

Wegweiser

1 Gesamtinhalt

- 2 Vorwort
- 3 Autorenverzeichnis
- 4 Informationen & Inhalt zum Download

Teil 1 Allgemeine Grundlagen (Download)

- 1/1 Inhalt
- 1/2 BEMA
- 1/3 GOZ
- 1/4 Festzuschüsse
- 1/5 BEL II
- 1/6 beb 97
- 1/7 Formularwesen und EBZ
- 1/8 Checklisten

Teil 2 Festsitzender Zahnersatz

- 2/1 Inhalt
- 2/2 Einzelkronen
 - 2/2.1 Vollgusskronen
 - 2/2.2 Vollkeramikronen
- 2/3 Brücken
 - 2/3.1 Metallkeramikverblendbrücken
 - 2/3.2 Freidendbrücken
 - 2/3.3 Adhäsivbrücken
 - 2/3.4 Langzeitprovisorien

Teil 3 Herausnehmbarer Zahnersatz

- 3/1 Inhalt
- 3/2 Kombiniert festsitzend/herausnehmbarer Zahnersatz
 - 3/2.1 Teleskopprothesen
 - 3/2.2 Teleskopierende Brücken

- 3/2.3 Geschiebeprothesen
- 3/2.4 Stegversorgungen
- 3/2.5 Versorgungen mit Wurzelstiftkappen
- 3/3 Prothesen
 - 3/3.1 Modellgussprothesen
 - 3/3.2 Totalprothesen
- 3/4 Interimsversorgungen
 - 3/4.1 Interimsprothesen

Teil 4 Implantatgetragener Zahnersatz – Suprakonstruktionen

- 4/1 Inhalt
- 4/2 Einzelkronen auf Implantat
- 4/3 Festsitzender Zahnersatz auf Implantaten
- 4/4 Herausnehmbarer Zahnersatz auf Implantat

Teil 5 Wiederherstellungen

- 5/1 Inhalt
- 5/2 Wiederherstellungen an Kronen
- 5/3 Wiederherstellungen an Brücken
- 5/4 Wiederherstellungen an Teleskopen/Geschieben
- 5/5 Wiederherstellungen an Wurzelstiftkappen
- 5/6 Wiederherstellungen an Prothesen
- 5/7 Unterfütterung und Neuaufrichtung
- 5/8 Wiederherstellungen an komplizierten Halteelementen
- 5/9 Wiederherstellungen an Suprakonstruktionen

Teil 6 Kiefergelenkserkrankungen/Kieferbruch

- 6/1 Inhalt
- 6/2 Aufbissbehelfe

2 Vorwort

Seit dem 1. Januar 2023 ist der Einsatz des EBZ (Elektronisches Beantragungs- und Genehmigungsverfahren – Zahnärzte) Pflicht. Im Zuge dessen ist eine Antragstellung über Papiervordrucke nicht mehr möglich. Die Genehmigungs- und Dokumentationsprozesse wurden neu digital aufgestellt und das Verfahren vereinfacht.

Die Behandlungspläne für Zahnersatz (ZE), Kieferbruch/Kiefergelenkserkrankungen (KB/KGL), Kieferorthopädie (KFO) und Parodontalerkrankungen (PAR) sind jetzt im EBZ integriert.

Die Beantragung und Genehmigung von Zahnbehandlungen erfolgt jetzt über den elektronischen Heil- und Kostenplan. Dieser ersetzt den bisherigen Heil- und Kostenplan in Papierform.

Der neue Abrechnungsratgeber „Digitale Heil- und Kostenpläne und Leistungsanträge in der Zahnarztpraxis richtig beantragen und abrechnen“ führt Sie anhand von detaillierten Fallbeispielen sicher durch die Änderungen auf dem HKP und in der Abrechnung und gibt so eine praxisnahe Anwenderorientierung. Das vorliegende Abrechnungswerk liefert sowohl für Abrechnungsprofis als auch für Anfänger eine praxisnahe Unterstützung.

Die Fallbeispiele stellen ganze Behandlungsfälle auf den relevanten Abschnitten der Originalformulare vor, sodass ein Abrechnungsbeispiel 1 : 1 übernommen werden kann. Auf einen Blick sehen Sie, welche Positionen im Einzelnen aufzuführen sind.

Bei den Beispielen ist generell der Grundsatz „ausreichend, wirtschaftlich und notwendig“ berücksichtigt. Beachten Sie bitte, dass dieses Prinzip bei jedem Patienten individuell nach den vorliegenden Befunden festgestellt werden muss. Die möglichen Wirtschaftlichkeitsprüfungen sollten von jeder Zahnarztpraxis im Auge behalten und das Wirtschaftlichkeitsgebot unbedingt beachtet werden.

