieses Feld kann für Hinweise genutzt werden, die aus dem Befund nicht ersichtlich sind, zum Beispiel zur Art der Verblendung (Kunststoff, Komposit oder Keramik) oder zu vorhandenen Verbindungselementen und Verblockungen, für die es keine Befundkürzel gibt. Hier sind Angaben zur Art der Leistung zu machen, für die Festzuschüsse in den Befundklassen 6 und 7 (Wiederherstellung/Erweiterung) anzusetzen sind. Ist die Versorgung des Gesamtbefundes in mehreren Therapieschritten geplant, ist dies ebenfalls in der Bemerkungszeile kenntlich zu machen.

II. Befunde für Festzuschüsse

1. Spalte 1: Befund Nr.

In Spalte 1 sind für die jeweilige Versorgung erforderlichen Befund-Nrn. gemäß den Festzuschuss-Richtlinien anzugeben. Liegen bei einem Versicherten mehr als sieben mögliche Befunde vor, für die Festzuschüsse ermittelt werden, sind die weiteren Befunde auf einem zweiten Heil- und Kostenplan aufzulisten. Eine Wiederholung der vorhergehenden Daten sowie der Art der Versorgung und die Bildung einer Zwischensumme sind entbehrlich. Dieser zweite Heil- und Kostenplan muss jedoch die Daten der Krankenversichertenkarte sowie den Zahnarzt-Stempel enthalten.

2. Spalte 2: Zahn/Gebiet

In Spalte 2 ist die Zahnbezeichnung, bei Brücken das zu versorgende Gebiet und bei Teil- und Totalprothesen der Kiefer anzugeben (Beispiel Brückenbefund: Wenn Zahn 36 fehlt, folgt die Eintragung „2.1“ in Spalte „Befund Nr.“ und die Angabe „35 – 37“ in Spalte „Zahn/Gebiet“).

3. Spalte 3: Anzahl

In Spalte 3 ist die Anzahl der jeweiligen den Festzuschuss auslösenden Befunde anzugeben.

4. Nachträgliche Befunde und deren Zuschussfestsetzung bzw. Abrechnung

Nachträglich können für konfektionierte Stifte oder gegossene Stiftaufbauten Befunde nach Nr. 1.4 oder 1.5 anfallen. Die entsprechenden Festzuschüsse müssen dann nicht erneut beantragt werden, sondern werden vom Zahnarzt im Rahmen der elektronischen Abrechnung an die KZV übermittelt oder im Falle der Direktabrechnung auf dem bereits genehmigten Heil- und Kostenplan eingetragen.

Das Feld „Nachträgliche Befunde“ unter der Spalte „vorläufige Summe“ kann für die Angabe des Festzuschusses durch den Zahnarzt genutzt werden.

III. Kostenplanung

1. Nr. 1: BEMA-Nrn. und Anzahl sowie Fortsetzungsfelder

In diesem Abschnitt sind die der geplanten Regelversorgung zugeordneten BEMA-Nrn. und ihre jeweilige Anzahl anzugeben; Beispiel: 19 x 3, 91b x 2, 92.

Liegen bei der Kostenplanung mehr als 10 BEMA-Positionen vor, sind die weiteren BEMA-Positionen auf einem zweiten Heil- und Kostenplan aufzulisten. Eine Wiederholung der vorhergehenden Daten ist entbehrlich. Das zweite HKP-Formular muss jedoch die Daten der Krankenversichertenkarte sowie den Zahnarzt-Stempel enthalten.

2. Nr. 2: Zahnärztliches Honorar BEMA

Das zahnärztliche Honorar nach BEMA errechnet sich aus der Summe der Bewertungszahlen multipliziert mit dem jeweils gültigen bundeseinheitlichen Punktwert. Der Betrag ist in EUR und Cent anzugeben.

3. Nr. 3: Zahnärztliches Honorar GOZ (geschätzt)

Fallen GOZ-Leistungen bei gleich- bzw. andersartigen Versorgung an, wird das sich aus Heil- und Kostenplan/Teil 2 ergebende geschätzte GOZ-Honorar in EUR angegeben. Dabei ist nur das Honorar für die rein prothetischen Leistungen einzutragen, nicht jedoch eventuell anfallende Honorare für zusätzliche, nicht festzuschussfähige Leistungen wie implantologische oder funktionsanalytische bzw. -therapeutische Maßnahmen. Diese sind auf der Grundlage einer privaten Behandlungsvereinbarung zu erbringen.

4. Nr. 4: Material- und Laborkosten (geschätzt)

Die anzugebenden Material- und Laborkosten umfassen die geschätzten Gesamtkosten für zahntechnische Leistungen im gewerblichen Labor und/oder im Praxislabor sowie die abrechenbaren Kosten für Praxismaterialien für die geplante Therapie (Gesamtversorgung) in einer Summe. Dies gilt auch in Fällen, in denen gleich- oder andersartige Leistungen anfallen. Es sind sowohl die BEL- als auch die BEB-Leistungen addiert in EUR hier einzutragen.

5. Nr. 5: Behandlungskosten insgesamt (geschätzt)

Diese Summe ergibt sich aus den Nrn. 2 bis 4.

Das Feld III. ist mit Datum zu versehen und zu unterschreiben. Der Heil- und Kostenplan (Teil 1 und ggf. Teil 2, siehe dazu unten B. Teil 2) ist der Krankenkasse grundsätzlich über den Patienten zur Zuschussfestsetzung zuzuleiten.

IV. Zuschussfestsetzung

(von der Krankenkasse auszufüllen)

Die Krankenkasse legt die jeweiligen Festzuschüsse fest. Des Weiteren trägt die Krankenkasse ein, ob die von ihr angegebenen Beträge Festzuschüssen in Höhe von „60“ (ohne Bonus), „70“ (Bonusheft 5 Jahre) oder „75“ (Bonusheft 10 Jahre) Prozent entsprechen. Alle Prozentangaben beziehen sich auf die Durchschnittskosten der Regelversorgung.

Bei Härtefällen muss das entsprechende Feld von der Krankenkasse angekreuzt oder mit den Buchstaben „HF“ versehen werden. Nach Bewilligung der Festzuschüsse erhält der Zahnarzt den Heil- und Kostenplan grundsätzlich über den Versicherten zurück; mit der Behandlung soll erst nach Bewilligung begonnen werden.

V. Rechnungsbeträge / EDV-mäßige Erstellung der Abrechnung

Die Abrechnung der Festzuschüsse für Regel- und/oder gleichartige Versorgungsleistungen erfolgt über die KZV grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern. Dabei ist der Datensatz unter Berücksichtigung der vertraglichen Bestimmungen, insbesondere des § 6 zum DTA-Vertrag vollständig zu erstellen und an die KZV zu übermitteln. Die KZVen bestimmen das Verfahren der Datenlieferung gem. § 4 der Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung vom 12.07.2011.

1. Nr. 1: Zahnarzthonorar (BEMA siehe III)

Die Summe der unter Nr. III/1 des Heil- und Kostenplans genannten BEMA-Positionen für die Regelleistungen ist in EUR und Cent zu übermitteln.

Wurden nur Teilleistungen erbracht, weil der Versicherte beispielsweise verstorben ist, werden diese mit einem „T“ für Teilleistungen gekennzeichnet und ggf. mit der Erklärung versehen, warum es nicht zur Vollendung der vorgesehenen Leistungen gekommen ist.

2. Nr. 2: Zahnarzthonorar zusätzliche Leistungen BEMA

Das Zahnarzthonorar für BEMA-Leistungen, die im Laufe der Behandlung zusätzlich angefallen sind (beispielsweise das Wiederbefestigen oder die Neuanfertigung eines Provisoriums) ist in EUR und Cent zu übermitteln. Das umfasst auch das Honorar für nachträgliche Befunde, soweit diese der Regelversorgung zuzuordnen sind.

3. Nr. 3: Zahnarzthonorar GOZ

Die tatsächlich angefallenen GOZ-Gebühren bei gleich- und andersartigen Versorgungsleistungen sind in EUR und Cent zu übermitteln.

4. Nr. 4: Material- und Laborkosten Gewerblich

Die Summe aller im gewerblichen Labor angefallenen tatsächlichen Material- und Laborkosten nach BEL und BEB ist in EUR und Cent zu übermitteln.

5. Nr. 5: Material- und Laborkosten Praxis

Die Summe aller in der Praxis oder im praxiseigenen Labor tatsächlich angefallenen Material- und Laborkosten nach BEL und BEB ist in EUR und Cent zu übermitteln.

6. Nr. 6: Versandkosten Praxis

Versandkosten der Praxis, je Versandgang für die Versendung von Arbeitsunterlagen (Abformung, Modell u. Ä.) an das gewerbliche Labor, sind zu übermitteln.

7. Nr. 7: Gesamtsumme

Die Gesamtsumme, bestehend aus der Addition der Rechnungsbeträge für das Zahnarzthonorar nach BEMA bzw. GOZ, der Summe aller im Eigen- bzw. Fremdlabor entstandenen tatsächlichen Material- und Laborkosten sowie der Versandkosten, ist zu übermitteln.

8. Nr. 8: Festzuschuss Kasse

Der Festzuschuss der Krankenkasse ist in EUR zu übermitteln. Er errechnet sich durch Addition der Zuschussfestsetzung der Krankenkasse unter Ziffer IV. des Heil- und Kostenplans sowie ggf. Festzuschüsse für nachträgliche Befunde, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. Bei Teilleistungen sind die Beträge gemäß Befundklasse 8 einzutragen.

Härtefall:

Zur Berechnung des Festzuschusses bei Härtefallpatienten siehe Kapitel 7 (Rechnungslegung).

Direktabrechnung:

Im freien Feld rechts außen kennzeichnet der Vertragszahnarzt den Heil- und Kostenplan mit "D", wenn eine Auszahlung der Festzuschüsse direkt von der Krankenkasse an den Versicherten zu erfolgen hat (siehe Rechnungslegung, Kapitel 7). Die Abrechnung erfolgt gegenüber dem Versicherten auf dem Heil- und Kostenplan in Papierform.

9. Nr. 9: Versichertenanteil

Der Versichertenanteil ist in EUR zu übermitteln. Er bildet die Differenz zwischen der Gesamtsumme und dem Festzuschuss der Krankenkasse.

VI. Sonstige Angaben

Das Eingliederungsdatum des Zahnersatzes wird in der Form „TTMMJJ“ übermittelt. Als Herstellungsort wird für das Inland der Buchstabe „D“ dem Ortsnamen vorangestellt, bei Herstellung im Ausland ist der Landesname anzugeben.

Der Zahnarzt bestätigt abschließend mit Datum und Unterschrift die Eingliederung des Zahnersatzes in der vorgesehenen Weise.

B. Teil 2

Teil 2 des Heil- und Kostenplans ist vom Zahnarzt nur bei gleich- und andersartigen Versorgungsleistungen, dann aber verpflichtend, auszufüllen.

Gebührenaufstellung:

In Teil 2 sind der Zahn bzw. das Gebiet, die GOZ-Position nebst Leistungsbeschreibung, die Anzahl und die darauf entfallenden, geschätzten, in volle Euro kaufmännisch gerundeten Beträge anzugeben.

Unterschrift des Zahnarztes:

Der Zahnarzt bestätigt diese Angaben mit seiner Unterschrift.

Unterschrift des Versicherten:

Wünscht der Versicherte eine gleich- oder andersartige Versorgung, ist nach erfolgter Aufklärung durch den Zahnarzt Teil 2 des Heil- und Kostenplans vom Versicherten oder seinem gesetzlichen Vertreter spätestens vor Behandlungsbeginn zu unterschreiben. Das Unterschriftserfordernis auf Teil 1 des Heil- und Kostenplans bleibt davon unberührt.

Kasten „Information“:

Das graue Feld „Information über die Kosten der Regelversorgung“ dient der Information und Aufklärung des Versicherten. Es soll einen Vergleich zwischen dem Eigenanteil für die tatsächlich geplanten Leistungen und dem Eigenanteil, der bei der Wahl der entsprechenden Regelversorgung angefallen wäre, ermöglichen. Dieses Feld ist vom Zahnarzt auszufüllen und nach der Festzuschussfestsetzung durch die Krankenkasse vom Zahnarzt ggf. zu korrigieren.

3.4 Vorherige Entscheidung der Krankenkasse

Der Heil- und Kostenplan ist von der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung insgesamt zu prüfen. Die Krankenkasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen.

Der Patient hat Anspruch auf Festzuschüsse, wenn Versorgungsnotwendigkeit besteht und eine anerkannte Versorgung eingegliedert werden soll. Dieser Anspruch besteht unabhängig davon, ob der Patient eine Regelversorgung, gleichartigen oder andersartigen Zahnersatz wählt.

Eine Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der geplanten Versorgung wird nicht vorgenommen, da die Regelversorgung bereits das Wirtschaftlichkeitsgebot erfüllt.

Bei bestehender Versorgungsnotwendigkeit bewilligt die Krankenkasse die Festzuschüsse entsprechend dem im Heil- und Kostenplan ausgewiesenen Befund. Nach Genehmigung sind Änderungen des Befundes oder der tatsächlich geplanten Versorgung der Krankenkasse zur Neufestsetzung der Festzuschüsse mitzuteilen.

Befunde für konfektionierte Stifte oder gegossene Stiftaufbauten nach Nrn. 1.4 oder 1.5 müssen nicht nachträglich bewilligt werden. Diese Befunde werden bei der Abrechnung als „Nachträgliche Befunde“ in Abschnitt II des bereits genehmigten Heil- und Kostenplans eingetragen.

Die Festzuschüsse zu den Befunden werden gewährt, wenn die auslösenden Befunde mit Zahnersatz, Zahnkronen oder Suprakonstruktionen in der bewilligten Form innerhalb von 6 Monaten versorgt wurden. Bei Teilleistungen werden die Festzuschüsse anteilig gewährt.

Für Wiederherstellungen/Erweiterungen können die Gesamtvertragspartner Regelungen zur Vereinfachung des Bewilligungsverfahrens vereinbaren.

3.5 Sonderregelungen für einzelne Kostenträger

Bundeswehr

Das Festzuschusssystem wird nicht angewendet. Für die Beantragung der genehmigungspflichtigen zahnärztlich-prothetischen Leistungen wird ein spezielles Heil- und Kostenplan-Formular der Bundeswehr verwendet. Dieses Formular wird durch die Dienststellen der Bundeswehr zur Verfügung gestellt.

Grundsätzlich werden die zahnärztlichen Leistungen auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen (BEMA) erbracht und gemäß der bestehenden gemeinsamen Erklärung zwischen der KZBV und den Heilfürsorgeträgern vergütet.

Auf die Richtlinien des Bundesministeriums der Verteidigung wird hingewiesen.

Bundespolizei

Das Festzuschuss-System wird modifiziert angewendet. Die Anfertigung von Zahnersatz (einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen) bedarf der vorherigen Genehmigung durch das für Heilfürsorgeangelegenheiten zuständige Referat des Bundespolizeipräsidiiums. Für die Beantragung sind die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Heil- und Kostenpläne – (HKP - Teil 1 und Teil 2) zu verwenden. Für Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Kronen und Brücken und zur Wiederherstellung oder Erweiterung von Prothesen nach den Befund-Nummern 6.0 - 6.10, 7.3, 7.4 und 7.7 der Festzuschuss-Richtlinie des G-BA gilt, dass diese Befunde auch ohne vorherige Bewilligung versorgt werden können. Das gilt auch für die Befunde nach den Nummern 1.4 und 1.5. Hiervon bleibt das Recht, vor Beginn der Behandlung die Bewilligung einzuholen, unberührt.

Bei Heilfürsorgeberechtigten, die eine Regelversorgung im Sinne des § 56 SGB V erhalten, werden die tatsächlichen Kosten der Regelversorgung übernommen. Hiervon ausgenommen sind die Mehrkosten, die durch die Verwendung von Edelmetalllegierungen oder Reinmetall entstehen. Eine Bonusregelung gemäß § 55 Absatz 1 Sätze 3 bis 7 SGB V findet keine Anwendung. Wählt der Heilfürsorgeberechtigte eine über die Regelversorgung hinausgehende gleich- oder andersartige Versorgung, wird der Festzuschuss in Höhe von 100 Prozent der für die jeweilige Regelversorgung nach § 57 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 2 Sätze 6 und 7 SGB V festgesetzten Beträge, begrenzt auf die tatsächlichen Kosten, gewährt.

Die Abrechnung erfolgt entsprechend den Grundsätzen im GKV-Bereich: bei Regelversorgung und gleichartigem Zahnersatz über die KZV mit der Abrechnungsstelle Heilfürsorge, bei andersartigem Zahnersatz direkt mit dem Heilfürsorgeberechtigten. Die BEMA-Punktwerte richten sich nach der zwischen der KZBV und den Heilfürsorgeträgern vereinbarten Vergütungsregelung in der jeweils gültigen Fassung.

Berufsgenossenschaft / Gemeindeunfallverband

Mit der Einführung der Festzuschüsse beim Zahnersatz hat sich das vertraglich vereinbarte Verfahren der Abrechnung vom Zahnarzt mit den Unfallversicherungsträgern nicht verändert.

Die prothetische Behandlung (Zahnersatz und Zahnkronen) von Unfallverletzten und Berufserkrankten und die damit unmittelbar zusammenhängenden Leistungen sind vom Unfallversicherungsträger als Sachleistung zu gewähren.

Bei der prothetischen Versorgung von Unfallverletzten und Berufserkrankten stellt der Zahnarzt einen Heil- und Kostenplan auf, wie er im Verhältnis zu den gesetzlichen Krankenkassen vereinbart ist. Der ausgefüllte Plan ist dem zuständigen Unfallversicherungsträger zur Kostenübernahmeerklärung zuzuleiten. Der Unfallversicherungsträger gibt ihn mit einem Vermerk über die Höhe der zu übernehmenden Kosten an den Zahnarzt zurück.

Die Abrechnung der prothetischen Versorgung erfolgt nach dem vereinbarten Gebührenverzeichnis für Unfallverletzte und Berufserkrankte.

Wenn in so genannten Mischfällen die Unfallversicherung nur einen Teil der Kosten der auf den Unfall zurückzuführenden Zahnbehandlung übernimmt und der Zahnarzt darüber hinaus eine Gesamtversorgung des GKV-Patienten auch zu Lasten der GKV plant, ist zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen folgendes Vorgehen abgesprochen:

In den seltenen Mischfällen sollen, soweit möglich, getrennte Heil- und Kostenpläne nach den jeweils anzuwendenden vertraglichen Bestimmungen erstellt und zur Zuschussfestsetzung der Krankenkasse beziehungsweise dem Unfallversicherungsträger zur Genehmigung vorgelegt werden. Die Abwicklung des Falles erfolgt dann entsprechend der Planung. Sind getrennte Heil- und Kostenpläne im Einzelfall nicht möglich, sollen Krankenkasse oder Patient vor Durchführung der Behandlung die anteilige Kostenübernahme mit der Unfallversicherung klären.

Sozialämter

Es gelten die für die gesetzlichen Krankenkassen bestehenden Regelungen. Die Versorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen bedarf der vorherigen Genehmigung durch das zuständige Sozialamt.

Vor Beginn einer prothetischen Behandlung hat der Vertragszahnarzt einen Heil- und Kostenplan nach dem unter Kapitel 3.2 dargestellten Muster zu erstellen.

Mit der Behandlung darf erst begonnen werden, wenn sich das zuständige Sozialamt zur Übernahme der Kosten bereit erklärt hat. Festzuschüsse für die Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz können in dringenden Fällen nachträglich beantragt und bewilligt werden.

Versorgungsämter

Der Anspruch versorgungsberechtigter Personen auf zahnärztliche Behandlung richtet sich nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG). Berechtigte erhalten Leistungen wie Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen. Falls keine Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse besteht, gelten die Regelungen der AOK am Wohnort der versorgungsberechtigten Person.

Vor Beginn einer prothetischen Behandlung hat der Vertragszahnarzt einen Heil- und Kostenplan nach dem unter Kapitel 3.2 dargestellten Muster zu erstellen.

Regionale Kostenträger

Es gelten die spezifischen Regelungen im jeweiligen KZV-Bereich.

4 Begutachtung der Versorgung mit Zahnersatz

Die KZBV und der GKV-Spitzenverband haben mit Wirkung zum 1. April 2014 das vertraglich vereinbarte Gutachterwesen neu geregelt. Dabei hat auch die Vereinbarung zum Gutachterverfahren bei der Versorgung gesetzlich Krankensversicherter mit Zahnersatz und Zahnkronen inhaltliche Änderungen erfahren. Sie betreffen vor allem die den Gesamtvertragspartnern nun freistehende Wahl des Obergutachter- oder des Prothetik-Einigungsverfahrens sowie die Tragung der Gutachterkosten. Die Vereinbarung ist als Anlage 6 Bestandteil des Bundesmantelvertrages - Zahnärzte (BMV-Z).

Nachfolgend erhalten Sie einen Überblick über den wesentlichen Inhalt dieser Vereinbarung. Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem in der Anlage 6 zum BMV-Z enthaltenen Vertragstext.

4.1 Antrags- und Genehmigungsverfahren

Wie bisher schon gilt, dass die Krankenkasse einen Heil- und Kostenplan insgesamt zu überprüfen hat und der Zahnarzt erst nach der Festsetzung der Festzuschüsse durch die Krankenkasse mit der prothetischen Behandlung beginnen soll. Von dieser Regelung können Wiederherstellungen und Erweiterungen von Zahnersatz nach den Befund-Nrn. 6.0 – 6.10, 7.3, 7.4 und 7.7 durch Vereinbarungen der Gesamtvertragspartner ausgenommen werden, ebenso Maßnahmen zur Versorgung der Befunde nach den Nrn. 1.4 und 1.5. Dies gilt allerdings nicht für Härtefälle, die dem Zahnarzt zum Zeitpunkt der Behandlung als solche bekannt sind; für sie ist der Heil- und Kostenplan der Krankenkasse grundsätzlich vor der Behandlung vorzulegen, soweit keine abweichenden Regelungen auf Landesebene getroffen wurden.

4.2 Planungsgutachten

Die Krankenkasse kann bei eingereichten Heil- und Kostenplänen den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen, auch wenn eine gleichartige oder andersartige Versorgung geplant ist.

Im Fall der Begutachtung hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, ob sie die Kosten für die geplante Behandlung übernimmt. Der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem Gutachter die erforderlichen Behandlungs- und Befundunterlagen zur Verfügung zu stellen.

Der Gutachter prüft unter Berücksichtigung der Festzuschuss- und Zahnersatz-Richtlinien, ob die beantragten Festzuschüsse ansetzbar sind und ob insbesondere die ge-

plante Versorgung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und den medizinischen Fortschritt berücksichtigt. Seine schriftliche Stellungnahme leitet er der Krankenkasse und, falls er den Heil- und Kostenplan nicht befürwortet, auch dem Zahnarzt zu.

Einwendungen gegen ein vorliegendes Planungsgutachten sind innerhalb eines Monats nach Zugang des Gutachtens vorzubringen. Im Falle einer gesamtvertraglich vereinbarten Durchführung des Obergutachterverfahrens sind sie an die KZV, bei gesamtvertraglich vereinbartem Prothetik-Einigungsverfahren an den Prothetik-Einigungsausschuss zu richten.

Bei Durchführung des **Obergutachterverfahrens** gilt: Zahnarzt und Krankenkasse können ein Obergutachten bei der KZV beantragen. Bei dem Obergutachten handelt es sich nicht um einen Verwaltungsakt, sondern um eine gutachterliche Stellungnahme ohne Rechtswirkung. Rechtsmittel hiergegen sind deshalb nicht möglich.

Bei Durchführung des **Prothetik-Einigungsverfahrens** entscheidet der von der jeweiligen KZV und den Krankenkassen gebildete Prothetik-Einigungsausschuss über Einsprüche des Vertragszahnarztes oder der Krankenkasse gegen die Stellungnahme des Gutachters. Der Ausschuss ist paritätisch mit Vertretern der KZV und der Krankenkasse besetzt; er entscheidet durch Beschluss in der Sache. Bei Widerspruch hiergegen entscheidet die Beschwerdeinstanz, der Prothetik-Beschwerdeausschuss. Gegen die Entscheidung des Prothetik-Beschwerdeausschusses ist Klage vor dem Sozialgericht möglich. Näheres zum Einigungsverfahren regeln die Vertragspartner auf Landesebene.

4.3 Mängelgutachten

In begründeten Einzelfällen kann die Krankenkasse bei **Regel- und gleichartigen Versorgung** ausgeführte prothetische Leistungen innerhalb von 24 Monaten nach der definitiven Eingliederung des Zahnersatzes begutachten lassen, wenn Planungs- oder Ausführungsmängel vermutet werden. Vor diesem Hintergrund ist die Eintragung des Eingliederungsdatums auf dem Heil- und Kostenplan von entscheidender Bedeutung. Leitet die Krankenkasse innerhalb der 24-Monats-Frist kein Gutachterverfahren ein, kann sie aus behaupteten Mängeln keine Ansprüche mehr herleiten.

Der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem Gutachter die erforderlichen Behandlungs- und Befundunterlagen zur Verfügung zu stellen und dem Gutachter den mit Eingliederungsdatum und Unterschrift versehenen Heil- und Kostenplan und dazugehörige Rechnungen zu übermitteln. Seine schriftliche Stellungnahme leitet er der Krankenkasse und dem Zahnarzt zu.

In einer Protokollnotiz zur Gutachtervereinbarung ist festgehalten, dass die Krankenkasse in begründeten Einzelfällen und bei Vermutung von Mängeln auch **bei andersartigen Versorgungsleistungen und sogenannten Mischfällen** ausgeführte Leistungen überprüfen lassen kann. Die Begutachtung muss innerhalb von 36 Monaten nach der definitiven Eingliederung des Zahnersatzes durchgeführt sein. Die Begutachtung dieser Versorgungsleistungen ist durch einen der von KZV und Krankenkassen einvernehmlich bestellten Gutachter durchzuführen, der für diese speziellen Fälle empfohlen wird.

Einwendungen gegen ein vorliegendes Mängelgutachten sind bei Vorliegen einer Regelversorgung oder gleichartigen Versorgung innerhalb eines Monats nach Zugang des Gutachtens vorzubringen. Im Falle einer gesamtvertraglich vereinbarten Durchführung des Obergutachterverfahrens sind sie an die KZV, bei gesamtvertraglich vereinbartem Prothetik-Einigungsverfahren an den Prothetik-Einigungsausschuss zu richten. Für das weitere Verfahren – Obergutachten oder Prothetik-Einigungsausschuss – gelten die zu Planungsgutachten beschriebenen Grundsätze entsprechend (siehe Nr. 4.1).

4.4 Gutachter / Kostentragung

Jede KZV bestellt im Einvernehmen mit den Krankenkassen Gutachter und Obergutachter in der erforderlichen Anzahl.

Kostentragung bei Planungsgutachten:

Die Kosten für das Planungsgutachten trägt die Krankenkasse. Die Kosten des Obergutachtens zur Behandlungsplanung sind dem Vertragszahnarzt durch die KZV vollständig oder anteilig aufzuerlegen, wenn sein Einspruch gegen die Stellungnahme erfolglos bleibt. Entsprechendes gilt für die Kosten des Prothetik-Einigungsverfahrens mit der Beschränkung auf maximal die Kosten, die in einem Obergutachterverfahren entstanden wären. Welche Kosten im Prothetik-Einigungsverfahren der unterlegenen Partei auferlegt werden können, ergibt sich aus den gesamtvertraglichen Regelungen.

Kostentragung bei Mängelgutachten:

Für Mängelgutachten gilt, dass die Krankenkasse grundsätzlich die Kosten trägt. Der Vertragszahnarzt trägt die Kosten des Erstgutachtens und des Obergutachtens nur dann, wenn er selbst den Einspruch gegen das Erstgutachten eingelegt hat und dieser erfolglos bleibt. Soweit dabei im Obergutachten die Notwendigkeit einer vollständigen Neuanfertigung der prothetischen Versorgung festgestellt wird, hat der Vertragszahnarzt die Kosten des Gutachtens und des Obergutachtens vollständig zu tragen. Soweit die Notwendigkeit einer teilweisen Neuanfertigung oder Nachbesserung obergutachtlich festgestellt wird, sind diese Kosten anteilig zu tragen.

Sofern das zweitinstanzliche Verfahren vor dem Prothetik-Einigungsausschuss durchgeführt wird, gilt hinsichtlich der Kostentragung dasselbe wie bei der Durchführung

eines Obergutachtens. Die entstehenden Verfahrenskosten für den Prothetik-Einigungsausschuss, die ggf. der Zahnarzt zu tragen hat, sind hier auf höchstens diejenigen Kosten begrenzt, die in einem Obergutachterverfahren entstehen würden.

Die genaue Höhe der vom Vertragszahnarzt zu tragenden Kosten, insbesondere bei anteiliger Kostentragung, wird dabei im Einzelfall durch die zuständige KZV bzw. den Prothetik-Einigungsausschuss festgelegt.

5 Vergütung zahnärztlicher Leistungen

Die Modalitäten der zahnärztlichen Vergütung unterscheiden sich in Abhängigkeit davon, ob es sich um eine Regelversorgung, einen gleichartigen oder einen andersartigen Zahnersatz handelt.

5.1 Regelversorgung

Abrechnungsgrundlage für die Regelversorgung ist weiterhin Teil 5 des BEMA.

Die Vergütungshöhe richtet sich nicht mehr nach regionalen Punktwerten der einzelnen KZVen, sondern nach einem verbindlichen bundeseinheitlichen Durchschnittspunktwert. Punktwerte, die bisher über dem Bundesdurchschnitt lagen, wurden abgesenkt, Punktwerte, die darunter lagen, wurden angehoben. Regional unterschiedliche zahnärztliche Vergütungen sind damit ebenso beseitigt wie kassenspezifische Unterschiede.

Der Zahnarzt hat Anspruch auf Vergütung aller im Rahmen der Versorgung tatsächlich anfallenden Leistungen.

Da die von der Krankenkasse zu leistenden Festzuschüsse auf statistischen Durchschnittswerten basieren, kann es je nach Behandlungsverlauf zu unterschiedlich hohen Eigenanteilen des Patienten kommen. So führt zum Beispiel die notwendige Anfertigung eines zweiten Provisoriums bei einer Einzelkrone (BEMA-Pos. 19) zu einer Erhöhung des Eigenanteils.

5.2 Gleichartiger Zahnersatz

Abrechnungsgrundlage für gleichartigen Zahnersatz ist neben dem BEMA auch die GOZ.

Ein gleichartiger Zahnersatz beinhaltet die Regelversorgung und zusätzliche Leistungen. Die Leistungen zur Regelversorgung sind nach dem BEMA, die Mehrleistungen nach der GOZ zu berechnen.

Dabei werden prothetische Begleitleistungen, so sie durch die Regelversorgung ausgelöst werden, als Regelversorgungsbestandteile nach BEMA berechnet.

Bei einer keramisch vollverblendeten Krone zum Beispiel ist das Provisorium Bestandteil der Regelversorgung und nach der BEMA-Pos. 19 zu berechnen, während die keramisch vollverblendete Krone selbst als Mehrleistung nach der GOZ zu berechnen ist.

Da der von der Krankenkasse zu leistende Festzuschuss unabhängig von der Versorgungsart ist, verändert sich nur der Eigenanteil des Versicherten. Die anfallenden Mehrkosten hat er selbst zu tragen.

5.3 Andersartiger Zahnersatz

Abrechnungsgrundlage für einen andersartigen Zahnersatz ist allein die GOZ.

Ein Zahnersatz ist dann andersartig, wenn eine andere Zahnersatzart (Brücken, herausnehmbarer Zahnersatz, Kombinationsversorgung, Suprakonstruktionen) als die, welche in den Regelleistungen für den jeweiligen Befund beschrieben ist, gewählt wird.

Eine Brückenversorgung zum Beispiel ist dann ein andersartiger Zahnersatz, wenn der Befund als Regelversorgung eine Modellgussprothese vorsieht.

Bei Suprakonstruktionen handelt es sich grundsätzlich um andersartigen Zahnersatz (Ausnahmen hiervon sind die Ausnahmefälle nach den Zahnersatz-Richtlinien Nr. 36).

Alle Zahnersatzleistungen sind nach der GOZ zu berechnen.

Die Abrechnung aller Zahnersatzleistungen erfolgt direkt mit dem Patienten. Der Patient hat ein Anrecht auf die entsprechenden Festzuschüsse und bekommt sie von seiner Krankenkasse im Wege der Direktabrechnung. Voraussetzung ist allerdings, dass auch bei andersartigem Zahnersatz der vereinbarte Heil- und Kostenplan verwendet und vor Behandlungsbeginn der Krankenkasse zur Bewilligung der Festzuschüsse vorgelegt wird.

Eine Abrechnung über die KZV erfolgt nicht.

5.4 Mischfälle

Ein Mischfall liegt vor, wenn in einer Zahnersatzversorgung neben einem andersartigen Zahnersatz gleichzeitig auch Regelversorgungen und/oder gleichartiger Zahnersatz vorkommen.

Für die Vergütung der Leistungen gilt:

- Regelversorgungsbestandteile immer nach BEMA und im Labor nach BEL
- Mehrleistungsbestandteile bei gleichartigem Zahnersatz nach GOZ
- Andersartiger Zahnersatz nach GOZ

Zum Beispiel wäre eine geplante Versorgung mit drei Einzelkronen, bestehend aus einer Suprakonstruktionskrone zur Erstversorgung einer Einzelzahnücke, bei der kein Ausnahmefall nach Nr. 36 der Zahnersatz-Richtlinien vorliegt (**andersartiger Zahnersatz**), einer Vollgusskrone (**Regelversorgung**) und einer keramisch vollverblendeten Krone (**gleichartiger Zahnersatz**), als Mischfall einzustufen.

Dabei würde die Suprakonstruktionskrone nach GOZ, die Vollgusskrone nach BEMA, die keramisch vollverblendete Krone nach GOZ und das zugehörige Provisorium nach BEMA honoriert.

Zu den Besonderheiten des Abrechnungsweges bei Mischfällen siehe Kapitel 7 (Rechnungslegung).

5.5 Abgrenzung von Regelversorgung, gleichartigem und andersartigem Zahnersatz

Für die zahnärztliche Honorierung ist entscheidend, ob eine Regelversorgung, gleich- oder andersartiger Zahnersatz eingegliedert wird. Daher ist die richtige Zuordnung einer Therapie zu einer dieser Kategorien wichtig. Für die zweifelsfreie Einordnung gibt es eine Grundregel:

Ausgangsbasis sind die 4 Arten des Zahnersatzes:

- Herausnehmbarer Zahnersatz (auch mit Halteelementen)
- Festsitzender Zahnersatz
- Kombinations-Zahnersatz
- Implantatgetragener Zahnersatz (Suprakonstruktionen)

Ist die geplante Therapie der gleichen Zahnersatzart zuzuordnen wie die Regelversorgung, weist aber zusätzliche Leistungen auf, handelt es sich um gleichartigen Zahnersatz.

Ist die geplante Therapie einer anderen Zahnersatzart zuzuordnen als die Regelversorgung, dann ist die Therapie andersartig.

Sieht beispielsweise die Regelversorgung eine Modellgussprothese vor, entscheidet sich der Patient in der Therapieplanung jedoch für eine Brückenversorgung, wechselt man also von der Versorgungsart „herausnehmbarer Zahnersatz“ in die Versorgungsart „festsitzender Zahnersatz“. Der Zahnersatz wird andersartig.

Aus der Grundregel ergibt sich:

Kronen

Als gleichartige Versorgung gelten:

- verblendete Kronen außerhalb des Verblendbereichs gemäß den Zahnersatz-Richtlinien,
- keramisch vollverblendete Kronen und
- vollkeramische Voll- und Teilkronen.

Stiftaufbauten

Als gleichartige Versorgung gelten:

- adhäsiv befestigte Stiftaufbauten und
- nicht-metallische Stiftsysteme.

Brücken

Als gleichartige Versorgung gelten, sofern die Brücke nicht ohnehin andersartig ist:

- verblendete Brückenanker und Brückenglieder außerhalb des Verblendbereichs gemäß den Zahnersatz-Richtlinien,
- keramisch vollverblendete und
- vollkeramische Brückenanker und Brückenglieder,
- einspannige Adhäsivbrücken mit Keramikgerüst zum Ersatz von einzelnen oder zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen,*
- einspannige Adhäsivbrücken mit Metallgerüst zum Ersatz von zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen bei Versicherten, die das 21. Lebensjahr vollendet haben.*

Kombinationszahnersatz bei mehr als 3 vorhandenen Zähnen

Bei mehr als drei vorhandenen Zähnen ist Kombinationszahnersatz mit **Teleskopkronen** nur bei Vorliegen der Befunde 3.2a bis 3.2c die Regelversorgung, wobei die Zahnersatz-Richtlinie Nr. 35 zu beachten ist. Die Regelversorgung sieht Teleskopkronen auf den jeweils endständigen Zähnen vor; auf den Eckzähnen, wenn mindestens die Zähne 4 und 5 fehlen, oder auf den ersten Prämolaren, wenn mindestens die Zähne 5 und 6 fehlen.

Liegt der **Befund 3.2** vor und sieht somit die Befundsituation eine Regelversorgung mit Teleskopkronen vor, so gelten als gleichartige Versorgung:

- vollverblendete Teleskop- und Konuskronen
- Teleskopkronen mit ergänzenden Verbindungsvorrichtungen (Federstifte u. Ä.)
- Teleskopkronen mit keramischen Primärteilen und/oder galvanisch aufgebauten Sekundärstrukturen,
- andere Verbindungselemente (Geschiebe, Anker, Riegel, Steg u. Ä.) anstelle von Teleskop- oder Konuskronen.

Die Vergütung dieser Verbindungselemente und der das Verbindungselement tragenden Kronen erfolgt entsprechend § 55 Abs. 4 i.V. mit § 87 Abs. 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der GOZ; die übrigen Konstruktionselemente des Kombinationszahnersatzes werden als Regelversorgungsleistungen nach BEMA abgerechnet.

Liegt der **Befund 3.2** nicht vor und ist die Regelversorgung ein herausnehmbarer Zahnersatz mit Halte- und Stützelementen (Klammern), so ändert sich bei Verwendung von Verbindungselementen (Teleskopkrone, Konuskrone, Geschiebe, Anker, Riegel, Steg u. Ä.) die Art des Zahnersatzes. Er wird hierdurch zum andersartigen Zahnersatz. Hierzu gibt es eine Ausnahmeregelung: Wenn an allen Ankerzähnen Befunde nach Nr. 1.1 ansetzbar sind, gilt die Versorgung als gleichartig.

* Gemäß dem gemeinsamen Rundschreiben von KZBV und GKV-SV zum 01.07.2016

Kombinationszahnersatz bei bis zu 3 vorhandenen Zähnen

Kombinationszahnersatz bei bis zu 3 vorhandenen Zähnen gilt unter Beachtung von Nr. 35 der Zahnersatz-Richtlinien in der Befundklasse 4 als Regelversorgung.

Als gleichartiger Zahnersatz gelten:

- vollverblendete Teleskop- und Konuskronen
- Teleskopkronen mit ergänzenden Verbindungsvorrichtungen (Federstifte u. Ä.)
- Teleskopkronen mit keramischen Primärteilen und/oder galvanisch aufgebauten Sekundärstrukturen,
- andere Verbindungselemente (Geschiebe, Anker, Riegel, Steg u. Ä.) anstelle von Teleskop- oder Konuskronen oder von Wurzelstiftkappen mit Kugelknopfanker. Werden andere Verbindungselemente als Teleskopkronen für eine dentale Verankerung verwendet, ist die Indikation besonders sorgfältig zu stellen.

Die Vergütung dieser Verbindungselemente und der das Verbindungselement tragenden Kronen erfolgt entsprechend § 55 Abs. 4 i.V. mit § 87 Abs. 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der GOZ; die übrigen Konstruktionselemente des Kombinationszahnersatzes werden als Regelversorgungsleistungen nach BEMA abgerechnet.

Suprakonstruktionen

Bei Suprakonstruktionen handelt es sich grundsätzlich um andersartigen Zahnersatz. Ausnahmen hiervon sind die Ausnahmefälle nach den Zahnersatz-Richtlinien Nr. 36 (Einzelzahnücke und atrophierter zahnloser Kiefer unter bestimmten Voraussetzungen). Für die Ausnahmefälle bilden BEMA und BEL II weiterhin die Abrechnungsgrundlage.

5.6 Begleitleistungen

Allgemeine, konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die als so genannte Begleitleistungen bei einer Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen im Rahmen der Regelversorgung anfallen, werden nach BEMA vergütet und mit der Quartalsabrechnung über die KZV abgerechnet. Sie können dem Versicherten nicht in Rechnung gestellt werden.

Werden im Rahmen von gleichartigen bzw. andersartigen Zahnersatzleistungen Begleitleistungen erbracht, die ausschließlich durch die Gleichartigkeit bzw. Andersartigkeit des Zahnersatzes bedingt sind, sind sie nach der GOZ abzurechnen. Begleitleistungen, die auch bei der Regelversorgung angefallen wären, werden nach BEMA honoriert.

Wenn zum Beispiel die Regelversorgung eine Modellgussprothese vorsieht, tatsächlich aber Brücken eingegliedert werden, werden die dabei anfallenden Anästhesieleistungen nach GOZ honoriert.

Wird der Patient im Rahmen der Kostenerstattung gem. § 13 Abs. 2 SGB V behandelt, so müssen Begleitleistungen nach der GOZ vergütet werden.

