

1 Gesamtinhalt

Wegweiser

- 1 Gesamtinhalt
- 2 Vorwort
- 3 Autorenverzeichnis
- 4 Quellenverzeichnis

Teil 1 Allgemeine rechtliche Grundlagen

- 1/1 Inhalt
- 1/2 Richtlinien BEMA mit Erläuterungen
- 1/3 Bestimmungen der GOZ mit Erläuterungen
- 1/4 Patientenaufklärung: Welche Vereinbarung ist die richtige?
- 1/5 Budgetierung

Teil 2 Allgemeine Maßnahmen und Strahlendiagnostik

- 2/1 Inhalt
- 2/2 Untersuchungen und Beratungen
- 2/3 Allgemeine konservierende Leistungen
- 2/4 Besuche, Verweilen, Konsilien, Berichte
- 2/5 Strahlendiagnostik

Teil 3 Prophylaxemaßnahmen und Früherkennungsuntersuchungen

- 3/1 Inhalt
- 3/2 Individualprophylaxemaßnahmen
- 3/3 Früherkennungsuntersuchung
- 3/4 Präventive Leistungen für Patienten mit Pflegegrad oder Eingliederungshilfe

Teil 4 Konservierende und chirurgische Behandlungen

- 4/1 Inhalt
- 4/2 Füllungstherapien und Inlays
- 4/3 Endodontische Leistungen
- 4/4 Extraktionen, Osteotomien
- 4/5 Wurzelspitzenresektionen und Zystenoperationen
- 4/6 Nachbehandlungen
- 4/7 OP-Zuschläge

Teil 5 Parodontologische Behandlungen

- 5/1 Inhalt
- 5/2 PAR-Leistungen
- 5/3 Unterstützende Parodontitistherapie/UPT-Leistungen
- 5/4 Chirurgische Therapie

Teil 6 Prothetische Versorgung

- 6/1 Inhalt
- 6/2 Planungsmodelle, Abformungen und digitale Abformungen
- 6/3 Festsitzender Zahnersatz
- 6/4 Herausnehmbarer Zahnersatz
- 6/5 Kombinations-Zahnersatz
- 6/6 Wiederherstellungen

Teil 7 Kiefergelenkserkrankungen und Aufbissbehelfe

- 7/1 Inhalt
- 7/2 Schienen und Aufbissbehelfe
- 7/3 Unterkieferprotrusionsschienen

Teil 8 Funktionsanalyse/Funktionstherapie

- 8/1 Inhalt
- 8/2 FAL-/FTL-Leistungen

Teil 9 Implantologische Maßnahmen

- 9/1 Inhalt
- 9/2 Implantatplanung und Vorleistungen
- 9/3 Knochenregeneration
- 9/4 Implantologische Behandlungsmaßnahmen

Teil 10 Allgemeine Checklisten

- 10/1 Inhalt
- 10/2 Behandlungen ohne Festzuschuss bei GKV-Patienten
- 10/3 Berechenbare Materialien
- 10/4 Aufbewahrungsfristen
- 10/5 Das Patientenrechtegesetz – Informationen und Anwendung
- 10/6 Grundsätze zur Analogabrechnung
- 10/7 Delegationsrahmen
- 10/8 Wirtschaftlichkeitsprüfung

2 Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

die zahnärztliche Abrechnung ist komplex und wird von zahlreichen Richtlinien geregelt. Der gegenwärtige Fachkräftemangel verstärkt die Herausforderungen in den Praxen zusätzlich. Gerade in Zeiten der wiedereingeführten Budgetierung ist es entscheidend, die relevanten Bestimmungen und Richtlinien zu kennen, um Behandlungsabläufe vollständig und korrekt zu dokumentieren und abzurechnen.

Eine umfassende Dokumentation und eine richtlinienkonforme Abrechnung tragen nicht nur dazu bei, Honorarverluste zu vermeiden, sondern gewährleisten auch Rechtssicherheit bei Prüfungen durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Insbesondere bei gesetzlich versicherten Patienten muss das Wirtschaftlichkeitsgebot stets beachtet werden. Fehlerhafte Abrechnungen können zu Regressen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Rückforderungen von Honoraren führen – Probleme, die sich vermeiden lassen.

Gesetzlich versicherte Patienten haben neben der nach § 12 SGB V ausreichenden, wirtschaftlichen und zweckmäßigen zahnärztlichen Versorgung auch Anspruch auf hochwertigere Behandlungsmaßnahmen, sofern sie darüber umfassend aufgeklärt wurden und diese schriftlich vereinbart sind. Um dies korrekt durchzuführen, ist es unerlässlich, die Richtlinien zu kennen und die Abgrenzung zwischen Kassen- und Privatleistungen klar zu definieren.

Gesetze, Verordnungen und Richtlinien sind oft komplex und schwer verständlich. Dieses Werk bietet praktische und schnelle Hilfe bei der korrekten Abrechnung nach BEMA und GOZ/GOÄ anhand konkreter Behandlungsfälle. Besonders hervorzuheben sind die häufigen Abrechnungsfehler aus dem Praxisalltag, die hier behandelt werden, damit Sie diese vermeiden können. So erhalten Sie mit geringem Zeitaufwand Klarheit und Sicherheit für die Abrechnung von Behandlungsmaßnahmen von A bis Z.