Dieses Handbuch dient durch stets aktuelle Ergänzungen der Fallbeispiele wesentlich der Qualitätssicherung. Um immer auf dem neuesten Stand zu bleiben, wird es als Loseblattwerk herausgegeben.

Viel Erfolg bei Ihrer Abrechnung wünschen

die Autorin Andrea Zieringer und das Spitta-Team

Vollkeramikkrone aus Zirkon, einschl. Keramikverblendung

2/2.2.2 Vollkeramikkrone aus Zirkon einschließlich Keramikverblendung, Zahn 16, Glasfaserstift, Aufbaufüllung

Gleichartige Versorgung

Mehrkostenvereinbarung gem. § 28 Abs. 2 SGB V (Analogberechnung)

I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan									TP = Therapieplanung				R = Regelversorgung				B = Befund			
Art der Versorgung	TP			KM																
	R			K																
	B			ww																
		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																			
	R																			
TP																				
Bemerkungen (bei Wiederherstellung Art der Leistung) 09																				

Der Befund ist bei Wiederherstellungsmaßnahmen nicht auszufüllen!

Regelversorgung

- ▶ 16 Vollgusskrone
 - ▶ 16 metallischer Stiftaufbau
- Material: Nichtedelmetall-Legierung (NEM)
 Provisorium im direkten Verfahren

Gleichartige Versorgung (§ 55 Abs. 4 SGB V)

- ▶ 16 Vollkeramikkrone aus Zirkon (Hohlkehlpräparation)
- ▶ Keramikverblendung
- ▶ Glasfaserstift
- ▶ adhäsive Befestigung je für Glasfaserstift und Vollkeramikkrone

Festzuschuss*

- ▶ 1.1, 1.4

Hinweise zum Heil- und Kostenplan und zum Festzuschuss

Gleichartige Versorgung

Bei Vorliegen einer gleichartigen Versorgung müssen im Befund sowohl die Zeile „TP“ als auch die Zeile „R“ neben der Zeile „B“ ausgefüllt werden.

Andere, als die vordefinierten Befund- und Therapiekürzel können nicht verwendet werden. Eine Kombination unterschiedlicher Kürzel ist nicht möglich. Die gültigen Kürzel sind auf einem Beiblatt des Heil- und Kostenplans aufgeführt (siehe Teil 1, Kapitel 7).

Im Feld „Bemerkungen des HKP“ wird die **Bemerkung Nr. 09 (Vollkeramische Restauration)** eingetragen.

Außerhalb des Verblendbereichs (Zähne 15–25 und 34–44) kann bei Einzelkronen nicht zusätzlich zum Festzuschuss 1.1 der Festzuschuss 1.3 für die Verblendung bewilligt werden.

Der Festzuschuss 1.4 für einen konfektionierten metallischen Stiftaufbau wird auch dann gewährt, wenn tatsächlich ein Glasfaserstift im adhäsiven Befestigungsverfahren eingegliedert wird. Der Glasfaserstift und die adhäsive Befestigung stellen eine gleichartige Versorgung dar.

* Weitere Informationen zu den Festzuschüssen finden Sie in Teil 1, Kapitel 4.

Bei einer gleichartigen Versorgung werden die Teile, die auch bei der Regelversorgung anfallen, gemäß des BEMA abgerechnet. Die Teile, die nur aufgrund der gleichartigen Versorgung anfallen, werden gemäß der GOZ berechnet.

Aufauffüllung in Mehrschichtrekonstruktion aus Komposit, dentinadhäsive Befestigung

Weder die Mehrschichtrekonstruktion noch die Verwendung von Kompositmaterialien oder die dentinadhäsive Befestigung stellen eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Stattdessen werden diese nach den Maßgaben der GOZ berechnet.

Hinweis zur Mehrkostenvereinbarung gemäß § 28 Abs. 2 SGB V

Der Versicherte hat einen Anspruch auf die preisgünstigste Füllung als Kassenleistung. Die Abrechnung erfolgt über die KVK.

Die Mehrkosten für eine aufwendigere Füllung hat der Patient selbst zu tragen. Die Abrechnung erfolgt direkt mit dem Patienten.

Vor der Behandlung ist eine schriftliche Vereinbarung zu treffen.

Die Aufklärung des Patienten über die geplanten Behandlungsmaßnahmen und Kosten muss in der Kartei/EDV dokumentiert werden.

Bei einer notwendigen Füllungstherapie werden die Begleitleistungen über die KVK abgerechnet.

Die Füllungstherapie muss notwendig sein.