5.7 Teilleistungen

Wird eine Behandlung nicht vollendet, so hat der Versicherte Anspruch auf anteilige Festzuschüsse. Je nach Behandlungsfortschritt erhält er bis zu 50 oder 75 Prozent der Festzuschüsse für die geplante prothetische Versorgung.

Unabhängig vom Abschluss der Behandlung hat der Zahnarzt gegenüber dem Versicherten immer Anspruch auf die Vergütung der bis zum Abbruch der Behandlung durchgeführten prothetischen Leistungen. Der Vergütungsanspruch richtet sich je nach Versorgungsart nach BEMA bzw. nach GOZ.

5.8 Private Vereinbarungen

Private Vereinbarung nach § 8 Abs. 7 BMV-Z

Eine private Vereinbarung nach § 8 Abs. 7 BMV-Z mit einem gesetzlich versicherten Patienten ist wie bei jeder anderen Behandlung möglich. Der Zahnarzt soll sich den Wunsch des Berechtigten, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen, vor Beginn der Behandlung schriftlich bestätigen lassen.

Werden private Vereinbarungen über eine Zahnersatzversorgung getroffen, kann der Versicherte einer gesetzlichen Krankenkasse seine Festzuschussansprüche verlieren, da der vereinbarte Heil- und Kostenplan nicht verwendet wird und der Krankenkasse damit nicht die Gelegenheit gegeben wird, vor Beginn der Behandlung eine Bewilligung auszusprechen.

Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V

Die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V ist alleiniges Wahlrecht des Versicherten, das er für sich und/oder für Familienangehörige in Anspruch nehmen kann. Die Wahl der Kostenerstattung wird gegenüber der Krankenkasse erklärt. Der Versicherte ist an die Wahl mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der zahnärztlichen Versorgung ist möglich. Der Zahnarzt darf die Behandlung nicht von der Wahl der Kostenerstattung abhängig machen.

Die Krankenkasse regelt Näheres zur Kostenerstattung in ihrer Satzung. Der Versicherte behält grundsätzlich seinen Anspruch auf Erstattung der vertragszahnärztlichen Leistungen beziehungsweise auf Gewährung der Festzuschüsse zum Zahnersatz. Die Satzung der Krankenkasse kann dabei Verwaltungskostenabschläge vorsehen.

Sofern der Versicherte von seinem Wahlrecht Gebrauch macht, erfolgt die gesamte Behandlung inklusive Begleitleistungen als Privatbehandlung nach den Grundsätzen des BGB und der GOZ. Damit einher geht seit dem 1. April 2007 eine Beratungspflicht des Zahnarztes: Er muss den Versicherten vor der Behandlung darüber informieren, dass Kosten, die von der Krankenkasse nicht übernommen werden, vom Versicherten zu tragen sind. Im Gegenzug muss der Versicherte dem Zahnarzt schriftlich bestätigen, dass diese Beratung erfolgt ist.

Die Vorlage des privaten Heil- und Kostenplanes bei der Krankenkasse vor Behandlungsbeginn ist dringend anzuraten.

Von § 13 Abs. 2 SGB V zu unterscheiden sind spezielle Wahltarife zur Kostenerstattung, die Krankenkassen seit 2007 ihren Versicherten anbieten können.

6 Vergütung zahntechnischer Leistungen

6.1 Regelversorgung

Abrechnungsgrundlage für die zahntechnischen Leistungen bei einer Regelversorgung ist das Bundeseinheitliche Leistungsverzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen nach § 88 Abs. 1 SGB V (BEL II) in der jeweils gültigen Fassung.

Auf Bundesebene wird ein Bundesmittelpreis für alle BEL-II-Leistungen vereinbart. Dieser ist Berechnungsgrundlage für die Festzuschüsse, jedoch nicht Abrechnungsgrundlage. Insoweit besteht ein gesetzlich verankerter Unterschied zum bundeseinheitlichen BEMA-Punktwert, der auch Abrechnungsgrundlage ist. Die tatsächlichen Preise für die zahntechnischen Leistungen richten sich nach den Preisvereinbarungen der Zahntechnikerinnungen und der Krankenkassen auf Landesebene. Dabei werden nach wie vor Höchstpreise vereinbart. Die Höchstpreise der gewerblichen Laboratorien dürfen den Bundesmittelpreis um maximal fünf Prozent unter- oder überschreiten.

Die Höchstpreise der Praxislabore sind gegenüber den Höchstpreisen für gewerbliche Laboratorien um fünf Prozent reduziert.

Da die Festzuschüsse bundesweit die gleiche Höhe haben, die Preise für zahntechnische Leistungen auf Landesebene aber variieren, können die Eigenanteilsrechnungen der Patienten bei identischen Leistungen regional unterschiedlich hoch sein.

6.2 Gleich- oder andersartiger Zahnersatz

Bei gleichartigem oder andersartigem Zahnersatz ist der Zahntechniker hinsichtlich der über die Regelversorgung hinausgehenden zahntechnischen Leistungen nicht an das BEL II gebunden. Zahnarzt und Zahntechniker können ein Leistungs- und Preisverzeichnis für diese Leistungen vereinbaren. Auch die Heranziehung der Bundeseinheitlichen Benennungsliste (BEB) oder anderer Verzeichnisse ist möglich.

Bei gleichartigem Zahnersatz dürfen nur jene Leistungen außerhalb des BEL II abgerechnet werden, die über die Regelversorgung hinausgehen. Zahntechnische Leistungen der Regelversorgung sind bei den jeweiligen Befunden der Festzuschuss-Richtlinien abgebildet (siehe Kapitel 11).

Für alle drei Formen des Zahnersatzes gilt: Um dem Zahntechniker eine ordnungsgemäße Rechnungslegung zu ermöglichen, muss die auftraggebende Praxis mitteilen, welche zahntechnischen Leistungen der Regelversorgung, dem gleichartigen oder andersartigen Zahnersatz zuzuordnen sind.

Wenn in einem Behandlungsfall zahntechnische Leistungen für Regelversorgung oder gleichartigen Zahnersatz neben reinen Privatleistungen anfallen und ein Auftrag erteilt werden soll, ist zu beachten, dass nach den Einleitenden Bestimmungen des BEL II die Rechnung über die zahntechnische Leistung den kaufmännischen Grundsätzen der Vollständigkeit, Richtigkeit, Leistungsklarheit und Leistungswahrheit zu entsprechen hat und alle tatsächlich erbrachten Leistungen in einer Rechnung aufzuführen hat. Hier ist die Beauftragung, soweit möglich, nach festzuschussfähigen und nicht festzuschussfähigen Leistungen zu trennen.

7 Rechnungslegung

7.1 Allgemeines

Die Rechnungslegung richtet sich nach der Art der Versorgung.

Regelversorgung und gleichartiger Zahnersatz

Der Versicherte erhält vom Zahnarzt eine Rechnung über die angefallenen Kosten für die einzelnen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen. Auf der Rechnung werden die Gesamtkosten abzüglich der festgesetzten Festzuschussbeträge, die über die KZV abgerechnet werden, ausgewiesen (Eigenanteil des Versicherten). Sind die Gesamtkosten niedriger als der von der Krankenkasse festgesetzte Festzuschuss, ist der Anspruch des Patienten in diesen Fällen auf die Höhe des Rechnungsbetrages begrenzt.

Andersartiger Zahnersatz

Bei ausschließlich oder überwiegend andersartigem Zahnersatz erhält der Patient eine Rechnung über die Gesamtkosten. Die genehmigten Festzuschüsse werden von der Krankenkasse dem Versicherten nach Vorlage des bewilligten Heil- und Kostenplans und der Rechnung ausgezahlt, hierfür ist Teil 1 des Heil- und Kostenplans mit dem Eingliederungsdatum und der Unterschrift zu versehen und der Gesamtrechnung beizufügen.

Fälle, in denen die Auszahlung der Festzuschüsse von der Krankenkasse an den Versicherten zu erfolgen hat, sind auf dem Heil- und Kostenplan in Abschnitt V (Rechnungsbeträge) in Zeile 8 (Festzuschuss Kasse) in der rechten Spalte mit „D“ zu kennzeichnen. Diese Kennzeichnung soll bereits vor Bewilligung der Festzuschüsse erfolgen.

Mischfälle

Als Mischfälle gelten Fälle, bei denen Regelleistungen und/oder gleichartige Leistungen in Verbindung mit andersartigen Leistungen erbracht werden. In Mischfällen erhält der Patient eine Rechnung über die Gesamtkosten, wenn bei Aufstellung des Heil- und Kostenplans mehr als 50 % des vorausgerechneten zahnärztlichen Honorars für andersartige Leistungen anfallen.

Auf Landesebene kann eine andere prozentuale Grenzziehung vereinbart werden.

Härtefälle

Bei Patienten, die gemäß § 55 Abs. 2 SGB V unzumutbar belastet würden (Härtefälle), und eine Regelversorgung erhalten, übernehmen die Krankenkassen die tatsächlich entstandenen Kosten, eine Eigenanteilsrechnung entfällt somit. Dies gilt nicht, wenn eine Edelmetalllegierung oder Reinmetall verwendet wird, siehe auch Kapitel 7, Teil 2.

Wählt ein sog. Härtefall einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, gewähren die Krankenkassen nur den Festzuschuss in Höhe von 100 Prozent. Über die darüber hinausgehenden Kosten wird eine Eigenanteilsrechnung erteilt.

Wird ein andersartiger oder überwiegend andersartiger Zahnersatz gewählt, wird eine Rechnung über die Gesamtkosten erteilt (siehe auch „andersartiger Zahnersatz“).

Anlagen zur Rechnung an den Versicherten

Der Rechnung an den Versicherten ist eine Durchschrift der Rechnung des gewerblichen oder des Praxislabors über zahntechnische Leistungen und die Erklärung nach Anhang VIII der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Medizinprodukte (Konformitätserklärung) beizufügen. Die Konformitätserklärung verbleibt beim Patienten.

7.2 Abrechnungsweg

Die Abrechnungswege, über KZV bzw. Gesamtrechnung an den Patienten, richten sich nach der Art des Zahnersatzes.

Regelversorgung und gleichartiger Zahnersatz

Genehmigte Festzuschüsse im Zusammenhang mit erbrachten Regelleistungen oder mit gleichartigen Leistungen werden nach Eingliederung oder Wiederherstellung des Zahnersatzes grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern über die KZV abgerechnet. Bei Teilleistungen werden die Festzuschüsse anteilig gewährt.

Andersartiger Zahnersatz

Bei ausschließlich oder überwiegend andersartigem Zahnersatz erhält der Patient eine Rechnung über die Gesamtkosten. Die genehmigten Festzuschüsse werden von der Krankenkasse dem Versicherten nach Vorlage des bewilligten Heil- und Kostenplans ausgezahlt, hierfür ist Teil 1 des Heil- und Kostenplans mit dem Eingliederungsdatum und der Unterschrift zu versehen und der Gesamtrechnung beizufügen.

Die Abrechnung der Festzuschüsse über die KZV ist ausgeschlossen.

Mischfälle

Als Mischfälle gelten Fälle, bei denen Regelleistungen und/oder gleichartige Leistungen in Verbindung mit andersartigen Leistungen erbracht werden.

Genehmigte Festzuschüsse für Mischfälle sind dann über die KZV abzurechnen, wenn mehr als 50 % des vorausgerechneten zahnärztlichen Honorars für Leistungen der Regelversorgung und/oder der gleichartigen Versorgung anfallen. Anderenfalls erhält der Patient die Rechnung über die Gesamtkosten.

Auf Landesebene kann eine andere prozentuale Grenzziehung vereinbart werden.

Wiederherstellungen und Erweiterungen

Bei nicht bewilligungsbedürftigen Wiederherstellungen und Erweiterungen nach den Befunden 6.0 - 6.10 und 7.3, 7.4 und 7.7* sind der KZV zur Prüfung und Abrechnung der Festzuschüsse mit den Krankenkassen die rechnungsbegründenden Unterlagen (Heil- und Kostenplan und eine Kopie der Rechnung des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über zahntechnische Leistungen) zu übermitteln. Die Übermittlung hat grundsätzlich im Wege der elektronischen Datenübertragung zu erfolgen.

*Hinsichtlich der Bewilligungspflicht, insbesondere auch für Befund 6.10, sind die Regelungen im jeweiligen KZV-Bereich zu beachten.

Härtefälle

Bei Patienten, die gemäß § 55 Abs. 2 SGB V unzumutbar belastet würden (Härtefälle), und eine Regelversorgung erhalten, übernehmen die Krankenkassen höchstens die tatsächlich entstandenen Kosten. Diese Kosten werden über die KZV abgerechnet. Auch der über dem Festzuschuss in Höhe von 100 Prozent liegende Betrag wird bis zur tatsächlichen Rechnungshöhe über die KZV abgerechnet. Ausgenommen hiervon sind Kosten für Edelmetalllegierung oder Reinmetalle.

Wählt ein sog. Härtefall einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, gewähren die Krankenkassen nur den Festzuschuss in Höhe von 100 Prozent. Über die KZV wird höchstens der Festzuschuss in Höhe von 100 Prozent abgerechnet.

Wird ein andersartiger oder überwiegend andersartiger Zahnersatz gewählt, wird eine Rechnung über die Gesamtkosten erteilt (siehe auch „andersartiger Zahnersatz“). Die Abrechnung der Festzuschüsse über die KZV ist ausgeschlossen.

Verwendung von Edelmetalllegierungen oder Reinmetall

Bei der Abrechnung des Festzuschusses über die KZV ist zu prüfen, ob und in welcher Höhe Kosten für die Verwendung einer Edelmetalllegierung oder von Reinmetall angefallen sind. Die tatsächlichen Kosten bei der Regelversorgung und der Festzuschuss in Höhe von 100 Prozent bei gleich- und andersartigem Zahnersatz werden von der Krankenkasse nur insoweit übernommen, als darin keine (Mehr-)Kosten für Edel- oder Reinmetall enthalten sind.

Daher sind die edel- oder reinmetallbedingten Mehrkosten von den tatsächlichen Gesamtkosten abzuziehen. Der sich daraus ergebende Betrag ist der anzusetzende „Festzuschuss“. Der Verband Deutscher Zahntechnikerinnungen (VDZI) hat zugesagt, gegenüber seinen Mitgliedern die Empfehlung auszusprechen, dass ein gesonderter Ausweis der Edel- bzw. Reinmetallkosten erfolgen soll. Die Mehrkosten ergeben sich

aus der Differenz der Kosten für die jeweils verwendete Edelmetalllegierung oder Reinformetall abzüglich der für die jeweilige Regelversorgung vorgesehenen NEM-Abrechnungsbeträge inkl. Mehrwertsteuer.

Der errechnete Betrag ist im Heil- und Kostenplan im Abschnitt V, Nr. 8, einzutragen.

Beispiel:	
Gesamtkosten	1.050,- EUR-
Festzuschuss 100 %	1.000,- EUR
./. Mehrkosten (Edelmetallkosten ./. fiktive NEM-Kosten)	100,- EUR
<hr/>	
Zuschuss der Krankenkasse	950,- EUR

Bei der Abrechnung von Härtefällen mit der KZV sind dieser zwecks Abrechnung mit den Krankenkassen die rechnungsbegründenden Unterlagen (Heil- und Kostenplan und eine Kopie der Rechnung des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über zahn-technische Leistungen) zu übermitteln. Die Übermittlung hat grundsätzlich im Wege der elektronischen Datenübertragung zu erfolgen.

8 Die Festzuschuss-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit Wirkung zum 01.01.2005 Festzuschuss-Richtlinien beschlossen, in denen die Befunde festgelegt sind, für die Festzuschüsse gewährt werden. Zwischenzeitlich wurden einige Änderungen beschlossen; der genaue Wortlaut der gültigen Richtlinien befindet sich in Kapitel 11.

Im vorliegenden Kapitel finden sich Erläuterungen zu den Richtlinien sowie gemeinsame Interpretationen der Bundesmantelvertragspartner. Sie werden ergänzt durch eine Zusammenstellung der beschlossenen Befunde mit den jeweiligen Festzuschuss-Beträgen sowie einen Abschnitt zur Kombinierbarkeit der Befunde.

8.1 Erläuterungen zu den Richtlinien

Die Festzuschuss-Richtlinien des G-BA teilen sich in drei Abschnitte: „Präambel“, „A. Allgemeines“ und „B. Befunde und zugeordnete Regelversorgungen“.

8.1.1 Präambel

Die Präambel beschreibt die gesetzlichen, vertraglichen und zahnmedizinischen Grundlagen, auf denen der G-BA den Beschluss über die Festzuschuss-Richtlinien gefasst hat. Sie bestimmt vor allem, dass der Patient Anspruch auf Festzuschüsse hat, und zwar unabhängig davon, welche prothetische Versorgung er im Einzelfall mit dem Zahnarzt vereinbart. Dies gibt dem Versicherten mehr Wahlmöglichkeiten als in der Vergangenheit. Voraussetzungen für eine Zuschussübernahme durch die Krankenkasse sind:

- Es besteht eine Versorgungsnotwendigkeit.
- Der gewählte Zahnersatz ist eine medizinisch anerkannte Versorgungsart.
- Der den Festzuschuss auslösende Befund wird ausreichend versorgt.

Ob diese Voraussetzungen vorliegen, kann gegebenenfalls durch einen Gutachter beurteilt werden.

8.1.2 Teil A. Allgemeines

Im Allgemeinen Teil A der Festzuschuss-Richtlinien sind die Grundsätze für die Anwendung der Befunde von Teil B der Festzuschuss-Richtlinien beschrieben:

Nrn. 1 und 2 regeln die Voraussetzungen für die Ansetzbarkeit der Befunde und für die Auszahlung der Festzuschüsse.

Nr. 3 regelt die Bedeutung der Gegenbeziehung.

Nrn. 4 und 5 bestimmen das Verfahren bei so genannten Härtefällen.

Nr. 6 regelt die Ansprüche des Versicherten bei der Erstversorgung, Erneuerung und Wiederherstellung von Suprakonstruktionen.

Nr. 7 bestimmt, dass für Leistungen im Zusammenhang mit Implantaten keine Festzuschüsse gewährt werden.

Nr. 8 behandelt die Abrechnung von zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen durch den Zahnarzt gegenüber dem Versicherten.

Nr. 9 regelt die Abrechnung von Begleitleistungen.

8.1.3 Teil B. Befundklassen und Befunde

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die für die Gewährung von Festzuschüssen maßgeblichen Befunde in acht verschiedene Befundklassen unterteilt. Der Zahnarzt ermittelt, welche Befunde vorliegen, für die der Versicherte Anspruch auf Festzuschüsse hat. Dies hat auf der Grundlage des bei der zahnärztlichen Untersuchung festgestellten zahnmedizinischen Gesamtbefundes zu geschehen. Entscheidend für die Zuordnung zu den Festzuschuss-Befunden ist das Vorliegen der in den Befunden genannten Voraussetzungen. Den Beschreibungen der einzelnen Befunde ist zu entnehmen, wann Leistungsansprüche bestehen, und welche Festzuschüsse neben anderen angesetzt werden können. Die Art und Weise der durchzuführenden Behandlung hat keinen Einfluss auf die Höhe der Leistungsansprüche, da die Festzuschüsse nicht therapieorientiert, sondern befundorientiert sind.

Die nachstehenden Erläuterungen sollen die Grundzüge der einzelnen Befunde und Festzuschüsse vermitteln. Die Befunde können allein oder kombiniert mit anderen Befunden aus derselben oder einer anderen Befundklasse ansetzbar sein. Näheres zur Kombinierbarkeit der Befunde siehe unter 8.4.

Befundklasse 1: Erhaltungswürdiger Zahn

Befund Nr. 1.1: Erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung der klinischen Krone oder unzureichende Retentionsmöglichkeit

Befund Nr. 1.2: Erhaltungswürdiger Zahn mit großen Substanzdefekten, aber erhaltener vestibulärer und/oder oraler Zahnschmelz

Eine unzureichende Retentionsmöglichkeit kann zum Beispiel vorliegen, wenn die Halteelemente einer geplanten Prothese auf dem natürlichen Zahn nicht ausreichend befestigt werden können und deshalb eine Überkronung des Zahnes angezeigt ist. Auch die Einbeziehung eines weiteren Pfeilerzahnes bei einer Brückenversorgung löst den Befund 1.1 aus, wenn die Retention auf andere Weise nicht gewährleistet ist.

Daneben können Festzuschüsse bei der Notwendigkeit einer Verblendung im Verblendbereich (Befund Nr. 1.3) sowie bei einem endodontisch behandelten Zahn (Befunde Nrn. 1.4 und 1.5) zusätzlich gewährt werden. In Teil A Nr. 2 der Festzuschuss-Richtlinien ist zudem klargestellt, dass Festzuschüsse für Verblendungen unabhängig von der tatsächlich gewählten Versorgung immer dann gewährt werden, wenn die Regelversorgung diese vorsieht. Verblendete Kronen außerhalb des Verblendbereichs, vollverblendete Kronen und vollkeramische Voll- und Teilkronen gelten als gleichartige Versorgung. Die Verwendung von Edelmetalllegierungen oder Reinmetall anstelle von NEM-Legierungen macht eine Regelversorgung nicht zu gleichartigem Zahnersatz.

Befundklasse 2:

Zahnbegrenzte Lücken mit höchstens vier fehlenden Zähnen je Kiefer

Die Befunde dieser Befundklasse (Regelversorgung: festsitzender Zahnersatz) lösen nur dann einen Festzuschuss nach den Nrn. 2.1 bis 2.7 aus, wenn je Kiefer höchstens vier Zähne fehlen und bei ansonsten geschlossener Zahnreihe keine Freundsituation vorliegt.

Ein fehlender Zahn 7 löst eine Freundsituation aus. Dies gilt nicht, wenn Zahn 8 vorhanden ist und dieser als möglicher Brückenanker verwendbar ist. Soweit Zahn 7 einseitig oder beidseitig fehlt und hierfür keine Versorgungsnotwendigkeit besteht, liegt keine Freundsituation vor. Auch nicht versorgungsbedürftige Freundsituationen werden für die Ermittlung der Anzahl der fehlenden Zähne je Kiefer berücksichtigt. Ein fehlender Weisheitszahn ist nicht mitzuzählen. Fehlen mehr als vier Zähne je Kiefer, besteht außer in den Fällen der Kombination der Festzuschussbefunde 3.1 mit 2.1 bzw. 2.2 (nur im Oberkiefer) nur Anspruch auf den Festzuschuss nach Befundklasse 3.

Fehlen in einer Freundsituation außer den Zähnen 7 und 8 weitere Zähne (z. B. Zahn 6), liegt unabhängig der Versorgungsnotwendigkeit eine Freundsituation vor; Festzuschüsse der Befundklasse 2 sind nicht ansetzbar.

Bei der Feststellung der Befunde wird Zahnersatz einschließlich Suprakonstruktionen natürlichen Zähnen gleichgestellt, soweit der vorhandene Zahnersatz noch funktionstüchtig ist oder die Funktionstüchtigkeit, zum Beispiel durch Erweiterung, wiederhergestellt werden kann.

Neben dem Befund Nr. 2 sind für die an die Lücke angrenzenden Zähne Befunde nach den Nrn. 1.1 bis 1.3 nicht ansetzbar. Das gilt auch bei Freindbrücken für den Pfeilerzahn neben dem lückenangrenzenden Pfeilerzahn.

Bei Versicherten, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, gelten einspannige Adhäsivbrücken mit Metallgerüst zum Ersatz von zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen als gleichartige Versorgung.*

Für erneuerungsbedürftige Kronen, Brücken und Prothesen auf Implantaten (Suprakonstruktionen) gilt die Befundgruppe 7. Es gibt eine Ausnahme: Bei Erneuerungen und Erweiterungen von festsitzenden, nach der Versorgung teilweise zahngetragenen Suprakonstruktionen (Hybridkonstruktionen) werden bereits vorhandene Suprakonstruktionen ebenfalls natürlichen Zähnen gleichgestellt. In diesen Fällen sind Befunde der Befundklasse 2 ansetzbar, wenn Ankerkronen durch Implantate getragen werden.

In welchem Umfang bei Vorhandensein mehrerer Lücken Festzuschüsse nach den Nrn. 2.1 bis 2.7 gewährt werden, wird in den Beispielen (siehe Kapitel 9) erläutert.

Befundklasse 3: Zahnbegrenzte Lücken, die nicht den Befunden nach den Nrn. 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen

Die Befunde dieser Befundklasse sind maßgeblich, wenn mehr als vier Zähne je Kiefer fehlen oder eine Freiendsituation vorliegt. In diesen Fällen ist herausnehmbarer Zahnersatz die Regelversorgung.

Wenn sich Versicherter und Zahnarzt beim Fehlen von mehr als vier fehlenden Zähnen für einen festsitzenden Zahnersatz entscheiden, ist dieser Zahnersatz als andersartig einzustufen.

Nur bei gleichzeitigem Vorliegen eines Befundes im Oberkiefer für eine Brückenversorgung zum Ersatz von bis zu zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen und für herausnehmbaren Zahnersatz bei beidseitigen Freiendsituationen können Festzuschüsse nach den Befunden Nr. 2.1 oder 2.2 neben einem Festzuschuss nach Nr. 3.1 angesetzt werden. In allen anderen Fällen, in denen mehr als vier Zähne fehlen, ist nur der Befund nach Nr. 3 maßgeblich.

Sofern herausnehmbarer Zahnersatz auf Teleskopkronen verankert wird, hat der Versicherte bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Befund Nr. 3.2 zusätzlich einen Anspruch auf Festzuschuss, wenn die Teleskopkronen am endständigen Eckzahn beziehungsweise am endständigen ersten Prämolaren eingegliedert werden. Werden Teleskopkronen stattdessen an anderen Zähnen geplant, wird kein Festzuschuss nach Befund Nr. 3.2 fällig.

Zur Abgrenzung der Regelversorgung von der Gleich- und Andersartigkeit beim Kombinationszahnersatz (Verbindungselemente) siehe Kapitel 5.5.

* Gemäß dem gemeinsamen Rundschreiben von KZBV und GKV-SV zum 01.07.2016

Befundklasse 4:

Restzahnbestand bis zu drei Zähnen oder zahnloser Kiefer

Die Befunde dieser Befundklasse beziehen sich auf den zahnlosen Kiefer oder auf einen Restzahnbestand von bis zu drei Zähnen je Kiefer.

Bei den Befunden Nrn. 4.5 bis 4.9 handelt es sich um ergänzende Befunde. Der Versicherte hat zum Beispiel Anspruch auf einen zusätzlichen Festzuschuss, wenn zur Versorgung die Notwendigkeit einer Metallbasis (Befund Nr. 4.5) oder einer Stützstiftregistrierung (Befund Nr. 4.9) gegeben ist.

Befundklasse 5:

Lückengebiss nach Zahnverlust in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist

Die Befunde dieser Befundklasse sind maßgeblich beim Zahnverlust in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist. Neu seit 1.1.2008: Entscheidend für die Zuordnung zu den Befunden 5.1 bis 5.3 ist die Zahl der in dem zu versorgenden Gebiet fehlenden, nicht die Zahl der tatsächlich zahntechnisch ersetzten Zähne. Eine Versorgung von fehlenden Zähnen liegt beispielsweise auch dann vor, wenn das zu versorgende Gebiet nur mit einem Kunststoffsaattel (Basisteil) versehen wird.

Befundklasse 6:

Wiederherstellungs- oder erweiterungsbedürftiger konventioneller Zahnersatz

Die Befunde dieser Befundklasse sind maßgeblich, wenn die Wiederherstellung oder Erweiterung von konventionellem Zahnersatz (also nicht von Suprakonstruktionen) erforderlich ist.

Wiederherstellungen von herausnehmbarem Zahnersatz sind in den Befunden nach den Nrn. 6.0 bis 6.7 geregelt. Die Wiederherstellung der Verblendung an einer Rückenschutzplatte löst den Befund 6.3 aus.

Wiederherstellungen von festsitzendem Zahnersatz sind in den Befunden nach den Nrn. 6.8 und 6.9 geregelt. Befund 6.9 regelt außerdem die Wiederherstellung der Verblendung eines Sekundärteleskops.

Befund Nr. 6.10 beinhaltet die Erneuerung eines Primär- *oder* Sekundärteiles einer Teleskopkrone. Der Befund ist nicht ansetzbar, wenn an einem Zahn Primär- *und* Sekundärteleskop erneuert oder erweitert werden.

Für die Einstufung einer Wiederherstellung als Regel-, gleich- oder andersartige Versorgung ist nicht die Art der wiederherzustellenden Versorgung maßgeblich. Liegen die Voraussetzungen einer Befundbeschreibung nach 6.0 – 6.10 vor und ist die jeweilige Wiederherstellungsmaßnahme als Regelversorgung abgebildet, handelt es sich um eine Wiederherstellung innerhalb der Regelversorgung.

Befundklasse 7: Erneuerung oder Wiederherstellung von Suprakonstruktionen

Die Befunde dieser Befundklasse sind maßgeblich, wenn die Erneuerung oder Wiederherstellung von Suprakonstruktionen erforderlich ist.

So, wie der Versicherte bei der Erstversorgung mit Suprakonstruktionen einen Anspruch auf einen Festzuschuss hat, erhält er auch bei der Erneuerung und Wiederherstellung von Suprakonstruktionen einen Festzuschuss. Dies gilt auch für die Erneuerung und Wiederherstellung von Suprakonstruktionen, bei denen die Implantate vor Einführung des Festzuschusssystem auf Grund privater Vereinbarungen zwischen Versichertem und Zahnarzt eingesetzt wurden.

Nr. 36 der Zahnersatz-Richtlinien ist wie bei der Erstversorgung zu beachten. In den dort genannten Ausnahmefällen ist auch die Erneuerung und Wiederherstellung von Suprakonstruktionen Regelversorgung.

Bei Erneuerungen und Erweiterungen von festsitzenden, nach der Versorgung teilweise zahngetragenen Suprakonstruktionen werden bereits vorhandene Suprakonstruktionen natürlichen Zähnen gleichgestellt. In diesen Ausnahmefällen (Hybridkonstruktionen) sind Befunde der Befundklassen 1, 2 oder 3 auch dann ansetzbar, wenn Einzel- oder Ankerkronen durch Implantate getragen werden.

Befundklasse 8: Nicht vollendete Behandlung

Sofern eine prothetische Behandlung nicht vollendet wird, hat der Versicherte Anspruch auf anteilige Festzuschüsse. Je nachdem, wie weit die Behandlung bereits durchgeführt wurde, beläuft sich der Anspruch auf bis zu 50 oder 75 Prozent der für die vorliegenden Befunde maßgeblichen Festzuschüsse.

8.2 Gemeinsame Interpretationen der Bundesmantelvertragspartner zur Anwendung der Festzuschuss-Richtlinien

8.2.1 Definitionen

Herausnehmbarer Zahnersatz / Freiendsituation

- a) Ein fehlender Zahn 7 löst eine Freiendsituation aus. Dies gilt nicht, wenn Zahn 8 vorhanden ist und dieser als möglicher Brückenanker verwendbar ist.¹
- b) Die Versorgung zusätzlicher Lücken löst einen Festzuschuss nach 3.1 und gegebenenfalls 1.1 aus.
- c) In einer gutachterlichen Stellungnahme kann festgestellt werden, ob im Rahmen einer prothetischen Versorgung der Ersatz eines fehlenden Zahnes 7 medizinisch notwendig ist. Ist dieser nicht medizinisch notwendig, ist dennoch ein Festzuschuss nach 3.1 und gegebenenfalls 1.1 für die verbleibende Therapie möglich.

Geschlossene Zahnreihe

Für die Beurteilung der Befundsituation ist die topografische Lage der Zähne entscheidend.

Unterbrochene Zahnreihe

Diese liegt vor, wenn mindestens die Zähne 4 und 5 fehlen.²

¹ Die zum 1.1.2008 beschlossenen Regelungen zur Freiendsituation sind zu berücksichtigen.

² Der Begriff „unterbrochene Zahnreihe“ wurde im Rahmen der Beschreibung des Festzuschuss-Befundes 3.2 eindeutig definiert. Die „Gemeinsame Interpretation“ in der hier vorgenommenen Definition ist gegenstandslos.

8.2.2 Interpretationen im Zusammenhang mit konkreten Fragestellungen

Fragestellung	Antwort	Grundlage
<p>1. „Abrasionsgebiss“: Überkronung von Zähnen</p> <p>Kann allein aufgrund der Angabe „Abrasionsgebiss“ ein Befund nach Nr. 1.1 (ggfs. 1.3) für die zu überkronenden Zähne angesetzt werden?</p>	<p>Bei einem Abrasionsgebiss kann der Festzuschuss 1.1 angesetzt werden, wenn wegen der starken „Abnutzung“ der Zähne zum Schutz der Pulpa eine Behandlungsbedürftigkeit des Zahnes mit „ww“ gekennzeichnet ist.</p> <p>In das Bemerkungsfeld sollte in diesen Fällen der Hinweis „Abrasionsgebiss“ eingetragen werden.</p> <p>Bei einem Abrasionsgebiss liegt eine weitgehende Zerstörung der klinischen Krone vor. Aus diesem Grund trifft auch bei einem Abrasionsgebiss die Befundbeschreibung zu Befund Nr. 1.1 zu.</p>	<p>Befundbeschreibung zu Nr. 1.1 der Festzuschuss-Richtlinien</p>
<p>2. Überkronung von Zähnen im Zusammenhang mit herausnehmbarem Zahnersatz</p> <p>Kann nur bei „weitgehend zerstörten“ Zähnen, die zur Abstützung einer Prothese überkront werden sollen, ein Befund nach Nr. 1.1 angesetzt werden?</p>	<p>Die Befundbeschreibung zu Nr. 1.1 der Festzuschuss-Richtlinien bezieht sich zum einen auf eine „weitgehende Zerstörung der klinischen Krone“. Die Restauration des Zahns mit einer Krone dient in diesem Fall dem Zahnerhalt.</p> <p>Zum anderen nimmt die Befundbeschreibung Bezug auf eine „unzureichende Retentionsmöglichkeit“.</p> <p>Nach den Zahnersatz-Richtlinien können Zahnkronen zur Abstützung eines Zahnersatzes aber auch angezeigt sein, „wenn eine Abstützung und Retention auf andere Weise nicht möglich ist.“ Dies bezieht sich auf die Überkronung von Zähnen im Zusammenhang mit der Anfertigung einer Prothese, vor allem wenn die natürliche Zahnkrone keine ausreichende Retention für die Halteelemente der Prothese aufweist. Auch in diesem Fall trifft die Befundbeschreibung zu Nr. 1.1 zu („unzureichende Retentionsmöglichkeit“), und der Befund kann angesetzt werden unabhängig davon, ob der Zahn „weitgehend zerstört“ ist.</p> <p>Die Bundesmantelvertragspartner sind übereingekommen, zur Verdeutlichung ein neues Befundkürzel „ur“ für „unzureichende Retention“ in den Heil- und Kostenplan einzuführen.</p> <p>Daneben bleibt das Kürzel „ww“ für den zahnärztlichen Befund „weitgehende Zerstörung der klinischen Krone“ bestehen.</p>	<p>Befundbeschreibung zu Nr. 1.1 der Festzuschuss-Richtlinien</p> <p>Ziffer 16a der Zahnersatz-Richtlinien</p> <p>Ziffer 16b der Zahnersatz-Richtlinien</p>

Fragestellung	Antwort	Grundlage
<p>3. Zusätzlicher Pfeilerzahn/ Brückenanker auf nicht lückenangrenzenden Pfeilerzähnen (nicht bei Freidbrücke)</p> <p>Erfasst das Befundkürzel „ww“ auch Brückenanker, die zusätzlich in eine Brückenversorgung einbezogen werden?</p>	<p>Nach den Zahnersatz-Richtlinien sind bei der Indikation für eine Brücke unter anderem statische und funktionelle Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Dies kann auch die Einbeziehung eines zusätzlichen Pfeilers in eine Brückenversorgung erforderlich machen.</p> <p>Die Befundbeschreibung zu Nr. 1.1 der Festzuschuss-Richtlinien nimmt zwar keinen expliziten Bezug auf diese Versorgungsnotwendigkeit. Aber die Vertragspartner sind übereingekommen, dass die Befundbeschreibung zu Nr. 1.1 auch die Notwendigkeit zur Einbeziehung eines weiteren Pfeilerzahns zur verbesserten Stabilität und Retention einer Brücke umfasst.</p> <p>Zur Kennzeichnung ist auch für diesen zahnärztlichen Befund das neu eingeführte Befundkürzel „ur“ zu verwenden.</p> <p>Nicht lückenangrenzende Pfeilerzähne, die mit einer Krone versorgt werden, die ihrerseits mit der Brückenversorgung verblockt ist, ändern nicht die Versorgungsform und damit auch nicht die Zuordnung zu Regelversorgung oder gleich- und andersartigem Zahnersatz. Die verblockten Kronen sind abrechnungstechnisch als Einzelkrone zu werten, weil Regelversorgungsleistungen für Einzelkronen dem Befund Nr. 1.1 zugeordnet sind.</p>	<p>Ziffer 21 der Zahnersatz-Richtlinien</p> <p>Befundbeschreibung zu Nr. 1.1 der Festzuschuss-Richtlinien</p>
<p>4. Freidbrücke</p>	<p>Die Empfehlungen der Clearing-Stelle wurden durch Beschlussfassungen des GBA ersetzt:</p> <p>Freidbrücken sind nur bis zur Prämolarenbreite und unter Einbeziehung von mindestens zwei Pfeilerzähnen angezeigt; in Schaltlücken ist der Ersatz von Molaren und von Eckzähnen durch Freidbrücken ausgeschlossen.</p>	<p>Nr. 22 der Zahnersatz-Richtlinien</p>

Fragestellung	Antwort	Grundlage
<p>5. Zahnwanderung/ Lückenschluss</p>	<p>Die aktuelle Topographie, also die Stellung der Zähne im Kiefer, ist entscheidend für die Eintragung im Zahnschema.</p> <p>Zahnwanderung: Wenn der „zahnbezogene“ Befund lautet: „Zahn 4 ist vorhanden, Zahn 5 steht an der Stelle des verloren gegangenen Zahnes 6“ würde im Zahnschema des HKP (nach der topographischen Lage) folgendes eingetragen: Zahn 6 vorhanden, Zahn 5 fehlt. Der „gewanderte“ Zahn 5 wird folglich wie ein Zahn 6 behandelt.</p> <p>Die topographische Lage ist auch für den Ansatz der Verblendzuschüsse nach den Nrn. 1.3 oder 2.7 entscheidend. Dies bedeutet im vorliegenden Fall: Der gewanderte Zahn 5 steht außerhalb der Verblendgrenzen; ein Verblendzuschuss ist nicht ansetzbar.</p> <p>Ein Lückenschluss wird mit dem entsprechenden Kürzel im Zahnschema gekennzeichnet.</p>	<p>Gemeinsame Interpretation der BMV-Z Partner KZBV und Spitzenverbände der Krankenkassen zur Anwendung der Festzuschuss-Richtlinien: Nr. 2.</p>
<p>6. Inlaybrücken</p> <p>Stellt eine „Inlaybrücke“ noch eine anerkannte Behandlungsmethode dar und löst sie einen Festzuschuss aus?</p>	<p>Die Partner im Gemeinsamen Bundesausschuss haben Inlaybrücken nicht als anerkannte Methode bezeichnet.</p> <p>Vor diesem Hintergrund stellen Inlaybrücken eine Leistung dar, für die keine Befunde für Festzuschüsse zum Ansatz kommen</p>	<p>Abrechnungsbestimmung Nr. 2 zur Bema-Nr. 91</p> <p>Gemeinsame Erklärung der KZBV und der Spitzenverbände zur Anerkennung bereits angewandter Methoden</p>

Fragestellung	Antwort	Grundlage
11. Löten eines perforierten Sekundärteleskops	<p>Für das Löten eines perforierten Sekundärteleskops ist der Befund nach Nr. 6.8 anzusetzen.</p> <p>Es handelt sich um eine Regelversorgungsleistung, für die Bema-Nr. 24a abzurechnen ist.</p>	<p>Liste der zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zu Befund Nr. 6.8</p>
12. Wiederherstellung der Verblendung einer Rückenschutzplatte	<p>Für die Wiederherstellung der Verblendung einer Rückenschutzplatte ist ein Befund nach Nr. 6.3 (Maßnahmen im gegossenen Metallbereich) je Prothese anzusetzen.</p>	<p>Liste der zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zu Befund Nr. 6.3</p>
13. Wiedereingliederung einer Krone mit oder ohne Laborleistung	<p>Der Befund nach Nr. 6.8 ist sowohl ansetzbar bei der Wiedereingliederung einer Krone, ohne dass weitere Labormaßnahmen durchgeführt wurden, als auch bei einer Wiedereingliederung mit Labormaßnahmen.</p> <p>Die zahnärztlichen Leistungen nach Bema-Nr. 24 a bzw. 95 a/b sind in der Regelversorgung aufgenommen. Auch der Bema hat in der Vergangenheit keine Differenzierung vorgesehen.</p>	<p>Befundbeschreibung zu Nr. 6.8 der Festzuschuss-Richtlinien</p> <p>Liste der zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zu Befund Nr. 6.8</p>
14. Erweiterung einer Prothese um eine gebogene Retention	<p>Die Erweiterung einer Prothese um eine gebogene Retention ohne Lötung stellt eine Maßnahme nach Befund Nr. 6.4 dar (Maßnahmen im Kunststoffbereich).</p> <p>Die Erweiterung einer Prothese um eine gebogene Retention mit Lötung stellt dagegen eine Maßnahme nach Nr. 6.5 (Maßnahmen im gegossenen Metallbereich) dar.</p>	<p>Befundbeschreibung zu Nrn. 6.4 und 6.5 der Festzuschuss-Richtlinien</p>
15. Komposit-Vollverblendung bei festsitzendem Zahnersatz und bei Sekundärteleskopen	<p>Die Partner im Gemeinsamen Bundesausschuss haben Vollverblendungen mit Komposit oder Kunststoff bei festsitzendem Zahnersatz nicht als anerkannte Methode bezeichnet.</p> <p>Vor diesem Hintergrund stellen Komposit-Vollverblendungen bei festsitzendem Zahnersatz in der Regel eine Leistung dar, für die keine Befunde für Festzuschüsse zum Ansatz kommen.</p> <p>Bei kombiniertem Zahnersatz ist jedoch eine Vollverblendung der Sekundärteleskope mit Komposit oder Kunststoff statthaft; es handelt sich in diesem Fall um gleichartigen Zahnersatz.</p>	<p>Abrechnungsbestimmung Nr. 2 zur Leistungs-Nr. 91 Gemeinsame Erklärung der KZBV und der Spitzenverbände zur Anerkennung bereits angewandter Methoden</p>

8.3 Zusammenstellung der Festzuschussbefunde mit den jeweiligen Beträgen

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Höhe der auf die Regelversorgung entfallenden Beträge (Festzuschüsse) zum 1. Januar 2022 folgendermaßen festgelegt (ZE-Punktwert 1,0043 EUR ab 01.01.2022, BEL II-Preise ab 01.01.2022):

Befunde	Festzuschüsse in EUR			
	60% (ohne Bonus)	70% (Bonus 1)	75% (Bonus 2)	100% (Härtefall)
1. Erhaltungswürdiger Zahn				
1.1 Erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung der klinischen Krone oder unzureichende Retentionsmöglichkeit, je Zahn	203,80	237,77	254,75	339,67
1.2 Erhaltungswürdiger Zahn mit großen Substanzdefekten, aber erhaltener vestibulärer und/oder oraler Zahnschubstanz, je Zahn	233,87	272,85	292,34	389,78
1.3 Erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung der klinischen Krone oder unzureichende Retentionsmöglichkeit im Verblendbereich (15-25 und 34-44), je Verblendung für Kronen (auch implantatgestützte)	69,53	81,12	86,92	115,89
1.4 Endodontisch behandelte Zahn mit Notwendigkeit eines konfektionierten metallischen Stiftaufbaus mit herkömmlichen Zementierungsverfahren, je Zahn	42,49	49,57	53,12	70,82
1.5 Endodontisch behandelte Zahn mit Notwendigkeit eines gegossenen metallischen Stiftaufbaus mit herkömmlichen Zementierungsverfahren, je Zahn	125,86	146,84	157,33	209,77

2. Zahnbegrenzte Lücken von höchstens vier fehlenden Zähnen je Kiefer bei ansonsten geschlossener Zahnreihe unter der Voraussetzung, dass keine Freundsituation vorliegt (Lückensituation I).