Eine spannende Lektüre und viel Erfolg bei der Umsetzung!

Jessica Kolkman

Im Juni 2025

Anmerkung

Die in den „Abrechnungsschecklisten – BEMA- und GOZ/GOÄ-Leistungen nach Behandlungsfällen aufgeführten Leistungen sind möglicherweise nicht vollständig und müssen den individuellen behandlungsbezogenen Gegebenheiten angepasst/ergänzt werden!

In dieser Buchausführung werden gegebenenfalls nicht alle Abrechnungsbestimmungen der jeweiligen Gebührennummer dargestellt.

Hinweis

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird weitgehend auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers verzichtet und stattdessen die männliche Form verwendet, z. B. „der Patient“, „der Zahnarzt“ und „der Mitarbeiter“. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

1/2 Richtlinien BEMA mit Erläuterungen

BEMA (Abrechnungsgrundlage mit der gesetzlichen Krankenversicherung)

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) bildet die rechtliche Basis für die zahnärztliche Abrechnung der Patientenbehandlungen mit den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV). Zugleich ist er Grundlage für das vertragszahnärztliche Honorar. Der BEMA wird durch den Bewertungsausschuss festgelegt, der aus der KZBV und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) besteht.

Wichtige Bestandteile des BEMA sind:

- Konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen
- Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe) und obstruktiver Schlafapnoe (Unterkieferprotrusionsschiene)
- Kieferorthopädische Behandlung
- Systematische Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen
- Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen

Im einheitlichen Bewertungsmaßstab werden Behandlungsmaßnahmen aufgelistet, deren Kosten die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der Leistungspflicht für ihre Versicherten ganz oder teilweise übernehmen. Auch andere Kostenträger nutzen den BEMA für die Abrechnung vertragszahnärztlicher Behandlungen. Dazu zählen Versorgungsämter, Bundes- und Landespolizei, die Bundeswehr sowie Einrichtungen der Sozialhilfe. Jährlich werden über den BEMA insgesamt mehr als 100 Millionen zahnärztliche Behandlungsfälle abgerechnet. Der weitaus größte Teil sind konservierend-chirurgische Behandlungen (Quelle KZBV).

Im BEMA gibt es für jede Leistung eine bestimmte Bewertungszahl, die mit dem aktuell gültigen Punktwert multipliziert wird. Dieser Betrag ergibt dann das zahnärztliche Honorar für eine Leistung.

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

Anders als in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), wird im BEMA nicht nach individuellem Aufwand kalkuliert und abgerechnet, sondern durch die festgelegten Leistungen der Durchschnitt für zahnärztliche Behandlungen abgebildet.

Es ist außerdem stets das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten. Die Behandlungsmaßnahmen sollen laut BEMA Richtlinien ausreichend, wirtschaftlich und zweckmäßig sein, um die Sozialgemeinschaft nicht übermäßig zu belasten.

Die ausführlichen Richtlinien findet man als PDF zum Download auf der Homepage der KZBV (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung):

<https://www.kzbv.de/gebuehrenverzeichnisse.334.de.html>

Versorgung mit Zahnersatz

Die Richtlinie zur Versorgung von gesetzlich versicherten Patienten mit Zahnersatz ist abrufbar unter:

<https://www.g-ba.de/richtlinien/26/>

Im Wesentlichen ist hier festgehalten, dass:

- Versicherte der GKV **Anspruch auf eine medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz** haben:
 - 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 Versorgungen.
- 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.
- **Voraussetzungen und Grundsätze** für eine Versorgung mit Zahnersatz:
 - Ziel der Versorgung mit Zahnersatz ist es, eine ausreichende Funktionstüchtigkeit des Kauorgans wiederherzustellen oder ihre Beeinträchtigung zu verhindern.
 - ➔ **Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang die notwendige Gesamtplanung!**
- **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 Gegenbezahnung 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).
- 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.
- 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.
 - o Ohne ausreichende Mundhygiene und bei Ablehnung der PA-Behandlung kein Festzuschuss.
- Der Versorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen hat die **Erhebung des Gesamtbefundes des Gebisses** und dessen Dokumentation im Heil- und Kostenplan vorauszugehen.
 - 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.
 - o Kein Behandlungsbeginn ohne Genehmigung!
- Der Versorgung mit Zahnersatz hat die **notwendige konservierend-chirurgische und parodontale Behandlung des Restgebisses** vorauszugehen.
 - Tief kariöse Zähne müssen auf ihre Erhaltungswürdigkeit geprüft sein und gegebenenfalls nach Versorgung mit einer Füllung klinisch reaktionslos bleiben.
 - Pulpatote Zähne müssen mit einer nach den Behandlungs-Richtlinien erbrachten, röntgenologisch nachzuweisenden Wurzelfüllung versorgt sein.
 - Zu überkronende Zähne sind auf ihre Sensibilität zu überprüfen.
 - 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.
 - Notwendige Parodontalbehandlungen müssen bereits vorgenommen sein.
 - Bei Verdacht auf krankhafte Prozesse an Zähnen und im Kieferknochen muss eine röntgenologische Überprüfung erfolgen.
 - Nicht erhaltungswürdige Zähne und Wurzelreste müssen entfernt sein.
 - Retinierte und impaktierte Zähne, die im räumlichen Zusammenhang mit geplantem Zahnersatz stehen, sollen vor Beginn der Behandlung entfernt werden.
 - Voraussetzung für die Versorgung mit Suprakonstruktionen ist die Osseointegration der Implantate.
 - o Kein Heil- und Kostenplan ohne abgeschlossene konservierend/chirurgische Behandlung und ggf. abgeschlossene Parodontalbehandlungen (mindestens Abschluss der antiinfektiösen Therapie und Befundevaluation).
- Eine endgültige Versorgung mit Zahnersatz ist anzustreben. Dies kann gegebenenfalls auch durch einen Immediatersatz, der zu einem späteren Zeitpunkt umgestaltet werden kann, geschehen.
- 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.
 - Bedeutet vor allem: Wirtschaftlichkeit und Indikation von Interimsersatz kritisch prüfen. Interimsersatz bei einem Einzelzahn im Seitenzahnbereich wird in der Regel abgelehnt.