Hinweise Gebühren

Aufauffüllung in Mehrschichtrekonstruktion als Analogleistung gemäß § 6 Abs. 1 GOZ

Für eine Auffauffüllung steht in der GOZ die Nr. 2180 zur Verfügung, jedoch stellt die Mehrschichtrekonstruktion keinen Bestandteil dieser Leistungsnummer dar.

► Auffauffüllungen in Mehrschichttechnik werden als Analogleistungen gemäß § 6 Abs. 1 GOZ berechnet.

Für die notwendige Füllungstherapie muss zwischen dem Zahnarzt sowie dem Patienten/Zahlungspflichtigen eine Mehrkostenvereinbarung gemäß § 28 Abs. 2 SGB V getroffen werden.

Analogleistungen sind

- zahnärztliche Leistungen, die nicht in der Gebührenordnung für Zahnärzte oder in der Gebührenordnung für Ärzte enthalten sind.
- selbständige zahnärztliche Leistungen. Das heißt, dass die erbrachte Leistung nicht Bestandteil einer anderen Leistung aus der Gebührenordnung sein darf.
- nach Art, Kostenaufwand und Zeitaufwand vergleichbare Leistungen, die aus der Gebührenordnung für Zahnärzte herangezogen werden. Gibt es in der GOZ keine solche Leistung, kann der für die Zahnärzte zugängliche Bereich aus der GOÄ herangezogen werden.
- mit dem Status einer vorhandenen Leistungsnummer der GOZ zu behandeln. Eine Faktorerrhöhung innerhalb des Gebührenrahmens (1,0–3,5) kann genauso wie eine abweichende Vereinbarung (unter 1,0 bzw. über 3,5) zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten vorgenommen werden. Hierfür sind die Bestimmungen der GOZ anzuwenden.

Vollkeramikkrone aus Zirkon, einschl. Keramikverblendung

Die Rechnung der Analogleistung muss gemäß § 10 Abs. 4 GOZ die folgenden Informationen enthalten:

- ▶ die Gebührennummer der als gleichwertig beurteilten Leistung
- ▶ eine verständliche Leistungsbeschreibung
- ▶ den Hinweis „entsprechend“
- ▶ eine Kennzeichnung der Gebührennummer für die Analogleistung mit einem „a“ (siehe § 10 Abs. 1 GOZ)

GOZ-Nr. 2195

Ein metallfreier konfektionierter Stiftaufbau (z. B. Glasfaserstift) wird gemäß der GOZ-Nr. 2195 berechnet.

Muss beispielsweise der Glasfaserstift individualisiert oder zahntechnisch vorbereitet werden, so kann dies gemäß § 9 GOZ (zahntechnische Leistung) zusätzlich berechnet werden.

Wird ein gefräster keramischer Stiftaufbau eingegliedert, so ist dieser analog gemäß § 6 Abs. 1 GOZ zu berechnen, da eine entsprechende Gebühr weder in der GOZ noch in der GOÄ vorhanden ist.

GOZ-Nr. 2197

Die GOZ-Nr. 2197 kann einmal je dentinadhäsiver Befestigung berechnet werden. Die Berechnung in diesem Fallbeispiel erfolgt für die dentinadhäsive Befestigung

- ▶ des Glasfaserstiftes über die GOZ-Nr. 2197 (eFormular Vordruck 3d).
- ▶ der Vollkeramikkrone über die GOZ-Nr. 2197 (eFormular Vordruck 3d).

Allein die adhäsive Befestigung löst bei der Eingliederung einer Krone eine gleichartige Versorgung aus.

Da in der Beschreibung der Analogposition für die Aufbaufüllung aus Komposit in einer Mehrschichtrekonstruktion bereits die „dentinadhäsive Befestigung“ mitaufgenommen wurde, kann die GOZ-Nr. 2197 **kein** weiteres Mal berechnet werden.

GOZ-Nr. 2210

Die GOZ-Nr. 2210 wird für Einzelkronen und nicht lückenangrenzende Brückenpfeiler angesetzt. Als Voraussetzung für die Berechnung der GOZ-Nr. 2210 gilt die Hohlkehl- oder Stufenpräparation.

In der GOZ ist die Präparationsart ausschlaggebend für die Berechnung einer Einzelkrone:

- ▶ GOZ-Nr. 2200 – Versorgung eines Zahnes oder Implantats durch eine Vollkrone (Tangentialpräparation)
- ▶ GOZ-Nr. 2210 – Versorgung eines Zahnes durch eine Vollkrone (Hohlkehl- oder Stufenpräparation)
- ▶ GOZ-Nr. 2220 – Versorgung eines Zahnes durch eine Teilkrone mit Retentionsrillen oder -kästen oder mit Pinledges einschließlich Rekonstruktion der gesamten Kaufläche, auch Versorgung eines Zahnes durch ein Veneer

BEMA-Nr. 19

Die provisorische Versorgung entspricht der Zahnersatz-Richtlinie Nr. 19 des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen und wird deshalb nach der BEMA-Nr. 19 abgerechnet.