Ein fehlender Zahn 7 löst eine Freundsituation aus. Dies gilt nicht, wenn Zahn 8 vorhanden ist und dieser als möglicher Brückenanker verwendbar ist. Soweit Zahn 7 einseitig oder beidseitig fehlt und hierfür keine Versorgungsnotwendigkeit besteht, liegt keine Freundsituation vor. Auch nicht versorgungsbedürftige Freundsituationen werden für die Ermittlung der Anzahl der fehlenden Zähne je Kiefer berücksichtigt. Ein fehlender Weisheitszahn ist nicht mitzuzählen.

Für lückenangrenzende Zähne nach den Befunden von Nr. 2 sind Befunde nach den Nrn. 1.1 bis 1.3 nicht ansetzbar. Das Gleiche gilt bei einer Versorgung mit Freidbrücken für den Pfeilerzahn, der an den lückenangrenzenden Pfeilerzahn angrenzt.

Befunde	Festzuschüsse in EUR			
	60% (ohne Bonus)	70% (Bonus 1)	75% (Bonus 2)	100% (Härtefall)
<p>2.1 Zahnbegrenzte Lücke mit einem fehlenden Zahn, je Lücke Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Befundes im Oberkiefer für eine Brückenversorgung zum Ersatz von bis zu zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen und für herausnehmbaren Zahnersatz ist bei beidseitigen Freundsituationen neben dem Festzuschuss nach dem Befund Nr. 2.1 zusätzlich ein Festzuschuss nach dem Befund Nr. 3.1 ansetzbar.</p>	471,14	549,66	588,92	785,23
<p>2.2 Zahnbegrenzte Lücke mit zwei nebeneinander fehlenden Zähnen, je Lücke Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Befundes im Oberkiefer für eine Brückenversorgung zum Ersatz von bis zu zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen und für herausnehmbaren Zahnersatz ist bei beidseitigen Freundsituationen neben dem Festzuschuss nach dem Befund Nr. 2.2 zusätzlich ein Festzuschuss nach dem Befund Nr. 3.1 ansetzbar.</p>	537,44	627,02	671,81	895,74
<p>2.3 Zahnbegrenzte Lücke mit drei nebeneinander fehlenden Zähnen, je Kiefer</p>	600,08	700,09	750,10	1.000,13
<p>2.4 Frontzahn­lücke mit vier nebeneinander fehlenden Zähnen, je Kiefer</p>	657,59	767,19	821,99	1.095,99
<p>2.5 An eine Lücke unmittelbar angrenzende weitere zahn­begrenzte Lücke mit einem fehlenden Zahn</p>	260,95	304,44	326,18	434,91
<p>2.6 Disparallele Pfeilerzähne zur festsitzenden Zahnersatz­versorgung, Zuschlag je Lücke</p>	192,33	224,39	240,41	320,55
<p>2.7 Fehlender Zahn in einer zahn­begrenzten Lücke im Verblendbereich (15-25 und 34-44), je Verblendung für einen ersetzten Zahn, auch für einen der Lücke angrenzenden Brückenanker im Verblendbereich. Der Befund ist nicht ansetzbar für Flügel einer Adhäsivbrücke.</p>	68,51	79,93	85,64	114,19

Befunde	Festzuschüsse in EUR			
	60% (ohne Bonus)	70% (Bonus 1)	75% (Bonus 2)	100% (Härtefall)
3. Zahnbegrenzte Lücken, die nicht den Befunden nach den Nrn. 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen				
3.1 Alle zahnbegrenzten Lücken, die nicht den Befunden nach Nrn. 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen, oder Freundsituationen (Lückensituation II), je Kiefer Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Befundes im Oberkiefer für eine Brückenversorgung zum Ersatz von bis zu zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen und für herausnehmbaren Zahnersatz ist bei beidseitigen Freundsituationen neben dem Festzuschuss nach dem Befund Nr. 3.1 zusätzlich ein Festzuschuss nach den Befunden der Nrn. 2.1 oder 2.2 ansetzbar.	480,25	560,29	600,32	800,42
3.2 a) Beidseitig bis zu den Eckzähnen oder bis zu den ersten Prämolaren verkürzte Zahnreihe, b) einseitig bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren verkürzte Zahnreihe und kontralateral im Seitenzahnggebiet bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren unterbrochene Zahnreihe mit mindestens zwei nebeneinander fehlenden Zähnen, c) beidseitig im Seitenzahnggebiet bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren unterbrochene Zahnreihe mit jeweils mindestens zwei nebeneinander fehlenden Zähnen mit der Notwendigkeit einer dentalen Verankerung wenn die Regelversorgung eine Kombinationsversorgung vorsieht, auch für frontal unterbrochene Zahnreihe, je Eckzahn oder erstem Prämolare. Der Befund ist zweimal je Kiefer ansetzbar.	339,74	396,36	424,67	566,23
4. Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen oder zahnloser Kiefer				
4.1 Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen im Oberkiefer	501,56	585,16	626,96	835,94
4.2 Zahnloser Oberkiefer	484,17	564,87	605,21	806,95
4.3 Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen im Unterkiefer	518,44	604,84	648,05	864,06

Befunde	Festzuschüsse in EUR			
	60% (ohne Bonus)	70% (Bonus 1)	75% (Bonus 2)	100% (Härtefall)
4.4 Zahnloser Unterkiefer	519,19	605,72	648,98	865,31
4.5 Erfordernis einer Metallbasis, Zuschlag je Kiefer	112,78	131,58	140,98	187,97
4.6 Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen je Kiefer mit der Notwendigkeit einer dentalen Verankerung, wenn die Regelversorgung eine Kombinationsversorgung vorsieht, je Ankerzahn	348,46	406,54	435,58	580,77
4.7 Verblendung einer Teleskopkrone im Verblendbereich (15-25 und 34-44), Zuschlag je Ankerzahn	55,36	64,58	69,20	92,26
4.8 Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen je Kiefer bei Notwendigkeit einer dentalen Verankerung durch Wurzelstiftkappen, je Ankerzahn	313,97	366,30	392,46	523,28
4.9 Schwierig zu bestimmende Lagebeziehung der Kiefer bei der Versorgung mit Totalprothesen und schleimhautgetragenen Deckprothesen (Notwendigkeit einer Stützstiftregistrierung), Zuschlag je Gesamtbefund	79,85	93,16	99,81	133,08
5. Lückengebiss nach Zahnverlust in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist				
5.1 Lückengebiss nach Verlust von bis zu 4 Zähnen je Kiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer	165,00	192,50	206,25	275,00
5.2 Lückengebiss nach Zahnverlust von 5 bis 8 Zähnen je Kiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer	227,86	265,84	284,83	379,77
5.3 Lückengebiss nach Verlust von über 8 Zähnen je Kiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer	296,50	345,91	370,62	494,16
5.4 Zahnloser Ober- oder Unterkiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer	407,41	475,31	509,27	679,02

Befunde	Festzuschüsse in EUR			
	60% (ohne Bonus)	70% (Bonus 1)	75% (Bonus 2)	100% (Härtefall)
6. Wiederherstellungs- und erweiterungsbedürftiger konventioneller Zahnersatz				
6.0 Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung ohne Notwendigkeit der Abformung und ohne Notwendigkeit zahntechnischer Leistungen, auch Auffüllen von Sekundärteleskopen im direkten Verfahren, je Prothese	19,87	23,18	24,83	33,11
6.1 Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung ohne Notwendigkeit der Abformung, je Prothese	47,14	55,00	58,93	78,57
6.2 Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung mit Notwendigkeit der Abformung (Maßnahmen im Kunststoffbereich), auch Wiederbefestigung von Sekundärteleskopen oder anderer Verbindungselemente an dieser Versorgung, je Prothese	78,45	91,53	98,06	130,75
6.3 Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im gegossenen Metallbereich, auch Wiederbefestigung von Sekundärteleskopen oder anderer Verbindungselemente an dieser Versorgung, je Prothese	112,29	131,01	140,36	187,15
6.4 Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im Kunststoffbereich, je Prothese bei Erweiterung um einen Zahn	83,92	97,90	104,90	139,86
6.4.1 Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im Kunststoffbereich, je Prothese bei Erweiterung um jeden weiteren Zahn	16,82	19,63	21,03	28,04

Befunde	Festzuschüsse in EUR			
	60% (ohne Bonus)	70% (Bonus 1)	75% (Bonus 2)	100% (Härtefall)
6.5 Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung im gegossenen Metallbereich, je Prothese bei Erweiterung um einen Zahn	122,56	142,99	153,20	204,27
6.5.1 Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung im gegossenen Metallbereich, je Prothese bei Erweiterung um jeden weiteren Zahn	24,58	28,68	30,73	40,97
6.6 Verändertes Prothesenlager bei erhaltungswürdigem Teil-Zahnersatz, je Prothese	92,33	107,72	115,41	153,88
6.7 Verändertes Prothesenlager bei erhaltungswürdigem totalem Zahnersatz oder schleimhautgetragener Deckprothese, je Kiefer	110,71	129,16	138,38	184,51
6.8 Wiederherstellungsbedürftiger festsitzender rezementierbarer Zahnersatz, je Zahn	14,39	16,79	17,99	23,98
6.8.1 Wiederherstellungsbedürftiger festsitzender Zahnersatz, je Flügel einer Adhäsivbrücke	40,75	47,54	50,94	67,92
6.9 Wiederherstellungsbedürftige Facette/Verblendung (auch wiedereinsetzbar oder erneuerungsbedürftig) im Verblendbereich an einer Krone, einem Sekundärteleskop, einem Brückenanker oder einem Brückenglied, je Verblendung	79,30	92,51	99,12	132,16
6.10 Erneuerungsbedürftiges Primär- oder Sekundärteleskop, je Zahn	234,43	273,50	293,03	390,71

Befunde	Festzuschüsse in EUR			
	60% (ohne Bonus)	70% (Bonus 1)	75% (Bonus 2)	100% (Härtefall)
7. Erneuerung und Wiederherstellung von Suprakonstruktionen				
7.1 Erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion (vorhandenes Implantat bei zahnbegrenzter Einzelzahnlücke), je implantatgetragene Krone	203,36	237,25	254,20	338,93
7.2 Erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion, die über den Befund nach Nr. 7.1 hinausgeht, je implantatgetragene Krone, Brückenanker oder Brückenglied, höchstens viermal je Kiefer	124,23	144,94	155,29	207,05
7.3 Wiederherstellungsbedürftige Suprakonstruktionen (Facette), je Facette	74,14	86,49	92,67	123,56
7.4 Wiederherstellungsbedürftiger festsitzender rezementierbarer oder zu verschraubender Zahnersatz, je implantatgetragene Krone oder Brückenanker	15,52	18,10	19,40	25,86
7.5 Erneuerungsbedürftige implantatgetragene Prothesenkonstruktion, je Prothesenkonstruktion	496,01	578,68	620,01	826,68
7.6 Erneuerungsbedürftige Prothesenkonstruktion bei atrophiertem zahnlosem Kiefer, je implantatgetragenen Konnektor als Zuschlag zum Befund nach Nr. 7.5, höchstens viermal je Kiefer	14,33	16,72	17,91	23,88
7.7 Wiederherstellungsbedürftige implantatgetragene Prothesenkonstruktion, Umgestaltung einer vorhandenen Totalprothese zur Suprakonstruktion bei Vorliegen eines zahnlosen atrophierten Kiefers, je Prothesenkonstruktion	71,05	82,89	88,81	118,41
8. Nicht vollendete Behandlung (Teilleistungen)*				
8.1 Befund nach Präparation eines erhaltungswürdigen Zahnes, einer Teleskopkrone oder einer Wurzelstiftkappe 50 v.H. des Festzuschusses für den Befund nach den Nrn. 1.1, 1.2, 1.5, 3.2, 4.6 oder 4.8 sind ansetzbar.				

* Die Befunde zu 8. Teilleistungen setzen den Ansatz der zugehörigen Teilbefunde voraus. Da diese variieren können, wird auf einen betragsmäßigen Ausweis verzichtet.

Befunde	Festzuschüsse in EUR			
	60% (ohne Bonus)	70% (Bonus 1)	75% (Bonus 2)	100% (Härtefall)
<p>8.2 Befund nach Präparation eines erhaltungswürdigen Zahnes, einer Teleskopkrone oder einer Wurzelstiftkappe, wenn auch weitergehende Maßnahmen durchgeführt worden sind 75 v.H. des Festzuschusses für den Befund nach den Nrn. 1.1, 1.2, 1.5, 3.2, 4.6 oder 4.8 sind ansetzbar. Ggf. sind die Festzuschüsse für den Befund nach den Nrn. 1.3 oder 4.7 ansetzbar.</p>				
<p>8.3 Befund nach Präparation der Ankerzähne einer Brücke 50 v.H. der Festzuschüsse für die Befunde nach den Nrn. 2.1 bis 2.5 sind ansetzbar.</p>				
<p>8.4 Befund nach Präparation der Ankerzähne einer Brücke, wenn auch weitergehende Maßnahmen durchgeführt worden sind 75 v.H. der Festzuschüsse für die Befunde nach den Nrn. 2.1 bis 2.5 sind ansetzbar. Ggf. sind die Festzuschüsse für den Befund nach Nr. 2.7 für die Ankerzähne oder für die Brückenzwischenglieder ansetzbar.</p>				
<p>8.5 Befund nach Abformung und Ermittlung der Bissverhältnisse zur Eingliederung einer Teilprothese, einer Cover-Denture-Prothese oder einer Totalprothese 50 v.H. der Festzuschüsse für die Befunde nach den Nrn. 3.1, 4.1 bis 4.4 oder 5.1 bis 5.4 sind ansetzbar.</p>				
<p>8.6 Befund nach Abformung und Ermittlung der Bissverhältnisse zur Eingliederung einer Teilprothese, einer Cover-Denture-Prothese oder einer Totalprothese, wenn auch weitergehende Maßnahmen durchgeführt worden sind 75 v.H. der Festzuschüsse für die Befunde nach den Nrn. 3.1, 4.1 bis 4.4 oder 5.1 bis 5.4 sind ansetzbar. Ggf. sind die Festzuschüsse für die Befunde nach den Nrn. 4.5 oder 4.9 ansetzbar.</p>				

8.4 Kombinierbarkeit der Festzuschussbefunde

8.4.1 Allgemeine Regeln

Aus den Festzuschuss-Richtlinien ergibt sich bereits, unter welchen Voraussetzungen die Befunde nebeneinander angesetzt werden können, und welche Befunde sich gegenseitig ausschließen.

Grundsätzlich gilt, dass Befunde neben anderen Befunden ansetzbar sind, wenn mehrere Befunde unabhängig voneinander festgestellt werden.

- Dabei gilt, dass im selben Kiefer auch der gleiche Befund mehrfach ansetzbar ist. So können im selben Kiefer mehrere Zähne überkronungsbedürftig sein, was den Festzuschuss nach Befund Nr. 1 mehrmals auslöst.
- Des Weiteren können im selben Kiefer verschiedene Befunde nebeneinander auftreten, z. B. ein überkronungsbedürftiger Zahn und die Versorgung einer Lücke an anderer Stelle.
- Außerdem können am selben Zahn bzw. in derselben Lückensituation verschiedene Befunde gleichzeitig auftreten, beispielsweise bei einem erhaltungswürdigen Zahn mit weitgehender Zerstörung der Krone und gleichzeitiger Notwendigkeit eines Stiftaufbaus.

Allerdings sieht die Beschreibung der Befunde nach den Nummern 2 und 3 (Fehlen von Zähnen) Regelungen vor, bis zu welchen Grenzen und in welchem Umfang Befunde nebeneinander angesetzt werden können.

In den anliegenden Tabellen sind die Kombinationsmöglichkeiten der Befunde aufgelistet:

Tabelle 1 Mögliche Kombinationen der Befunde und Festzuschüsse

Tabelle 2 Mögliche Kombinationen Befunde und Festzuschüsse bei Wiederherstellungen/Erneuerung von Suprakonstruktionen

Befunde, die in den Tabellen 1 und 2 nicht aufgeführt sind, sind neben anderen Befunden grundsätzlich nicht ansetzbar. Nicht aufgeführte Befundkombinationen sind ebenfalls nicht ansetzbar.

Die Befunde 1.3, 2.7 und 4.7 sind im Verblendbereich der Zahnersatz-Richtlinien in Verbindung mit den Befunden 1.1, 2.1-2.6, 3.2, 4.6 und 6.10 nach folgenden Regeln ansetzbar:

- Befund 1.3 ist in Verbindung mit Befund 1.1 je Einzelkrone im Verblendbereich ansetzbar.

- Befund 2.7 ist in Verbindung mit den Befunden 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5 und 2.6 je Ankerkrone und je Brückenzwischenstück im Verblendbereich ansetzbar.
- Befund 4.7 ist in Verbindung mit den Befunden 3.2, 4.6 und 6.10 je Teleskopkrone bzw. je Sekundärteil einer Teleskopkrone im Verblendbereich ansetzbar.

Die Ansetzbarkeit der Befunde 1.3, 2.7 und 4.7 richtet sich nach der Ansetzbarkeit und den Kombinationsmöglichkeiten der Befunde 1.1, 2.1-2.6, 3.2, 4.6 und 6.10. Soweit die Befunde 1.1, 2.1-2.6, 3.2, 4.6 und 6.10 mit anderen Befunden kombinierbar sind, sind auch die Befunde 1.3, 2.7 und 4.7 kombinierbar.

Der Befund 6.4.1 ist nur in Verbindung mit Befund 6.4 ansetzbar. Wird eine erweiterungsbedürftige herausnehmbare Versorgung oder Kombinationsversorgung um nur einen Zahn mit Maßnahmen im Kunststoffbereich erweitert, ist nur Befund 6.4, nicht aber Befund 6.4.1, ansetzbar. Bei Erweiterung einer Prothese um weitere Zähne ist je weiterem Zahn Befund 6.4.1 ansetzbar.

Der Befund 6.5.1 ist nur in Verbindung mit Befund 6.5 ansetzbar. Wird eine erweiterungsbedürftige herausnehmbare Versorgung oder Kombinationsversorgung um nur einen Zahn mit Maßnahmen im gegossenen Metallbereich erweitert, ist nur Befund 6.5, nicht aber Befund 6.5.1, ansetzbar. Bei Erweiterung einer Prothese um weitere Zähne ist je weiterem Zahn Befund 6.5.1 ansetzbar.

Im Übrigen richten sich die Kombinationsmöglichkeiten der Befunde 6.4.1 und 6.5.1 nach den Kombinationsmöglichkeiten der Befunde 6.4 und 6.5.

Ergänzend gelten folgende Regelungen:

Interimsversorgungen (Lückengebiss nach Zahnverlust in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, Befundklasse 5)

- Gem. Abschnitt C Nr. 12 Satz 1 der Zahnersatz-Richtlinien ist unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit vorrangig eine endgültige Versorgung mit Zahnersatz anzustreben. Die Befunde nach Nr. 5 sind daher nur in begründeten Einzelfällen im Zusammenhang mit Befunden nach Befundklassen 1 und 6 ansetzbar.

Erneuerung von Suprakonstruktionen (Implantatgetragener Zahnersatz, Befundklasse 7)
Implantatgetragener Zahnersatz liegt vor, wenn mindestens ein Bestandteil über eine Suprakonstruktion verankert ist.

- Der Befund 7.2 ist abhängig von der Art der Suprakonstruktion entweder mit dem Befund 1.3 (Verblendzuschuss Krone) oder dem Befund 2.7 (Verblendzuschuss Brückenanker, Brückenzwischenstück) kombinierbar.

- Der Befund 7.5 erfasst alle Implantate und natürlichen Zähne, die zur Verankerung der erneuerungsbedürftigen Prothesenkonstruktion dienen. Eine Kombination mit den Befunden 7.1 und 7.2 bzw. Befunden der Befundklassen 1 und 2 kommt daher nur in Betracht, wenn weitere Implantate bzw. natürliche Zähne vorhanden sind, über die die Prothesenkonstruktion nicht verankert ist.
- Befund 7.6 ist nur in Verbindung mit Befund 7.5 bei Vorliegen eines atrophierten zahnlosen Kiefers, höchstens viermal je Kiefer, je implantatgetragendem Konnektor ansetzbar.

Reparaturen, Wiederherstellungen und Erneuerungen (Befundklasse 6, Befunde 7.3, 7.4 und 7.7)

- Die Befundklasse 6 und die Befunde nach den Nrn. 7.3, 7.4 und 7.7 sind grundsätzlich nur untereinander und nicht mit anderen Befunden/Befundklassen kombinierbar. Erfolgt jedoch eine Wiederherstellung zeitgleich mit einer Neuversorgung auf demselben Heil- und Kostenplan, sind darüber hinaus Kombinationen möglich. Die Kombinationsmöglichkeiten ergeben sich aus Tabelle 2.

Teilleistungen (Befundklasse 8)

- Bei nicht vollendeter Behandlung werden die Festzuschüsse anteilig gewährt. Sind in einem Behandlungsfall Befunde bereits versorgt, andere Befunde noch nicht versorgt, können Festzuschüsse nach Befundklasse 8 mit Festzuschüssen anderer Befundklassen kombiniert werden.

8.4.2 Tabellenübersicht möglicher Kombinationen (Kombiliste)

Mögliche Kombinationen der Befunde und Festzuschüsse (Befundklassen 1-4, Befunde 7.1, 7.2, 7.5)

X = im selben Kiefer
O = am selben Zahn

	1.1	1.2	1.4	1.5	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	3.1	3.2 a-c	4.1, 4.3	4.2 4.4	4.5	4.6	4.8	4.9 ¹	7.1	7.2	7.5
1.1	X	X	XO	XO	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X		X	X	X ³
1.2	X	X	XO	XO	X	X	X	X	X	X	X	X	X						X	X	X ³
1.4	XO	XO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	XO	X		X	XO		X	X	X	X ³
1.5	XO	XO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	XO	X		X	XO		X	X	X	X ³
2.1	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X ²	X ²							X	X	X ³
2.2	X	X	X	X	X	X			X	X	X ²	X ²							X	X	X ³
2.3	X	X	X	X	X				X	X									X	X	
2.4	X	X	X	X						X									X	X	
2.5	X	X	X	X	X	X	X		X	X									X	X	
2.6	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X ²	X ²							X	X	
3.1	X	X	X	X	X ²	X ²				X ²		X							X	X	
3.2 a-c	X	X	XO	XO	X ²	X ²				X ²	X	X							X	X	
4.1, 4.3	X	X	X	X											X	X	X	X			
4.2, 4.4															X			X			
4.5			X	X									X	X		X	X	X			X ⁵
4.6	X		XO	XO									X		X	X	X ⁴	X			
4.8	X												X		X	X ⁴	X	X			
4.9¹			X	X									X	X	X	X	X				
7.1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							X	X	X ³
7.2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							X	X	X ³
7.5	X ³									X ⁵				X ³	X ³						

¹ nur einmal je Gesamtbefund bei Total- und schleimhautgetragenen Deckprothesen

² nach derzeitigem Stand der Festzuschuss-Richtlinien nur bei beidseitiger Freundsituation und maximal 2 nebeneinander fehlenden Oberkiefer-Schneidezähnen

³ nur unter den auf Seite 8-22 unter „Erneuerung von Suprakonstruktionen“ angegebenen Bedingungen kombinierbar

⁴ nur bei Reparaturen

⁵ nur bei Vorliegen der in der Zahnersatz-Richtlinie Nr. 36 beschriebenen Voraussetzungen

Mögliche Kombinationen Befunde und Festzuschüsse bei Wiederherstellungen / Erneuerung von Suprakonstruktionen (Befundklasse 6, Befunde 7.3, 7.4, 7.7)

X = im selben Kiefer
O = am selben Zahn

	1.1- 1.2	1.4/ 1.5	2.1- 2.6	3.1	3.2 a-c	4.1/ 4.3	4.5	4.6	4.8	5.1- 5.3	6.0- 6.5	6.6	6.7.	6.8	6.9	6.10	7.1/ 7.2	7.3	7.4	7.7
6.0	X	X	X									X	X	X	X	X	X	X	X	
6.1	X	X	X									X	X	X	X	X	X	X	X	
6.2	X	X	X		X			X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	
6.3	X	X	X		X			X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	
6.4	X	X	X		X			X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	
6.5	X	X	X		X			X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	
6.6	X	X	X		X			X	X		X			X	X	X	X	X	X	
6.7		X					X	X	X		X			X	X	X				
6.8	X	XO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	XO	X	X	X	X	X
6.9	X	XO	X	X	X	X	X			X	X	X	X	XO	X	X	X	X	X	X
6.10	X	XO	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7.3	X	X	X	X	X					X	X	X		X	X	X	X	X	XO	X
7.4	X	X	X	X	X					X	X	X		X	X	X	X	XO	X	X
7.7	X	X			X		X	X	X					X	X	X	X	X	X	

9 Berechnungsbeispiele

Bildnachweis:

Die folgenden Modellbilder wurden mit Hilfe des Patientenberatungsprogramms „Dental Explorer“, Version 2.0, erstellt, das von Wolfgang Kohlbach entwickelt worden und im Quintessenz-Verlag erschienen ist. Für die Genehmigung zum Abdruck der Bilder möchten wir uns ganz herzlich bedanken.

Nähere Informationen zu Leistungsbeschreibung, Systemanforderungen und Bezug des Programms sind erhältlich auf www.dentalexplorer.de oder unter folgender Anschrift:

Quintessenz Verlag

Postfach 420452, 12064 Berlin

Fax: 030-761 806 92, E-Mail: vertrieb@quintessenz.de

Die Beispiele sind gegliedert in:

1. Beispiele zur Regelversorgung
2. Beispiele zum gleichartigen Zahnersatz
3. Beispiele zum andersartigen Zahnersatz
4. Beispiele zu partieller Versorgungsnotwendigkeit
5. Beispiele zu Suprakonstruktionen

Es ist zu beachten, dass die zahnmedizinischen Befunde, so wie sie am Patienten bei der Untersuchung erhoben werden, nicht verwechselt werden dürfen mit den Befunden nach dem neuen Festzuschussystem. Diese Terminologie ergibt sich aus dem Gesetz (SGB V).

Die aufgeführten Leistungen nach BEMA und/oder GOZ sind beispielhaft. Leistungen nach BEMA sind abrechenbar, wenn sie richtlinienkonform auf der Basis der gültigen Abrechnungsbestimmungen erbracht worden sind. Leistungen nach der GOZ sind abrechenbar, wenn sie nach Maßgabe der GOZ erbracht worden sind. Gegebenenfalls sind zusätzliche Leistungen nach BEMA und/oder GOZ berechnungsfähig.

Voraussetzung für die Gewährung von Festzuschüssen ist die Versorgung des jeweiligen auslösenden Befundes. Unter Beachtung der Versorgungsnotwendigkeit muss dieser ausreichend medizinisch versorgt sein.

Um die Befunde und die daraus sich ergebenden Festzuschüsse im Heil- und Kostenplan besser darstellen zu können, wurden mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen neue Kürzel bzw. Kürzel mit verändertem Inhalt beschlossen. In den Beispielen werden diese Kürzel bereits verwendet.

Auf dem Heil- und Kostenplan sind ausschließlich die dort unter Erläuterungen enthaltenen Kürzel zu verwenden und ggf. zu kombinieren (z. B. i mit k, b oder x, K mit V oder M, B mit V oder M, S mit K, KV, KM, B, BV, BM, T, TV oder E, etc.). Vollverblendete Teleskop- oder Konuskronen werden unabhängig des verwendeten Verblendmaterials mit „TM“ gekennzeichnet.

Erläuterung verwendeter Kürzel:

Befund:

a = Adhäsivbrücke (Anker)	k = klinisch intakte Krone
ab = Adhäsivbrücke (Brückenglied)	kw = erneuerungsbedürftige Krone
abw = erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Brückenglied)	pw = erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten
aw = erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Anker)	r = Wurzelstiftkappe
b = Brückenglied	rw = erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe
e = ersetzter Zahn	sw = erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion
ew = ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn	t = Teleskop
f = fehlender Zahn	tw = erneuerungsbedürftiges Teleskop
i = Implantat mit intakter Suprakonstruktion	ur = unzureichende Retention
ix = zu entfernendes Implantat	ww = erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung
	x = nicht erhaltungswürdiger Zahn
)(= Lückenschluss

Behandlungsplanung:

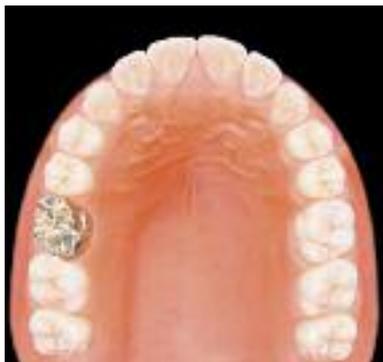
A = Adhäsivbrücke (Anker)	K = Krone
ABM = Adhäsivbrücke (Brückenglied, vollkeramisch oder keramisch vollverblendet)	M = vollkeramische oder keramisch vollverblendete Restauration
ABV = Adhäsivbrücke (Brückenglied mit vestibulärer Verblendung)	O = Geschiebe, Steg, etc.
B = Brückenglied	PK = Teilkrone
E = zu ersetzender Zahn	R = Wurzelstiftkappe
H = gegossene Halte- und Stütz- vorrichtung	S = implantatgetragene Suprakonstruktion
	T = Teleskopkrone
	V = vestibuläre Verblendung

9.1 Beispiele zur Regelversorgung

Befund 1.1

Erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung der klinischen Krone oder unzureichende Retentionsmöglichkeit, je Zahn

Beispiel: Metallische Vollkrone außerhalb des Verblendbereichs



TP																	
R			K														
B			ww														
	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
16	1	20a
16	1	19
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	1.1
Eigenanteil des Patienten		xxx

Befund 1.2

Erhaltungswürdiger Zahn mit großen Substanzdefekten, aber erhaltener vestibulärer und/oder oraler Zahnschubstanz, je Zahn

Beispiel: Metallische Teilkkrone



TP																	
R					PK												
B					pw												
	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
14	1	20c
14	1	19
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	1.2
Eigenanteil des Patienten		xxx

Befund 1.3

Erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung der klinischen Krone oder unzureichende Retentionsmöglichkeit im Verblendbereich (15-25 und 34-44), je Verblendung für Kronen (auch implantatgestützte)

Beispiel: Vestibulär verblendete Krone im Verblendbereich



TP																
R					KV											
B					ww											
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

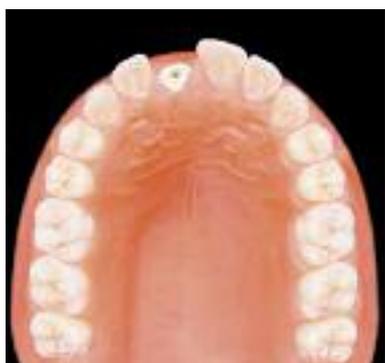
Berechnung:

	Anzahl	BEMA
14	1	20b
14	1	19
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	1.1
	1	1.3
Eigenanteil des Patienten		xxx

Befund 1.4

Endodontisch behandelter Zahn mit Notwendigkeit eines konfektionierten metallischen Stiftaufbaus mit herkömmlichen Zementierungsverfahren, je Zahn

Beispiel: Konfektionierter metallischer Stiftaufbau



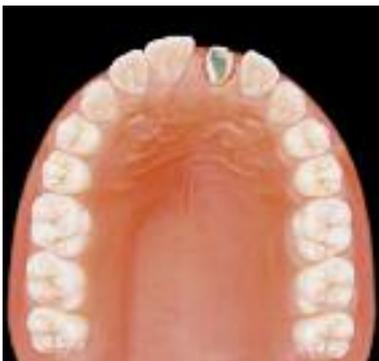
Berechnung:

	Anzahl	BEMA
11	1	18a
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	1.4
Eigenanteil des Patienten		xxx

Befund 1.5

Endodontisch behandelter Zahn mit Notwendigkeit eines gegossenen metallischen Stiftaufbaus mit herkömmlichen Zementierungsverfahren, je Zahn

Beispiel: Gegossener metallischer Stiftaufbau



Berechnung:

	Anzahl	BEMA
21	1	18b
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	1.5
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Geteilter gegossener metallischer Stiftaufbau



Berechnung:

	Anzahl	BEMA
36	1	18b
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	1.5
Eigenanteil des Patienten		xxx

Befund 2.1

Zahnbegrenzte Lücke mit einem fehlenden Zahn, je Lücke

Beispiel: Brücke zum Ersatz eines fehlenden Zahnes außerhalb des Verblendbereichs

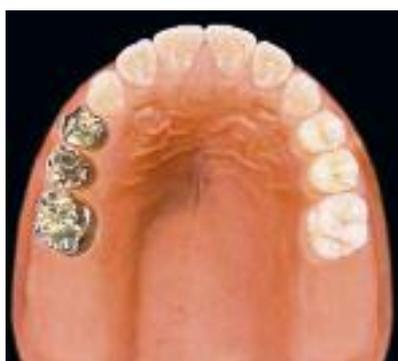


	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B			f													
R		K	B	K												
TP																

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
45,47	2	91a
46	1	92
45-47	3	19
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	2.1
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Brücke zum Ersatz eines fehlenden Zahnes bei nicht versorgungsbedürftiger Freundsituation



TP																
R			K	BV	KV											
B	f	f		f											f	f
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B	f	f													f	f
R																
TP																

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
16	1	91a
14	1	91b
15	1	92
16-14	3	19
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	2.1
15,14	2	2.7
Eigenanteil des Patienten		xxx

Auf dem Heil- und Kostenplan sollte im Bemerkungsfeld auf die fehlende Versorgungsnotwendigkeit der Freundsituation hingewiesen werden.

Befund 2.2

Zahnbegrenzte Lücke mit zwei nebeneinander fehlenden Zähnen, je Lücke

Beispiel: Brücke zum Ersatz von zwei nebeneinander fehlenden Zähnen



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B		f	f													
R	K	B	B	K												
TP																

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
45,48	2	91a
46,47	1	92
45-48	4	19
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	2.2
Eigenanteil des Patienten		xxx

Befund 2.3

Zahnbegrenzte Lücke mit drei nebeneinander fehlenden Zähnen, je Kiefer

Beispiel: Brücke zum Ersatz von drei nebeneinander fehlenden Zähnen



TP																	
R		K	B	BV	BV	KV											
B			f	f	f												
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
17	1	91a
13	1	91b
14-16	1	92
13-17	5	19
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	2.3
13,14,15	3	2.7
Eigenanteil des Patienten		xxx

Befund 2.4

Frontzahn­lücke mit vier nebeneinander fehlenden Zähnen, je Kiefer

Beispiel: Brücke zum Ersatz von vier nebeneinander fehlenden Frontzähnen



TP																	
R					KV	KV	BV	BV	BV	BV	KV	KV					
B					ur		f	f	f	f		ur					
	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
14,24	2	20b
13,23	2	91b
12-22	1	92
14-24	8	19
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse 14,24	2	1.1
14,24	2	1.3
12-22	1	2.4
13-23	6	2.7
Eigenanteil des Patienten		xxx

Anmerkung:

Die Vertragspartner sind übereingekommen, dass die Befundbeschreibung zu Nr. 1.1 auch die Notwendigkeit zur Einbeziehung eines weiteren Pfeilerzahns zur verbesserten Stabilität und Retention einer Brücke umfasst. Zur Kennzeichnung ist auch für diesen zahnärztlichen Befund das Befundkürzel „ur“ zu verwenden.

Befund 2.5

An eine Lücke unmittelbar angrenzende weitere zahnbegrenzte Lücke mit einem fehlenden Zahn

Beispiel: Zweispannige Brücke zum Ersatz von drei fehlenden Zähnen bei zwei unmittelbar benachbarten Schaltlücken



TP																	
R			K	BV	BV	KV	BV	KV									
B				f	f		f										
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
16	1	91a
13,11	2	91b
15,14 und 12	2	92
11-16	6	19
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse 15,14	1	2.2
12	1	2.5
11-15	5	2.7
Eigenanteil des Patienten		xxx

Befund 2.6

Disparallele Pfeilerzähne zur festsitzenden Zahnersatzversorgung, Zuschlag je Lücke

Beispiel: Brücke mit Geschiebe zum Ersatz eines fehlenden Zahnes bei disparparallelen Pfeilerzähnen



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B			f													
R		K	B	KO												
TP																

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
45,47	2	91a
46	1	92
an 45	1	91e
45-47	3	19
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse 46	1	2.1
an 45	1	2.6
Eigenanteil des Patienten		xxx

Befund 2.7

Fehlender Zahn in einer zahnbegrenzten Lücke im Verblendbereich (15-25 und 34-44), je Verblendung für einen ersetzten Zahn, auch für einen der Lücke angrenzenden Brückenanker im Verblendbereich

Beispiel: Brücken zum Ersatz der Zähne 15, 25, 26

TP																	
R			KV	BV	---	KV					KV	---	BV	BV	K		
B	f		ww	f)	(ww				ww)	(f	f	ww	f
	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
16,15,13,23,25-27	7	19
27	1	91a
16,13,23	3	91b
15,25-26	2	92
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	2.1
	1	2.2
16,15,13,23,25,26	6	2.7
Eigenanteil des Patienten		xxx

Anmerkung:

Für die Beurteilung der Befundsituation ist die topografische Lage der Zähne entscheidend. Die topografische Lage der Zähne ist auch für den Ansatz der Verblendzuschüsse entscheidend. Aus diesem Grund sind im obigen Beispiel für die Zähne 16 und 26 Verblendzuschüsse zu gewähren.

Befund 3.1

Alle zahnbegrenzten Lücken, die nicht den Befunden nach Nrn. 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen, oder Freundsituationen (Lückensituation II), je Kiefer

Beispiel: Modellgussprothese mit gegossenen Halte- und Stützvorrichtungen zum Ersatz von sechs fehlenden Zähnen



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B		f	f	f										f	f	f
R	H	E	E	E	H								H	E	E	E
TP																



Berechnung:

	Anzahl	BEMA
UK	1	96b
UK	1	98g
UK	1	98h/2
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	3.1
Eigenanteil des Patienten		xxx

Anmerkung:

Die Angabe „E“ für 38 ist zur Ermittlung der BEMA-Ziff. 96 notwendig. Sie ist aber für die Ermittlung des Festzuschusses irrelevant.

Beispiel: Modellgussprothese zum Ersatz von sieben fehlenden Zähnen nebst zwei vestibulär verblendeten Kronen im Verblendbereich



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B		f	f	f	ur						ww	f		f	f	f
R	H	E	E	E	KVH						KVH	E	H	E	E	E
TP																

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
33,44	2	19
33,44	2	20b
38-36,34,45-47	1	96b
UK	1	98g
UK	1	98h/2
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse UK	1	3.1
33,44	2	1.1
33,44	2	1.3
Eigenanteil des Patienten		xxx

Befund 3.2 a)

Beidseitig bis zu den Eckzähnen oder bis zu den ersten Prämolaren verkürzte Zahnreihe mit der Notwendigkeit einer dentalen Verankerung wenn die Regelversorgung eine Kombinationsversorgung vorsieht, auch für frontal unterbrochene Zahnreihe, je Eckzahn oder erstem Prämolare. Der Befund ist zweimal je Kiefer ansetzbar.