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

Des Weiteren werden im Verlauf der Richtlinie noch die Anforderungen an einzelne Behandlungsbereiche beschrieben:

1. Versorgung mit Zahnkronen

- 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.
- 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.
- Zahnkronen sind nicht angezeigt bei Zähnen, die auf Dauer ohne Antagonisten bleiben und für die Verankerung von Zahnersatz nicht benötigt werden.
- Konfektionierte Kronen dürfen nur in der Kinderzahnheilkunde verwendet werden.
- Für die Versorgung mit einer provisorischen Krone ist grundsätzlich ein im direkten Verfahren hergestelltes Provisorium ausreichend.
- 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.

2. Versorgung mit Brücken

- 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.
- 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 Schalllücken 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.
- Brücken sind nicht angezeigt bei ungenügender parodontaler Belastbarkeit und solchen Allgemeinleiden, die das parodontale Gewebe ungünstig beeinflussen.
- Bei Versicherten, die das 14. aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben, können zum Ersatz von zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen bei ausreichendem oralen Schmelzangebot der Pfeilerzähne eine einspannige Adhäsivbrücke mit Metallgerüst mit zwei Flügeln oder zwei einspannige Adhäsivbrücken mit Metallgerüst mit je einem Flügel angezeigt sein.
 - Bei Versicherten, die das 21. Lebensjahr vollendet haben und älter sind, können Adhäsivbrücken unter bestimmten Voraussetzungen als gleichartige Versorgung beantragt werden.
- 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.
- Bei disparallelen Pfeilern umfasst die vertragszahnärztliche Versorgung auch das hierdurch erforderliche Geschiebe.

3. Versorgung mit herausnehmbarem Zahnersatz

- Zum Zahnersatz gehören die erforderlichen Halte- und Stützvorrichtungen.
- Bei Teilprothesen ist in der Regel eine parodontal abgestützte Modellgusskonstruktion angezeigt. Die Grundsätze der Parodontal-Hygiene sind dabei zu berücksichtigen.
- Bei einem Restgebiss ohne parodontale Abstützungsmöglichkeit ist in der Regel eine Kunststoffprothese ohne aufwendige Halteelemente angezeigt.

- 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.
- Ein Abdruck mit individuellem Löffel oder individualisiertem Löffel ist nur angezeigt, wenn für die Abdrucknahme der übliche Löffel nicht ausreicht.
- 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.
- Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen gehören nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung.
- 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.

4. Kombinationsversorgung

- 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 statische 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.

5. Versorgung mit Suprakonstruktionen (implantatgestützter Zahnersatz)

(Ausnahmefälle nach ZE-Richtlinie 36)

- Suprakonstruktionen gehören in folgenden Ausnahmefällen zur Regelversorgung:
 - a) bei zahnbegrenzten Einzelzahnücken, wenn keine parodontale Behandlungsbedürftigkeit besteht, die Nachbarzähne kariesfrei und nicht überkronungsbedürftig bzw. überkront sind sowie
 - b) bei atrophiertem zahnlosen Kiefer
 - o [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.]
- Der Anspruch im Rahmen der Regelversorgung ist bei zahnbegrenzten Einzelzahnücken 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.
- Sämtliche Leistungen im Zusammenhang mit den Implantaten, wie die Implantate selbst, die Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente gehören nicht zur Regelversorgung bei Suprakonstruktionen.
- 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.

Die Zahnersatzrichtlinie zu kennen und korrekt anzuwenden ist ein unerlässlicher Bestandteil der Planung, Beantragung und Abrechnung von Zahnersatzleistungen bei gesetzlich versicherten Patienten und die Nichtbeachtung kann zu Mehrarbeit, Unstimmigkeiten mit den Patienten und Regressen durch die Krankenkasse führen.