Die Abrechnung der BEMA-Nr. 19 erfolgt für eine provisorische Versorgung, die im direkten Verfahren hergestellt wird, je provisorischer Krone, je Brückenanker und je Brückenglied.

Eine abnehmbare Hülse stellt **keine** Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung dar und entspricht **nicht** der Leistungsbeschreibung der BEMA-Nr. 19. Sie wird stattdessen nach der GOZ-Nr. 2260 berechnet und löst eine gleichartige Versorgung aus.

Bei der Eingliederung einer provisorischen Krone mit einer Stiftverankerung wird die BEMA-Nr. 21 abgerechnet.

Mögliche zusätzliche individuelle Abformung

Eine individuelle Abformung (GOZ-Nr. 5170) kann auch für einen individualisierten konfektionierten Löffel, z. B. mit Stopps, Abdämmung, Unterfütterung oder plastischer Umformung, berechnet werden. Dies löst eine gleichartige Versorgung aus.

Für die Herstellung eines individuellen Löffels oder für die Individualisierung eines konfektionierten Löffels können Material- und Laborkosten gemäß § 4 Abs. 3 und § 9 GOZ berechnet werden.

Die Abformung mit einem individuellen Löffel zu anderen als den in der Leistungsbeschreibung genannten Zwecken stellt eine Analogleistung gemäß § 6 Abs. 1 GOZ dar.

Sonstige Hinweise

Gleichartige Versorgung

Festzuschüsse, die im Zusammenhang mit gleichartigen Versorgungsleistungen bewilligt wurden, werden über die KZV abgerechnet.

Bei der Erstellung der Eigenanteilsrechnung für den Versicherten wird der Betrag der bewilligten Festzuschüsse von den Gesamtkosten abgezogen.

Auszug zur Vereinbarung über zusätzliche Kosten bei der Füllungstherapie (nach § 28 Abs. 2 SGB V)

Ich wurde von meinem behandelnden Zahnarzt über die bei der Füllungstherapie ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Form der Versorgung unterrichtet.

Ich wünsche eine darüber hinausgehende Versorgung mit

- Kompositfüllungen in Adhäsiv- und Mehrschichttechnik
- Gold-Einlagefüllungen
- Keramik-Einlagefüllungen
- Sonstiges _____

entsprechend der nachfolgenden Planung unter Grundlage der Gebührenordnung für Zahnärzte.

Ich verpflichte mich, die nachstehend aufgeführten Kosten selbst zu übernehmen, wobei ich von meinem Zahnarzt darüber unterrichtet wurde, dass dafür eine Erstattung oder Bezuschussung durch meine Krankenkasse nicht gewährleistet ist.

Zahn	GOZ-Nr./ BEMA-Nr.	Leistungsbeschreibung	Faktor	€-Betrag BEMA	€-Betrag GOZ
16	analog gem. § 6 Abs. 1 GOZ	Aufbaufüllung in Mehrschichttechnik aus Komposit gem. § 6 Abs. 1 GOZ, entsprechend Einlagefüllung mehr als zweiflächig			
16	13b	Füllung, zweiflächig			
Material- und Laborkosten (geschätzt)					
Gesamtbetrag GOZ (geschätzt)					
Gesamtbetrag BEMA (geschätzt)					
abzgl. Eigenanteil					

Vollkeramikkrone aus Zirkon, einschl. Keramikverblendung

Heil- und Kostenplan (Auszug)

II. Befunde für Festzuschüsse			IV. Zuschussfestsetzung		<input type="checkbox"/> Unfall oder Unfallfolgen/ Berufskrankheit		<input type="checkbox"/> Immediatversorgung OK		<input type="checkbox"/> Interimsversorgung OK	
Befund Nr.1	Zahn/Gebiet	Anz. 3	Betrag Euro	Ct	<input type="checkbox"/> Versorgungsleiden		<input type="checkbox"/> Immediatversorgung UK		<input type="checkbox"/> Interimsversorgung UK	
1.1	16	1			Die Krankenkasse übernimmt die nebenstehenden Festzuschüsse, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Zahnersatz innerhalb von 6 Monaten in der vorgesehenen Weise eingegliedert wird.					
1.4	16	1								
vorläufige Summe ➔					Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse		<input type="checkbox"/> Unbrauchbare Prothese /Brücke/Krone OK		Alter ca. <input type="text"/> Jahre	
Nachträgliche Befunde:					Hinweis:		<input type="checkbox"/> Unbrauchbare Prothese /Brücke/Krone UK		<input type="checkbox"/> NEM	
					<input type="checkbox"/> % Festzuschuss		voraussichtliche Zuschusshöhe / Härtefall		<input type="checkbox"/> Direktabrechnung	
					<input type="checkbox"/> Es liegt ein Härtefall vor.		<input checked="" type="checkbox"/> 75 % Festzuschuss voraussichtlich		<input type="checkbox"/> Es liegt voraussichtlich ein Härtefall vor	