Beispiel: Modellgussprothese mit Teleskopverankerung bei einseitig bis zum Eckzahn und kontralateral bis zum ersten Prämolaren verkürzter Zahnreihe



TP																
R	E	E	E	E	E	TV						TV	E	E	E	E
B	f	f	f	f	f								f	f	f	f
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
13,24	2	91d
18-14,25-28	1	96c
OK	1	98g
13,24	2	19
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse OK	1	3.1
13,24	2	3.2
13,24	2	4.7
Eigenanteil des Patienten		xxx

Befund 3.2 b)

Einseitig bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren verkürzte Zahnreihe und kontralateral im Seitenzahngebiet bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren unterbrochene Zahnreihe mit mindestens zwei nebeneinander fehlenden Zähnen mit der Notwendigkeit einer dentalen Verankerung wenn die Regelversorgung eine Kombinationsversorgung vorsieht, auch für frontal unterbrochene Zahnreihe, je Eckzahn oder erstem Prämolaren. Der Befund ist zweimal je Kiefer ansetzbar.

Beispiel: Modellgussprothese mit Teleskopverankerung und gegossenen Halte- und Stützvorrichtungen bei einseitig bis zum Eckzahn verkürzter und kontralateral bis zum ersten Prämolaren unterbrochener Zahnreihe



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B	f	f	f	f	f		f	f	f	f			f	f		f
R	E	E	E	E	E	TV	E	E	E	E		TV	E	E	H	
TP																

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
34,43	2	91d
36,35,32-42,44-48	1	96c
UK	1	98g
37	1	98h/1
34,43	2	19
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse UK	1	3.1
34,43	2	3.2
34,43	2	4.7
Eigenanteil des Patienten		xxx

Auszug aus den Zahnersatz-Richtlinien:

35. „Über eine Kombinationsversorgung wird festsitzender mit herausnehmbarem Zahnersatz zu einer funktionalen Einheit unter Verwendung von Verbindungselementen zusammengefügt. Kombinationsversorgungen sind angezeigt, wenn gegenüber anderen Zahnersatzformen eine statisch und funktionell günstigere Belastung der Restzähne und eine günstige Retention erreicht werden kann. Die parodontale Ausgangssituation der Restzähne ist kritisch zu bewerten. Im Rahmen der Regelversorgung gehören mit Ausnahme von Cover-Denture-Prothesen nur Teleskop-/Konuskronen auf Eckzähnen und den ersten Prämolaren zu den Verbindungselementen.“

Befund 3.2 c)

Beidseitig im Seitenzahnggebiet bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren unterbrochene Zahnreihe mit jeweils mindestens zwei nebeneinander fehlenden Zähnen mit der Notwendigkeit einer dentalen Verankerung wenn die Regelversorgung eine Kombinationsversorgung vorsieht, auch für frontal unterbrochene Zahnreihe, je Eckzahn oder erstem Prämolaren. Der Befund ist zweimal je Kiefer ansetzbar

Beispiel: Modellgussprothese mit Teleskopverankerung und gegossenen Halte- und Stützvorrichtungen bei einseitig bis zum Prämolaren und kontralateral bis zum Eckzahn unterbrochener Zahnreihe



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B	f		f	f								f	f	f		f
R		H	E	E	TV						TV	E	E	E	H	
TP																

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
33,44	2	91d
36-34,45,46	1	96b
UK	1	98g
47,37	1	98h/2
33,44	2	19
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse UK	1	3.1
33,44	2	3.2
33,44	2	4.7
Eigenanteil des Patienten		xxx

Auszug aus den Zahnersatz-Richtlinien:

35. „Über eine Kombinationsversorgung wird festsitzender mit herausnehmbarem Zahnersatz zu einer funktionalen Einheit unter Verwendung von Verbindungselementen zusammengefügt. Kombinationsversorgungen sind angezeigt, wenn gegenüber anderen Zahnersatzformen eine statisch und funktionell günstigere Belastung der Restzähne und eine günstige Retention erreicht werden kann. Die parodontale Ausgangssituation der Restzähne ist kritisch zu bewerten. Im Rahmen der Regelversorgung gehören mit Ausnahme von Cover-Denture-Prothesen nur Teleskop-/Konuskronen auf Eckzähnen und den ersten Prämolaren zu den Verbindungselementen.“

Befund 4.1

Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen im Oberkiefer

Beispiel: Oberkiefer-Deckprothese (Cover-Denture-Prothese) bei drei vorhandenen Restzähnen



TP																	
R	E	E	E	TV	E	E	E	E	E	E	TV	E	E	T	E	E	
B	f	f	f		f	f	f	f	f	f		f	f		f	f	
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
OK	1	97a
OK	1	98b
15,23,26	3	91d
15,23,26	3	19
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse OK	1	4.1
15,23,26	3	4.6
15,23	2	4.7
Eigenanteil des Patienten		xxx

Auszug aus den Zahnersatz-Richtlinien:

35. Über eine Kombinationsversorgung wird festsitzender mit herausnehmbarem Zahnersatz zu einer funktionalen Einheit unter Verwendung von Verbindungselementen zusammengefügt. Kombinationsversorgungen sind angezeigt, wenn gegenüber anderen Zahnersatzformen eine statisch und funktionell günstigere Belastung der Restzähne und eine günstige Retention erreicht werden kann. Die parodontale Ausgangssituation der Restzähne ist kritisch zu bewerten. Im Rahmen der Regelversorgung gehören mit Ausnahme von Cover-Denture-Prothesen nur Teleskop-/Konuskronen auf Eckzähnen und den ersten Prämolaren zu den Verbindungselementen. Bei einem Restzahnbestand von bis zu drei Zähnen ist neben der parodontalen Ausgangssituation der Restzähne auch die Lückentopographie im Hinblick auf die Art der Verankerung und die Abstützung kritisch zu bewerten. Zur Regelversorgung gehören in diesem Fall sowohl Cover-Denture-Prothesen als auch parodontal abgestützte Prothesen mit einer Modellgussbasis sowie als Verbindungselemente Resilienzteleskopkronen und Wurzelstiftkappen beziehungsweise Teleskop-/Konuskronen.

Beispiel: Parodontal-dental abgestützte teleskopierende Prothese mit Modellgussbasis

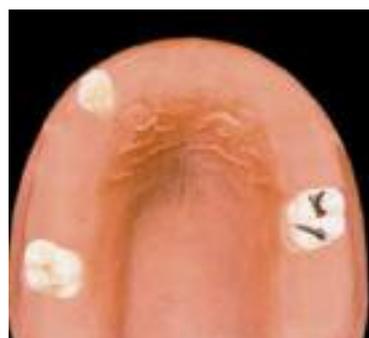


TP																
R		T	E	E	E	TV	E	E	E	E	TV	E	E	E	E	
B	f		f	f	f		f	f	f	f		f	f	f	f	
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
17,13,23	3	19
17,13,23	3	91d
16-14,12-22,24-28	1	96c
16-14,12-22,24-28	1	98b
OK	1	98g
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse OK	1	4.1
17,13,23	3	4.6
13,23	2	4.7
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Parodontal-dental abgestützte Modellgussprothese in Verbindung mit zwei Kronen



TP																
R		H	E	E	E	KVH	E	E	E	E	E	E	E	KH	E	E
B	f		f	f	f	ur	f	f	f	f	f	f	f	ww	f	f
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
13,26	2	19
26	1	20a
13	1	20b
16-14,12-25,27,28	1	96c
16-14,12-25,27,28	1	98b
OK	1	98g
17,13,26	1	98h/2
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse OK	1	4.1
13,26	2	1.1
13	1	1.3
Eigenanteil des Patienten		xxx

Befund 4.2

Zahnloser Oberkiefer

Beispiel: Zahnloser Oberkiefer



TP																	
R	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E
B	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f
	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
OK	1	97a
OK	1	98b
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	4.2
Eigenanteil des Patienten		xxx

Befund 4.3

Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen im Unterkiefer

Beispiel: Schleimhautgetragene Deckprothese im Unterkiefer mit Resilienzteleskopen



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B	f	f	f		f	f	f	f	f	f		f	f		f	f
R	E	E	E	T	E	E	E	E	E	E	TV	E	E	T	E	E
TP																

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
UK	1	97b
UK	1	98c
45,33,36	3	91d
45,33,36	3	19
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse UK	1	4.3
45,33,36	3	4.6
33	1	4.7
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Parodontal-dental abgestützte teleskopierende Prothese in Verbindung mit Einzelkrone



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B	f	f	f	f	f		f	f	f	f	ww	f	f	f	ww	f
R	E	E	E	E	E	TV	E	E	E	E	TV	E	E	E	KH	E
TP																

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
37,33,43	3	19
37	1	20a
33,43	2	91d
36-34,32-42,44-45	1	96c
36-34,32-42,44-45	1	98c
UK	1	98g
37	1	98h/1
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse UK	1	4.3
37	1	1.1
33,43	2	4.6
33,43	2	4.7
Eigenanteil des Patienten		xxx

Befund 4.4

Zahnloser Unterkiefer

Beispiel: Zahnloser Unterkiefer



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f
R	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E
TP																

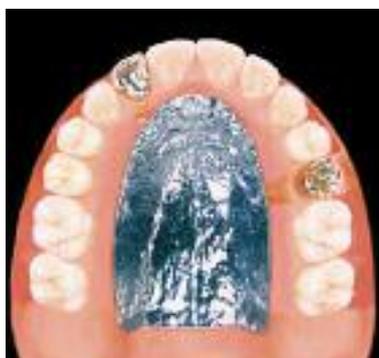
Berechnung:

	Anzahl	BEMA
UK	1	97b
UK	1	98c
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	4.4
Eigenanteil des Patienten		xxx

Befund 4.5

Notwendigkeit einer Metallbasis, Zuschlag je Kiefer

Beispiel: Schleimhautgetragene Deckprothese im Oberkiefer mit Resilienzteleskopen bei Vorliegen eines Torus palatinus



TP																	
R	E	E	E	E	E	E	TV	E	E	E	E	E	TV	E	E	E	
B	f	f	f	f	f	f		f	f	f	f	f		f	f	f	
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
12,25	2	19
12,25	2	91d
18-13,11-24,26-28	1	97a
18-13,11-24,26-28	1	98b
OK	1	98e
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse OK	1	4.1
OK	1	4.5
12,25	2	4.6
12,25	2	4.7
Eigenanteil des Patienten		xxx

Anmerkung:

Befund Nr. 4.5 ist bei Vorliegen der Indikation gemäß Nr. 30 der Zahnersatz-Richtlinien mit Befund Nr. 4.1 nur dann kombinierbar, wenn eine schleimhautgetragene Deckprothese geplant ist. Befund Nr. 4.5 ist nicht ansetzbar, wenn eine Modellgussprothese mit gegossenen Halte- und Stützelementen oder eine parodontal-dental abgestützte teleskopierende Prothese mit Modellgussbasis geplant ist.

Beispiel: Zahnloser Unterkiefer mit Exostosen



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f
R	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E
TP																

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
UK	1	97b
UK	1	98c
UK	1	98e
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse UK	1	4.4
	1	4.5
Eigenanteil des Patienten		xxx

Protokollnotiz zu Nr. 4.5:

Gemäß Nr. 30 der Zahnersatz-Richtlinien geht bei totalen Prothesen in der Regel eine Metallbasis über das Gebot der Wirtschaftlichkeit hinaus und unterliegt der Leistungspflicht der Krankenkassen nur in begründeten Ausnahmefällen (z.B. Torus palatinus und Exostosen).

Befund 4.6

Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen je Kiefer mit der Notwendigkeit einer dentalen Verankerung, wenn die Regelversorgung eine Kombinationsversorgung vorsieht, je Ankerzahn

Beispiel: Schleimhautgetragene Deckprothese im Unterkiefer mit Resilienzteleskopen



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B	f	f	f	f	f		f	f	f	f		f	f	f	f	f
R	E	E	E	E	E	TV	E	E	E	E	TV	E	E	E	E	E
TP																

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
UK	1	97b
43,33	2	91d
UK	1	98c
43,33	2	19
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse UK	1	4.3
43,33	2	4.6
43,33	2	4.7
Eigenanteil des Patienten		xxx

Befund 4.7

Verblendung einer Teleskopkrone im Verblendbereich (15-25 und 34-44), Zuschlag je Ankerzahn

Beispiel: Schleimhautgetragene Deckprothese im Oberkiefer mit Resilienzteleskopen



TP																
R	E	E	T	E	E	E	E	E	E	E	TV	E	E	E	E	E
B	f	f		f	f	f	f	f	f	f		f	f	f	f	f
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
OK	1	97a
16,23	2	91d
16,23	2	19
OK	1	98b
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse OK	1	4.1
16,23	2	4.6
23	1	4.7
Eigenanteil des Patienten		xxx

Befund 4.8

Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen je Kiefer bei Notwendigkeit einer dentalen Verankerung durch Wurzelstiftkappen, je Ankerzahn

Beispiel: Schleimhautgetragene Deckprothese mit Wurzelstiftkappen mit Kugelknopfanker



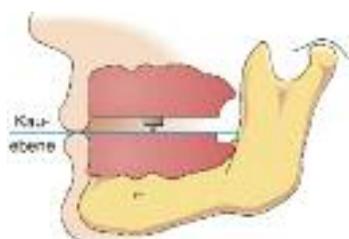
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B	f	f	f	f	f	ww	f	f	f	f	ww	f	f	f	f	f
R	E	E	E	E	E	R	E	E	E	E	R	E	E	E	E	E
TP																

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
UK	1	97b
43,33	2	90
UK	1	98c
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse UK	1	4.3
43,33	2	4.8
Eigenanteil des Patienten		xxx

Befund 4.9

Schwierig zu bestimmende Lagebeziehung der Kiefer bei der Versorgung mit Totalprothesen und schleimhautgetragenen Deckprothesen (Notwendigkeit einer Stützstiftregistrierung), Zuschlag je Gesamtbefund



Berechnung:

	Anzahl	BEMA
	1	98d
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	4.9
Eigenanteil des Patienten		xxx

Befund 5.1

Lückengebiss nach Verlust von bis zu 4 Zähnen je Kiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer

Beispiel: Verlust der Zähne 12, 11, 21 und 22 mit provisorischer Versorgung durch eine Kunststoffprothese



TP																
R							E	E	E	E						
B	f	f					f	f	f	f					f	f
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
OK	1	96a
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	5.1
Eigenanteil des Patienten		xxx

Neu 2008: Protokollnotiz zu Befundklasse 5:

„Die Zahl der fehlenden Zähne ist ausschlaggebend für den Befund nach 5.1 bis 5.3. in dem zu versorgenden Gebiet...“

Befund 5.2

Lückengebiss nach Zahnverlust von 5 bis 8 Zähnen je Kiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer

Beispiel: Verlust der Zähne 18, 16, 15, 12, 21, 22, 27 und 28 mit provisorischer Versorgung durch eine Kunststoffprothese (Zahn 16 wird aus Platzgründen nicht aufgestellt)



TP																
R			E	E			E		E	E						
B	f		x	x			x		x	x					f	f
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
OK	1	96b
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	5.2
Eigenanteil des Patienten		xxx

Bemerkung zu Zahn 16:

Auch wenn für Zahn 16 kein Prothesenzahn aufgestellt wird, sondern nur ein Basisteil hergestellt wird, ist in der Regelversorgung ein „E“ einzutragen.

Neu 2008: Protokollnotiz zu Befundklasse 5:

„Die Zahl der fehlenden Zähne ist ausschlaggebend für den Befund nach 5.1 bis 5.3. in dem zu versorgenden Gebiet...“

Befund 5.3

Lückengebiss nach Verlust von über 8 Zähnen je Kiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer

Beispiel: Verlust der Zähne 16, 15, 14, 12, 11, 21, 22, 24 und 25 mit provisorischer Versorgung durch eine Kunststoffprothese



TP																
R			E	E	E		E	E	E	E		E	E			
B	f		f	f	f		f	f	f	f		f	f			f
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
OK	1	96c
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	5.3
Eigenanteil des Patienten		xxx

Neu 2008: Protokollnotiz zu Befundklasse 5:

„Die Zahl der fehlenden Zähne ist ausschlaggebend für den Befund nach 5.1 bis 5.3. in dem zu versorgenden Gebiet...“

Befund 5.4

Zahnloser Ober- oder Unterkiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer

Beispiel: Zerstörte und fehlende Zähne im Oberkiefer mit der Notwendigkeit einer Interimsversorgung



TP																
R	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E
B	f	f	x	f	x	x	x	x	x	x	x	x	f	f	x	f
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
OK	1	97a
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	5.4
Eigenanteil des Patienten		xxx

Neu 2008: Protokollnotiz zu Befundklasse 5:

Die Zahl der fehlenden Zähne ist ausschlaggebend für den Befund nach 5.1 bis 5.3. in dem zu versorgenden Gebiet. Befund 5.4 ist nur ansetzbar bei zahnlosem Kiefer.

Befund 6.0

Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung ohne Notwendigkeit der Abformung und ohne Notwendigkeit zahntechnischer Leistungen, auch Auffüllen von Sekundärteleskopen im direkten Verfahren, je Prothese

Beispiel: Aktivieren gegossener Halte- und Stützelemente einer herausnehmbaren Versorgung

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
OK	1	100a
Material- und Laborkosten		---
abzüglich Festzuschüsse	1	6.0
Eigenanteil des Patienten		xxx

Zur Beachtung für die gesamte Befundklasse 6:

Für die Einstufung einer Wiederherstellung als Regel-, gleich- oder andersartige Versorgung ist nicht die Art der wiederherzustellenden Versorgung maßgeblich. Liegen die Voraussetzungen einer Befundbeschreibung nach 6.0 – 6.10 vor und ist die jeweilige Wiederherstellungsmaßnahme als Regelversorgung abgebildet, handelt es sich um eine Wiederherstellung innerhalb der Regelversorgung.

Befund 6.1

Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung ohne Notwendigkeit der Abformung, je Prothese

Beispiel: Sprungreparatur einer Oberkieferprothese, ohne Abformung



Berechnung:

	Anzahl	BEMA
OK	1	100a
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	6.1
Eigenanteil des Patienten		xxx

Befund 6.2

Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung mit Notwendigkeit der Abformung (Maßnahmen im Kunststoffbereich), auch Wiederbefestigung von Sekundärteleskopen oder anderer Verbindungselemente an dieser Versorgung, je Prothese

Beispiel: Reparatur einer zerbrochenen Oberkieferprothese mit Abformung



Berechnung:

	Anzahl	BEMA
OK	1	100b
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	6.2
Eigenanteil des Patienten		xxx

Befund 6.3

Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im gegossenen Metallbereich, auch Wiederbefestigung von Sekundärteleskopen oder anderer Verbindungselemente an dieser Versorgung, je Prothese

Beispiel: Reparatur einer gegossenen Halte- und Stützvorrichtung



Berechnung:

	Anzahl	BEMA
	1	100b
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	6.3
Eigenanteil des Patienten		xxx

Befund 6.4

Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger Versorgung herausnehmbarer- /Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im Kunststoffbereich, je Prothese bei Erweiterung um einen Zahn

Beispiel: Erweiterung um Zahn 47



Berechnung:

	Anzahl	BEMA
UK	1	100b
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	6.4
Eigenanteil des Patienten		xxx

Befund 6.5

Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer- /Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im gegossenen Metallbereich, je Prothese bei Erweiterung um einen Zahn

Beispiel: Erweiterung um Zahn 34 und Neuplanung der gegossenen Halte- und Stützvorrichtung bei Zahn 33



Berechnung:

	Anzahl	BEMA
UK	1	100b
33	1	98h/1
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	6.5
Eigenanteil des Patienten		xxx

Befund 6.6

Verändertes Prothesenlager bei erhaltungswürdigem Teil-Zahnersatz, je Prothese

Beispiel: Vollständige Unterfütterung einer Modellgussprothese



Berechnung:

	Anzahl	BEMA
UK	1	100d
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	6.6
Eigenanteil des Patienten		xxx

Befund 6.7

Verändertes Prothesenlager bei erhaltungswürdigem totalem Zahnersatz oder schleimhautgetragener Deckprothese, je Kiefer

Beispiel: Vollständige Unterfütterung einer schleimhautgetragenen Deckprothese mit funktioneller Randgestaltung



Berechnung:

	Anzahl	BEMA
OK	1	100e
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	6.7
Eigenanteil des Patienten		xxx

Befund 6.8

Wiederherstellungsbedürftiger festsitzender rezementierbarer Zahnersatz, je Zahn

Beispiel: Wiedereingliederung Brücke 13 bis 16



Berechnung:

	Anzahl	BEMA
13-16	1	95a
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	2	6.8
Eigenanteil des Patienten		xxx

Befund 6.9

Wiederherstellungsbedürftige Facette/Verblendung (auch wiedereinsetzbar oder erneuerungsbedürftig) im Verblendbereich an einer Krone, einem Sekundärteleskop, einem Brückenanker oder einem Brückenglied, je Verblendung

Beispiel: Wiederbefestigung der Facette bei 14



Berechnung:

	Anzahl	BEMA
14	1	95c
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	6.9
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Verlust der Facette bei 14 und gelöste Brücke, Erneuerung der Facette im Labor und Rezementierung der Brücke



Berechnung:

	Anzahl	BEMA
14	1	95c
	1	95a
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	2	6.8
	1	6.9
Eigenanteil des Patienten		xxx

Befund 6.10

Erneuerungsbedürftiges Primär- oder Sekundärteleskop, je Zahn

Beispiel: Erneuerung der Sekundärteleskope 33, 43 und Einarbeitung in vorhandene Prothese

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B	e	e	e	e	e	tw					tw	e	e	e	e	e
R						TV/2					TV/2					
TP																

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
33,43	2	91d/2
UK	1	100b
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	2	6.10
	2	4.7
	1	6.3
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Erneuerung der Sekundärteleskope 34, 33, 43 und Einarbeitung in vorhandene schleimhautgetragene Deckprothese

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B	e	e	e	e	e	tw	e	e	e	e	tw	tw	e	e	e	e
R						TV/2					TV/2	TV/2				
TP																

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
34,33,43	3	91d/2
UK	1	100b
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	3	6.10
	3	4.7
	1	6.2
Eigenanteil des Patienten		xxx

Protokollnotiz zu Befund Nr. 6.10:

Die Versorgung ist bei Vorliegen der Befunde 3.2 oder 4.6 Regelversorgung. Der Befund ist nicht ansetzbar, wenn an einem Zahn sowohl Primär- als auch Sekundärteleskop erneuert oder erweitert werden.

9.2 Beispiele zum gleichartigen Zahnersatz

Die aufgeführten Leistungen nach BEMA und/oder GOZ sind beispielhaft. Leistungen nach BEMA sind abrechenbar, wenn sie richtlinienkonform auf der Basis der gültigen Abrechnungsbestimmungen erbracht worden sind. Leistungen nach GOZ sind abrechenbar, wenn sie nach Maßgabe der GOZ erbracht worden sind. Gegebenenfalls sind zusätzliche Leistungen nach BEMA und/oder GOZ berechnungsfähig.

Hinweis:

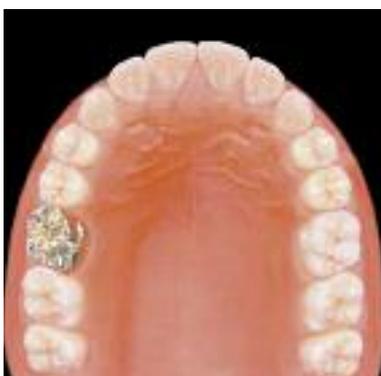
Als Präparationsart der Kronen wurde immer die Hohlkehl- bzw. Stufenpräparation zugrunde gelegt. Bei anderen Präparationsarten sind die entsprechenden GOZ-Leistungen anzusetzen. Vollkeramische oder keramisch vollverblendete Kronen, Ankerkronen und Brückenglieder werden mit KM bzw. BM gekennzeichnet.

Beispiele zur Befundklasse 1: Erhaltungswürdiger Zahn

Beispiel: Keramisch vestibulär verblendete Krone außerhalb des Verblendbereichs



TP			KV														
R			K														
B			ww														
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	



Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
16	1	GOZ 2210
16	1	19
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	1.1
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Vollkeramische Krone

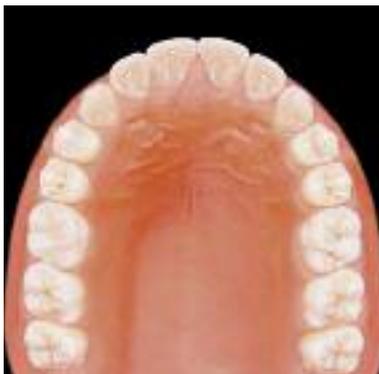


TP			KM														
R			K														
B			ww														
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	

Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
16	1	GOZ 2210
16	1	19
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	1.1
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Vollkeramische Teilkrone



TP					PKM												
R					PK												
B					pw												
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	

Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
14	1	GOZ 2220
14	1	19
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	1.2
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Keramisch vollverblendete Krone



TP					KM												
R					KV												
B					ww												
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	

Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
14	1	GOZ 2210
14	1	19
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	1.1
	1	1.3
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Nicht metallischer, adhäsiv befestigter Wurzelstift aus Glasfaser oder Keramik



Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
11	1	GOZ 2180
11	1	GOZ 2195
11	1	GOZ 2197
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	1.4
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiele zur Befundklasse 2:

Zahnbegrenzte Lücken von höchstens vier fehlenden Zähnen je Kiefer bei ansonsten geschlossener Zahnreihe unter der Voraussetzung, dass keine Freundsituation vorliegt (Lückensituation I)

Beispiel: Brücke zum Ersatz eines fehlenden Zahnes, vestibuläre Verblendung einer Ankerkrone außerhalb des Verblendbereichs



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B			f													
R		K	B	K												
TP		K	B	KV												



Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
45	1	GOZ 5010
47	1	91a
46	1	92
47-45	3	19
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	2.1
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Keramisch vollverblendete Brücke zum Ersatz eines fehlenden Zahnes



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B			f													
R		K	B	K												
TP		KM	BM	KM												



Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
47,45	2	GOZ 5010
46	1	GOZ 5070
45-47	3	19
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	2.1
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Vollkeramische Brücke zum Ersatz eines fehlenden Zahnes



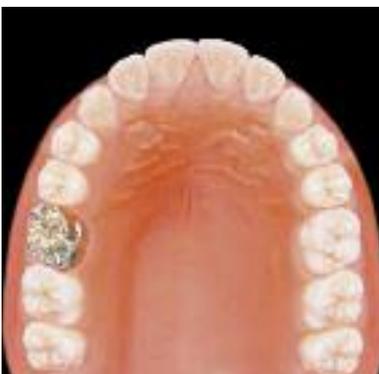
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B			f													
R		K	B	K												
TP		KM	BM	KM												



Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
47,45	2	GOZ 5010
46	1	GOZ 5070
47-45	3	19
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	2.1
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Keramik teilweise vollverblendete Brücke zum Ersatz von zwei fehlenden Zähnen



TP			K	BM	BM	KM										
R			K	BV	BV	KV										
B				f	f											
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28



Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
13	1	GOZ 5010
14,15	1	GOZ 5070
16	1	91a
13-16	4	19
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	2.2
	3	2.7
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Keramisch vollverblendete Brücke zum Ersatz von zwei fehlenden Zähnen



TP		KM	BM	BM	KM												
R		K	B	BV	KV												
B			f	f													
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	

Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
17,14	2	GOZ 5010
15,16	1	GOZ 5070
17-14	4	19
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	2.2
	2	2.7
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Durch Geschiebe geteilte Brücke ohne Disparallelität der Pfeilerzähne unter Einbeziehung eines weiteren Ankerzahnes aus Stabilitätsgründen



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B	ur		f	f	f											
R	K	K	B	B	BV	KV										
TP	K	K	B	B	BV	KVO										

Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
Geschiebe an 43	1	GOZ 5080
43	1	GOZ 5010
47	1	91a
48	1	20a
44-46	1	92
43-48	6	19
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	2.3
	1	1.1
	2	2.7
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiele zur Befundklasse 3: Zahnbegrenzte Lücken, die nicht den Befunden nach den Nrn. 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen

Amtliche Begründung zu § 55 Abs. 4 SGB V (BT-Drucksache 15/1525 vom 08.09.2003):

Die Regelung übernimmt im Wesentlichen das geltende Recht gemäß § 30 Abs. 3 Satz 2. Sie betrifft den über die Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz. Gleichartig ist Zahnersatz, wenn er die **Regelversorgung** umfasst, jedoch zusätzliche Versorgungselemente wie zum Beispiel zusätzliche Brückenglieder sowie **zusätzliche** und **andersartige Verankerungs- bzw. Verbindungselemente** aufweist. Mehrkosten entstehen nur insoweit, als zahnärztliche Leistungen anfallen, die nicht nach § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelistet sind. Diese Leistungen sind nach der Gebührenordnung für Zahnärzte abzurechnen (§ 87a).

(Hervorhebungen durch die Redaktion)

Hinweis: Gemäß Anlage 2 zum BMV-Z sind Kronen mit Geschiebe als gleichartig einzustufen, wenn sie anstelle einer Konus- oder Teleskopkrone der Regelversorgung (Befunde 3.2a - 3.2c) verwendet werden.

Beispiel: Kombinationszahnersatz mit Geschieben



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B	f	f	f	f	f		ww			ww		f	f	f	f	f
R	E	E	E	E	E	TV	KV			KV	TV	E	E	E	E	E
TP	E	E	E	E	E	KVO	KV			KV	KVO	E	E	E	E	E

Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
33,43	2	GOZ 5010
32,42	2	20b
33,43	2	GOZ 5080
34-38,44-48	1	98g
34-38,44-48	1	96c
33,32,42,43	4	19
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	3.1
	2	1.1
	2	1.3
	2	3.2
	2	4.7
Eigenanteil des Patienten		xxx

Auszug aus den Zahnersatz-Richtlinien:

35. „Über eine Kombinationsversorgung wird festsitzender mit herausnehmbarem Zahnersatz zu einer funktionalen Einheit unter Verwendung von Verbindungselementen zusammengefügt. Kombinationsversorgungen sind angezeigt, wenn gegenüber anderen Zahnersatzformen eine statisch und funktionell günstigere Belastung der Restzähne und eine günstige Retention erreicht werden kann. Die parodontale Ausgangssituation der Restzähne ist kritisch zu bewerten. Im Rahmen der Regelversorgung gehören mit Ausnahme von Cover-Denture-Prothesen nur Teleskop-/Konuskronen auf Eckzähnen und den ersten Prämolaren zu den Verbindungselementen.“

Beispiel: Kombinationszahnersatz mit Teleskopkronen



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B	f	f	f	ww	ww							ww	ww	f	f	f
R	E	E	E	KH	KVH							KVH	KH	E	E	E
TP	E	E	E	TV	TV							TV	TV	E	E	E

Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
34,35,44,45	4	GOZ 5040
UK	1	96b
UK	1	98g
34,35,44,45	4	19
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse UK	1	3.1
34,35,44,45	4	1.1
34,44	2	1.3
Eigenanteil des Patienten		xxx

Auszug aus dem BMV-Z, Anlage 2 (Vereinbarung zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband):

Verbindungselemente (Teleskopkrone, Konuskrone, Geschiebe, Anker, Riegel, Steg u. Ä.) an herausnehmbarem Zahnersatz bei Befundsituationen (Befunde nach 3.1), die bei der Regelversorgung lediglich Halte- und Stützelemente (Klammern) vorsehen, ändern die Art der Versorgung; ein herausnehmbarer Zahnersatz wird somit zum Kombinationszahnersatz.

Solche Versorgungen werden als andersartige Versorgungen betrachtet und insgesamt entsprechend § 55 Abs. 5 i.V. mit § 87 Abs. 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der GOZ abgerechnet.

Dies gilt nicht, wenn an **allen** Ankerzähnen Befunde nach der Nr. 1.1 ansetzbar sind. In diesen Fällen gilt die Versorgung als gleichartig.

Beispiel: Kombinationszahnersatz mit Teleskopkronen



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B	f	f	f	ww	f	ww	f	f			ww	f	f	f	ww	f
R	E	E	E	KH	E	KVH	E	E			KVH	E	E	E	KH	
TP	E	E	E	T	E	TV	E	E			TV	E	E	E	T	

Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
45,37,43,33	4	GOZ 5040
45,37,43,33	4	19
UK	1	98g
UK	1	96c
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	3.1
	2	1.3
	4	1.1
Eigenanteil des Patienten		xxx

Auszug aus dem BMV-Z, Anlage 2 (Vereinbarung zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband):

Verbindungselemente (Teleskopkrone, Konuskrone, Geschiebe, Anker, Riegel, Steg u.Ä.) an herausnehmbarem Zahnersatz bei Befundsituationen (Befunde nach 3.1), die bei der Regelversorgung lediglich Halte- und Stützelemente (Klammern) vorsehen, ändern die Art der Versorgung; ein herausnehmbarer Zahnersatz wird somit zum Kombinationszahnersatz.

Solche Versorgungen werden als andersartige Versorgungen betrachtet und insgesamt entsprechend § 55 Abs. 5 i.V. mit § 87 Abs. 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der GOZ abgerechnet.

Dies gilt nicht, wenn an **allen** Ankerzähnen Befunde nach der Nr. 1.1 ansetzbar sind. In diesen Fällen gilt die Versorgung als gleichartig.

Beispiel: Kombinationszahnersatz mit Teleskopkronen und Halteelementen



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B	f	f	f		f	ww	f	f			ww	f	f	f		f
R	E	E	E	H	E	KVH	E	E			KVH	E	E	E	H	
TP	E	E	E	H	E	TV	E	E			TV	E	E	E	H	

Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
33,43	2	GOZ 5040
33,43	2	19
UK	1	96c
UK	1	98g
37,45	1	98h/2
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	3.1
	2	1.1
	2	1.3
Eigenanteil des Patienten		xxx

Auszug aus dem BMV-Z, Anlage 2 (Vereinbarung zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband):

Verbindungselemente (Teleskopkrone, Konuskrone, Geschiebe, Anker, Riegel, Steg u. Ä.) an herausnehmbarem Zahnersatz bei Befundsituationen (Befunde nach 3.1), die bei der Regelversorgung lediglich Halte- und Stützelemente (Klammern) vorsehen, ändern die Art der Versorgung; ein herausnehmbarer Zahnersatz wird somit zum Kombinationszahnersatz.

Solche Versorgungen werden als andersartige Versorgungen betrachtet und insgesamt entsprechend § 55 Abs. 5 i.V. mit § 87 Abs. 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der GOZ abgerechnet.

Dies gilt nicht, wenn an **allen** Ankerzähnen Befunde nach der Nr. 1.1 ansetzbar sind. In diesen Fällen gilt die Versorgung als gleichartig.

Beispiel: Kombinationszahnersatz mit Teleskopkronen



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B	f	ur	f	f	f							f	f	f	ur	f
R		KH	E	E	E	TV					TV	E	E	E	KH	
TP		T	E	E	E	TV					TV	E	E	E	T	

Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
37,47	2	GOZ 5040
33,43	2	91d
UK	1	98g
37,33,43,47	4	19
UK	1	96b
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	3.1
43,33	2	3.2
43,33	2	4.7
37,47	2	1.1
Eigenanteil des Patienten		xxx

Auszug aus dem BMV-Z, Anlage 2 (Vereinbarung zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband):

Zusätzliche Verbindungselemente an Kombinationszahnersatz (Teleskopkrone, Konuskrone, Geschiebe, Anker, Riegel, Steg u. Ä.) gelten als gleichartige Versorgung, wenn die jeweilige Befundsituation eine Regelversorgung mit Teleskopkronen vorsieht (Befunde 3.2a bis 3.2c). Die Abrechnung dieser zusätzlichen Verbindungselemente und der das Verbindungselement tragenden Kronen erfolgt entsprechend § 55 Abs. 4 i.V. mit § 87 Abs. 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der GOZ; die übrigen Konstruktionselemente des Kombinationszahnersatzes werden als Regelversorgungsleistungen nach BEMA abgerechnet.

**Beispiele zur Befundklasse 4:
Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen oder zahnloser Kiefer**

Beispiel: Schleimhautgetragene Deckprothese mit vollverblendeten Resilienzteleskopkronen



TP	E	E	E	TM	E	E	E	E	E	E	TM	E	E	TM	E	E	
R	E	E	E	TV	E	E	E	E	E	E	TV	E	E	T	E	E	
B	f	f	f		f	f	f	f	f	f		f	f		f	f	
	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28



Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
15,23,26	3	GOZ 5040
15,23,26	3	19
OK	1	97a
OK	1	98b
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse OK	1	4.1
15,23,26	3	4.6
15,23	2	4.7
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Versorgung eines zahnlosen Unterkiefers mit einer Metallbasis ohne Richtlinienindikation



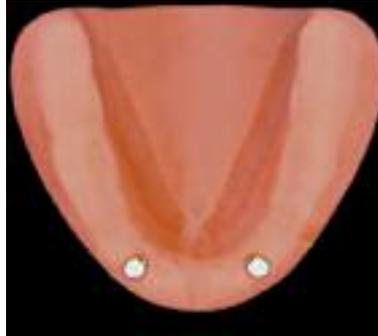
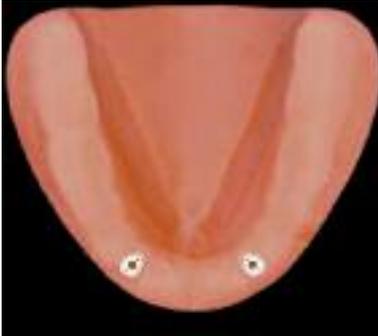
Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
UK	1	GOZ 5230
UK	1	98c
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	4.4
Eigenanteil des Patienten		xxx

Protokollnotiz zu Befund Nr. 4.5:

Gemäß Nr. 30 der Zahnersatz-Richtlinien geht bei totalen Prothesen in der Regel eine Metallbasis über das Gebot der Wirtschaftlichkeit hinaus und unterliegt der Leistungspflicht der Krankenkassen nur in begründeten Ausnahmefällen (z.B. Torus palatinus und Exostosen).

Beispiel: Schleimhautgetragene Deckprothese mit Wurzelstiftkappen und Magnetsystem



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B	f	f	f	f	f	ww	f	f	f	f	ww	f	f	f	f	f
R	E	E	E	E	E	R	E	E	E	E	R	E	E	E	E	E
TP	E	E	E	E	E	R	E	E	E	E	R	E	E	E	E	E

Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
43,33	2	GOZ 5030
43,33	2	GOZ 5080
UK	1	97b
UK	1	98c
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse UK	1	4.3
43,33	2	4.8
Eigenanteil des Patienten		xxx

Hinweis:

Im Feld Bemerkungen des HKPs sollte auf die Verwendung eines Magnetsystems hingewiesen werden, da es aus der TP-Zeile nicht hervorgeht.

Beispiel: Kombinationszahnersatz mit Einzelkronen und Stegverbindung



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B	f	f	f	f	f	ww	f	f	f	f	ww	f	f	f	f	f
R	E	E	E	E	E	TV	E	E	E	E	TV	E	E	E	E	E
TP	E	E	E	E	E	KM	E0	E0	E0	E0	KM	E	E	E	E	E

Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
43,33	2	GOZ 5010
42-32	1	GOZ 5070
42-32	1	GOZ 5080
33,43	2	19
partielle Metallbasis UK	1	98g
UK	1	96c
UK	1	98c
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	4.3
	2	4.6
	2	4.7
Eigenanteil des Patienten		xxx

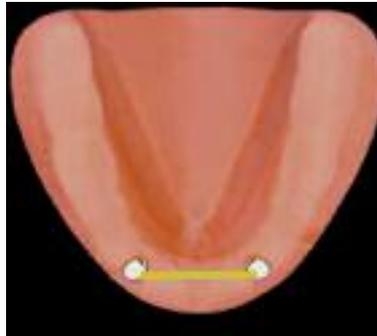
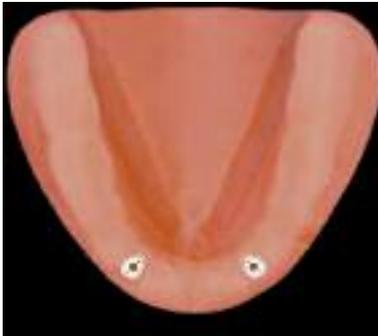
Auszug aus den Zahnersatz-Richtlinien:

35. Über eine Kombinationsversorgung wird festsitzender mit herausnehmbarem Zahnersatz zu einer funktionalen Einheit unter Verwendung von Verbindungselementen zusammengefügt. Kombinationsversorgungen sind angezeigt, wenn gegenüber anderen Zahnersatzformen eine statisch und funktionell günstigere Belastung der Restzähne und eine günstige Retention erreicht werden kann. Die parodontale Ausgangssituation der Restzähne ist kritisch zu bewerten. Im Rahmen der Regelversorgung gehören mit Ausnahme von Cover-Denture-Prothesen nur Teleskop-/Konuskronen auf Eckzähnen und den ersten Prämolaren zu den Verbindungselementen. Bei einem Restzahnbestand von bis zu drei Zähnen ist neben der parodontalen Ausgangssituation der Restzähne auch die Lückentopographie im Hinblick auf die Art der Verankerung und die Abstützung kritisch zu bewerten. Zur Regelversorgung gehören in diesem Fall sowohl Cover-Denture-Prothesen als auch parodontal abgestützte Prothesen mit einer Modellgussbasis sowie als Verbindungselemente Resilienzteleskopkronen und Wurzelstiftkappen beziehungsweise Teleskop-/Konuskronen.

Hinweis:

Gemäß Anlage 2 zum BMV-Z sind auch Stegverbindungsrichtungen als gleichartig einzustufen, wenn sie anstelle einer Konus- oder Teleskopkrone der Regelversorgung (Befunde 3.2a - 3.2c) verwendet werden.

Beispiel: Schleimhautgetragene Deckprothese mit Wurzelstiftkappen und Stegverbindung



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B	f	f	f	f	f	ww	f	f	f	f	ww	f	f	f	f	f
R	E	E	E	E	E	R	E	E	E	E	R	E	E	E	E	E
TP	E	E	E	E	E	R	EO	EO	EO	EO	R	E	E	E	E	E

Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
43,33	2	GOZ 5030
42-32	1	GOZ 5070
42-32	1	GOZ 5080
UK	1	97b
UK	1	98c
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse UK	1	4.3
43,33	2	4.8
Eigenanteil des Patienten		xxx

**Beispiel zur Befundklasse 6:
Wiederherstellungs- und erweiterungsbedürftiger konventioneller Zahnersatz**

Beispiel: Neuverblendung und Wiedereingliederung einer vollverblendeten Krone im Verblendbereich

Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
	1	GOZ 2320
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	6.8
	1	6.9
Eigenanteil des Patienten		xxx

9.3 Beispiele zum andersartigen Zahnersatz

Die aufgeführten Leistungen nach GOZ sind beispielhaft. Leistungen nach GOZ sind abrechenbar, wenn sie nach Maßgabe der GOZ erbracht worden sind. Gegebenenfalls sind zusätzliche Leistungen nach GOZ berechnungsfähig.

Amtliche Begründung zu § 55 Abs. 5 SGB V (BT-Drucksache 15/1525 vom 08.09.2003):

Abweichend von den Fällen gemäß § 87 Abs. 1a Satz 8, in den die Festzuschüsse über die Kassenzahnärztliche Vereinigung abgerechnet werden, haben Versicherte bei Durchführung einer von der Regelversorgung abweichenden andersartigen Versorgung gegenüber ihrer Krankenkasse einen **Anspruch auf Erstattung** der bewilligten Zuschüsse. **Eine Abrechnung über die Kassenzahnärztliche Vereinigung findet in diesen Fällen nicht statt.** Eine von der Regelversorgung abweichende, andersartige Versorgung liegt zum Beispiel vor, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss als Regelversorgung eine Modellgussprothese festgelegt hat, jedoch eine Brückenversorgung vorgenommen wird. *(Hervorhebungen durch die Redaktion)*

**Beispiel zur Befundklasse 2:
Zahnbegrenzte Lücken von höchstens vier fehlenden Zähnen je Kiefer bei ansonsten geschlossener Zahnreihe unter der Voraussetzung, dass keine Freiersituation vorliegt (Lückensituation I)**

Beispiel: Modellgussprothese anstelle von zwei Brücken (Downgrading)



TP		H	E	E	H							H	E	E	H	
R		K	B	BV	KV							KV	BV	B	K	
B	f		f	f								f	f		f	
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28



Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
16-15,25-26	2	GOZ 5070
OK	1	GOZ 5210
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	2	2.2
	4	2.7
Eigenanteil des Patienten		xxx

**Beispiele zur Befundklasse 3:
Zahnbegrenzte Lücken, die nicht den Befunden nach den Nrn. 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen**

Beispiel: Zwei Brücken zum Ersatz von jeweils drei fehlenden Zähnen



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B	f		f	f	f						ww	f	f	f		f
R		H	E	E	E	TV					TV	E	E	E	H	
TP		K	B	B	BV	KV					KV	BV	B	B	K	



Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
47,43,33,37	4	GOZ 5010
46-44,34-36	2	GOZ 5070
47,43,33,37	4	GOZ 5120
46-44,34-36	2	GOZ 5140
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	3.1
	2	3.2
	2	4.7
Eigenanteil des Patienten		xxx

Auszug aus den Zahnersatz-Richtlinien:

35. Über eine Kombinationsversorgung wird festsitzender mit herausnehmbarem Zahnersatz zu einer funktionalen Einheit unter Verwendung von Verbindungselementen zusammengefügt. Kombinationsversorgungen sind angezeigt, wenn gegenüber anderen Zahnersatzformen eine statisch und funktionell günstigere Belastung der Restzähne und eine günstige Retention erreicht werden kann. Die parodontale Ausgangssituation der Restzähne ist kritisch zu bewerten. Im Rahmen der Regelversorgung gehören mit Ausnahme von Cover-Denture-Prothesen nur Teleskop-/Konuskronen auf Eckzähnen und den ersten Prämolaren zu den Verbindungselementen.

Beispiel: Zweispannige Brücke zum Ersatz von jeweils zwei nebeneinander fehlenden Zähnen bei zwei unmittelbar benachbarten Schaltlücken



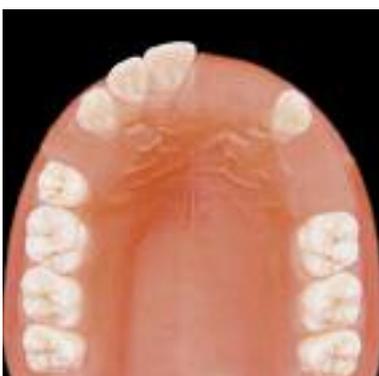
TP									KV	BV	BV	KV	BV	BV	K		
R			H						H	E	E	H	E	E	H		
B										f	f		f	f			
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	



Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
11,23,26	3	GOZ 5010
21-22,24-25	2	GOZ 5070
11,23,26	3	GOZ 5120
21-22,24-25	2	GOZ 5140
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	3.1
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Ein- und zweispannige Brücke zum Ersatz von mehr als vier fehlenden Zähnen



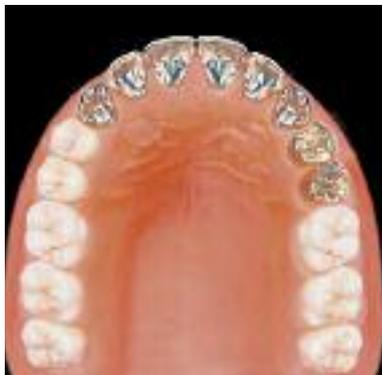
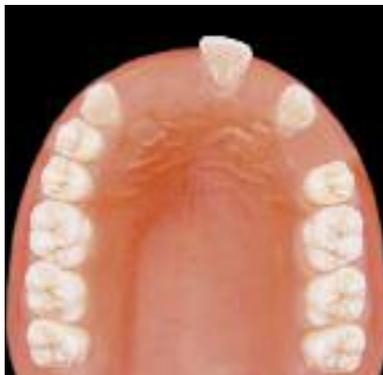
TP				KM	BM	KM		KM	BM	BM	KM	BM	BM	KM		
R				H	E	H			E	E	H	E	E	H		
B					f				f	f		f	f			
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28



Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
15,13,11,23,26	5	GOZ 5010
14,21-22,24-25	3	GOZ 5070
15,13,11,23,26	5	GOZ 5120
14,21-22,24-25	3	GOZ 5140
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	3.1
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Dreispannige Brücke zum Ersatz von vier fehlenden Zähnen



TP						KV	BV	BV	KV	BV	KV	BV	KV			
R			H			H	E	E		E	H	E	H			
B							f	f		f		f				
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
13,21,23,25	4	GOZ 5010
12-11,22,24	3	GOZ 5070
13,21,23,25	4	GOZ 5120
12-11,22,24	3	GOZ 5140
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	3.1
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Brücke nebst Kombinationsversorgung mit Geschiebe



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B	f	f	f	f			f	f	f	f			f		f	f
R	E	E	E	E	H		E	E	E	E		H	E	H	E	E
TP	E	E	E	E	KMO	KM	BM	BM	BM	BM	KM	KMO	E	H	E	E

Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
44,34	2	GOZ 2270
44,34,33,34	4	GOZ 5010
48-45,42-32,35,37,38	4	GOZ 5070
44,34	2	GOZ 5080
UK	1	GOZ 5210
43,33	2	GOZ 5120
42-32	1	GOZ 5140
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	3.1
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Kombinationszahnersatz mit Teleskopen



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B	f	f	f	ur								ur	f	f	f	f
R	E	E	E	KH								KVH	E	E	E	E
TP	E	E	E	TV	TV						TV	TV	E	E	E	E

Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
45,44,33,34	4	GOZ 2270
45,44,33,34	4	GOZ 5040
48-46,35-38	2	GOZ 5070
UK	1	GOZ 5210
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse UK	1	3.1
45,34	2	1.1
34	1	1.3
Eigenanteil des Patienten		xxx

Auszug aus den Zahnersatz-Richtlinien:

35. Über eine Kombinationsversorgung wird festsitzender mit herausnehmbarem Zahnersatz zu einer funktionalen Einheit unter Verwendung von Verbindungselementen zusammengefügt. Kombinationsversorgungen sind angezeigt, wenn gegenüber anderen Zahnersatzformen eine statisch und funktionell günstigere Belastung der Restzähne und eine günstige Retention erreicht werden kann. Die parodontale Ausgangssituation der Restzähne ist kritisch zu bewerten. Im Rahmen der Regelversorgung gehören mit Ausnahme von Cover-Denture-Prothesen nur Teleskop-/Konuskronen auf Eckzähnen und den ersten Prämolaren zu den Verbindungselementen.

Auszug aus dem BMV-Z, Anlage 2 (Vereinbarung zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband):

Verbindungselemente (Teleskopkrone, Konuskronen, Geschiebe, Anker, Riegel, Steg u. Ä.) an herausnehmbarem Zahnersatz bei Befundsituationen (Befunde nach 3.1), die bei der Regelversorgung lediglich Halte- und Stützelemente (Klammern) vorsehen, ändern die Art der Versorgung; ein herausnehmbarer Zahnersatz wird somit zum Kombinationszahnersatz.

Solche Versorgungen werden als andersartige Versorgungen betrachtet und insgesamt entsprechend § 55 Abs. 5 i.V. mit § 87 Abs. 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der GOZ abgerechnet. Dies gilt nicht, wenn an **allen** Ankerzähnen Befunde nach der Nr. 1.1 ansetzbar sind. In diesen Fällen gilt die Versorgung als gleichartig.

Auszug aus den Festzuschuss-Richtlinien, Abschnitt A. Allgemeines, Nr. 2, Satz 1:

„Die Festzuschüsse zu den Befunden werden auf Basis der befundbezogenen, im Einzelfall tatsächlich eingliederungsfähigen Regelversorgungen ermittelt ...“

Anmerkung:

Wenn für die Eingliederungsfähigkeit der Regelversorgung Kronen auf den Zähnen 45 und 34 zur Aufnahme von gegossenen Halte- und Stützelementen erforderlich sind, sind für diese Zähne Festzuschüsse für Einzelkronen nach Befund Nr. 1.1 ansetzbar.

Beispiel: Kombinationszahnersatz mit Teleskopen



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B	f	f	f		f	ww					ww	f		f	f	f
R	E	E	E	H	E	KVH					KVH	E	H	E	E	E
TP	E	E	E	TV	E	TV					TV	E	TV	E	E	E

Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
45,35,43,33	4	GOZ 5040
45,35,43,33	4	GOZ 2270
UK Modellgussprothese	1	GOZ 5210
38-36,34,44,46-48	4	GOZ 5070
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	3.1
	2	1.1
	2	1.3
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Brücken nebst Kombinationszahnersatz mit Geschiebe



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B	f	f	f		f	ww					ww	f	ww	f	f	f
R	E	E	E	H	E	KVH					KVH	E	KH	E	E	E
TP	E	E	E	KO	BV	KV					KV	BV	KO	E	E	E

Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
45,43,33,35	4	GOZ 5010
UK	4	GOZ 5070
45,43,33,35	4	GOZ 5120
44,34	2	GOZ 5140
UK	1	GOZ 5210
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	3.1
43,33,35	3	1.1
43,33	2	1.3
Eigenanteil des Patienten		xxx

Auszug aus den Zahnersatz-Richtlinien:

35. Über eine Kombinationsversorgung wird festsitzender mit herausnehmbarem Zahnersatz zu einer funktionalen Einheit unter Verwendung von Verbindungselementen zusammengefügt. Kombinationsversorgungen sind angezeigt, wenn gegenüber anderen Zahnersatzformen eine statisch und funktionell günstigere Belastung der Restzähne und eine günstige Retention erreicht werden kann. Die parodontale Ausgangssituation der Restzähne ist kritisch zu bewerten. Im Rahmen der Regelversorgung gehören mit Ausnahme von Cover-Denture-Prothesen nur Teleskop-/Konuskronen auf Eckzähnen und den ersten Prämolaren zu den Verbindungselementen.

Beispiel: Distal endende Freidendbrücke zur Versorgung einer Freundsituation



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B												ww	ww	f	f	f
R		H	H									KVH	KH	E		
TP												KV	K	B		

Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
34	1	GOZ 2210
35	1	GOZ 5010
36	1	GOZ 5070
34,35	2	GOZ 2270
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	2	1.1
	1	1.3
	1	3.1
Eigenanteil des Patienten		xxx

Anmerkung:

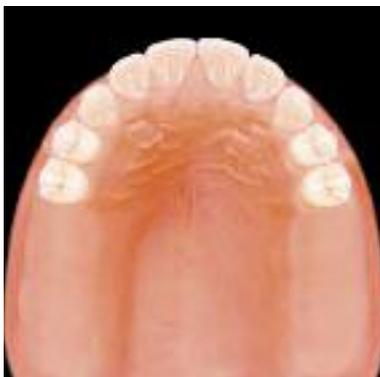
Die Gegenbeziehung muss beachtet werden. Nur wenn die Elongation eines Antagonisten nicht möglich ist, z.B. wenn auch im Oberkiefer die Zähne 27 und 28 fehlen oder durch verblockte Kronen gesichert sind, kann überhaupt ein Festzuschuss gewährt werden. In diesen Fällen liegt dann keine Versorgungsnotwendigkeit der fehlenden Zähne 37 und 38 vor.

9.4. Beispiele zu partieller Versorgungsnotwendigkeit

Voraussetzung für die Gewährung des Festzuschusses ist die Versorgung des jeweiligen auslösenden Befundes. Unter Beachtung der Versorgungsnotwendigkeit muss dieser ausreichend medizinisch versorgt sein.

Andersartiger Zahnersatz

Beispiel: Brücke zum Ersatz eines fehlenden Zahnes im Unterkiefer bei beidseitiger Freundsituation, die keiner Versorgungsnotwendigkeit unterliegt



TP																	
R																	
B	f	f	f											f	f	f	
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
B	f	f	f					f						f	f	f	
R				H	H			E				H	H				
TP							KV	BV	KV								



Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
42,31	2	GOZ 5010
41	1	GOZ 5070
42,31	2	GOZ 5120
41	1	GOZ 5140
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	3.1
Eigenanteil des Patienten		xxx

Anmerkungen:

Wenn keine Versorgungsnotwendigkeit für die fehlenden Zähne 36, 37, 46 und 47 („golden twenty-Regel“) besteht, wird der Festzuschuss nach Befund Nr. 3.1 auch bei isoliertem Ersatz des fehlenden Zahnes 41 gewährt.
 Fehlen einseitig oder beidseitig neben den Zähnen 7 und 8 weitere Zähne (hier Zähne 6), sind unabhängig der Versorgungsnotwendigkeit der Freundsituation keine Festzuschüsse für festsitzenden Zahnersatz in der Regelversorgung ansetzbar (Befundklasse 2).

Regelversorgung

Beispiel: Brücke zum Ersatz eines fehlenden Zahnes im Oberkiefer bei beidseitiger Freundsituation, die keiner Versorgungsnotwendigkeit unterliegt



TP																	
R								KV	BV	KV							
B	f	f							f							f	f
	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38
B	f	f														f	f
R																	
TP																	

Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
12,21	2	91b
11	1	92
12-21	3	19
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	2.1
	3	2.7
Eigenanteil des Patienten		xxx

Auszug aus den Festzuschuss-Richtlinien, Befund Nr. 2.1:

Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Befundes im Oberkiefer für eine Brückenversorgung zum Ersatz von bis zu zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen und für herausnehmbaren Zahnersatz ist bei beidseitigen Freundsituationen neben dem Festzuschuss nach dem Befund Nr. 2.1 zusätzlich ein Festzuschuss nach dem Befund Nr. 3.1 ansetzbar.

Anmerkung:

Wenn keine Versorgungsnotwendigkeit für die fehlenden Zähne 17 und 27 besteht, können in diesem Fall nur die Festzuschüsse 2.1 und 3 x 2.7 angesetzt werden.

Beispiel: Suprakonstruktion mit keramisch vollverblendeter Krone im Verblendbereich nach Einbringen eines Implantates bei Vorliegen eines Ausnahmefalls nach Nr. 36 der Zahnersatz-Richtlinien



TP									SKM								
R							KV	BV	KV								
B								f									
	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28

Berechnung:

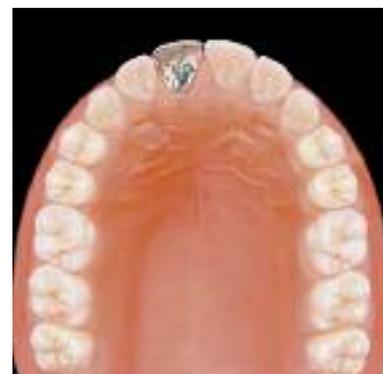
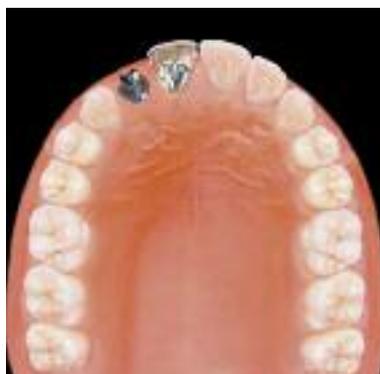
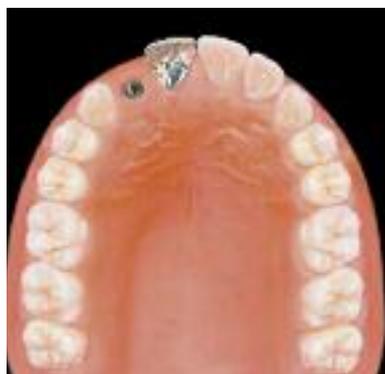
	Anzahl	BEMA/GOZ
12	1	GOZ 2200
12	1	19i
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	2.1
	3	2.7
Eigenanteil des Patienten		xxx

Auszug aus den Festzuschuss-Richtlinien Teil A Nrn. 6 und 8:

Nr. 6: Suprakonstruktionen sind in den in den Zahnersatz-Richtlinien beschriebenen Fällen Gegenstand der Regelversorgung. Bei der Gewährung von Zuschüssen für Suprakonstruktionen bei Erstversorgung mit Implantaten hat der Versicherte Anspruch auf den Festzuschuss zur Versorgung der Befundsituation, die vor dem Setzen der Implantate bestand.

Nr. 8, letzter Absatz: Für die Ausnahmefälle gemäß Nr. 36 der Zahnersatz-Richtlinien (zahnbegrenzte Einzelzahnücke, atrophierter Kiefer) bilden BEMA und BEL II weiterhin die Abrechnungsgrundlage.

Beispiel: Suprakonstruktion mit keramisch vollverblendeter Krone im Verblendbereich nach Einbringen eines Implantates
(kein Ausnahmefall nach Nr. 36 der Zahnersatz-Richtlinien)



TP								SKM									
R							KV	BV	KV								
B								f	k								
	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28

Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
12	1	GOZ 2200
12	1	GOZ 2270
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	2.1
	3	2.7
Eigenanteil des Patienten		xxx

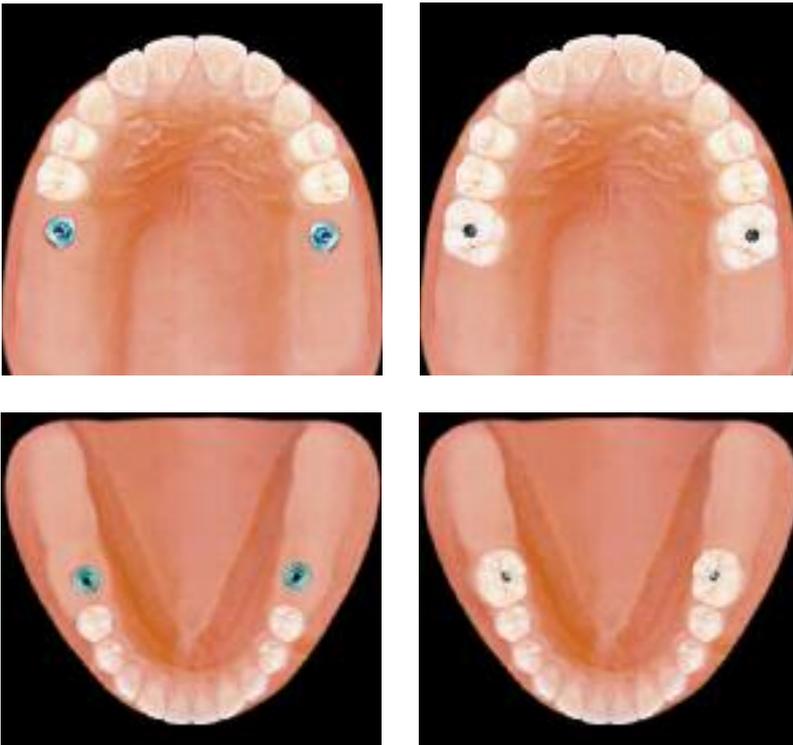
Auszug aus den Festzuschuss-Richtlinien Teil A Nrn. 6 und 8:

Nr. 6: Suprakonstruktionen sind in den in den Zahnersatz-Richtlinien beschriebenen Fällen Gegenstand der Regelversorgung. Bei der Gewährung von Zuschüssen für Suprakonstruktionen bei Erstversorgung mit Implantaten hat der Versicherte Anspruch auf den Festzuschuss zur Versorgung der Befundsituation, die vor dem Setzen der Implantate bestand.

Nr. 8, letzter Absatz: Für die Ausnahmefälle gemäß Nr. 36 der Zahnersatz-Richtlinien (zahnbegrenzte Einzelzahnücke, atrophierter Kiefer) bilden BEMA und BEL II weiterhin die Abrechnungsgrundlage.

**Beispiele zur Befundklasse 3:
Zahnbegrenzte Lücken, die nicht den Befunden nach den Nrn. 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen**

Beispiel: Einbringen von vier Implantaten mit keramisch vollverblendeten Suprakonstruktionen bei Vorliegen von Freundsituationen



TP			SKM											SKM		
R			E	H	H							H	H	E		
B	f	f	f											f	f	f
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B	f	f	f											f	f	f
R			E	H	H							H	H	E		
TP			SKM											SKM		

Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
16,26,36,46	4	GOZ 2200
16,26,36,46	4	GOZ 2270
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	2	3.1
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Suprakonstruktion mit implantatgetragenen Brücken nach Einbringen von vier Implantaten bei Freundsituationen



TP		SKM	SBM	SBM	SKM								SKM	SBM	SBM	SKM	
R		E	E	E	E	TV					TV		E	E	E	E	
B	f	f	f	f	f								f	f	f	f	f
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	



Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
17,14,24,27	4	GOZ 5000
16,15,25,26	2	GOZ 5070
17,14,24,27	4	GOZ 5120
16,15,25,26	2	GOZ 5140
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse OK	1	3.1
13,23	2	3.2
13,23	2	4.7
Eigenanteil des Patienten		xxx

Auszug aus den Festzuschuss-Richtlinien, Abschnitt A. Allgemeines, Nr. 2, Satz 1:

„Die Festzuschüsse zu den Befunden werden auf Basis der befundbezogenen, im Einzelfall tatsächlich eingliederungsfähigen Regelversorgungen ermittelt“

Auszug aus den Zahnersatz-Richtlinien:

35. „... Kombinationsversorgungen sind angezeigt, wenn gegenüber anderen Zahnersatzformen eine statisch und funktionell günstigere Belastung der Restzähne und eine günstige Retention erreicht werden kann. ...“

Anmerkung:

Wenn für die Eingliederungsfähigkeit der Regelversorgung eine Kombinationsversorgung notwendig ist, sind für die Zähne 13 und 23 Festzuschüsse nach Befund Nr. 3.2 ansetzbar.

**Beispiel zur Befundklasse 4:
Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen oder zahnloser Kiefer**

Beispiel: Hybridkonstruktion mit teilweise implantatgetragenen und teilweise zahngetragenen Teleskopkronen



TP		T	SE	STV	SE	TV	SE	SE	SE	SE	TV	SE	STV	SE	SE	SE
R		T	E	E	E	TV	E	E	E	E	TV	E	E	E	E	E
B	f		f	f	f		f	f	f	f		f	f	f	f	f
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
17,15,13,23,25	5	GOZ 2270
17,15,13,23,25	5	GOZ 5040
OK	1	GOZ 5210
16,14,12-22,24,26-28	5	GOZ 5070
zusätzliche GOZ-Ziffern für Implantate berechenbar		
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	4.1
	3	4.6
	2	4.7
Eigenanteil des Patienten		xxx

9.5.2. Erneuerungen/Wiederherstellungen/Reparaturen von Suprakonstruktionen

Befund 7.1

Erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion (vorhandenes Implantat bei zahnbegrenzter Einzelzahnlücke), je implantatgetragene Krone

Beispiel: Erneuerungsbedürftige vestibulär verblendete Suprakonstruktionskrone bei Vorliegen eines Ausnahmefalls nach Nr. 36 der Zahnersatz-Richtlinien



TP									SKV							
R									sw							
B																
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
	1	20bi
	1	19i
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	7.1
	1	1.3
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Erneuerung einer zahnbegrenzten, implantatgetragenen und keramisch vollverblendeten Krone im Verblendbereich bei Vorliegen eines Ausnahmefalls nach Nr. 36 der Zahnersatz-Richtlinien



TP										SKM									
R										SKV									
B										sw									
	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28		

Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
	1	GOZ 2200
	1	19i
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	7.1
	1	1.3
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Erneuerung einer zahnbegrenzten, implantatgetragenen und keramisch vollverblendeten Krone außerhalb des Verblendbereichs bei Vorliegen eines Ausnahmefalls nach Nr. 36 der Zahnersatz-Richtlinien

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B													sw			
R													SK			
TP													SKM			

Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
	1	GOZ 2200
	1	19i
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	7.1
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Erneuerung einer implantatgetragenen keramisch vollverblendeten Krone



TP										SKM							
R																	
B										sw	k						
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	

Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
	1	GOZ 2200
	1	GOZ 2270
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	7.1
	1	1.3
Eigenanteil des Patienten		xxx

Anmerkung:

Nach den Zahnersatz-Richtlinien Nr. 36 a) gehören Suprakonstruktionen bei zahnbegrenzten Einzelzahnlücken zur Regelversorgung, wenn keine parodontale Behandlungsbedürftigkeit besteht und die Nachbarzähne kariesfrei und nicht überkronungsbedürftig bzw. überkront sind. Hier ist die Richtlinie Nr. 36 a) nicht erfüllt, da Zahn 22 überkront ist.

Befund 7.2

Erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion, die über den Befund nach 7.1 hinausgeht, je implantatgetragene Krone, Brückenanker oder Brückenglied, höchstens viermal je Kiefer

Anmerkung:

Ein Ausnahmefall nach Nr. 36 der Zahnersatz-Richtlinien kann bei Befund 7.2 nicht vorliegen. Somit handelt es sich bei Vorliegen eines Befundes 7.2 immer um einen andersartigen Zahnersatz.

Beispiel: Erneuerung von zwei benachbarten implantatgetragenen, vestibulär verblendeten Kronen im Verblendbereich



TP										SKV	SKV								
R																			
B										SW	SW								
	18	17	16	15	14	13	12	11				21	22	23	24	25	26	27	28

Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
	2	GOZ 2200
	2	GOZ 2270
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	2	7.2
	2	1.3
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Erneuerung von vier implantatgetragenen, vollverblendeten Kronen im Verblend- und Nichtverblendbereich

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B												SW	SW	SW	SW	
R																
TP												SKM	SKM	SKM	SKM	

Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
	4	GOZ 2200
	4	GOZ 2270
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	4	7.2
	1	1.3
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Erneuerung von fünf implantatgetragenen Kronen

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B		k	k	k	sw							SW	SW	SW	SW	
R																
TP					SKM							SKM	SKM	SKM	SKM	

Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
	5	GOZ 2200
	5	GOZ 2270
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	4	7.2
	1	7.1
	2	1.3
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Erneuerung von zwei implantatgetragenen Kronen und einer viergliedrigen, implantatgetragenen Brücke



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B				SW	SW							sw	b	sw	sw	
R																
TP				SKM	SKM							SKM	SBM	SKM	SKM	

Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
	3	GOZ 2200
	3	GOZ 2270
	2	GOZ 5000
	1	GOZ 5070
	2	GOZ 5120
	1	GOZ 5140
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	4	7.2
	1	1.3
	1	2.7
Eigenanteil des Patienten		xxx

Befund 7.3

Wiederherstellungsbedürftige Suprakonstruktionen (Facette), je Facette

Beispiel: Erneuerung der vestibulären Verblendung einer implantatgetragenen Krone bei Vorliegen eines Ausnahmefalls nach Nr. 36 der Zahnersatz-Richtlinien



Berechnung:

	Anzahl	BEMA
	1	24bi
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	7.3
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Wiederbefestigung der vestibulären Verblendung einer implantatgetragenen Krone bei Vorliegen eines Ausnahmefalls nach Nr. 36 der Zahnersatz-Richtlinien

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
	1	24bi
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	7.3
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Wiederbefestigung einer Verblendschale an einer zahnbegrenzten und vollverblendeten implantatgetragenen Krone im Verblendbereich

Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
	1	GOZ 2320
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	7.3
Eigenanteil des Patienten		xxx

Befund 7.4

Wiederherstellungsbedürftiger festsitzender rezementierbarer oder zu verschraubender Zahnersatz, je implantatgetragene Krone oder Brückenanker

Beispiel: Wiedereingliederung einer implantatgetragenen Krone bei Vorliegen eines Ausnahmefalls nach Nr. 36 der Zahnersatz-Richtlinien

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
	1	24ai
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	7.4
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Wiedereingliederung und Erneuerung der vestibulären Verblendung bei Vorliegen eines Ausnahmefalls nach Nr. 36 der Zahnersatz-Richtlinien



Berechnung:

	Anzahl	BEMA
	1	24ai
	1	24bi
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	7.3
	1	7.4
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Wiedereingliederung einer zahnbegrenzten und vollverblendeten implantatgetragenen Verblendkrone im Verblendbereich und Erneuerung der Verblendung

Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
	1	GOZ 2320
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	7.3
	1	7.4
Eigenanteil des Patienten		xxx

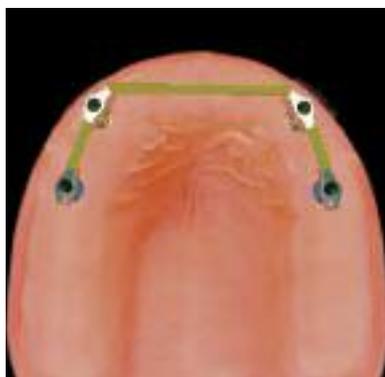
Befund 7.5

Erneuerungsbedürftige implantatgetragene Prothesenkonstruktion, je Prothesenkonstruktion

Anmerkung:

Eine Regelversorgung ist bei dem Befund 7.5 nur bei Vorliegen eines Ausnahmefalls nach Nr. 36 der Zahnersatz-Richtlinien hinterlegt und ist somit in diesen Fällen immer mit dem Befund 7.6 verknüpft.

Beispiel: Erneuerung einer implantatgetragenen Totalprothese bei zahnlosem, nicht atrophiertem Oberkiefer unter Erhaltung der bisherigen implantatgetragenen Stegkonstruktion



TP	SE	SE	SE	SEO	SE	SEO	SE										
R																	
B	SW	SW	SW	SW	SW	SW	SW	SW	SW	SW	SW	SW	SW	SW	SW	SW	SW
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	



Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
	1	GOZ 5220
	1	GOZ 5180
	3	GOZ 5090
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	7.5
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Erneuerung einer implantat- und zahngetragenen Prothese im Oberkiefer einschließlich der Sekundärteleskope

TP		T	SE	STV	SE	TV	SE	SE	SE	SE	TV	SE	STV	SE	SE	SE
R																
B		tw	sw	sw	sw	tw	sw	sw	sw	sw	tw	sw	sw	sw	sw	sw
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

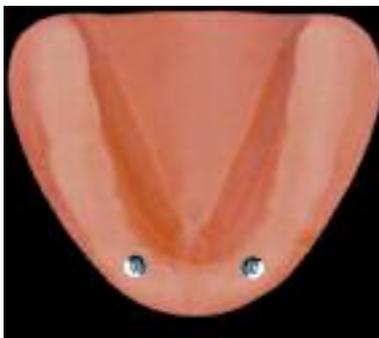
Berechnung:

	Anzahl	BEMA/GOZ
	5	GOZ 2270
	1	GOZ 5210
	5	GOZ 5070
	5	GOZ 5100
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	7.5
Eigenanteil des Patienten		xxx

Befund 7.6

Erneuerungsbedürftige Prothesenkonstruktion bei atrophiertem zahnlosem Kiefer, je implantatgetragenen Konnektor als Zuschlag zum Befund nach Nr. 7.5, höchstens viermal je Kiefer

Beispiel: Erneuerung einer implantatgetragenen Prothesenkonstruktion mit Kugelknopfverankerung bei Vorliegen eines Ausnahmefalls nach Nr. 36 der Zahnersatz-Richtlinien



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B	sw	sw	sw	sw	sw	sw	sw	sw	sw	sw	sw	sw	sw	sw	sw	sw
R	SE	SE	SE	SE	SE	SEO	SE	SE	SE	SE	SEO	SE	SE	SE	SE	SE
TP																



Berechnung:

	Anzahl	BEMA
UK	1	97bi
UK	1	98ci
Die Berechnung der Implantatverbindung und der Implantatteile erfolgt nach der GOZ		
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse UK	1	7.5
43,33	2	7.6
Eigenanteil des Patienten		xxx

Befund 7.7

Wiederherstellungsbedürftige implantatgetragene Prothesenkonstruktion, Umgestaltung einer vorhandenen Totalprothese zur Suprakonstruktion bei Vorliegen eines zahnlosen atrophierten Kiefers, je Prothesenkonstruktion

Beispiel: Sprungreparatur einer implantatgetragenen Totalprothese bei Vorliegen eines Ausnahmefalls nach Nr. 36 der Zahnersatz-Richtlinien

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
	1	100ai
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	7.7
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Erneuerung eines Zahnes an einer implantatgetragenen Totalprothese mit der Notwendigkeit einer Abformung bei Vorliegen eines Ausnahmefalls nach Nr. 36 der Zahnersatz-Richtlinien

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
	1	100bi
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	7.7
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Vollständige Unterfütterung mit funktioneller Randgestaltung einer implantatgetragenen Unterkiefertotalprothese bei Vorliegen eines Ausnahmefalls nach Nr. 36 der Zahnersatz-Richtlinien

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
	1	100fi
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	7.7
Eigenanteil des Patienten		xxx

Beispiel: Umgestaltung einer vorhandenen Oberkiefertotalprothese zur Suprakonstruktion bei Vorliegen eines Ausnahmefalls nach Nr. 36 der Zahnersatz-Richtlinien

Berechnung:

	Anzahl	BEMA
	1	100bi
Material- und Laborkosten		xxx
abzüglich Festzuschüsse	1	7.7
Eigenanteil des Patienten		xxx

Festzuschuss-Richtlinien, Teil A Allgemeines, Nr. 7:

Bei der Erstversorgung, der Erneuerung und der Wiederherstellung von Suprakonstruktionen sind für alle Leistungen im Zusammenhang mit den Implantaten, wie die Implantate selbst, die Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente, keine Festzuschüsse ansetzbar.

11 Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (Auszug)

11.1 Festzuschuss-Richtlinie

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Bestimmung der Befunde und der Regelversorgungsleistungen, für die Festzuschüsse nach §§ 55, 56 SGB V zu gewähren sind (Festzuschuss-Richtlinie) sowie über die Höhe der auf die Regelversorgungsleistungen entfallenden Beträge nach § 56 Absatz 4 SGB V in der Fassung vom 3. November 2004, in Kraft getreten am 1. Januar 2005, zuletzt geändert am 3. September 2020, in Kraft getreten am 1. Oktober 2020.

11.1.1 Präambel

Der Gemeinsame Bundesausschuss in der Besetzung für die vertragszahnärztliche Versorgung nach § 91 Abs. 6 SGB V bestimmt auf der Grundlage der Zahnersatz-Richtlinien die Befunde, für die Festzuschüsse nach § 55 SGB V gewährt werden und ordnet diesen nach § 56 Abs. 2 SGB V prothetische Regelversorgungen zu. Die Bestimmung der Befunde ist auf der Grundlage einer international anerkannten Klassifikation des Lückengebisses erfolgt. Dem zahnmedizinischen Befund wird unter Berücksichtigung der Zahnersatz-Richtlinien ein Befund dieser Festzuschuss-Richtlinien zugeordnet.

Die dem jeweiligen Befund zugeordnete zahnprothetische Versorgung orientiert sich an den zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen, die zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen nach dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse für den jeweiligen Befund gehören.

Bei der Zuordnung der Regelversorgung sind auch die Funktionsdauer, die Stabilität und auch die Gegenbezahnung berücksichtigt worden.

In die Festlegung der Regelversorgung sind die Befunderhebung, die Planung, die Vorbereitung des Restgebisses, die Beseitigung von groben Okklusionshindernissen und alle Maßnahmen zur Herstellung und Eingliederung des Zahnersatzes einschließlich der Nachbehandlung sowie die Unterweisung im Gebrauch des Zahnersatzes einbezogen.

Dem Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen ist nach § 56 Abs. 3 SGB V Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben worden. Die Stellungnahme ist in die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses einbezogen worden.

3. Auflage 01.01.2012, aktualisiert 01.10.2020

11.1.2 A. Allgemeines

1. Die nach dem zahnmedizinischen Befund zugeordneten Befunde von Teil B dieser Festzuschuss-Richtlinien sind nur ansetzbar, wenn die in den Beschreibungen der nachfolgenden Befunde geregelten Voraussetzungen vorliegen. Dabei sind die Inhalte der Leistungsbeschreibungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen berücksichtigt worden.

Bei der Feststellung der Befunde wird Zahnersatz einschließlich Suprakonstruktionen natürlichen Zähnen gleichgestellt, soweit der vorhandene Zahnersatz noch funktionstüchtig ist oder die Funktionstüchtigkeit, z. B. durch Erweiterung, wiederhergestellt werden kann. Bei Erneuerungen und Erweiterungen von festsitzenden, nach der Versorgung teilweise zahngetragenen Suprakonstruktionen werden bereits vorhandene Suprakonstruktionen ebenfalls natürlichen Zähnen gleichgestellt.

2. Die Festzuschüsse zu den Befunden werden auf Basis der befundbezogenen, im Einzelfall tatsächlich eingliederungsfähigen Regelversorgungen ermittelt und erst dann gewährt, wenn die auslösenden Befunde mit Zahnersatz, Zahnkronen oder Suprakonstruktionen so versorgt sind, dass keine weitere Versorgungsnotwendigkeit besteht. Bei Teilleistungen werden die Festzuschüsse anteilig gewährt. Festzuschüsse für Verblendungen werden immer dann gewährt, wenn die Regelversorgung diese vorsieht.

Protokollnotiz:

In begründeten Ausnahmefällen kann die Wiederherstellung einer ausreichenden Funktion des Kauorgans bzw. die Verhinderung einer Beeinträchtigung des Kauorgans auch in medizinisch sinnvollen Therapieschritten erfolgen. Die Festzuschüsse werden auf der Basis des Gesamtbefundes ermittelt und in diesen Fällen entsprechend dem durchgeführten Therapieschritt gewährt, ohne zu insgesamt höheren Festzuschüssen zu führen, als sie bei einer Behandlung gemäß des Gesamtbefundes entstanden wären. Die Krankenkasse kann den Befund und den geplanten Therapieschritt begutachten lassen.

3. Bei der Versorgung mit Zahnersatz soll eine funktionell ausreichende Gegenbeziehung vorhanden sein oder im Laufe der Behandlung hergestellt werden.

4. Bei Versicherten, die gemäß § 55 Abs. 2 SGB V unzumutbar belastet würden, gewähren die Krankenkassen zusätzlich zu den Festzuschüssen nach § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V einen weiteren Betrag in Höhe von 40 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 SGB V festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung, angepasst an die Höhe der für die jeweilige Regelversorgungsleistung tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der nach § 57 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V entstandenen Kosten.

Protokollnotiz:

Der Gemeinsame Bundesausschuss geht davon aus, dass Festzuschüsse auch bei „Nicht-Härtefällen“ höchstens in Höhe der nach § 57 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V entstandenen Kosten gewährt werden.

5. Wählen Versicherte, die gemäß § 55 Abs. 2 SGB V unzumutbar belastet würden, einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz gemäß § 55 Abs. 4 oder 5 SGB V, leisten die Krankenkassen nur den Festzuschuss nach § 55 Absatz 1 Satz 2 SGB V und den Betrag in Höhe von 40 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 SGB V festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung.