III. Kostenplanung		1 Fortsetzung	Anz.	1 Fortsetzung	Anz.	III. Kostenplanung GOZ				1 Fortsetzung			
19	1					GOZ-Nr. 1	Zahn/Gebiet	2	Anz. 3	GOZ-Nr. 1	Zahn/Gebiet	2	Anz. 3
						2210	16		1				
						2195	16		1				
						2197	16		2				
		2 Zahnärztliches Honorar BEMA:		Betrag									
		3 Zahnärztliches Honorar GOZ: (geschätzt)		Betrag									
		4 Material- und Laborkosten: (geschätzt)		Betrag									
		5 Behandlungskosten insgesamt: (geschätzt)		Betrag									
		TT.MM.JJJJ		Datum/Unterschrift des Zahnarztes		Antragsnummer							
						Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan							

© by Spitta GmbH • 4/2023

Patienteninformation zum Zahnersatz (Auszug)

Planung und Kosten der gewünschten, von der Regelversorgung abweichenden Behandlung

III. Voraussichtliche Kosten

Für die gewünschte, von der Regelversorgung abweichende Behandlung

Zahn/Gebiet	GOZ-Nr.	Leistungsbeschreibung	Anzahl	Betrag EUR
16	2210	Versorgung eines Zahnes durch eine Vollkrone (Hohlkehl- oder Stufenpräparation)	1	
16	2195	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes durch einen Schraubenaufbau oder Glasfaserstift o. Ä. zur Aufnahme einer Krone	1	
16	2197	Adhäsive Befestigung (plastischer Aufbau, Stift, Inlay, Krone, Teilkrone, Veneer, etc.)	2	

Begleitleistungen/nachträgliche Leistungen

Begleitleistungen

Die Regelversorgung löst Begleitleistungen (z. B. I, bMF oder Rö) aus. Diese Begleitleistungen können bei der Quartalsabrechnung über die elektronische Gesundheitskarte zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung als Sachleistungen (BEMA Teil 1) abgerechnet werden.

Die BEMA-Nrn. 19 und 21 sind 2 x je Zahn abrechenbar: 1 x in der Gebührenvorausberechnung und ggf. 1 x als nachträgliche Leistung.

► Dies löst keinen zusätzlichen Festzuschuss aus.

Die BEMA-Nr. 24c ist nur als nachträgliche Leistung und höchstens 3 x je Krone abrechenbar. Die provisorische Krone muss abgenommen und wiederbefestigt werden. Die Wiederbefestigung allein berechtigt nicht zur Abrechnung.

► Dies löst keinen zusätzlichen Festzuschuss aus.

Zahntechnische Rechnung*

BEL II/ beb 97	abrechenbare/berechenbare Leistungen (empfohlen)	Menge	Hinweis
001 0	Modell	2	
005 1	Sägemodell	1	
012 0	Einstellen in Mittelwertartikulator	1	
0103	Modellsegment sägen	3	je Sägesegment
0104	Stumpf aus Superhartgips	1	
0212	Dowel-Pin setzen	je	je Pin
0213	Ausblocken eines Stumpfes	1	
0216	Stumpf vorbereiten	1	
0706	Foto- oder Video-Dokumentation	1	
2xxx**	CAD/CAM-Krone vollverblendet	1	eigene beb-Nummer
2612	Mehrflächige Verblendung aus Keramik	1	
2922	Krone/Inlay/Brückenglied aufpassen	2	
933 0	Versandkosten	2	je Versandgang; nicht im Praxislabor
Mat.	Zirkon	1	

Die BEL-II-/BEB-Liste ist ggf. nicht abschließend und muss dem individuellen Behandlungsfall angepasst werden.

* Labor- und Materialkosten die praxisseits erfolgen (z. B. Abformmaterialien, Kunststoff für Provisorien, Modellherstellung usw.) sind zusätzlich abrechnungsfähig und im Beispiel nicht berücksichtigt.

** Leistungen, die erbracht werden, aber in der beb 97 nicht vorhanden oder ausreichend beschrieben sind, können neu in der Laborsoftware angelegt werden. Dies ermöglicht eine individuellere Berechnung.