6. Suprakonstruktionen sind in den in den Zahnersatz-Richtlinien beschriebenen Fällen Gegenstand der Regelversorgung. Bei der Gewährung von Zuschüssen für Suprakonstruktionen bei Erstversorgung mit Implantaten hat der Versicherte Anspruch auf den Festzuschuss zur Versorgung der Befundsituation, die vor dem Setzen der Implantate bestand. Für die Erneuerung und Wiederherstellung von Suprakonstruktionen sind Festzuschüsse ansetzbar, die der Gemeinsame Bundesausschuss auf der Grundlage von entsprechenden Regelleistungen ermittelt hat.

Eine Gewährung von Festzuschüssen erfolgt auch in den Fällen, in denen Suprakonstruktionen außerhalb der in den Zahnersatz-Richtlinien genannten Fälle gewählt werden.

7. Bei der Erstversorgung, der Erneuerung und der Wiederherstellung von Suprakonstruktionen sind für alle Leistungen im Zusammenhang mit den Implantaten, wie die Implantate selbst, die Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente, keine Festzuschüsse ansetzbar.

8. Die Kosten für Zahnersatz einschließlich Zahnkronen sind gegenüber dem Versicherten für diejenigen Leistungen, die der Regelversorgung entsprechen, nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (BEMA) und auf der Grundlage des bundeseinheitlichen Verzeichnisses der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen (BEL II – 2004) abzurechnen.

Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 SGB V hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, gilt als Abrechnungsgrundlage für die Mehrkosten die Gebührenordnung für Zahnärzte. Wählen Versicherte eine von der Regelversorgung abweichende andersartige Versorgung nach § 55 Abs. 5 SGB V, gilt als Abrechnungsgrundlage ebenfalls die Gebührenordnung für Zahnärzte.

Für die Ausnahmefälle gemäß Nr. 36 der Zahnersatz-Richtlinien (zahnbegrenzte Einzelzahnücke, atrophierter Kiefer) bilden BEMA und BEL II weiterhin die Abrechnungsgrundlage.

9. Begleitleistungen wie Anästhesien, Röntgenaufnahmen, parodontologische und konservierende Leistungen, die bei Versorgungen gemäß § 56 Abs. 2 SGB V (Regelleistungen) erbracht werden, sind als vertragszahnärztliche Leistungen abzurechnen. Dies gilt auch in Fällen, in denen Versicherte eine Versorgung nach § 55 Abs. 4 und Abs. 5 SGB V wählen.

Protokollnotiz:

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 14.07.2004 auf der Grundlage von § 56 Abs. 2 SGB V die Befunde bestimmt, für die Festzuschüsse gewährt werden. Er wird die Auswirkungen der beschlossenen Festzuschüsse, auch im Hinblick auf die Anwendung im Einzelfall überprüfen und ggf. auf der Grundlage von § 56 Abs. 2 Satz 12 SGB V fortentwickeln.

11.1.3 B. Befunde und zugeordnete Regelversorgungen

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
1. Erhaltungswürdiger Zahn		
<p>1.1 Erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung der klinischen Krone oder unzureichende Retentionsmöglichkeit, je Zahn</p>	<p>20a Metallische Vollkrone 19 Provisorische Krone 24c Abnahme und Wiedereingliederung eines Provisoriums 7b Planungsmodelle 98a Individuelle Abformung</p>	<p>0010 Modell 0023 Verwendung von Kunststoff 0024 Galvanisieren 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0055 Fräsmodell 0060 Zahnkranz 0070 Zahnkranz sockeln 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0220 Bisswall 0240 Übertragungskappe 0310 Provisorische Krone 0320 Formteil 1021 Vollkrone/Metall 1031 Vorbereiten Krone 1032 Krone einarbeiten 1360 Gefrästes Lager 1500 Metallverbindung nach Brand 9330 Versandkosten</p> <p>Material: NEM Verbrauchsmaterial Praxis</p>

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
1.2 Erhaltungswürdiger Zahn mit großen Substanzdefekten, aber erhaltener vestibulärer und/oder oraler Zahnschubstanz, je Zahn	20c Metallische Teilkronen 19 Provisorische Krone 24c Abnahme und Wiedereingliederung eines Provisoriums 7b Planungsmodelle 98a Individuelle Abformung	0010 Modell 0023 Verwendung von Kunststoff 0024 Galvanisieren 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0055 Fräsmo­dell 0060 Zahnkranz 0070 Zahnkranz sockeln 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0220 Bisswall 0240 Übertragungskappe 0310 Provisorische Krone 0320 Formteil 1022 Teilkronen 1031 Vorbereiten Krone 1032 Krone einarbeiten 1360 Ge­frä­stes Lager 9330 Versandkosten Material: NEM Verbrauchsmaterial Praxis

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
<p>1.3 Erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung der klinischen Krone oder unzureichende Retentionsmöglichkeit im Verblendbereich (15-25 und 34-44), je Verblendung für Kronen (auch implantatgestützte)</p>	<p>20b Vestibulär verblendete Verblendkrone abzüglich: 20a Metallische Vollkrone</p> <p>24c Abnahme und Wiedereingliederung eines Provisoriums</p>	<p>1024 Krone für vestibuläre Verblendung abzüglich: 1021 Vollkrone/Metall</p> <p>1500 Metallverbindung nach Brand</p> <p>1550 Konditionierung</p> <p>1600 Vestib. Verblendung Kunststoff</p> <p>1610 Zahnfleisch Kunststoff</p> <p>1620 Vestibuläre Verblendung Keramik</p> <p>1630 Zahnfleisch Keramik</p> <p>1640 Vestib. Verblendung Komposite</p> <p>1650 Zahnfleisch Komposite</p> <p>9330 Versandkosten</p>
<p>1.4 Endodontisch behandelter Zahn mit Notwendigkeit eines konfektionierten metallischen Stiftaufbaus mit herkömmlichen Zementierungsverfahren, je Zahn</p>	<p>18a Konfektionierter Stiftaufbau</p>	<p>Material: Stift</p>
<p>1.5 Endodontisch behandelter Zahn mit Notwendigkeit eines gegossenen metallischen Stiftaufbaus mit herkömmlichen Zementierungsverfahren, je Zahn</p>	<p>18b Gegossener Stiftaufbau, zweiseitig</p> <p>21 Prov. Krone mit Stiftverankerung</p>	<p>0010 Modell</p> <p>0051 Sägemodell</p> <p>0052 Einzelstumpfmodell</p> <p>0053 Modell nach Überabdruck</p> <p>0060 Zahnkranz</p> <p>0070 Zahnkranz sockeln</p> <p>0120 Mittelwertartikulator</p> <p>1033 Stiftaufbau einarbeiten</p> <p>1040 Modellation gießen</p> <p>1050 Stiftaufbau</p> <p>9330 Versandkosten</p> <p>Material: NEM Verbrauchsmaterial Praxis</p>

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
<p>2. Zahnbegrenzte Lücken von höchstens vier fehlenden Zähnen je Kiefer bei ansonsten geschlossener Zahnreihe unter der Voraussetzung, dass keine Freundsituation vorliegt (Lückensituation I)</p> <p>Ein fehlender Zahn 7 löst eine Freundsituation aus. Dies gilt nicht, wenn Zahn 8 vorhanden ist und dieser als möglicher Brückenanker verwendbar ist. Soweit Zahn 7 einseitig oder beidseitig fehlt und hierfür keine Versorgungsnotwendigkeit besteht, liegt keine Freundsituation vor. Auch nicht versorgungsbedürftige Freundsituationen werden für die Ermittlung der Anzahl der fehlenden Zähne je Kiefer berücksichtigt. Ein fehlender Weisheitszahn ist nicht mitzuzählen.</p> <p>Für lückenangrenzende Zähne nach den Befunden von Nr. 2 sind Befunde nach den Nrn. 1.1 bis 1.3 nicht ansetzbar. Das Gleiche gilt bei einer Versorgung mit Freidendbrücken für den Pfeilerzahn, der an den lückenangrenzenden Pfeilerzahn angrenzt.</p> <p><i>Protokollnotiz:</i> Die Indikation für die Einbeziehung eines Weisheitszahns als Brückenanker bei Befunden nach den Nrn. 2.1 bis 2.3 ist besonders kritisch zu bewerten.</p>		

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
<p>2.1 Zahnbegrenzte Lücke mit einem fehlenden Zahn, je Lücke</p> <p>Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Befundes im Oberkiefer für eine Brückenversorgung zum Ersatz von bis zu zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen und für herausnehmbaren Zahnersatz ist bei beidseitigen Freundsituationen neben dem Festzuschuss nach dem Befund Nr. 2.1 zusätzlich ein Festzuschuss nach dem Befund Nr. 3.1 ansetzbar.</p>	<p>7b Planungsmodelle</p> <p>91a Brückenanker (Metallische Vollkrone)</p> <p>91c Brückenanker (Metallische Teilkrone)</p> <p>92 Brückenspanne</p> <p>19 Provisorische Brücke, Brückenanker bzw. Brückenglied/er</p> <p>95d Abnahme und Wieder- befestigung einer proviso- rischen Brücke</p> <p>98a Individuelle Abformung</p> <p>89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen</p> <p>93a Adhäsivbrücke mit Metall- gerüst mit einem Flügel</p> <p>93b Adhäsivbrücke mit Metall- gerüst mit zwei Flügeln</p>	<p>0010 Modell</p> <p>0023 Verwendung von Kunststoff</p> <p>0024 Galvanisieren</p> <p>0051 Sägemodell</p> <p>0052 Einzelstumpfmodell</p> <p>0053 Modell nach Überabdruck</p> <p>0060 Zahnkranz</p> <p>0070 Zahnkranz sockeln</p> <p>0120 Mittelwertartikulator</p> <p>0201 Basis für Vorbissnahme</p> <p>0211 Individueller Löffel</p> <p>0213 Basis für Bissregistrierung</p> <p>0220 Bisswall</p> <p>0240 Übertragungskappe</p> <p>0310 Provisorische Krone</p> <p>0320 Formteil</p> <p>1021 Vollkrone Metall</p> <p>1022 Teilkrone</p> <p>1023 Flügel für Adhäsivbrücke</p> <p>1031 Vorbereiten Krone</p> <p>1100 Brückenglied</p> <p>1500 Metallverbindung nach Brand</p> <p>1550 Konditionierung</p> <p>9330 Versandkosten</p> <p>Material: NEM Verbrauchsmaterial Praxis</p>

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
<p>2.2 Zahnbegrenzte Lücke mit zwei nebeneinander fehlenden Zähnen, je Lücke</p> <p>Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Befundes im Oberkiefer für eine Brückenversorgung zum Ersatz von bis zu zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen und für herausnehmbaren Zahnersatz ist bei beidseitigen Freundsituationen neben dem Festzuschuss nach dem Befund Nr. 2.2 zusätzlich ein Festzuschuss nach dem Befund Nr. 3.1 ansetzbar.</p> <p><i>Protokollnotiz: Adhäsivbrücken mit Metallgerüst im Frontzahnbereich bei Versicherten, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, gelten als gleichartige Versorgung.</i></p>	<p>7b Planungsmodelle</p> <p>91a Brückenanker (Metallische Vollkrone)</p> <p>91c Brückenanker (Metallische Teilkrone)</p> <p>92 Brückenspanne</p> <p>19 Provisorische Brücke, Brückenanker bzw. Brückenglied/er</p> <p>95d Abnahme und Wiederbefestigung einer provisorischen Brücke</p> <p>98a Individuelle Abformung</p> <p>89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen</p> <p>93a Adhäsivbrücke mit Metallgerüst mit einem Flügel</p> <p>93b Adhäsivbrücke mit Metallgerüst mit zwei Flügeln</p>	<p>0010 Modell</p> <p>0023 Verwendung von Kunststoff</p> <p>0024 Galvanisieren</p> <p>0051 Sägemodell</p> <p>0052 Einzelstumpfmodell</p> <p>0053 Modell nach Überabdruck</p> <p>0060 Zahnkranz</p> <p>0070 Zahnkranz sockeln</p> <p>0120 Mittelwertartikulator</p> <p>0201 Basis für Vorbissnahme</p> <p>0211 Individueller Löffel</p> <p>0213 Basis für Bissregistrierung</p> <p>0220 Bisswall</p> <p>0240 Übertragungskappe</p> <p>0310 Provisorische Krone</p> <p>0320 Formteil</p> <p>1021 Vollkrone Metall</p> <p>1022 Teilkrone</p> <p>1023 Flügel für Adhäsivbrücke</p> <p>1031 Vorbereiten Krone</p> <p>1100 Brückenglied</p> <p>1500 Metallverbindung nach Brand</p> <p>1550 Konditionierung</p> <p>9330 Versandkosten</p> <p>Material: NEM Verbrauchsmaterial Praxis</p>

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
<p>2.3 Zahnbegrenzte Lücke mit drei nebeneinander fehlenden Zähnen, je Kiefer</p>	<p>7b Planungsmodelle 91a Brückenanker (Metallische Vollkrone) 91c Brückenanker (Metallische Teilkrone) 92 Brückenspanne 19 Provisorische Brücke, Brückenanker bzw. Brückenglied/er 95d Abnahme und Wiederbefestigung einer provisorischen Brücke 98a Individuelle Abformung 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen</p>	<p>0010 Modell 0023 Verwendung von Kunststoff 0024 Galvanisieren 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0060 Zahnkranz 0070 Zahnkranz sockeln 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0220 Bisswall 0240 Übertragungskappe 0310 Provisorische Krone 0320 Formteil 1021 Vollkrone Metall 1022 Teilkrone 1031 Vorbereiten Krone 1100 Brückenglied 1500 Metallverbindung nach Brand 9330 Versandkosten</p> <p>Material: NEM Verbrauchsmaterial Praxis</p>

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
2.4 Frontzahn­lücke mit vier nebeneinander fehlenden Zähnen, je Kiefer	7b Planungsmodelle 91a Brückenanker (Metallische Vollkrone) 91c Brückenanker (Metallische Teilkrone) 92 Brückenspanne 19 Provisorische Brücke, Brückenanker bzw. Brückenglied/er 95d Abnahme und Wieder- befestigung einer proviso- rischen Brücke 98a Individuelle Abformung 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen	0010 Modell 0023 Verwendung von Kunststoff 0024 Galvanisieren 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0060 Zahnkranz 0070 Zahnkranz sockeln 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0220 Bisswall 0240 Übertragungskappe 0310 Provisorische Krone 0320 Formteil 1021 Vollkrone Metall 1022 Teilkrone 1031 Vorbereiten Krone 1100 Brückenglied 1500 Metallverbindung nach Brand 9330 Versandkosten Material: NEM Verbrauchsmaterial Praxis

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
<p>2.5 An eine Lücke unmittelbar angrenzende weitere zahnbegrenzte Lücke mit einem fehlenden Zahn</p>	<p>7b Planungsmodelle 91a Brückenanker (Metallische Vollkrone) 91c Brückenanker (Metallische Teilkrone) 92 Brückenspanne 19 Provisorische Brücke, Brückenanker bzw. Brückenglied/er 95d Abnahme und Wiederbefestigung einer provisorischen Brücke 98a Individuelle Abformung</p>	<p>0010 Modell 0023 Verwendung von Kunststoff 0024 Galvanisieren 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0060 Zahnkranz 0070 Zahnkranz sockeln 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0220 Bisswall 0240 Übertragungskappe 0310 Provisorische Krone 0320 Formteil 1021 Vollkrone Metall 1022 Teilkrone 1031 Vorbereiten Krone 1100 Brückenglied 1500 Metallverbindung nach Brand 9330 Versandkosten</p> <p>Material: NEM Verbrauchsmaterial Praxis</p>

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
<p>2.6 Disparallele Pfeilerzähne zur fest-sitzenden Zahnersatzversorgung, Zuschlag je Lücke</p>	<p>7b Planungsmodelle 19 Provisorische Brücke, Brückenanker 91e Geschiebe bei geteilten Brücken 95d Abnahme und Wiederbefestigung der provisorischen Brücke 98a Individuelle Abformung</p>	<p>0010 Modell 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0055 Fräsmodell 0060 Zahnkranz 0070 Zahnkranz sockeln 0211 Individueller Löffel 1331 Individuelles Geschiebe 1341 Konfektions-Geschiebe</p> <p>Material: NEM Verbrauchsmaterial Praxis Konfektioniertes Geschiebe</p>
<p>2.7 Fehlender Zahn in einer zahnbegrenzten Lücke im Verblendbereich (15-25 und 34-44), je Verblendung für einen ersetzen Zahn, auch für einen der Lücke angrenzenden Brückenanker im Verblendbereich. Der Befund ist nicht ansetzbar für Flügel einer Adhäsivbrücke.</p>	<p>91b Brückenanker (Vestibulär verblendete Verblendkrone) abzüglich: 91a Brückenanker (Metallische Vollkrone) 95d Abnahme und Wiederbefestigung der provisorischen Brücke</p>	<p>1024 Krone für vestibuläre Verblendung abzüglich: 1021 Vollkrone/Metall 1500 Metallverbindung nach Brand 1550 Konditionierung 1600 Vestibuläre Verblendung Kunststoff 1610 Zahnfleisch Kunststoff 1620 Vestibuläre Verblendung Keramik 1630 Zahnfleisch Keramik 1640 Vestibuläre Verblendung Komposite 1650 Zahnfleisch Komposite 9330 Versandkosten</p>

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
<p>3. Zahnbegrenzte Lücken, die nicht den Befunden nach den Nrn. 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen</p>		
<p>3.1 Alle zahnbegrenzten Lücken, die nicht den Befunden nach Nrn. 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen, oder Freundsituationen (Lückensituation II), je Kiefer</p> <p>Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Befundes im Oberkiefer für eine Brückenversorgung zum Ersatz von bis zu zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen und für herausnehmbaren Zahnersatz ist bei beidseitigen Freundsituationen neben dem Festzuschuss nach dem Befund Nr. 3.1 zusätzlich ein Festzuschuss nach den Befunden der Nrn. 2.1 oder 2.2 ansetzbar.</p>	<p>7b Planungsmodelle 96a Partielle Prothese 96b Partielle Prothese 96c Partielle Prothese 98a Individuelle Abformung 98b Funktionsabdruck OK 98c Funktionsabdruck UK 98g Metallbasis 98h/1 gegossene Halte- und Stützvorrichtung 98h/2 gegossene Halte- und Stützvorrichtungen 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen</p>	<p>0010 Modell 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0212 Funktionslöffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0220 Bisswall 1370 Schubverteilungsarm 1550 Konditionierung 1600 Vest. Verblendung Kunststoff 1610 Zahnfleisch Kunststoff 1640 Vest. Verblendung Komposite 1650 Zahnfleisch Komposite 2010 Metallbasis 2021 Einarmige gegossene Haltevorrichtung 2025 Kralle 2026 Ney-Stiel 2027 Auflage 2028 Umgehungsbügel 2031 Zweiarmlige gegossene Haltevorrichtung 2041 Zweiarmlige gegossene Halte- und Stützvorrichtung/Auflage 2050 Bonwill-Klammer 2081 Rückenschutzplatte 2082 Metallzahn 2083 Metallkaufäche 2110 Abschlussrand 3010 Aufstellung Grundeinheit 3020 Aufstellung Wachs je Zahn 3030 Aufstellung Metall je Zahn 3410 Übertragung je Zahn</p>

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
		3610 Fertigstellung Grundeinheit 3620 Fertigstellung je Zahn 3800 Einfache gebogene Halte-/ Stützvorrichtung 3805 Einfache gebogene Halte-/Stütz- vorrichtung – gebogene Auflage 3810 Sonstige gebogene Halte- und/ oder Stützvorrichtung 3821 Weichkunststoff 3822 Sonderkunststoff 3830 Zahn, zahnfarben hergestellt 3840 Zahn, zahnfarben hinterlegen 9330 Versandkosten Material: Zähne Verbrauchsmaterial Praxis

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
<p>3.2</p> <p>a) Beidseitig bis zu den Eckzähnen oder bis zu den ersten Prämolaren verkürzte Zahnreihe</p> <p>b) einseitig bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren verkürzte Zahnreihe und kontralateral im Seitenzahnggebiet bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren unterbrochene Zahnreihe mit mindestens zwei nebeneinander fehlenden Zähnen</p> <p>c) beidseitig im Seitenzahnggebiet bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren unterbrochene Zahnreihe mit jeweils mindestens zwei nebeneinander fehlenden Zähnen</p> <p>mit der Notwendigkeit einer dentalen Verankerung wenn die Regelversorgung eine Kombinationsversorgung vorsieht, auch für frontal unterbrochene Zahnreihe, je Eckzahn oder erstem Prämolaren. Der Befund ist zweimal je Kiefer ansetzbar.</p>	<p>19 Provisorische Krone</p> <p>91d Teleskopkrone</p> <p>24c Abnahme und Wiedereingliederung eines Provisoriums</p> <p>98a Individuelle Abformung</p>	<p>0024 Galvanisieren</p> <p>0051 Sägemodell</p> <p>0052 Einzelstumpfmodell</p> <p>0053 Modell nach Überabdruck</p> <p>0055 Fräsmodell</p> <p>0060 Zahnkranz</p> <p>0070 Zahnkranz sockeln</p> <p>0120 Mittelwertartikulator</p> <p>0211 Individueller Löffel</p> <p>0213 Basis für Bissregistrierung</p> <p>0220 Bisswall</p> <p>0240 Übertragungskappe</p> <p>0310 Provisorische Krone</p> <p>1200 Teleskopkrone</p> <p>2100 Lösungsknopf</p> <p>9330 Versandkosten</p> <p>abzüglich:</p> <p>2041 Zweiarmlige Klammer/Auflage</p> <p>Material:</p> <p>NEM</p> <p>Verbrauchsmaterial Praxis</p>

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
4. Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen oder zahnloser Kiefer		
4.1 Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen im Oberkiefer	7b Planungsmodelle 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen 96c Partielle Prothese 97a Totalprothese OK 98a Individuelle Abformung 98b Funktionsabdruck OK 98g Metallbasis 98h/1 gegossene Halte- und Stützvorrichtung 98h/2 gegossene Halte- und Stützvorrichtungen	0010 Modell 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0212 Funktionslöffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0215 Basis für Aufstellung 0220 Bisswall 1370 Schubverteilungsarm 1550 Konditionierung 1600 Vestibuläre Verblendung Kunststoff 1610 Zahnfleisch Kunststoff 1640 Vestibuläre Verblendung Komposite 1650 Zahnfleisch Komposite 2010 Metallbasis 2021 Einarmige gegossene Haltevorrichtung 2025 Kralle 2026 Ney-Stiel 2027 Auflage 2028 Umgehungsbügel 2031 Zweiarmlige gegossene Haltevorrichtung 2041 Zweiarmlige gegossene Halte- und Stützvorrichtung/Auflage) 2050 Bonwillklammer 2081 Rückenschutzplatte 2082 Metallzahn 2083 Metallkaufäche 2110 Abschlussrand 2120 Zuschlag einzelne Klammer 3010 Aufstellung Grundeinheit 3020 Aufstellung Wachs je Zahn 3030 Aufstellung auf Metall je Zahn 3410 Übertragung je Zahn

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
		3610 Fertigstellung Grundeinheit 3620 Fertigstellung je Zahn 3800 Einfache gebogene Halte-/ Stützvorrichtung 3805 Einfache gebogene Halte-/Stütz- vorrichtung – gebogene Auflage 3810 Sonstige gebogene Halte- und/ oder Stützvorrichtung 3821 Weichkunststoff 3822 Sonderkunststoff 3830 Zahn zahnfarben hergestellt 3840 Zahn zahnfarben hinterlegen 8060 Gegossenes Basisteil 9330 Versandkosten Material: Zähne Verbrauchsmaterial Praxis
4.2 Zahnloser Oberkiefer	7b Planungsmodelle 97a Totalprothese OK 98a Individuelle Abformung 98b Funktionsabdruck OK 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen	0010 Modell 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0212 Funktionslöffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0215 Basis für Aufstellung 0220 Bisswall 3010 Aufstellung Grundeinheit 3020 Aufstellung Wachs je Zahn 3610 Fertigstellung Grundeinheit 3620 Fertigstellung je Zahn 3821 Weichkunststoff 3822 Sonderkunststoff 9330 Versandkosten Material: Zähne Verbrauchsmaterial Praxis

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
4.3 Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen im Unterkiefer	7b Planungsmodelle 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen 96c Partielle Prothese 97b Totalprothese UK 98a Individuelle Abformung 98c Funktionsabdruck UK 98g Metallbasis 98h/1 gegossene Halte- und Stützvorrichtung 98h/2 gegossene Halte- und Stützvorrichtungen	0010 Modell 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0212 Funktionslöffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0215 Basis für Aufstellung 0220 Bisswall 1370 Schubverteilungsarm 1550 Konditionierung 1600 Vestibuläre Verblendung Kunststoff 1610 Zahnfleisch Kunststoff 1640 Vestibuläre Verblendung Komposite 1650 Zahnfleisch Komposite 2010 Metallbasis 2021 Einarmige gegossene Haltevorrichtung 2025 Kralle 2026 Ney-Stiel 2027 Auflage 2028 Umgehungsbügel 2031 Zweiarmlige gegossene Haltevorrichtung 2041 Zweiarmlige gegossene Halte- und Stützvorrichtung/Auflage 2050 Bonwillklammer 2081 Rückenschutzplatte 2082 Metallzahn 2083 Metallkaufäche 2110 Abschlussrand 2120 Zuschlag einzelne Klammer 3010 Aufstellung Grundeinheit 3020 Aufstellung Wachs je Zahn 3030 Aufstellung auf Metall je Zahn 3410 Übertragung je Zahn 3610 Fertigstellung Grundeinheit 3620 Fertigstellung je Zahn

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
		<p>3800 Einfache gebogene Halte-/ Stützvorrichtung</p> <p>3805 Einfache gebogene Halte-/Stütz- vorrichtung – gebogene Auflage</p> <p>3810 Sonstige gebogene Halte- und/ oder Stützvorrichtung</p> <p>3821 Weichkunststoff</p> <p>3822 Sonderkunststoff</p> <p>3830 Zahn zahnfarben hergestellt</p> <p>3840 Zahn zahnfarben hinterlegen</p> <p>8060 Gegossenes Basisteil</p> <p>9330 Versandkosten</p> <p>Material: Zähne Verbrauchsmaterial Praxis</p>

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
<p>4.4 Zahnloser Unterkiefer</p>	<p>7b Planungsmodelle 97b Totalprothese UK 98a Individuelle Abformung 98c Funktionsabdruck UK 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen</p>	<p>0010 Modell 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0212 Funktionslöffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0215 Basis für Aufstellung 0220 Bisswall 3010 Aufstellung Grundeinheit 3020 Aufstellung Wachs je Zahn 3610 Fertigstellung Grundeinheit 3620 Fertigstellung je Zahn 3821 Weichkunststoff 3822 Sonderkunststoff 9330 Versandkosten</p> <p>Material: Zähne Verbrauchsmaterial Praxis</p>
<p>4.5 Notwendigkeit einer Metallbasis, Zuschlag je Kiefer</p> <p><i>Protokollnotiz: Gemäß Nr. 30 der Zahnersatz-Richtlinien geht bei totalen Prothesen in der Regel eine Metallbasis über das Gebot der Wirtschaftlichkeit hinaus und unterliegt der Leistungspflicht der Krankenkassen nur in begründeten Ausnahmefällen (z. B. Torus palatinus und Exostosen).</i></p>	<p>98e Metallbasis</p>	<p>1550 Konditionieren 1600 Vestibuläre Verblendung Kunststoff 1640 Vestibuläre Verblendung Komposite 2010 Metallbasis 2081 Rückenschutzplatte 2082 Metallzahn 2083 Metallkaufäche 2110 Abschlussrand 3030 Aufstellung Metall je Zahn abzüglich: 3020 Aufstellung Wachs je Zahn 3410 Übertragung je Zahn</p>

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
<p>4.6 Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen je Kiefer mit der Notwendigkeit einer dentalen Verankerung, wenn die Regelversorgung eine Kombinationsversorgung vorsieht, je Ankerzahn</p> <p><i>Protokollnotiz: Werden andere Verbindungselemente als Teleskopkronen für eine dentale Verankerung verwendet, ist die Indikation besonders sorgfältig zu stellen.</i></p>	<p>19 Provisorische Krone 91d Teleskopkrone 24c Abnahme und Wiedereingliederung eines Provisoriums 98a Individuelle Abformung</p>	<p>0024 Galvanisieren 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0055 Fräsmodell 0060 Zahnkranz 0070 Zahnkranz sockeln 0120 Mittelwertartikulator 0211 Individueller Löffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0220 Bisswall 0240 Übertragungskappe 0310 Provisorische Krone 1200 Teleskopkrone 9330 Versandkosten</p> <p>Material: NEM Verbrauchsmaterial Praxis</p>
<p>4.7 Verblendung einer Teleskopkrone im Verblendbereich (15-25 und 34-44), Zuschlag je Ankerzahn</p>		<p>1550 Konditionieren 1600 Vestibuläre Verblendung Kunststoff 1610 Zahnfleisch Kunststoff 1640 Vestibuläre Verblendung Komposite 1650 Zahnfleisch Komposite</p>

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
<p>4.8 Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen je Kiefer bei Notwendigkeit einer dentalen Verankerung durch Wurzelstiftkappen, je Ankerzahn</p>	<p>19 Provisorische Krone 21 Provisorische Krone mit Stift 90 Wurzelstiftkappe 24c Abnahme und Wiedereingliederung eines Provisoriums 98a Individuelle Abformung</p>	<p>0023 Verwendung von Kunststoff 0024 Galvanisieren 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0055 Fräsmodell 0060 Zahnkranz 0070 Zahnkranz sockeln 0120 Mittelwertartikulator 0211 Individueller Löffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0220 Bisswall 0310 Provisorische Krone 1013 Wurzelstiftkappe 1343 Konfektionsanker 9330 Versandkosten</p> <p>Material: NEM Konfektionsanker Verbrauchsmaterial Praxis</p>
<p>4.9 Schwierig zu bestimmende Lagebeziehung der Kiefer bei der Versorgung mit Totalprothesen und schleimhautgetragenen Deckprothesen (Erfordernis einer Stützstiftregistrierung), Zuschlag je Gesamtbefund</p>	<p>98d Intraorale Stützstiftregistrierung</p>	<p>0112 Fixator 0201 Basis für Vorbissnahme 0214 Basis für Stützstiftregistrierung 0220 Bisswall 0230 Registrierplatte und -stift auf Basen 9330 Versandkosten</p> <p>Material: Materialkosten Registrierplatte</p>

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
<p>5.Lückengebiss nach Zahnverlust in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist</p> <p><i>Protokollnotiz:</i> Die Zahl der fehlenden Zähne ist ausschlaggebend für den Befund nach 5.1 bis 5.3, in dem zu versorgenden Gebiet. Befund 5.4 ist nur ansetzbar bei zahnlosem Kiefer.</p>		
<p>5.1 Lückengebiss nach Verlust von bis zu 4 Zähnen je Kiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer</p>	<p>7b Planungsmodelle 96a Partielle Prothese 98a Individuelle Abformung 98f Halte- und Stützvorrichtungen 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen</p>	<p>0010 Modell 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0215 Basis für Aufstellung 0220 Bisswall 2021 Einarmige gegossene Haltevorricht. 2025 Kralle 2026 Ney-Stiel 2027 Auflage 2028 Umgehungsbügel 2031 Zweiarmige gegossene Haltevorrichtung 2041 Zweiarmige gegossene Halte- und Stützvorrichtung/Auflage 2050 Bonwill-Klammer 2120 Zuschlag einzelne Klammer 3010 Aufstellung Grundeinheit 3020 Aufstellen der Zähne 3610 Fertigstellung Grundeinheit 3620 Fertigstellung je Zahn 3800 Einfache gebogene Halte-/ Stützvorrichtung 3805 Einfache gebogene Halte-/Stütz- vorrichtung – gebogene Auflage 3810 Sonstige gebogene Halte- und/ oder Stützvorrichtung 9330 Versandkosten Material: Zähne Verbrauchsmaterial Praxis</p>

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
5.2 Lückengebiss nach Zahnverlust von 5 bis 8 Zähnen je Kiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer	7b Planungsmodelle 96b Partielle Prothese 98a Individuelle Abformung 98f Halte- und Stützvorrichtungen 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen	0010 Modell 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0215 Basis für Aufstellung 0220 Bisswall 2021 Einarmige gegossene Haltevorrichtung 2025 Kralle 2026 Ney-Stiel 2027 Auflage 2028 Umgehungsbügel 2031 Zweiarmlige gegossene Haltevorrichtung 2041 Zweiarmlige gegossene Halte- und Stützvorrichtung/Auflage 2050 Bonwill-Klammer 2120 Zuschlag einzelne Klammer 3010 Aufstellung Grundeinheit 3020 Aufstellen der Zähne 3610 Fertigstellung Grundeinheit 3620 Fertigstellung je Zahn 3800 Einfache gebogene Halte-/ Stützvorrichtung 3805 Einfache gebogene Halte-/Stützvorrichtung – gebogene Auflage 3810 Sonstige gebogene Halte- und/ oder Stützvorrichtung 9330 Versandkosten Material: Zähne Verbrauchsmaterial Praxis

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
<p>5.3 Lückengebiss nach Verlust von über 8 Zähnen je Kiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer</p>	<p>7b Planungsmodelle 96c Partielle Prothese 98a Individuelle Abformung 98b Funktionsabdruck OK 98c Funktionsabdruck UK 98f Halte- und Stützvorrichtungen 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen</p>	<p>0010 Modell 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0212 Funktionslöffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0215 Basis für Aufstellung 0220 Bisswall 2021 Einarmige gegossene Haltevorrichtung 2025 Kralle 2026 Ney-Stiel 2027 Auflage 2028 Umgehungsbügel 2031 Zweiarmige gegossene Haltevorrichtung 2041 Zweiarmige gegossene Halte- und Stützvorrichtung/Auflage 2050 Bonwill-Klammer 2120 Zuschlag einzelne Klammer 3010 Aufstellung Grundeinheit 3020 Aufstellen der Zähne 3610 Fertigstellung Grundeinheit 3620 Fertigstellung je Zahn 3800 Einfache gebogene Halte-/ Stützvorrichtung 3805 Einfache gebogene Halte-/Stützvorrichtung – gebogene Auflage 3810 Sonstige gebogene Halte- und/ oder Stützvorrichtung 9330 Versandkosten</p> <p>Material: Zähne Verbrauchsmaterial Praxis</p>

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
5.4 Zahnloser Ober- oder Unterkiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer	97a Totalprothese OK 97b Totalprothese UK 98a Individuelle Abformung 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen	0010 Modell 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0212 Funktionslöffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0215 Basis für Aufstellung 0220 Bisswall 3010 Aufstellung Grundeinheit 3020 Aufstellung Wachs je Zahn 3610 Fertigstellung Grundeinheit 3620 Fertigstellung je Zahn 9330 Versandkosten Material: Zähne Verbrauchsmaterial Praxis

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
<p>6. Wiederherstellungs- und erweiterungsbedürftiger konventioneller Zahnersatz</p> <p><i>Protokollnotiz:</i> Für die Einstufung einer Wiederherstellung als Regel-, gleich- oder andersartige Versorgung ist nicht die Art der wiederherzustellenden Versorgung maßgeblich. Liegen die Voraussetzungen einer Befundbeschreibung nach 6.0 - 6.10 vor und ist die jeweilige Wiederherstellungsmaßnahme als Regelversorgung abgebildet, handelt es sich um eine Wiederherstellung innerhalb der Regelversorgung.</p>		
<p>6.0 Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung ohne Notwendigkeit der Abformung und ohne Notwendigkeit zahntechnischer Leistungen, auch Auffüllen von Sekundärteleskopen im direkten Verfahren, je Prothese</p>	<p>89 Beseitigung von Artikulationsstörungen 110a Wiederherstellung ohne Abformung</p>	<p>Material: Verbrauchsmaterial Praxis</p>
<p>6.1 Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung ohne Notwendigkeit der Abformung, je Prothese</p>	<p>89 Beseitigung von Artikulationsstörungen 100a Wiederherstellung ohne Abformung</p>	<p>0010 Modell 3830 Zahn zahnfarben hergestellt 3840 Zahn zahnfarben hinterlegen 8010 Grundeinheit 8021 LE Sprung 8022 LE Bruch 8023 LE Einarbeiten Zahn 8024 LE Basisteil Kunststoff 8130 Auswechseln Konfektionsteil 9330 Versandkosten</p> <p>Material: Zähne Verbrauchsmaterial Praxis</p>

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
<p>6.2 Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung mit Notwendigkeit der Abformung (Maßnahmen im Kunststoffbereich), auch Wiederbefestigung von Sekundärteleskopen oder anderer Verbindungselemente an dieser Versorgung, je Prothese</p>	<p>89 Beseitigung von Artikulationsstörungen 98f Halte- und Stützvorrichtungen 100b Wiederherstellung mit Abformung</p>	<p>0010 Modell 0053 Modell nach Überabdruck 0112 Fixator 0120 Mittelwertartikulator 0220 Bisswall 1347 Primär-/Sek.-Teil Konf.Anker 1349 Sekundärteil wiederbefestigen 3800 Einfache gebogene Halte- / Stützvorrichtung 3805 Einfache gebogene Halte-/Stützvorrichtung – gebogene Auflage 3810 Sonstige gebogene Halte- und/oder Stützvorrichtung 3830 Zahn zahnfarben hergestellt 3840 Zahn zahnfarben hinterlegen 8010 Grundeinheit 8021 LE Sprung 8022 LE Bruch 8023 LE Einarbeiten Zahn 8024 LE Basisteil Kunststoff 8025 LE Klammer einarbeiten 8030 Retention, gebogen 8130 Auswechseln Konfektionsteil 9330 Versandkosten Material: Zähne, Verbrauchsmaterial Praxis</p>
<p>6.3 Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im gegossenen Metallbereich, auch Wiederbefestigung von Sekundärteleskopen oder anderer Verbindungselemente an dieser Versorgung, je Prothese</p>	<p>89 Beseitigung von Artikulationsstörungen 98f Halte- und Stützvorrichtungen 98h/1 gegossene Halte- und Stützvorrichtung 98h/2 gegossene Halte- und Stützvorrichtungen 100b Wiederherstellung mit Abformung</p>	<p>0010 Modell 0023 Verwendung von Kunststoff 0053 Modell nach Überabdruck 0112 Fixator 0120 Mittelwertartikulator 1347 Primär-/Sek.-Teil Konf.Anker 1349 Sekundärteil wiederbefestigen 1370 Schubverteilungsarm 1550 Kondtionierung 1600 Vestibuläre Verblendung Kunststoff 1610 Zahnfleisch Kunststoff</p>

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
		1640 Vestibuläre Verblendung Komposite 1650 Zahnfleisch Komposite 2021 Einarmige gegossene Haltevorricht. 2025 Kralle 2026 Ney-Stiel 2027 Auflage 2028 Umgehungsbügel 2031 Zweiarmige gegossene Haltevorricht. 2041 Zweiarmige gegossene Halte- und Stützvorrichtung/Auflage 2050 Bonwillklammer 2081 Rückenschutzplatte 2082 Metallzahn 2083 Metallkauffläche 2120 Zuschlag einzelne Klammer 3800 Einfache gebogene Halte-/ Stützvorrichtung 3805 Einfache gebogene Halte-/Stütz- vorrichtung – gebogene Auflage 3810 Sonstige gebogene Halte- und/ oder Stützvorrichtung 3830 Zahn zahnfarben hergestellt 3840 Zahn zahnfarben hinterlegen 8010 Grundeinheit 8021 LE Sprung 8022 LE Bruch 8023 LE Einarbeiten Zahn 8024 LE Basisteil Kunststoff 8025 LE Klammer einarbeiten 8026 LE Rückenschutzplatte 8027 LE Kunststoffsattel 8030 Retention, gebogen 8040 Retention, gegossen 8060 gegossenes Basisteil 8070 Metallverbindung 8130 Auswechseln Konfektionsteil 9330 Versandkosten Material: Lotmaterial Zähne Verbrauchsmaterial Praxis

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
<p>6.4 Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im Kunststoffbereich, je Prothese bei Erweiterung um einen Zahn</p>	<p>100b Wiederherstellung mit Abformung 98f Halte- und Stützvorrichtungen 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen</p>	<p>0010 Modell 0053 Modell nach Überabdruck 0112 Fixator 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0213 Basis für Bissregistrierung 0220 Bisswall 1349 Wiederbefestigung Sekundärteil 3800 Einfache gebogene Halte-/Stützvorrichtung 3805 Einfache gebogene Halte-/Stützvorrichtung – gebogene Auflage 3810 Sonstige gebogene Halte- und/oder Stützvorrichtung 3830 Zahn zahnfarben hergestellt 3840 Zahn zahnfarben hinterlegen 8010 Grundeinheit 8021 LE Sprung 8022 LE Bruch 8023 LE Einarbeiten Zahn 8024 LE Basisteil Kunststoff 8025 LE Klammer einarbeiten 8030 Gebogene Retention 8130 Auswechseln Konfektionsteil 9330 Versandkosten</p> <p>Material: Zähne Verbrauchsmaterial Praxis</p>