Teleskopversorgung im Oberkiefer 16, 13, 12, 21–23, Brückenglied 11

3/2.1.6 Teleskopversorgung im Oberkiefer 16, 13, 12 und 21–23 mit Brückenglied 11

Gleichartige Versorgung (Festzuschuss 2.1 neben Festzuschuss 3.1)

I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan									TP = Therapieplanung			R = Regelversorgung			B = Befund			Der Befund ist bei Wiederherstellungsmaßnahmen nicht auszufüllen!
Art der Versorgung	TP	E	E	TV	E	E	TV	TV	BV	TV	TV	TV	E	E	E	E	E	
	R	E	E	KH	E	E	TV	KV	BV	KV	KV	TV	E	E	E	E	E	
	B	ew	ew	ww	ew	ew	kw	ww	ew	ww	ww	ww	ew	ew	x	x	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																	
	R																	
	TP																	
	Bemerkungen (bei Wiederherstellung Art der Leistung)																	

<p>Regelversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 13 und 23 Teleskopkronen ▶ 16 Vollgusskrone ▶ 22 vestibulär verblendete Krone ▶ 12–21 vestibulär verblendete Brücke ▶ Oberkiefer-Modellgussprothese ▶ Provisorien im direkten Verfahren <p>Material: Nichtedelmetall-Legierung (NEM)</p>	<p>Gleichartige Versorgung (§ 55 Abs. 4 SGB V)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 16, 13, 12, 21, 22 und 23 Teleskopkronen ▶ 11 Brückenglied ▶ 16 vestibuläre Verblendung ▶ 16, 13, 12, 21, 22 und 23 Primärteile adhäsive Befestigung <p>Material: Edelmetall-Legierung</p> <p>Festzuschuss*</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 1.1, 1.3, 2.1, 2.7, 3.1, 3.2, 4.7
---	---

Hinweise zum Heil- und Kostenplan und zum Festzuschuss

Gleichartige Versorgung

Bei Vorliegen einer gleichartigen Versorgung müssen im Befund sowohl die Zeile „TP“ als auch die Zeile „R“ neben der Zeile „B“ ausgefüllt werden.

Andere als die vordefinierten Befund- und Therapiekürzel können nicht verwendet werden. Eine Kombination unterschiedlicher Kürzel ist nicht möglich. Die gültigen Kürzel sind auf einem Beiblatt des Heil- und Kostenplans aufgeführt (siehe Teil 1, Kapitel 7).

Felder „Zuschusshöhe“ und „Härtefall“

Die voraussichtliche Höhe des Zuschusses gemäß des Bonushefts oder der Vorgabe der PVS des Vertragszahnarztes ist im Feld „Zuschusshöhe“ einzutragen. Der Zuschuss kann 60 %, 70 % oder 75 % der Kosten betragen.

Im Feld „Härtefall“ ist „Ja“ einzutragen, wenn der Patient nach Einschätzung des Zahnarztes Anspruch auf einen Härtefall hat.

* Weitere Informationen zu den Festzuschüssen finden Sie in Teil 1, Kapitel 4.

Protokollnotiz zu Anlage 15 § 11 Nr. 19 BMV-Z

„Protokollnotiz zu Nr. 19: Die Vertragsparteien sind sich einig, dass der Zahnarzt im Nachhinein für eine falsche Angabe der Höhe der Festzuschüsse in Prozent nicht haftbar gemacht werden kann, wenn die Krankenkasse bei der Prüfung des Antrags eine andere Höhe der Festzuschüsse feststellt.“

Festzuschüsse 1.1, 3.1 und 3.2

Bei der Befundklasse 3 wird zwischen herausnehmbarem und Kombinationszahnersatz differenziert. Im Rahmen der Regelversorgung handelt es sich nur bei den Befunden 3.2a bis 3.2c um einen Kombinationszahnersatz.

Für die Zähne 13 und 23 ist der Festzuschuss 3.2 anzusetzen. Somit wird für diese Zähne die BEMA-Nr. 91d abgerechnet.

Werden an herausnehmbarem Zahnersatz bei der Befundsituation 3.1 Verbindungselemente (z. B. Teleskopkronen, Geschiebe oder Anker) an Ankerzähnen geplant, bei denen laut Regelversorgung nur Halte- und Stützelemente vorgesehen sind, ändert sich die Versorgungsart und herausnehmbarer Zahnersatz wird zum Kombinationszahnersatz. Solche Versorgungsarten sind dann als andersartige Versorgungsarten zu behandeln.

Eine gleichartige Versorgungsform liegt jedoch an den Ankerzähnen vor, an denen Teleskope außerhalb der Festzuschüsse 3.2a bis 3.2c geplant sind. Der Festzuschuss 1.1 (sowie gegebenenfalls der Festzuschuss 1.3) kann angesetzt werden.

In vorliegendem Beispiel ist dies der Fall.