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
<p>6.4.1 Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im Kunststoffbereich, je Prothese bei Erweiterung um jeden weiteren Zahn</p>		<p>0010 Modell 0053 Modell nach Überabdruck 0112 Fixator 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbißnahme 0213 Basis für Bissregistrierung 0220 Bisswall 1349 Wiederbefestigung Sekundärteil 3800 Einfache gebogene Halte-/Stützvorrichtung 3805 Einfache gebogene Halte-/Stützvorrichtung – gebogene Auflage 3810 Sonstige gebogene Halte- und/oder Stützvorrichtung 3830 Zahn / zahnfarben hergestellt 3840 Zahn / zahnfarben hinterlegen 8010 Grundeinheit Instandsetzung 8021 LE Sprung 8022 LE Bruch 8023 LE Einarbeiten Zahn 8024 LE Basisteil Kunststoff 8025 LE Halte-/Stützvorrichtung einarbeiten 8030 Retention, gebogen 8130 Auswechseln Konfektionsteil 9330 Versandkosten</p> <p>Material: Zähne Verbrauchsmaterial Praxis</p>

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
6.5 Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im gegossenen Metallbereich, je Prothese bei Erweiterung um einen Zahn	100b Wiederherstellung mit Abformung 98f Halte- und Stützvorrichtungen 98h/1 gegossene Halte- und Stützvorrichtung 98h/2 gegossene Halte- und Stützvorrichtungen 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen	0010 Modell 0053 Modell nach Überabdruck 0112 Fixator 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0213 Basis für Bissregistrierung 0220 Bisswall 1349 Wiederbefestigung Sekundär-Teil 1550 Konditionierung 1600 Vestibuläre Verblendung Kunststoff 1610 Zahnfleisch Kunststoff 1640 Vestibuläre Verblendung Komposite 1650 Zahnfleisch Komposite 2021 Einarmige gegossene Haltevorrichtung 2025 Kralle 2026 Ney-Stiel 2027 Auflage 2028 Umgehungsbügel 2031 Zweiarmlige gegossene Haltevorrichtung 2041 Zweiarmlige gegossene Halte- und Stützvorrichtung 2050 Bonwillklammer 2081 Rückenschutzplatte 2082 Metallzahn 2083 Metallkaufäche 2110 Abschlussrand 2120 Zuschlag einzelne Klammer 3800 Einfache gebogene Halte-/ Stützvorrichtung 3805 Einfache gebogene Halte-/ Stützvorrichtung – gebogene Auflage 3810 Sonstige gebogene Halte- und/oder Stützvorrichtung 3830 Zahn / zahnfarben hergestellt 3840 Zahn / zahnfarben hinterlegen 8010 Grundeinheit Instandsetzung

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
		8021 LE Sprung 8022 LE Bruch 8023 LE Einarbeiten Zahn 8024 LE Basisteil Kunststoff 8025 LE Halte-/Stützvorrichtung einarbeiten 8026 LE Rückenschutzplatte einarbeiten 8027 LE Kunststoffsaattel 8030 Retention, gebogen 8040 Retention, gegossen 8060 Gegossenes Basisteil 8070 Metallverbindung 8130 Auswechseln Konfektionsteil 9330 Versandkosten Material: Lotmaterial Zähne Verbrauchsmaterial Praxis
6.5.1 Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im gegossenen Metallbereich, je Prothese bei Erweiterung um jeden weiteren Zahn		0010 Modell 0053 Modell nach Überabdruck 0112 Fixator 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0213 Basis für Bissregistrierung 0220 Bisswall 1349 Wiederbefestigung Sekundär-Teil 1550 Konditionierung 1600 Vestibuläre Verblendung Kunststoff 1610 Zahnfleisch Kunststoff 1640 Vestibuläre Verblendung Komposite 1650 Zahnfleisch Komposite 2021 Einarmige gegossene Haltevorrichtung 2025 Krallen 2026 Ney-Stiel 2027 Auflage

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
		2028 Umgehungsbügel 2031 Zweiarmige gegossene Halte- vorrichtung 2041 Zweiarmige gegossene Halte- und Stützvorrichtung/Auflage 2050 Bonwillklammer 2081 Rückenschutzplatte 2082 Metallzahn 2083 Metallkaufäche 2110 Abschlussrand 2120 Zuschlag einzelne Klammer 3800 Einfache gebogene Halte-/ Stütz- vorrichtung 3805 Einfache gebogene Halte-/ Stütz- vorrichtung – gebogene Auflage 3810 Sonstige gebogene Halte- und/oder Stützvorrichtung 3830 Zahn / zahnfarben hergestellt 3840 Zahn / zahnfarben hinterlegen 8010 Grundeinheit Instandsetzung 8021 LE Sprung 8022 LE Bruch 8023 LE Einarbeiten Zahn 8024 LE Basisteil Kunststoff 8025 LE Halte-/Stützvorrichtung einarbeiten 8026 LE Rückenschutzplatte einarbeiten 8027 LE Kunststoffsaattel 8030 Retention, gebogen 8040 Retention, gegossen 8060 Gegossenes Basisteil 8070 Metallverbindung/ Wiederherstellung 8130 Auswechseln Konfektionsteil 9330 Versandkosten Material: Lotmaterial Zähne Verbrauchsmaterial Praxis

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
<p>6.6 Verändertes Prothesenlager bei erhaltungswürdigem Teil-Zahn-ersatz, je Prothese</p>	<p>89 Beseitigung von Artikulationsstörungen 100c Teilunterfütterung 100d Vollständige Unterfütterung 100e Vollständige Unterfütterung mit funkt. Randgestaltung OK 100f Vollständige Unterfütterung mit funkt. Randgestaltung UK</p>	<p>0010 Modell 0023 Verwendung von Kunststoff 0112 Fixator 3821 Weichkunststoff 3822 Sonderkunststoff 8080 Teilunterfütterung 8090 Vollst. Unterfütterung 8100 Prothesenbasis erneuern 9330 Versandkosten Material</p>
<p>6.7 Verändertes Prothesenlager bei erhaltungswürdigem totalem Zahnersatz oder schleimhaut-getragener Deckprothese, je Kiefer</p>	<p>89 Beseitigung von Artikulationsstörungen 100c Teilunterfütterung 100d Vollständige Unterfütterung 100e Vollständige Unterfütterung mit funkt. Randgestaltung OK 100f Vollständige Unterfütterung mit funkt. Randgestaltung UK</p>	<p>0010 Modell 0023 Verwendung von Kunststoff 0112 Fixator 3821 Weichkunststoff 3822 Sonderkunststoff 8080 Teilunterfütterung 8090 Vollst. Unterfütterung 8100 Prothesenbasis erneuern 9330 Versandkosten Material</p>

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
<p>6.8 Wiederherstellungsbedürftiger festsitzender rezementierbarer Zahnersatz, je Zahn</p>	<p>19 Provisorische Krone 24a Wiedereinsetzen einer Krone, eines Brückenankers 24c Abnahme von provisorischen Kronen 89 Beseitigung von Artikulationsstörungen 95a Wiedereinsetzen einer Brücke mit 2 Ankern 95b Wiedereinsetzen einer Brücke mit mehr als 2 Ankern 95d Wiedereinsetzen einer provisorischen Brücke</p>	<p>0010 Modell 0022 Platzhalter einfügen 0051 Sägmodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0120 Mittelwertartikulator 1500 Metallverbindung nach Brand 8070 Metallverbindung 8200 Reparatur Krone/Brückenglied 9330 Versandkosten Material: Lotmaterial</p>
<p>6.8.1 Wiederherstellungsbedürftiger festsitzender Zahnersatz, je Flügel einer Adhäsivbrücke</p>	<p>95e Wiedereinsetzen einer ein- flügeligen Adhäsivbrücke 95f Wiedereinsetzen einer zwei- flügeligen Adhäsivbrücke 89 Beseitigung von Artikulation- störungen 95d Wiedereinsetzen einer provisorischen Brücke</p>	<p>0010 Modell 0051 Sägmodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0120 Mittelwertartikulator 1550 Konditionierung je Zahn/Flügel 8070 Metallverbindung bei Instand- setzung/Erweiterung 8200 Instandsetzung Krone/Flügel/ Brückenglied 9330 Versandkosten Material: Lotmaterial Verbrauchsmaterial Praxis</p>

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
<p>6.9 Wiederherstellungsbedürftige Facette/Verblendung (auch wieder-einsetzbar oder erneuerungsbe-dürftig) im Verblendbereich an einer Krone, einem Sekundärteleskop, einem Brückenanker oder einem Brückenglied, je Verblen-dung</p>	<p>19 Provisorische Krone 24b Wiedereinsetzen / Erneuerung einer Facette 24c Abnahme von provisori-schen Kronen 89 Beseitigung von Artikulationsstörungen 95c Wiedereinsetzen / Erneuerung einer Facette 95d Wiedereinsetzen einer provisorischen Brücke</p>	<p>0010 Modell 0022 Platzhalter einfügen 0023 Verwendung von Kunststoff 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0120 Mittelwertartikulator 0320 Formteil 1550 Konditionierung 1600 Vestibuläre Verblendung Kunststoff 1610 Zahnfleisch aus Kunststoff 1620 Vestibuläre Verblendung Keramik 1630 Zahnfleisch Keramik 1640 Vestibuläre Verblendung Komposite 1650 Zahnfleisch Komposite 8010 Grundeinheit Instandsetzung 8070 Metallverbindung 8200 Reparatur Krone/Brückenglied 9330 Versandkosten</p> <p>Material: Lotmaterial</p>
<p>6.10 Erneuerungsbedürftiges Primär-oder Sekundärteleskop, je Zahn</p> <p><i>Protokollnotiz: Die Versorgung ist bei Vorliegen der Befunde 3.2 oder 4.6 Regel-versorgung. Der Befund ist nicht ansetzbar, wenn an einem Zahn sowohl Primär- als auch Sekundär-teleskop erneuert oder erweitert werden.</i></p>	<p>91d Teleskopkrone - halbe Gebühr 19 Provisorische Krone 24c Abnahme und Wiedereingliederung eines Provisoriums 98a Individuelle Abformung</p>	<p>0010 Modell 0023 Verwendung von Kunststoff 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0055 Fräsmmodell 0060 Zahnkranz 0070 Zahnkranz sockeln 0120 Mittelwertartikulator 0211 Individueller Löffel 1201 Telesk. Primär- oder Sekundärkrone 9330 Versandkosten</p> <p>Material: NEM Verbrauchsmaterial Praxis</p>

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
7. Erneuerung und Wiederherstellung von Suprakonstruktionen		
7.1 Erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion (vorhandenes Implantat bei zahnbegrenzter Einzelzahnlücke), je implantatgetragene Krone	7b Planungsmodelle 20a Metallische Vollkrone 19 Provisorische Krone 24c Abnahme und Wiedereingliederung eines Provisoriums 98a Individuelle Abformung	0010 Modell 0022 Platzhalter einfügen 0023 Verwendung von Kunststoff 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0055 Fräsmodell 0060 Zahnkranz 0070 Zahnkranz sockeln 0120 Mittelwertartikulator 0211 Individueller Löffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0220 Bisswall 0240 Übertragungskappe 0310 Provisorische Krone 1021 Vollkrone/Metall 1360 Gefrästes Lager 9330 Versandkosten Material: NEM Verbrauchsmaterial Praxis
7.2 Erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion, die über den Befund nach Nr. 7.1 hinausgeht, je implantatgetragene Krone, Brückenanker oder Brückenglied, höchstens viermal je Kiefer	7b Planungsmodelle 92 Brückenspanne 19 Provisorische Brücke Brückenanker bzw. Brückenglied/er 95d Abnahme und Wiederbefestigung einer provisorischen Brücke 98a Individuelle Abformung 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen	0010 Modell 0022 Platzhalter einfügen 0023 Verwendung von Kunststoff 0024 Galvanisieren 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0060 Zahnkranz 0070 Zahnkranz sockeln 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Löffel 0213 Basis für Bissregistrierung

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
		0220 Bisswall 0240 Übertragungskappe 0310 Provisorische Krone 0320 Formteil 1100 Brückenglied 1500 Metallverbindung nach Brand 9330 Versandkosten Material: NEM Verbrauchsmaterial Praxis
7.3 Wiederherstellungsbedürftige Suprakonstruktionen (Facette), je Facette	24b Wiedereinsetzen/ Erneuerung einer Facette 95c Wiedereinsetzen/ Erneuerung einer Facette 19 Provisorische Krone	0010 Modell 0022 Platzhalter einfügen 0023 Verwendung von Kunststoff 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0120 Mittelwertartikulator 0320 Formteil 1550 Konditionierung 1600 Vestibuläre Verblendung Kunststoff 1610 Zahnfleisch Kunststoff 1620 Vestibuläre Verblendung Keramik 1630 Zahnfleisch Keramik 1640 Vestibuläre Verblendung Komposite 1650 Zahnfleisch aus Komposite 8070 Metallverbindung 8200 Reparatur Krone/Brückenglied 9330 Versandkosten Material: Lotmaterial

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
7.4 Wiederherstellungsbedürftiger festsitzender rezementierbarer oder zu verschraubender Zahn-er- satz, je implantatgetragene Krone oder Brückenanker	24a Wiedereinsetzen einer Krone, eines Brücken- ankers 95a Wiedereinsetzen einer Brücke mit 2 Anker 95b Wiedereinsetzen einer Brücke mit mehr als 2 Anker 19 Provisorische Krone	0010 Modell 0022 Platzhalter einfügen 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0120 Mittelwertartikulator 1500 Metallverbindung nach Brand 8070 Metallverbindung 8200 Reparatur Krone/Brückenglied 9330 Versandkosten Material: Lotmaterial
7.5 Erneuerungsbedürftige implantat- getragene Prothesenkonstruktion, je Prothesenkonstruktion	7b Planungsmodelle 97a Totalprothese OK 97b Totalprothese UK 98a Individuelle Abformung 98b Funktionsabdruck OK 98c Funktionsabdruck UK 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen	0010 Modell 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0212 Funktionslöffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0215 Basis für Aufstellung 0220 Bisswall 3010 Aufstellung Grundeinheit 3020 Aufstellung Wachs je Zahn 3610 Fertigstellung Grundeinheit 3620 Fertigstellung je Zahn 3821 Weichkunststoff 3822 Sonderkunststoff 9330 Versandkosten Material: Zähne Verbrauchsmaterial Praxis

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
<p>7.6 Erneuerungsbedürftige Prothesenkonstruktion bei atrophiertem zahnlosem Kiefer, je implantatgetragenen Konnektor als Zuschlag zum Befund nach Nr. 7.5, höchstens viermal je Kiefer</p>	<p>24a Wiedereinsetzen einer Krone, eines Brückenankers 95a Wiedereinsetzen einer Brücke mit 2 Ankern 95b Wiedereinsetzen einer Brücke mit mehr als 2 Ankern 19 Provisorische Krone</p>	<p>0010 Modell 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0120 Mittelwertartikulator 1500 Metallverbindung nach Brand 8070 Metallverbindung 8200 Reparatur Krone/Brückenglied 9330 Versandkosten</p> <p>Material: Lotmaterial</p>
<p>7.7 Wiederstellungsbedürftige implantatgetragene Prothesenkonstruktion, Umgestaltung einer vorhandenen Totalprothese zur Suprakonstruktion bei Vorliegen eines zahnlosen atrophierten Kiefers, je Prothesenkonstruktion</p>	<p>100ai Wiederherstellung ohne Abformung 100bi Wiederherstellung mit Abformung 100ci Teilunterfütterung 100di Vollständige Unterfütterung 100ei Vollständige Unterfütterung mit funkt. Randgestaltung OK 100fi Vollständige Unterfütterung mit funkt. Randgestaltung UK</p>	<p>0010 Modell 0018 Modell bei Implantatvers. 0112 Fixator 0128 Mittelwertartikulator bei Implantatvers. 3821 Weichkunststoff 3822 Sonderkunststoff 3830 Zahn zahnfarben hergestellt 3840 Zahn zahnfarben hinterlegen 8018 Grundeinheit Instandsetzung/ implantatgest. 8021 LE Sprung 8022 LE Bruch 8023 LE Einarbeiten Zahn 8024 LE Basisteil Kunststoff 8088 Teilunterfütterung/ implantatgest. 8098 Vollständige Unterfütterung/ implantatgest. 8108 Prothesenbasis erneuern bei Implantatvers. 9338 Versandkosten bei Implantatvers.</p> <p>Material: Zähne Verbrauchsmaterial Praxis</p>

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
8. Nicht vollendete Behandlung (Teilleistungen)		
<p>8.1 Befund nach Präparation eines erhaltungswürdigen Zahnes, einer Teleskopkrone oder einer Wurzelstiftkappe</p> <p>50 v.H. des Festzuschusses für den Befund nach den Nrn. 1.1, 1.2, 1.5, 3.2, 4.6 oder 4.8 sind ansetzbar.</p>		
<p>8.2 Befund nach Präparation eines erhaltungswürdigen Zahnes, einer Teleskopkrone oder einer Wurzelstiftkappe, wenn auch weitergehende Maßnahmen durchgeführt worden sind</p> <p>75 v.H. des Festzuschusses für den Befund nach den Nrn. 1.1, 1.2, 1.5, 3.2, 4.6 oder 4.8 sind ansetzbar.</p> <p>Ggf. sind die Festzuschüsse für den Befund nach den Nrn. 1.3 oder 4.7 ansetzbar.</p>		
<p>8.3 Befund nach Präparation der Ankerzähne einer Brücke</p> <p>50 v.H. der Festzuschüsse für die Befunde nach den Nrn. 2.1 bis 2.5 sind ansetzbar.</p>		

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
<p>8.4 Befund nach Präparation der Ankerzähne einer Brücke, wenn auch weitergehende Maßnahmen durchgeführt worden sind</p> <p>75 v.H. der Festzuschüsse für die Befunde nach den Nrn. 2.1 bis 2.5 sind ansetzbar. Ggf. sind die Festzuschüsse für den Befund nach Nr. 2.7 für die Ankerzähne oder für die Brückenzwischenglieder ansetzbar.</p>		
<p>8.5 Befund nach Abformung und Ermittlung der Bissverhältnisse zur Eingliederung einer Teilprothese, einer Cover-Denture-Prothese oder einer Totalprothese.</p> <p>50 v.H. der Festzuschüsse für die Befunde nach den Nrn. 3.1, 4.1 bis 4.4 oder 5.1 bis 5.4 sind ansetzbar.</p>		
<p>8.6 Befund nach Abformung und Ermittlung der Bissverhältnisse zur Eingliederung einer Teilprothese, einer Cover-Denture-Prothese oder einer Totalprothese, wenn auch weitergehende Maßnahmen durchgeführt worden sind</p> <p>75 v.H. der Festzuschüsse für die Befunde nach den Nrn. 3.1, 4.1 bis 4.4 oder 5.1 bis 5.4 sind ansetzbar.</p>		

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen
Ggf. sind die Festzuschüsse für die Befunde nach den Nrn. 4.5 oder 4.9 ansetzbar.		

11.1.4.C. Delegation der Bekanntmachung gemäß § 56 Abs. 4 SGB V

Der zuständige Unterausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist berechtigt, die Beträge nach § 57 Abs. 1 Satz 6, Abs. 2 Satz 6 und 7 SGB V in den Abstufungen nach § 55 Abs. 1 Satz 2, 3 und 5 sowie Abs. 2 SGB V bekannt zu machen.

11.2 Zahnersatz-Richtlinien

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Zahnersatz-Richtlinie) vom 8. Dezember 2004, in Kraft getreten am 1. Januar 2005, zuletzt geändert am 18. Februar 2016, in Kraft getreten am 4. Mai 2016

A. Gegenstand und Zweckbestimmung

1. Diese Richtlinien regeln gemäß § 92 in Verbindung mit §§ 73 Abs. 2 Nr. 2a, 56 Abs. 2 SGB V die Regelversorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen durch die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte (Vertragszahnärzte) mit dem Ziel einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten. Soweit in den nachfolgenden Richtlinien Aussagen zum Zahnersatz getroffen werden, gelten diese entsprechend für die Versorgung mit Zahnkronen und Suprakonstruktionen.

Auch für zahntechnische Leistungen gilt das Gebot der Wirtschaftlichkeit.

Die Abrechenbarkeit der in diesen Richtlinien beschriebenen Maßnahmen regeln die Vertragspartner gem. § 87 SGB V.

2. Nach diesen Richtlinien sollen
 - a) die Krankenkassen über ihre Leistungen bei der Versorgung mit Zahnersatz entscheiden,
 - b) die Zahnärzte bei der Versorgung mit Zahnersatz verfahren.
3. Die Krankenkassen haben ihre Versicherten über Art und Umfang ihrer Leistungsansprüche bei der Versorgung mit Zahnersatz zu informieren. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen wirken auf eine einheitliche Anwendung dieser Richtlinien hin.

B. Voraussetzungen für Leistungsansprüche der Versicherten im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung

4. Versicherte haben Anspruch auf medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist.

Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Dies gilt auch für gleichartige und andersartige Versorgungsleistungen.

5. Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 SGB V hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 SGB V aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen. Gleichartiger Zahnersatz liegt vor, wenn dieser die Regelleistung beinhaltet und zusätzliche Leistungen hinzukommen.

Versicherte haben Anspruch auf Erstattung bewilligter Festzuschüsse nach § 55 Abs. 5 SGB V, wenn eine von der Regelversorgung abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird. Eine andersartige Versorgung liegt vor, wenn eine andere Versorgungsform (Brücken, herausnehmbarer Zahnersatz, Kombinationsversorgung, Suprakonstruktionen) als die, welche in den Regelleistungen für den jeweiligen Befund beschrieben ist, gewählt wird.

Eine tatsächlich geplante Versorgung gemäß § 87 Abs. 1a SGB V kann sowohl Regelversorgungsleistungen als auch Leistungen der gleich- und andersartigen Versorgung umfassen.

C. Voraussetzungen und Grundsätze für eine Versorgung mit Zahnersatz

6. Ziel der Versorgung mit Zahnersatz ist es, eine ausreichende Funktionstüchtigkeit des Kauorgans wiederherzustellen oder ihre Beeinträchtigung zu verhindern.
7. Zahnersatz ist angezeigt, wenn ein Zahn oder mehrere Zähne fehlen oder zerstört sind und wenn dadurch die Funktionstüchtigkeit des Kauorgans beeinträchtigt ist oder beeinträchtigt zu werden droht, z. B. durch Zahnwanderung oder -kipfung. Bei der Versorgung mit Zahnersatz soll eine funktionell ausreichende Gegenbeziehung vorhanden sein oder im Laufe der Behandlung hergestellt werden.

Ein neuer Zahnersatz ist nicht angezeigt, wenn der vorhandene Zahnersatz noch funktionstüchtig ist oder die Funktionstüchtigkeit wiederhergestellt werden kann (z. B. durch Erweiterung).

8. Der Zahnarzt soll Art und Umfang des Zahnersatzes nach den anatomischen, physiologischen, pathologischen und hygienischen Gegebenheiten des Kauorgans bestimmen. Im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bestimmt der Zahnarzt nach entsprechender Aufklärung und unter Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten Art und Umfang der Behandlungsmaßnahmen. Der Zahnarzt hat den Patienten über die nach den Richtlinien ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Formen der Versorgung aufzuklären.
9. Die Mitwirkung des Patienten ist eine wesentliche Voraussetzung für die Erreichung des Behandlungsziels. Regelmäßige Zahnpflege und der Nachweis der zahnärztlichen Untersuchungen nach § 55 Abs. 1 SGB V sind wichtige Kriterien für die Festlegung der im Einzelfall notwendigen Form der Versorgung mit Zahnersatz.

Ist die Mundhygiene des Patienten unzureichend und/oder lehnt der Patient die Mitwirkung an einer notwendigen Parodontalbehandlung ab, ist das Behandlungsziel neu zu bestimmen.

10. Der Versorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen hat die Erhebung des Gesamtbefundes des Gebisses und dessen Dokumentation im Heil- und Kostenplan voranzugehen.

Die Versorgung hat die Wiederherstellung der Kaufunktion im Sinne einer Gesamtplanung zum Ziel.

Die Krankenkasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen.

11. Der Versorgung mit Zahnersatz hat die notwendige konservierend-chirurgische und parodontale Behandlung des Restgebisses voranzugehen.

- a) Tief kariöse Zähne müssen auf ihre Erhaltungswürdigkeit geprüft sein und ggf. nach Versorgung mit einer Füllung klinisch reaktionslos bleiben.
- b) Pulpatote Zähne müssen mit einer nach den Behandlungs-Richtlinien erbrachten, röntgenologisch nachzuweisenden Wurzelfüllung versorgt sein.
- c) Zu überkronende Zähne sind auf ihre Sensibilität zu überprüfen.
- d) Bei Zähnen mit krankhaften Prozessen müssen Maßnahmen zur Ausheilung eingeleitet sein. An diesen Zähnen dürfen vorerst nur Interimsmaßnahmen durchgeführt werden. Endgültiger Zahnersatz ist erst nach Ausheilung angezeigt.
- e) Notwendige Parodontalbehandlungen müssen bereits vorgenommen sein.
- f) Bei Verdacht auf krankhafte Prozesse an Zähnen und im Kieferknochen muss eine röntgenologische Überprüfung erfolgen.
- g) Nicht erhaltungswürdige Zähne und Wurzelreste müssen entfernt sein.
- h) Retinierte und impaktierte Zähne, die im räumlichen Zusammenhang mit geplantem Zahnersatz stehen, sollen vor Beginn der Behandlung entfernt werden.
- i) Voraussetzung für die Versorgung mit Suprakonstruktionen ist die Osseointegration der Implantate.

12. Eine endgültige Versorgung mit Zahnersatz ist anzustreben. Dies kann ggf. auch durch einen Immediatersatz, der zu einem späteren Zeitpunkt umgestaltet werden kann, geschehen.

13. In Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, kann ein Interimsersatz angezeigt sein. Dies gilt insbesondere bei fehlenden Frontzähnen und zur Sicherung der Bisslage.

14. Es dürfen nur solche Werkstoffe verwendet werden, die den Anforderungen des

Medizinproduktegesetz entsprechen. Bei nachgewiesener Allergie gegen einen Werkstoff ist ein als verträglich ermittelter Werkstoff zu wählen. Der Nachweis einer Allergie ist gemäß den Kriterien der Kontaktallergiegruppe der Deutschen Gesellschaft für Dermatologie zu erbringen. Die Erprobung von Werkstoffen auf Kosten der Krankenkassen ist unzulässig. Bei der Auswahl der Dentallegierungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung soll beachtet werden, dass Nichtedelmetall und NEM-Legierungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein können.

D. Anforderungen an einzelne Behandlungsbereiche

I. Versorgung mit Zahnkronen

15. Die Schonung und Erhaltung natürlicher und intakter Zahnhartsubstanz hat Vorrang vor der Versorgung mit Zahnkronen. Zahnkronen sind angezeigt, wenn sich aus dem klinischen und röntgenologischen Befund der erkrankten Zähne einschließlich ihrer Parodontalgewebe ergibt, dass sie nur durch Kronen erhalten werden können.
16. Zahnkronen können angezeigt sein:
 - a) zur Erhaltung eines erhaltungsfähigen und erhaltungswürdigen Zahnes, wenn eine Erhaltung des Zahnes durch andere Maßnahmen nicht mehr oder auf Dauer nicht möglich ist,
 - b) zur Abstützung eines Zahnersatzes, wenn eine Abstützung und Retention auf andere Weise nicht möglich ist.
17. Zahnkronen sind nicht angezeigt bei Zähnen, die auf Dauer ohne Antagonisten bleiben und für die Verankerung von Zahnersatz nicht benötigt werden.
18. Konfektionierte Kronen dürfen nur in der Kinderzahnheilkunde verwendet werden.
19. Für die Versorgung mit einer provisorischen Krone ist grundsätzlich ein im direkten Verfahren hergestelltes Provisorium ausreichend.
20. Zur Regelversorgung gehören metallische Voll- und Teilkronen. Ebenfalls zur Regelversorgung gehören vestibuläre Verblendungen im Oberkiefer bis einschließlich Zahn 5, im Unterkiefer bis einschließlich Zahn 4. Im Bereich der Zähne 1 bis 3 umfasst die vestibuläre Verblendung auch die Schneidekanten.

II. Versorgung mit Brücken

21. Eine Brücke dient in der Regel der Schließung zahnbegrenzter Lücken. Die Indikation ergibt sich aus dem klinischen und röntgenologischen Befund der zu überkronenden Zähne einschließlich ihrer Parodontalgewebe und aus statischen und funktionellen Gesichtspunkten.

Bei der Gestaltung der Brückenglieder sind die Grundsätze der Parodontalhygiene zu berücksichtigen.

22. Brücken sind angezeigt, wenn dadurch in einem Kiefer die geschlossene Zahnreihe wiederhergestellt wird. In der Regel sind Endpfeilerbrücken angezeigt. Freidendbrücken sind nur bis zur Prämolarenbreite und unter Einbeziehung von mindestens zwei Pfeilerzähnen angezeigt; in Schaltlücken ist der Ersatz von Molaren und von Eckzähnen durch Freidendbrücken ausgeschlossen. Zum Ersatz eines Schneidezahns kann bei ausreichendem oralem Schmelzangebot an einem oder beiden Pfeilerzähnen eine einspannige Adhäsivbrücke mit Metallgerüst mit einem oder zwei Flügeln angezeigt sein. Bei einflügeligen Adhäsivbrücken zum Ersatz eines Schneidezahns sollte der an das Brückenglied der Adhäsivbrücke angrenzende Zahn, der nicht Träger eines Flügels ist, nicht überkronungsbedürftig und nicht mit einer erneuerungsbedürftigen Krone versorgt sein.
23. Brücken sind nicht angezeigt bei ungenügender parodontaler Belastbarkeit und solchen Allgemeinleiden, die das parodontale Gewebe ungünstig beeinflussen.
24. Bei Versicherten, die das 14., aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben, können zum Ersatz von zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen bei ausreichendem oralem Schmelzangebot der Pfeilerzähne eine einspannige Adhäsivbrücke mit Metallgerüst mit zwei Flügeln oder zwei einspannige Adhäsivbrücken mit Metallgerüst mit je einem Flügel angezeigt sein.
25. Für Brücken gilt Nummer 20 dieser Richtlinien entsprechend.
26. Bei disparallelen Pfeilern umfasst die vertragszahnärztliche Versorgung auch das hierdurch erforderliche Geschiebe.

III. Versorgung mit herausnehmbarem Zahnersatz

27. Zum Zahnersatz gehören die erforderlichen Halte- und Stützvorrichtungen.
28. Bei Teilprothesen ist in der Regel eine parodontal abgestützte Modellgusskonstruktion angezeigt. Die Grundsätze der Parodontal-Hygiene sind dabei zu berücksichtigen.
29. Bei einem Restgebiss ohne parodontale Abstützungsmöglichkeit ist in der Regel eine Kunststoffprothese ohne aufwändige Halteelemente angezeigt.
30. Bei totalen Prothesen ist in der Regel die Basis in Kunststoff herzustellen. Eine Metallbasis gehört nur in begründeten Ausnahmefällen (z.B. Torus palatinus und Exostosen) zur Regelversorgung.

31. Ein Abdruck mit individuellem Löffel oder individualisiertem Löffel ist nur angezeigt, wenn für die Abdrucknahme der übliche Löffel nicht ausreicht.
32. Bei zahnlosem Kiefer ist die Abformung mittels eines Funktionsabdruckes angezeigt; das gleiche gilt, wenn bei stark reduziertem Restgebiss – in der Regel bis zu drei Zähne – eine funktionelle Randgestaltung notwendig ist.
33. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen gehören nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung.
34. Intraorale Stützstiftregistrierungen zur Feststellung der Zentrallage gehören nur neben der Total-/Cover-Denture-Prothese zur Regelversorgung, auch auf implantatgestützten Totalprothesen im Ober- und Unterkiefer, wenn die Lagebeziehung von Unter- zu Oberkiefer mit einfachen Methoden nicht reproduzierbar ermittelt werden kann.

IV. Kombinationsversorgung

35. Über eine Kombinationsversorgung wird festsitzender mit herausnehmbarem Zahnersatz zu einer funktionalen Einheit unter Verwendung von Verbindungselementen zusammengefügt. Kombinationsversorgungen sind angezeigt, wenn gegenüber anderen Zahnersatzformen eine statisch und funktionell günstigere Belastung der Restzähne und eine günstige Retention erreicht werden kann. Die parodontale Ausgangssituation der Restzähne ist kritisch zu bewerten. Im Rahmen der Regelversorgung gehören mit Ausnahme von Cover-Denture-Prothesen nur Teleskop-/Konuskronen auf Eckzähnen und den ersten Prämolaren zu den Verbindungselementen. Bei einem Restzahnbestand von bis zu drei Zähnen ist neben der parodontalen Ausgangssituation der Restzähne auch die Lückentopographie im Hinblick auf die Art der Verankerung und die Abstützung kritisch zu bewerten. Zur Regelversorgung gehören in diesem Fall sowohl Cover-Denture-Prothesen als auch parodontal abgestützte Prothesen mit einer Modellgussbasis sowie als Verbindungselemente Resilienzteleskopkronen und Wurzelstiftkappen beziehungsweise Teleskop-/Konuskronen.

V. Versorgung mit Suprakonstruktionen (implantatgestützter Zahnersatz)

36. Suprakonstruktionen gehören in folgenden Ausnahmefällen zur Regelversorgung:
 - a) bei zahnbegrenzten Einzelzahnlücken, wenn keine parodontale Behandlungsbedürftigkeit besteht, die Nachbarzähne kariesfrei und nicht überkronungsbedürftig bzw. überkront sind sowie
 - b) bei atrophiertem zahnlosen Kiefer

[Anmerkung: Lt. Gemeinsamer Erklärung der Partner im Bundesausschuss sind mit

Inkrafttreten zum 01.01.2006 in den Zahnersatz-Richtlinien Suprakonstruktionen zu beschreiben, die zu einer Verbesserung der Kaufunktion im Vergleich zu anderen Versorgungsformen führen.]

37. Der Anspruch im Rahmen der Regelversorgung ist bei zahnbegrenzten Einzelzahn-lücken nach Nummer 36 Buchstabe a auf die Versorgung mit Einzelzahnkronen und bei atrophiertem zahnlosen Kiefer nach Nummer 36 Buchstabe b auf die Versorgung mit Totalprothesen als vertragszahnärztliche Leistungen begrenzt.
38. Sämtliche Leistungen im Zusammenhang mit den Implantaten, wie die Implantate selbst, die Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente gehören nicht zur Regelversorgung bei Suprakonstruktionen.
39. Die Krankenkasse kann die vorgelegte Behandlungsplanung einem Gutachter zur Klärung der Frage zuleiten, ob ein unter Nummer 36 genannter Ausnahmefall vorliegt. Dabei gilt das zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbarte Gutachterverfahren für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen entsprechend. Das Nähere hierzu regeln die Partner der Bundesmantelverträge.

Zur Beachtung:

Beim nachfolgenden Text handelt es sich nicht um die aktuell gültige Fassung des SGB V, sondern um diejenige, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Festzuschussystems gültig war und dessen Grundlage bildet. Seither erfolgte Änderungen des Sozialgesetzbuches V sind für das System der Festzuschüsse nicht relevant. Die Begründungen zum Gesetzentwurf, mit dem die Festzuschüsse eingeführt wurden, haben weiterhin Bestand.

12 Das neue SGB V (Auszug)

Hinweise zum SGB V-Auszug:

Wiedergegeben sind in folgender Reihenfolge:

- Der Gesetzestext des Sozialgesetzbuches V vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477) in der Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190), geändert durch Gesetz vom 15.12.2004 (BGBl. I S. 3445)
- Den Paragrafen sind die Begründungen zum Gesetzentwurf (Drucksache 15/1525 vom 8. September 2003) in Schrägschrift unmittelbar angefügt
- Überleitungen zu den Änderungen des 13. Ausschusses in gerader Schrift
- Begründungen des 13. Ausschusses in Schrägschrift
jeweils in Fettdruck hervorgehoben.
- Begründungen zu weiteren gesetzlichen Änderungen hier nur abgedruckt, soweit für Zahnärzte relevant

Krankenbehandlung

§ 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

(2) Die zahnärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist; sie umfasst auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden. Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. In Fällen des Satzes 2 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen. Die Mehrkostenregelung gilt nicht für Fälle, in denen intakte plastische Füllungen ausgetauscht werden. Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben. Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert.

Ebenso gehören funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen nicht zur zahnärztlichen Behandlung; sie dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden. Das Gleiche gilt für implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen seltene vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Abs. 1

festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

Zu Abs. 2

Zu Satz 1

Die Regelung übernimmt geltendes Recht aus § 30 Abs. 2 Satz 2.

Zu Satz 9

Folgeänderung zur Änderung des § 91.

Zahnersatz

§ 55 Leistungsanspruch

(1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 6 und 7 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 um 20 vom Hundert. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung

1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und

2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich um weitere 10 vom Hundert, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung, frühestens seit dem 1. Januar 1989, die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

(2) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in jeweils gleicher Höhe, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden

Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Absatz 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den doppelten Festzuschuss. Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn

1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,
2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundsicherung, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch, Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem Dritten Buch erhält oder
3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.

Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Der in Satz 2 Nr. 1 genannte Vomhundertsatz erhöht sich für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

(3) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen weiteren Betrag. Die Krankenkasse erstattet den Versicherten den Betrag, um den die Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung eines zweifachen Festzuschusses nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 maßgebenden Einnahmegrenze übersteigen. Die Beteiligung an den Kosten umfasst höchstens einen Betrag in Höhe der zweifachen Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

(4) Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.

(5) Die Krankenkassen haben die bewilligten Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 bis

7, den Absätzen 2 und 3 in den Fällen zu erstatten, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird.

Zu Abs. 1

[...] An die Stelle der bisherigen prozentualen Bezuschussung treten befundbezogene Festzuschüsse. Befundbezogene Festzuschüsse stellen nicht auf die medizinisch notwendige Versorgung im Einzelfall, sondern auf prothetische Regelversorgungen bei bestimmten Befunden ab. Unabhängig von der tatsächlich durchgeführten Versorgung erhalten Versicherte zukünftig einen Festzuschuss, der sich auf die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Befunde bezieht. Auf diesem Wege wird sichergestellt, dass sich Versicherte für jede medizinisch anerkannte Versorgungsform mit Zahnersatz entscheiden können, ohne den Anspruch auf den Kassenzuschuss zu verlieren. Es wird klargestellt, dass Festzuschüsse bei Bestehen einer Notwendigkeit zur Versorgung mit Zahnersatz nur für anerkannte Versorgungsformen übernommen werden; für nicht nach § 135 Abs. 1 anerkannte Versorgungsformen dürfen die Krankenkassen keine Festzuschüsse gewähren. Der Gesetzgeber geht dabei davon aus, dass der Gemeinsame Bundesausschuss im Laufe des Jahres 2004 nunmehr seiner Verpflichtung zur Anerkennung bzw. Nichtanerkennung von zahnprothetischen Behandlungsmethoden nachkommt. Dies gilt insbesondere hinsichtlich vollkeramischer Kronen und Brücken, die bislang noch nicht bewertet worden sind. Die Sätze 2 bis 7 übernehmen bisher geltendes Recht. Nach Satz 2 betragen die befundbezogenen Festzuschüsse jeweils 50 vom Hundert der Beträge, die die Vertragsparteien für die Vergütung der zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen auf der Grundlage der vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Regelversorgungen vereinbart haben. Die Bonusregelungen des bisherigen Rechts werden übernommen; es wird lediglich der Festzuschuss als Berechnungsbasis herangezogen. Dadurch verändert sich rechnerisch der in den Sätzen 3 und 5 vorgesehene Bonus von 10 auf 20 vom Hundert bzw. von 5 auf 10 vom Hundert. Die Bonusregelung gilt nicht für Härtefälle nach Absatz 2, weil die dort geregelte Verdoppelung der Festzuschüsse die Regelversorgung mit Zahnersatz in vollem Umfang abdeckt.

Zu Abs. 2

Absatz 2 regelt den in der Satzung vorzugebenden Leistungsanspruch bei Härtefällen entsprechend dem bisher geltenden Recht. Versicherte haben in Fällen einer unzumutbaren Belastung Anspruch auf die doppelten Festzuschüsse und damit auf eine vollständige Übernahme der Kosten der jeweiligen Regelversorgung.

Zu Abs. 3

Die Vorschrift in Absatz 3 passt die bisherige Regelung in § 62 Abs. 2a an die Einführung der befundbezogenen Festzuschüsse an. Versicherte erhalten je nach Einkommenslage insgesamt einen Betrag bis zur Grenze des doppelten Festzuschusses.

Zu Abs. 4

Die Regelung übernimmt im Wesentlichen das geltende Recht gemäß § 30 Abs. 3 Satz 2. Sie betrifft den über die Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz. Gleichartig ist Zahnersatz, wenn er die Regelversorgung umfasst, jedoch zusätzliche Versorgungselemente wie zum Beispiel zusätzliche Brückenglieder sowie zusätzliche und andersartige Verankerungs- bzw. Verbindungselemente aufweist. Mehrkosten entstehen nur insoweit, als zahnärztliche Leistungen anfallen, die nicht nach § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelistet sind. Diese Leistungen sind nach der Gebührenordnung für Zahnärzte abzurechnen (§ 87a).

Zu Abs. 5

Abweichend von den Fällen gemäß § 87 Abs. 1a Satz 8, in den die Festzuschüsse über die Kassenzahnärztliche Vereinigung abgerechnet werden, haben Versicherte bei Durchführung einer von der Regelversorgung abweichenden andersartigen Versorgung gegenüber ihrer Krankenkasse einen Anspruch auf Erstattung der bewilligten Zuschüsse. Eine Abrechnung über die Kassenzahnärztliche Vereinigung findet in diesen Fällen nicht statt. Eine von der Regelversorgung abweichende, andersartige Versorgung liegt zum Beispiel vor, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss als Regelversorgung eine Modellgussprothese festgelegt hat, jedoch eine Brückenversorgung vorgenommen wird.