Die überkronungsbedürftigen Zähne 16 und 22 werden mit Teleskopkronen versorgt, obwohl die Regelversorgung dies nicht vorsieht.

► Die Regelversorgung sieht eine Überkronung der Zähne 16 und 22 vor.

Der Festzuschuss 1.1 kann für die teleskoptragenden Zähne 16 und 22 angesetzt werden. Somit gilt die Versorgung als gleichartig. Wären die Zähne nicht überkronungsbedürftig, wäre die Versorgung als andersartig zu betrachten.

Der Festzuschuss 2.1 ist neben dem Festzuschuss 3.1 möglich.

Im Oberkiefer kann bei beidseitiger Freundsituation zum Ersatz von bis zu zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen zusätzlich zum Festzuschuss 3.1 der Festzuschuss 2.1 bzw. 2.2 gewährt werden.

Dies ist auch im vorliegenden Fallbeispiel möglich.

► Die Zähne 12 und 21 sind als Brückenpfeiler vorhanden. So kann zu den Festzuschüssen 3.1 und 3.2 auch für die Brücke zum Ersatz des fehlenden Schneidezahnes 11 der Festzuschuss 2.1 gewährt werden. Dies liegt daran, dass die Teleskopkronen an den Zähnen 13 und 23 (Festzuschuss 3.2) sich nicht mit der Brückenversorgung der Zähne 12 und 21 (Festzuschuss 2.1) überschneiden.

► Anders wäre es, wenn der Brückenpfeiler (Festzuschüsse 2.1 bzw. 2.2) und die Teleskopkrone (Festzuschuss 3.2) für den gleichen Zahn gewährt werden müssten. Dann wäre lediglich einer der beiden Festzuschüsse möglich.

Festzuschüsse 1.3 und 4.7

Im Verblendbereich (15–25 und 34–44) werden die folgenden Festzuschüsse gewährt:

► An den Zähnen, an denen die Regelversorgung den Festzuschuss 1.1 vorsieht, wird zusätzlich der Festzuschuss 1.3 angesetzt.

► An den Zähnen, an denen die Regelversorgung den Festzuschuss 3.2 vorsieht, wird zusätzlich der Festzuschuss 4.7 angesetzt.

Hinweise Gebühren

Abrechnung der Teleskopkronen

Für die Teleskopkronen an den Zähnen 13 und 23 wird die BEMA-Nr. 91d angesetzt.

Die Teleskopkronen an den Zähnen 16, 12, 21 und 22 stellen eine gleichartige Versorgung dar und sind deshalb nach der GOZ-Nr. 5040 zu berechnen.

GOZ-Nr. 5040

Die Teleskopkronen an den Zähnen 16, 12, 21 und 22 sind nach der GOZ-Nr. 5040 zu berechnen.

Die GOZ-Nr. 5040 kann für die Versorgung mit einer Teleskop-/Konuskrone einmal je Zahn berechnet werden.

GOZ-Nr. 2197

Alle Primärteile werden adhäsiv befestigt.

Die GOZ-Nr. 2197 ist je Befestigungselement einmal berechenbar. Wird am gleichen Zahn neben dem Primärteleskop beispielsweise noch ein konfektionierter Stiftaufbau adhäsiv befestigt, kann die GOZ-Nr. 2197 ein weiteres Mal für denselben Zahn berechnet werden.

Das extraorale Anätzen und Konditionieren des Werkstücks im Zusammenhang mit der adhäsiven Befestigung kann zusätzlich gemäß § 9 GOZ (Eigen- oder Fremdlabor) berechnet werden.

Brückenglied an Zahn 11 – Berechnung der GOZ-Nr. 5070

Obwohl auch die Regelversorgung ein Brückenglied vorsieht, wird der Ersatz des fehlenden Zahnes 11 als gleichartig gewertet, weil die Berechnung der BEMA-Nr. 92 die Berechnung einer Brücke (BEMA-Nrn. 91a und b) voraussetzt.

- ▶ Eine Brückenversorgung sieht die Therapieplanung nicht vor, deshalb kann die BEMA-Nr. 91b nicht abgerechnet werden.
- ▶ Würde – wie es die Regelversorgung vorsieht – an den Zähnen 12 und 21 anstelle der Teleskopkronen eine Brücke eingegliedert, so wäre auch die Brückenspanne als Regelversorgung zu bewerten.

BEMA-Nr. 7b

Die BEMA-Nr. 7b kann einmal für Planungsmodelle des Ober- und Unterkiefers angesetzt werden. Voraussetzung ist die Auswertung, Planung und schriftliche Niederlegung. Arbeitsmodelle allerdings könnten nicht gemäß der BEMA-Nr. 7b abgerechnet werden.