Der 13. Ausschuss begründet die Änderung in Absatz 2 Satz 1 wie folgt:

Die Änderung stellt klar, dass Versicherte in Fällen einer unzumutbaren Belastung auch bei auf Landesebene vereinbarten Abweichungen bei den Preisen für zahntechnische Leistungen Anspruch auf eine vollständige Übernahme der Kosten der jeweiligen Regelversorgung haben. [...]

§ 56 Festsetzung der Regelversorgungen

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in Richtlinien, erstmalig bis zum 30. Juni 2004, die Befunde, für die Festzuschüsse nach § 55 gewährt werden und ordnet diesen prothetische Regelversorgungen zu.

(2) Die Bestimmung der Befunde erfolgt auf der Grundlage einer international anerkannten Klassifikation des Lückengebisses. Dem jeweiligen Befund wird eine zahnprothetische Regelversorgung zugeordnet. Diese hat sich an zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zu orientieren, die zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen bei einem Befund im Sinne von Satz 1 nach dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse gehören. Bei der Zuordnung der Regelversorgung zum Befund sind insbesondere die Funktionsdauer, die Stabilität und die Gegenbezahnung zu berücksichtigen. Zumin-

dest bei kleinen Lücken ist festsitzender Zahnersatz zu Grunde zu legen. Bei großen Brücken ist die Regelversorgung auf den Ersatz von bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer und bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahnggebiet begrenzt. Bei Kombinationsversorgungen ist die Regelversorgung auf zwei Verbindungselemente je Kiefer, bei Versicherten mit einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen je Kiefer auf drei Verbindungselemente je Kiefer begrenzt. Regelversorgungen umfassen im Oberkiefer Verblendungen bis einschließlich Zahn fünf, im Unterkiefer bis einschließlich Zahn vier. In die Festlegung der Regelversorgung einzubeziehen sind die Befunderhebung, die Planung, die Vorbereitung des Restgebisses, die Beseitigung von groben Okklusionshindernissen und alle Maßnahmen zur Herstellung und Eingliederung des Zahnersatzes einschließlich der Nachbehandlung sowie die Unterweisung im Gebrauch des Zahnersatzes. Bei der Festlegung der Regelversorgung für zahnärztliche Leistungen und für zahntechnische Leistungen sind jeweils die einzelnen Leistungen nach § 87 Abs. 2 und § 88 Abs. 1 getrennt aufzulisten. Inhalt und Umfang der Regelversorgungen sind in geeigneten Zeitabständen zu überprüfen und an die zahnmedizinische Entwicklung anzupassen. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann von den Vorgaben der Sätze 5 bis 8 abweichen und die Leistungsbeschreibung fortentwickeln.

(3) Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 2 ist dem Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahme ist in die Entscheidung über die Regelversorgung hinsichtlich der zahntechnischen Leistungen einzubeziehen.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat jeweils bis zum 30. November eines Kalenderjahres die Befunde, die zugeordneten Regelversorgungen einschließlich der nach Absatz 2 Satz 10 aufgelisteten zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen sowie die Höhe der auf die Regelversorgung entfallenden Beträge nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 6 und 7 in den Abstaffelungen nach § 55 Abs. 1 Satz 2, 3 und 5 sowie Abs. 2 im Bundesanzeiger bekannt zu machen.

(5) § 94 Abs. 1 Satz 2 gilt mit der Maßgabe, dass die Beanstandungsfrist einen Monat beträgt. Erlässt das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die Richtlinie nach § 94 Abs. 1 Satz 3, gilt § 87 Abs. 6 Satz 2 zweiter Halbsatz und Satz 3 entsprechend.

Zu Abs. 1

In Absatz 1 wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Aufgabe übertragen, Befunde zu definieren und diesen jeweils zahnprothetische Regelversorgungen zuzuordnen. Die Fristsetzung ist erforderlich, um eine Bezuschussung auf der Basis befundbezogener Festzuschüsse zu gewährleisten.

Zu Abs. 2

Die Definition der Befunde muss nach Absatz 2 Satz 1 auf der Grundlage einer international anerkannten Klassifikation des Lückengebisses, z. B. Kennedy-Klassifi-

kation erfolgen, um eine wissenschaftlich abgesicherte Basis für die Bezuschussung zu haben. In einem zweiten Schritt ist dem definierten Befund eine Regelversorgung zuzuordnen. Die Regelungen in den Sätzen 3 bis 9 stellen dabei sicher, dass sich die jeweilige Regelversorgung an dem gegenwärtigen Versorgungsniveau orientiert. Die jeweilige Regelversorgung muss eine konkrete Versorgung abbilden, die in der Mehrzahl der Fälle bei dem entsprechenden Befund unter Beachtung der gesetzlich genannten Kriterien zur Behandlung geeignet ist. Die hinter der jeweiligen Regelversorgung stehende Versorgung ist in Form der Auflistung der hierzu erforderlichen BEMA- und BEL-Leistungen darzustellen. Die Regelungen sind erforderlich, um insbesondere sicherzustellen, dass in Härtefällen eine vollständige Kostenübernahme für eine bei dem entsprechenden Befund akzeptable Regelversorgung möglich ist. Der gemeinsamen Selbstverwaltung wird die Möglichkeit eingeräumt, von den gesetzlichen Vorgaben zur Bestimmung des Versorgungsniveaus abzuweichen und dieses fortzuentwickeln.

Zu Abs. 3

Absatz 3 macht den Sachverstand des Verbandes Deutscher Zahntechniker-Innungen nutzbar, soweit es um zahntechnische Leistungen geht, die in der Regelversorgung anfallen.

Zu Abs. 4

Die Regelung in Absatz 4 dient der Transparenz über die definierten Befunde, die zugeordneten Regelversorgungen und die Höhe der Festzuschüsse, getrennt für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen und gestaffelt nach der Höhe des Versichertenanspruchs.

Zu Abs. 5

In Absatz 5 Satz 1 wird die Beanstandungsfrist des § 94 Abs. 1 Satz 2 von zwei auf einen Monat verkürzt, um ein Inkrafttreten der Neuordnung des Zahnersatzes zum 1. Januar 2005 sicherzustellen. Für den Fall der Ersatzvornahme wird in Satz 2 klar gestellt, dass die hiermit verbundenen Kosten von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zu tragen sind.

§ 57 Beziehungen zu Zahnärzten und Zahn Technikern

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung vereinbaren jeweils bis zum 30. September eines Kalenderjahres für das Folgejahr, erstmalig bis zum 30. September 2004 für das Jahr 2005, die Höhe der Vergütungen für die zahnärztlichen Leistungen bei den Regelversorgungen nach § 56 Abs. 2 Satz 2. Für die erstmalige Vereinbarung ermitteln die Vertragspartner nach Satz 1 den bundeseinheitlichen durchschnittlichen Punktwert des Jahres 2004 für zahnärztliche Leistungen beim Zahnersatz einschließlich Zahnkronen gewichtet nach der Zahl der Versicherten. Soweit Punktwerte für das Jahr 2004 bis zum 30. Juni 2004 von den Partnern der Gesamtverträge nicht vereinbart sind, werden die Punktwerte des Jahres 2003, unter Anwendung der für das Jahr 2004

nach § 71 Abs. 3 maßgeblichen durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für das gesamte Bundesgebiet festgelegt. Für das Jahr 2005 wird der durchschnittliche Punktwert nach den Sätzen 2 und 3 unter Anwendung der für das Jahr 2005 nach § 71 Abs. 3 maßgeblichen durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für das gesamte Bundesgebiet festgelegt. Für die folgenden Kalenderjahre gelten § 71 Abs. 1 bis 3 sowie § 85 Abs. 3. Die Beträge nach Satz 1 ergeben sich jeweils aus der Summe der Punktzahlen der nach § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten zahnärztlichen Leistungen, multipliziert mit den jeweils vereinbarten Punktwerten. Die Vertragspartner nach Satz 1 informieren den Gemeinsamen Bundesausschuss über die Beträge nach Satz 6. § 89 Abs. 4 gilt mit der Maßgabe, dass auch § 89 Abs. 1 und 1a entsprechend gilt. Die Festsetzungsfristen nach § 89 Abs. 1 Satz 1 und 3 und Abs. 1a Satz 2 betragen für die Festsetzungen nach den Sätzen 2 bis 4 zwei Monate.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren mit den Innungsverbänden der Zahntechniker-Innungen jeweils bis zum 30. September eines Kalenderjahres, erstmalig bis zum 30. September 2004 für das Jahr 2005, die Höchstpreise für die zahntechnischen Leistungen bei den Regelversorgungen nach § 56 Abs. 2 Satz 2; sie dürfen dabei die nach den Sätzen 2 bis 5 für das jeweilige Kalenderjahr ermittelten bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise um bis zu 5 vom Hundert unter- oder überschreiten. Hierzu ermitteln die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der Zahntechniker-Innungen die bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise des Jahres 2004 für zahntechnische Leistungen beim Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen gewichtet nach der Zahl der Versicherten. Sind Preise für das Jahr 2004 nicht vereinbart, werden die Preise des Jahres 2003 unter Anwendung der für das Jahr 2004 nach § 71 Abs. 3 maßgeblichen durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für das gesamte Bundesgebiet festgelegt. Für das Jahr 2005 werden die durchschnittlichen Preise nach Satz 2 und 3 unter Anwendung der für das Jahr 2005 nach § 71 Abs. 3 maßgeblichen durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für das gesamte Bundesgebiet festgelegt. Für die folgenden Kalenderjahre gilt § 71 Abs. 1 bis 3. Die für die Festlegung der Festzuschüsse nach § 55 Abs. 1 Satz 2 maßgeblichen Beträge für die zahntechnischen Leistungen bei den Regelversorgungen, die nicht von Zahnärzten erbracht werden, ergeben sich als Summe der bundeseinheitlichen Preise nach den Sätzen 2 bis 5 für die nach § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten zahntechnischen Leistungen. Die Höchstpreise nach Satz 1 und die Beträge nach Satz 6 vermindern sich um 5 vom Hundert für zahntechnische Leistungen, die von Zahnärzten erbracht werden. Die Vertragspartner nach Satz 2 informieren den Gemeinsamen Bundesausschuss über die Beträge für die zahntechnischen Leistungen bei Regelversorgungen. § 89 Abs. 7 gilt mit der Maßgabe, dass die Festsetzungsfristen nach § 89 Abs. 1 Satz 1 und 3 und Abs. 1a Satz 2 für die Festsetzungen nach den Sätzen 2 bis 4 jeweils einen Monat betragen.

Zu Abs. 1

In Satz 1 werden abweichend von § 85 Abs. 2 die Spitzenverbände der Krankenkassen beauftragt, gemeinsam und einheitlich die Vergütungshöhe für die zahnärztlichen Leistungen bei den Regelversorgungen nach § 56 Abs. 2 mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zu vereinbaren. Die Verlagerung der Verhandlungsebene ist notwendig, weil nach § 58 für die Satzungsleistung „Zahnersatz“ ein bundeseinheitlicher Beitrag erhoben wird und diesem einheitlichen Beitrag ein einheitlicher Festzuschuss gegenüberstehen muss. Die Gesetzesfrist ist zur Sicherstellung des Inkrafttretens der Neuordnung des Zahnersatzes zum 1. Januar 2005 erforderlich.

Infolge der bisherigen Vertragskompetenz der Partner der Gesamtverträge für die Vergütungshöhe sind die Punktwerte beim Zahnersatz uneinheitlich und müssen für die erstmalige Vereinigung vereinheitlicht werden. Hierzu bilden die nunmehrigen Vertragspartner nach Satz 1 den bundeseinheitlichen durchschnittlichen Punktwert, des Jahres 2004 der nach der Zahl der Versicherten zu gewichten ist. Bis zum 30. Juni 2004 werden möglicherweise noch nicht alle Vergütungsverhandlungen auf der Ebene der Gesamtvertragspartner abgeschlossen sein. Daher bestimmt Satz 3 für diesen Fall, dass die Punktwerte des Jahres 2003 unter Anwendung der für das Jahr 2004 maßgeblichen durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für das gesamte Bundesgebiet von den Partnern nach Satz 1 festgelegt werden.

Für das Jahr 2005 wird den Vertragspartnern nach Satz 1 in Satz 4 die Fortentwicklung des durchschnittlichen Punktwertes des Jahres 2004 gesetzlich vorgegeben. Damit wird sichergestellt, dass die befundbezogenen Festzuschüsse ab 1. Januar 2005 gezahlt werden können. Beginnend mit dem Jahr 2006 haben die Vertragspartner die Punktwerte entsprechend den allgemeinen Grundsätzen zu vereinbaren. Diese Vereinbarungen müssen jeweils bis zum 30. September für das Folgejahr abgeschlossen sein. Die Beträge der Regelversorgung werden ebenfalls von den Vertragspartnern ermittelt. Sie ergeben sich aus der Summe der Punktzahlen der nach § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten zahnärztlichen Leistungen, die mit den jeweils vereinbarten Punktwerten zu multiplizieren sind. Über die Beträge informieren die Vertragspartner den Gemeinsamen Bundesausschuss, damit dieser seiner Veröffentlichungspflicht nach § 56 Abs. 4 nachkommen kann.

Im Falle der Nichteinigung der Vertragspartner entscheidet das Bundesschiedsamt gemäß § 89 Abs. 4 unter entsprechender Anwendung der Regelungen in § 89 Abs. 1 und 1a über die Veränderung der Punktwerte. Die Festsetzungsfrist für Bundesschiedsamt wird von drei auf zwei Monate reduziert, um den Versicherten jeweils ab 1. Januar eines Kalenderjahres befundbezogene Festzuschüsse auf der Basis der für dieses Kalenderjahr geltenden Punktwertes zur Verfügung stellen zu können. Die Beträge der Regelversorgung werden ebenfalls von den Vertragspartnern ermittelt. Sie ergeben sich aus der Summe der Punktzahlen der nach § 56 Abs. 2 Satz 10 aufge-

listeten zahnärztlichen Leistungen, die mit den jeweils vereinbarten Punktwerten zu multiplizieren sind. Über die Beträge informieren die Vertragspartner den Gemeinsamen Bundesausschuss, damit dieser seiner Veröffentlichungspflicht nach § 56 Abs. 4 nachkommen kann.

Zu Abs. 2

Auch für zahntechnische Leistungen beim Zahnersatz wird die Vertragsabschlusskompetenz auf die Bundesebene verlagert. Im Übrigen gelten die Ausführungen zu Absatz 1 entsprechend.

Anmerkung: siehe Änderungen durch den 13. Ausschuss.

Der 13. Ausschuss begründet die Neufassung des Absatzes 2 wie folgt:

Die Regelung trägt den gegenwärtig voneinander abweichenden Preisen für zahntechnische Leistungen beim Zahnersatz zwischen den einzelnen Ländern Rechnung. Die Vertragspartner auf Landesebene haben sich an das jeweils von den Vertragspartnern auf Bundesebene gemäß Satz 2ff. vereinbarte Preisniveau auszurichten. Sie können innerhalb eines Korridors von insgesamt 10 vom Hundert von den festgelegten bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preisen abweichen. Die Festsetzung bundeseinheitlicher Festzuschüsse nach § 55 Abs. 1 Satz 2 bleibt davon unberührt. Die übrigen Regelungen, insbesondere zur Anwendung der jährlichen Veränderungsrate, werden übernommen. Die allgemeinen Fristen für Schiedsamtentscheidungen von drei Monaten werden auf jeweils einen Monat verkürzt, damit die Beträge für die Festzuschüsse beim Zahnersatz jeweils fristgerecht zum 1. Januar eines Kalenderjahres in Kraft treten können. [...]

Verträge auf Bundes- und Landesebene

§ 85 Gesamtvergütung

(2) Die Höhe der Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart vereinbart. Die Gesamtvergütung ist das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen; sie kann als Festbetrag oder auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen, nach einer Kopfpauschale, nach einer Fallpauschale oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt. Die Vereinbarung unterschiedlicher Vergütungen für die Versorgung verschiedener Gruppen von Versicherten ist nicht zulässig. Die Vertragsparteien sollen auch eine angemessene Vergütung für nichtärztliche Leistungen im Rahmen sozialpädiatrischer und psychiatrischer Tätigkeit vereinbaren. Die Vergütungen der Untersuchungen nach den §§ 22, 25 Abs. 1 und 2, § 26 werden als Pauschalen vereinbart. Beim Zahnersatz sind Vergütungen für die Aufstellung eines Heil- und Kostenplans nicht zulässig. Soweit die Gesamtvergütung auf der Grundlage von Einzelleistungen vereinbart wird, ist der Betrag des Ausgabenvolumens nach Satz 2 zu bestimmen

sowie eine Regelung zur Vermeidung der Überschreitung dieses Betrages zu treffen. Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 mit Ausnahme der Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 Satz 4 und Ausgaben auf Grund der Mehrkostenregelung nach § 28 Abs. 2 Satz 3 sind auf das Ausgabenvolumen nach Satz 2 anzurechnen.

(4b) Ab einer Gesamtpunktmenge je Vertragszahnarzt aus vertragszahnärztlicher Behandlung einschließlich der kieferorthopädischen Behandlung von 262.500 Punkten je Kalenderjahr verringert sich der Vergütungsanspruch für die weiteren vertragszahnärztlichen Behandlungen im Sinne des § 73 Abs. 2 Nr. 2 um 20 vom Hundert, ab einer Punktmenge von 337.500 je Kalenderjahr um 30 vom Hundert und ab einer Punktmenge von 412.500 je Kalenderjahr um 40 vom Hundert; für Kieferorthopäden verringert sich der Vergütungsanspruch für die weiteren vertragszahnärztlichen Behandlungen ab einer Gesamtpunktmenge von 280.000 Punkten je Kalenderjahr um 20 vom Hundert, ab einer Punktmenge von 360.000 Punkten je Kalenderjahr um 30 vom Hundert und ab einer Punktmenge von 440.000 Punkten je Kalenderjahr um 40 vom Hundert. Satz 1 gilt für ermächtigte Zahnärzte entsprechend. Die Punktmengengrenzen bei Gemeinschaftspraxen richten sich nach der Zahl der gleichberechtigten zahnärztlichen Mitglieder. Bei nicht gleichberechtigten Mitgliedern gilt die Regelung für angestellte Zahnärzte entsprechend. Eine Gleichberechtigung der zahnärztlichen Mitglieder liegt vor, wenn vertraglich gleiche Rechte und Pflichten der Teilhaber in Berufsausübung und Praxisführung vereinbart sind. Der Nachweis der gleichberechtigten Teilhaberschaft ist gegenüber dem Zulassungsausschuss durch Vorlage des notariell beglaubigten Vertrages zu erbringen. Die Punktmengen erhöhen sich um 70 vom Hundert je ganztätig angestelltem Zahnarzt im Sinne des § 32b Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte und um 25 vom Hundert für Entlastungs-, Weiterbildungs- und Vorbereitungsassistenten. Bei Teilzeit oder nicht ganzjähriger Beschäftigung verringert sich die zusätzlich zu berücksichtigende Punktmenge entsprechend der Beschäftigungsdauer. Die Punktmengen umfassen alle vertragszahnärztlichen Leistungen im Sinne des § 73 Abs. 2 Nr. 2. In die Ermittlung der Punktmengen sind die Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 2 einzubeziehen. Diese werden den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen von den Krankenkassen mitgeteilt.

Zu Abs. 2

Zu Satz 1 Nr. 1 und 2

Redaktionelle Folgeänderungen der Aufhebung des § 83 Abs. 2, durch die jeweils die Bezeichnung des Absatzes 1 wegfällt.

Zu Satz 8

Mit der Änderung wird die Anrechnung von Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen auf die Gesamtvergütungen auf diejenigen Fälle beschränkt, in denen Versicherte einen zugelassenen Leistungserbringer in Anspruch nehmen. Die Änderung ist notwendig, weil § 13 Abs. 2 Satz 4 – neu – vorsieht, dass Versicherte künftig nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkasse auch nicht zugelassene Leistungserbringer im Inland in Anspruch nehmen können. Hat die Krankenkasse der Inanspruch-

nahme eines nicht zugelassenen Leistungserbringers im Inland zugestimmt, erfolgt keine Anrechnung auf die Gesamtvergütung. Das Gleiche gilt im Übrigen auch wenn der Versicherte nach § 13 Abs. 4 und 5 – neu – einen nicht zugelassenen Leistungserbringer im Ausland in Anspruch genommen hat.

Zu Abs. 2 – siehe dortige Anmerkungen.

Zu Satz 1

Folgeänderung zur Einführung des Wohnortprinzips (§ 83).

Zu Satz 8

Folgeregelung zur Aufhebung des § 30.

Zu Abs. 4b

Die Gesamtpunktmengen für die Degressionsgrenzen bei Kieferorthopäden werden um 20 vom Hundert abgesenkt. Die Absenkung entspricht der Punktzahlreduzierung für kieferorthopädische Leistungen durch den Bewertungsausschuss, die am 1. Januar 2004 in Umsetzung des gesetzlichen Auftrages in § 87 Abs. 2d in Kraft tritt. Eine Punktzahlreduzierung für die sonstigen Zahnärzte erfolgt nicht, da insoweit der Absenkung beim Zahnersatz und bei kieferorthopädischen Leistungen eine entsprechende Punktzahlanhebung im Bereich der konservierend-chirurgischen Leistungen gegenübersteht.

Zu Abs. 4b – siehe dortige Anmerkung.

Die Vorschrift stellt eine notwendige Folgeregelung aufgrund der Umstellung auf befundbezogene Festzuschüsse beim Zahnersatz dar. Die Gesamtpunktmengen je Vertragszahnarzt, ausgenommen die der Kieferorthopäden, werden um den auf den Zahnersatz entfallenden Anteil in Höhe von 25 vom Hundert bereinigt. Bei den Kieferorthopäden bleiben die Punktmengengrenzen unverändert, da von diesen grundsätzlich keine Zahnersatzleistungen erbracht werden.

§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab

(1) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse als Bestandteil der Bundesmantelverträge einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen und einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen. In den Bundesmantelverträgen sind auch die Regelungen, die zur Organisation der vertragsärztlichen Versorgung notwendig sind, insbesondere Vordrucke und Nachweise, zu vereinbaren. Bei der Gestaltung der Arzneiverordnungsblätter ist § 73 Abs. 5 zu beachten. Die Arzneiverordnungsblätter sind so zu gestalten, dass bis zu drei Verordnungen je Verordnungsblatt möglich sind. Dabei ist für jede Verordnung ein Feld für die Auftragung des Kennzeichens nach § 300 Abs. 1 Nr. 1 sowie ein weiteres Feld vorzusehen, in dem der Arzt seine Entscheidung nach § 73 Abs. 5 durch Ankreuzen kenntlich machen kann. Spätestens bis zum 1. Januar 2006 ist auf der Grundlage der von der

Gesellschaft für Telematik nach § 291a Abs. 7 Satz 2 und § 291b getroffene Regelungen der Telematikinfrastruktur auch ein elektronischer Verordnungsdatensatz für die Übermittlung der Verordnungsdaten an Apotheken und Krankenkassen zu vereinbaren.

(1a) In dem Bundesmantelvertrag haben die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen festzulegen, dass die Kosten für Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen, soweit die gewählte Versorgung der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 entspricht, gegenüber den Versicherten nach Absatz 2 abzurechnen sind. Darüber hinaus sind im Bundesmantelvertrag folgende Regelungen zu treffen: Der Vertragszahnarzt hat vor Beginn der Behandlung einen kostenfreien Heil- und Kostenplan zu erstellen, der den Befund, die Regelversorgung und die tatsächlich geplante Versorgung auch in den Fällen des § 55 Abs. 4 und 5 nach Art, Umfang und Kosten beinhaltet. Im Heil- und Kostenplan sind Angaben zum Herstellungsort des Zahnersatzes zu machen. Der Heil- und Kostenplan ist von der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung insgesamt zu prüfen. Die Krankenkasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen. Bei bestehender Versorgungsnotwendigkeit bewilligt die Krankenkasse die Festzuschüsse gemäß § 55 Abs. 1 oder 2 entsprechend dem im Heil- und Kostenplan ausgewiesenen Befund. Nach Abschluss der Behandlung rechnet der Vertragszahnarzt die von der Krankenkasse bewilligten Festzuschüsse mit Ausnahme der Fälle des § 55 Abs. 5 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. Der Vertragszahnarzt hat bei Rechnungslegung eine Durchschrift der Rechnung des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über zahntechnische Leistungen und die Erklärung nach Anhang VIII der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Medizinprodukte (ABl. EG Nr. L 169 S. 1) in der jeweils geltenden Fassung beizufügen. Der Bundesmantelvertrag regelt auch das Nähere zur Ausgestaltung des Heil- und Kostenplans, insbesondere muss aus dem Heil- und Kostenplan erkennbar sein, ob die zahntechnischen Leistungen von Zahnärzten erbracht werden oder nicht.

(2) Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander, soweit möglich, sind die Leistungen mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes zu versehen. Die Bewertungsmaßstäbe sind in bestimmten Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen; bei der Bewertung der Leistungen ist insbesondere der Aspekt der wirtschaftlichen Nutzung der bei der Erbringung von Leistungen eingesetzten medizinisch-technischen Geräte zu berücksichtigen. Der Bewertungsausschuss kann Regelungen treffen, die einem mit der Behandlung bestimmter Versichertengruppen verbundenen zusätzlichen Aufwand des Arztes Rechnung tragen; er beschließt dazu das Nähere, insbesondere zu Bestimmungen der im ersten Halbsatz genannten Versichertengruppen. Die Regelungen nach den Sätzen 1, 2 und 3 sind erstmalig bis zum 30. Juni 2004 zu treffen.

(2d) Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen können zu Leistungskomplexen zusammengefasst werden. Die Leistungen sind entsprechend einer ursachengerechten, zahnschutzschonenden und präventionsorientierten Versorgung insbesondere nach dem Kriterium der erforderlichen Arbeitszeit gleichgewichtig in und zwischen den Leistungsbereichen für Zahnerhaltung, Prävention, Zahnersatz und Kieferorthopädie zu bewerten. Bei der Festlegung der Bewertungsrelationen ist wissenschaftlicher Sachverstand einzubeziehen. Kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise bis zum 31. Dezember 2001 nicht zustande, hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung unverzüglich den erweiterten Bewertungsausschuss nach Absatz 4 mit Wirkung für die Vertragsparteien anzurufen. Der erweiterte Bewertungsausschuss setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von sechs Monaten die Vereinbarung fest.

(6) Die Beschlüsse der Bewertungsausschüsse und die den Beschlüssen zu Grunde liegenden Beratungsunterlagen sind dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vorzulegen; es kann die Beschlüsse innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen Beschlüsse der Bewertungsausschüsse ganz oder teilweise nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gesetzten Frist zu Stande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung nicht innerhalb einer von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die Vereinbarungen festsetzen; es kann dazu Datenerhebungen in Auftrag geben oder Sachverständigengutachten einholen. Die mit den Maßnahmen nach Satz 2 verbundenen Kosten sind von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jeweils zur Hälfte zu tragen; das Nähere bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Abweichend von Satz 2 kann das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung für den Fall, dass Beschlüsse der Bewertungsausschüsse nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gesetzten Frist zustande kommen, den erweiterten Bewertungsausschuss nach Absatz 4 mit Wirkung für die Vertragspartner anrufen. Der erweiterte Bewertungsausschuss setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gesetzten Frist die Vereinbarung fest; die Sätze 1 bis 3 gelten entsprechend.

Zu Abs. 1, Satz 6

Folgeregelung zur Einführung des elektronischen Rezeptes bis spätestens zum 1. Januar 2006; die jetzt in Papierform vorhandenen Verordnungsblätter sollen entsprechend in die elektronische Form übernommen werden. Das Verfahren für die Übermittlung der Verordnungsdaten richtet sich nach den Festlegungen gemäß § 291a Abs. 7.

Zu Abs. 1a

Satz 1 schreibt für die Rechnungslegung des Vertragszahnarztes gegenüber Versicherten für die zahnärztlichen Leistungen beim Zahnersatz den Einheitlichen

Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen als Abrechnungsgrundlage vor, soweit die tatsächlich durchgeführte Zahnersatzversorgung der Regelversorgung entspricht. Dies betrifft auch den Bereich der Regelversorgung in den Fällen des § 55 Abs. 4. Ausgenommen sind insoweit lediglich die zahnärztlichen Leistungen, die über die in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen hinausgehen. Diese Mehrleistungen sind ebenso wie die Leistungen in den Fällen des § 55 Abs. 5 nach der Gebührenordnung für Zahnärzte abrechenbar.

Mit der Neuregelung in Satz 4 wird gewährleistet, dass Versicherte und Krankenkassen über den Herstellungsort bzw. das Herstellungsland der abrechnungsfähigen zahn-technischen (Teil-)Leistungen informiert werden. Dadurch wird Abrechnungsmanipulationen mit zum Beispiel im Ausland hergestelltem Zahnersatz zu Lasten Versicherter und Krankenkassen entgegengewirkt. In die gleiche Richtung zielt Satz 9. Die dortige Ergänzung bewirkt eine Verbesserung der Transparenz im Hinblick auf die Qualität des Zahnersatzes. Mit der Erklärung erhält der Versicherte eine Bestätigung darüber, dass Zahnersatz, unabhängig davon, ob dieser im In- oder Ausland hergestellt wurde, den grundlegenden Anforderungen der einschlägigen EU-Richtlinie entspricht. Die Regelungen übernehmen ansonsten im Wesentlichen geltendes Recht.

Zu Abs. 2

Zu Satz 1

Zur Verbesserung der Transparenz der Leistungsbewertungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) sowie zur Verbesserung der Wirksamkeit der Abrechnungsprüfungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (siehe § 106a – neu –) sollen die im EBM aufgeführten Leistungen mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes versehen werden. Solche kalkulatorischen Zeitwerte sind von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen bei der Vorbereitung von Entwürfen für eine Reform des EBM und im Rahmen von Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Durchführung der Abrechnungsprüfungen bereits entwickelt worden.

Zu Satz 2

Es wird klargestellt, dass bei der Bewertung der Leistungen im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes der nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik mögliche Stand einer rationellen Leistungserbringung zu Grunde zu legen ist. Werden bei der Erbringung von Leistungen medizinisch-technische Geräte genutzt, so ist nicht von einer Beschränkung auf die im Rahmen von Einzelpraxen erreichbare Auslastung dieser medizinisch-technischen Geräte auszugehen. Soweit eine wirtschaftliche Auslastung der Geräte im Rahmen von Einzelpraxen im Regelfall nicht möglich ist, ist davon auszugehen, dass entsprechende Geräte nur in kooperativen Versorgungsformen, z. B. Gemeinschaftspraxen oder Kooperationen von Praxen und Krankenhäusern, genutzt werden.

Zu Satz 3 und 4

Dem Bewertungsausschuss wird damit ermöglicht, Regelungen zu treffen, die den besonderen Versorgungsaufwand berücksichtigen, der mit der Betreuung von bestimmten Gruppen von Versicherten – zum Beispiel chronisch kranken oder behinderten Versicherten – verbunden ist.

Zu Abs. 6

Um eine zügige und vollständige Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zur Ausgestaltung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes sicherzustellen, erhält das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die Möglichkeit, den erweiterten Bewertungsausschuss (§ 87 Abs. 4) anzurufen oder eine Ersatzvornahme durchzuführen. Es wird klargestellt, dass die mit einer Ersatzvornahme verbundenen Kosten, so z. B. die Kosten für ggf. erforderliche Datenerhebungen und -auswertungen oder Sachverständigengutachten, von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu tragen sind.

Der 13. Ausschuss begründet die Änderung in Absatz 1a (Einfügen der Wörter „die Regelversorgung“) wie folgt:

Die Ergänzung erhöht die Transparenz für die Versicherten und ermöglicht diesen eine eigenverantwortliche Entscheidung über ihre individuelle Zahnersatzversorgung. Der hiermit verbundene Verwaltungsaufwand für die zahnärztlichen Praxen lässt sich z.B. durch Verwendung von standardisierten Vordrucken bzw. den Einsatz entsprechender EDV-Programme minimieren.

§ 87a Zahlungsanspruch bei Mehrkosten

Abrechnungsgrundlage für die Mehrkosten nach § 28 Abs. 2 Satz 2 und § 55 Abs. 4 ist die Gebührenordnung für Zahnärzte. Der Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes gegenüber dem Versicherten ist bei den für diese Mehrkosten zu Grunde liegenden Leistungen auf das 2,3fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte begrenzt. Bei Mehrkosten für lichthärtende Composite-Füllungen in Schicht- und Ätztechnik im Seitenzahnbereich nach § 28 Abs. 2 Satz 2 ist höchstens das 3,5fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnungsfähig. Die Begrenzung nach den Sätzen 2 und 3 entfällt, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss seinen Auftrag gemäß § 92 Abs. 1a und der Bewertungsausschuss seinen Auftrag gemäß § 87 Abs. 2d Satz 2 erfüllt hat. Maßgebend ist der Tag des Inkrafttretens der Richtlinien und der Tag des Beschlusses des Bewertungsausschusses.

Zu Satz 1

Folgeregelung zur Streichung des § 30 und zur Neuregelung in § 55 Abs. 4.

Zu Satz 4

Folgeänderung zur Änderung des § 91.

Zahntechnische Leistungen

§ 88 Bundesleistungsverzeichnis, Vergütungen

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren mit dem Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen ein bundeseinheitliches Verzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen. Das bundeseinheitliche Verzeichnis ist im Benehmen mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zu vereinbaren.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen vereinbaren mit den Innungsverbänden der Zahntechniker die Vergütungen für die nach dem bundeseinheitlichen Verzeichnis abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen, ohne die zahntechnischen Leistungen beim Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen. Die vereinbarten Vergütungen sind Höchstpreise. Die Krankenkassen können die Versicherten sowie die Zahnärzte über preisgünstige Versorgungsmöglichkeiten informieren.

(3) Preise für zahntechnische Leistungen nach Absatz 1 ohne die zahntechnischen Leistungen beim Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen, die von einem Zahnarzt erbracht werden, haben die Preise nach Absatz 2 Satz 1 und 2 um mindestens 5 vom Hundert zu unterschreiten. Hierzu können Verträge nach § 83 abgeschlossen werden.

Zu Abs. 1 Satz 1

Die Änderungen in Absatz 1 übernehmen die korrekten Bezeichnungen.

Zu Abs. 2 und 3

Die Regelungen tragen der Übertragung der Vertragskompetenz für die Vergütung von zahntechnischen Leistungen beim Zahnersatz auf die Ebene des Verbandes der Zahntechniker-Innungen und der Spitzenverbände in § 57 Abs. 2 Rechnung.

13 Index

A

- Abgrenzung Versorgungsformen 5-03 ff.
- Abrechnung *s. Rechnungslegung*
- Adhäsivbrücken 5-04, 8-04
- Andersartiger Zahnersatz
 - Abgrenzung 5-03 ff.
 - Abrechnung 7-01 f.
 - Berechnungsbeispiele 9-48 ff.
 - Einführung 1-03
 - Vergütung 5-02
- Anspruch des Versicherten 1-01, 5-06, 8-01
- Ärztliche und zahnärztliche Behandlung,
§ 28 SGB V: 12-01 f.
- Aufklärungspflicht 3-01
- Ausfüllhinweise Heil- und Kostenplan 3-05 ff.
- Auslegungen Festzuschuss-Richtlinien
s. Interpretationen

B

- Befund, zahnmedizinischer 3-05 f.
 - Änderungen des B. 3-10
 - nachträglicher B. 3-06, 3-10
- Befunde für Festzuschüsse
 - Erläuterungen 8-02 ff.
 - Kombinationstabellen 8-24 f.
 - Kombinierbarkeit 8-21 ff.
 - zugeordnete Regelversorgungen 11-05 ff.
- Begleitleistungen 5-05
- Begutachtung 4-01
- Behandlungsplanung 3-01 ff.
- BEL 6-01 f.
- BEMA 5-01 ff.
- Berechnungsbeispiele
 - andersartiger Zahnersatz 9-48 ff.
 - gleichartiger Zahnersatz 9-32 ff.
 - Regelversorgung 9-03 ff.
 - partielle Versorgungen 9-57 f.
 - Suprakonstruktionen 9-62 ff.
 - zur Befundklasse 1: 9-03 ff., 9-32 ff.
 - zur Befundklasse 2: 9-06 ff., 9-35 ff., 9-48, 9-58
 - zur Befundklasse 3: 9-11 ff., 9-39 ff., 9-49 ff., 9-57, 9-65 f.
 - zur Befundklasse 4: 9-15 ff., 9-44 ff., 9-66a
 - zur Befundklasse 5: 9-24 ff.
 - zur Befundklasse 6: 9-26 ff., 9-47

- zur Befundklasse 7: 9-67 ff.
- Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern, § 57 SGB V: 12-07 ff.
- Bonusregelungen 1-01 f.
- Brücken 5-04
- Budgetierung 1-02
- Bundeseinheitlicher Punktwert 1-02, 5-01, 8-13
- Bundesleistungsverzeichnis, Vergütungen,
§ 88 SGB V: 12-17
- Bundsmantelvertrag, BEMA, § 87 SGB V: 12-12 ff.

D

- Direktabrechnung 3-02, 7-01

E

- Eigenanteil 1-01, 3-09, 6-01, 7-01
- Erneuerung Suprakonstruktionen 8-06, 8-22
- Erweiterung von Zahnersatz 8-05 f.

F

- Festsetzung der Regelversorgungen,
§ 56 SGB V: 12-05 ff.
- Festzuschuss
 - anteiliger F. 5-06
 - Bewilligungsverfahren 3-10
 - doppelter F. 7-02 f.
 - Höhe 8-13 ff.
 - Kombinationstabellen 8-24 f.
 - Kombinierbarkeit 8-21 ff.
- Festzuschuss-Richtlinien
 - Erläuterungen 8-01 ff.
 - Interpretationen zur Anwendung 8-07 ff.
 - Richtlinien text 11-01 ff.
- Freiendsituation
 - Versorgungsnotwendigkeit der F. 8-03
 - Definition der F. 8-07

G

- Gesamtvergütung, § 85 SGB V: 12-10 ff.
- Gleichartiger Zahnersatz
 - Abgrenzung 5-03 ff.
 - Abrechnung 7-01 ff.
 - Berechnungsbeispiele 9-32 ff.
 - Einführung 1-02
 - Vergütung 5-01
- GOZ 5-01 ff.

H

Härtefälle 7-01 ff.
Heil- und Kostenplan 3-01 ff.
- Ausfüllhinweise zum HKP/Teil 1: 3-05 ff.
- Ausfüllhinweise zum HKP/Teil 2: 3-09
- vereinbarte Kürzel 9-02
Höhe der Festzuschüsse 8-13 ff.

I

Implantatversorgung
s. auch Suprakonstruktionen 1-01
Interimsversorgungen 8-05, 8-23
Interpretationen
Festzuschuss-Richtlinien 8-07 ff.

K

Kombinationstabellen Befunde/
Festzuschüsse 8-24 f.
Kombinationszahnersatz 5-04 f.
Kombinierbarkeit Festzuschussbefunde 8-21 ff.
Konformitätserklärung 7-02
Kostenerstattung 5-06 f.
Kostenplanung 3-07
Kostenträger 3-10 f.
Krankenkasse
- Bewilligungsverfahren K. 3-10
Kronen 5-03

L

Leistung, zusätzliche 3-08
Leistungsanspruch, § 55 SGB V: 12-02 ff.
Leistungspflicht 1-01
Lückengebiss 8-03 ff.

M

Mängelgutachten 4-02
Material- und Laborkosten 3-08, 6-01
Mehrkosten 1-02, 5-01 f., 7-03
Mischfälle 5-02 f., 7-01 f.

N

Nachträglicher Befund 3-06, 3-10

P

Partielle Versorgung, Berechnungsbeispiele 9-57 f.
Planungsgutachten 4-01
Private Vereinbarungen 5-06
Punktwert, bundeseinheitlicher 1-02, 5-01, 8-13

R

Rechnungslegung 7-01 ff.
Regelversorgung
- Abgrenzung 5-03 ff.
- Abrechnung 7-01 f.
- Befunden zugeordnete R. 11-05 ff.
- Berechnungsbeispiele 9-03 ff.
- Einführung 1-02
- Festsetzung der R., § 56 SGB V: 12-05 ff.
- Vergütung 5-01
Reparaturen *s. Wiederherstellung*
Restzahnbestand 8-05

S

SGB V (Auszug) 12-01 ff.
Stiftaufbauten 5-04
Suprakonstruktionen 1-03 f., 5-05, 8-06, 8-22 f.
- Berechnungsbeispiele zu S. 9-62 ff.

T

Teilleistungen 3-08, 5-06, 8-23
Teilversorgung *s. Partielle Versorgung*
Teleskopkronen 5-04 f.
Therapieplanung *s. Behandlungsplanung*
Therapieschritte 3-01

V

Vergütung zahnärztlicher Leistungen 5-01 ff.
Vergütung zahntechnischer Leistungen 6-01 f.
Versorgungsnotwendigkeit 3-10, 8-01
- partielle V. 9-57 f.

W

Wiederherstellung von Zahnersatz 1-03, 3-05, 8-05 f.,
8-23
Wirtschaftlichkeit 3-10

Z

Zahlungsanspruch bei Mehrkosten,
§ 87a SGB V: 12-16 f.
Zahnbegrenzte Lücken 8-03 ff.
Zahnersatz-Richtlinien 11-44 ff.
Zahnreihe
- geschlossene Z. (Def.) 8-07
- unterbrochene Z. (Def.) 8-07
Zahntechnische Leistungen 6-01 ff.
Zuschussfestsetzung 3-07, 3-10