Die Material- und Laborkosten für einen individuellen/individualisierten Löffel müssen durch einen Fremd- oder Eigenlaborbeleg nachgewiesen werden.

BEMA-Nr. 19

Die provisorische Versorgung entspricht der Zahnersatz-Richtlinie Nr. 19 des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen und wird deshalb nach der BEMA-Nr. 19 abgerechnet.

Die Abrechnung der BEMA-Nr. 19 erfolgt für eine provisorische Versorgung, die im direkten Verfahren hergestellt wird, je provisorischer Krone, je Brückenanker und je Brückenglied.

Eine abnehmbare Hülse ist **keine** Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung und entspricht **nicht** der Leistungsbeschreibung der BEMA-Nr. 19. Sie wird nach der GOZ-Nr. 2260 berechnet und löst eine gleichartige Versorgung aus.

Bei der Eingliederung einer provisorischen Krone mit einer Stiftverankerung wird die BEMA-Nr. 21 abgerechnet.

BEMA-Nr. 89

Die BEMA-Nr. 89 ist einmal je Heil- und Kostenplan ansetzbar. Als Voraussetzung für die Abrechnung gilt, dass die Einschleifmaßnahmen vor der Eingliederung erfolgen.

BEMA-Nr. 96c

Die BEMA-Nr. 96c kann für die partielle Prothese zum Ersatz von mehr als acht fehlenden Zähnen abgerechnet werden.

BEMA-Nr. 98a

Eine Leistung nach der BEMA-Nr. 98a kann abgerechnet werden, wenn der übliche Löffel nicht ausreicht. Die Material- und Laborkosten für Planungsmodelle und individuelle/individualisierte Löffel müssen durch einen Fremd- oder Eigenlaborbeleg nachgewiesen werden.

In Verbindung mit der Eingliederung von Brücken kann eine notwendige Abformung mit einem individuellen oder individualisierten Löffel abgerechnet werden.

BEMA-Nr. 98g

Die BEMA-Nr. 98g ist für die Metallbasis in Verbindung mit einer Modellgussprothese, ggf. einschließlich einfacher Halte- oder Stützvorrichtungen, abrechenbar.

Gegossene Halte- und Stützvorrichtungen sind nicht mit der BEMA-Nr. 98g abgegolten, sondern zusätzlich mit der BEMA-Nr. 98h/1 oder 98h/2 abrechnungsfähig. Im vorliegenden Fall sind gegossene Halte- und Stützvorrichtungen nicht geplant und deshalb auch nicht abrechenbar.

Sonstige Hinweise**Gleichartige Versorgung**

Festzuschüsse, die im Zusammenhang mit gleichartigen Versorgungen bewilligt wurden, werden über die KZV (mittels Heil- und Kostenplans) abgerechnet.

Bei der Erstellung der Eigenanteilsrechnung für den Versicherten wird der Betrag der bewilligten Festzuschüsse von den Gesamtkosten abgezogen.

Heil- und Kostenplan (Auszug)

II. Befunde für Festzuschüsse			IV. Zuschussfestsetzung		<input type="checkbox"/> Unfall oder Unfallfolgen/ Berufskrankheit		<input type="checkbox"/> Immediatversorgung OK		<input type="checkbox"/> Interimsversorgung OK	
Befund Nr.1	Zahn/Gebiet	Anz. 3	Betrag Euro	Ct	<input type="checkbox"/> Versorgungsleiden		<input type="checkbox"/> Immediatversorgung UK		<input type="checkbox"/> Interimsversorgung UK	
1.1	16, 22	2			Die Krankenkasse übernimmt die nebenstehenden Festzuschüsse, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Zahnersatz innerhalb von 6 Monaten in der vorgesehenen Weise eingegliedert wird.					
1.3	22	1								
2.1	12-21	1								
2.7	12-21	3								
3.1	OK	1								
3.2	13, 23	2								
4.7	13, 23	2								
vorläufige Summe →					Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse		<input checked="" type="checkbox"/> Unbrauchbare Prothese /Brücke/Krone OK		Alter ca. <input type="text" value="12"/> Jahre	
Nachträgliche Befunde:					Hinweis:		<input type="checkbox"/> Unbrauchbare Prothese /Brücke/Krone UK		<input type="checkbox"/> NEM	
					<input type="checkbox"/> % Festzuschuss		voraussichtliche Zuschusshöhe / Härtefall		<input type="checkbox"/> Direktabrechnung	
					<input type="checkbox"/> Es liegt ein Härtefall vor.		<input checked="" type="checkbox"/> 60 % Festzuschuss voraussichtlich		<input type="checkbox"/> Es liegt voraussichtlich ein Härtefall vor	

III. Kostenplanung		1 Fortsetzung	Anz.	1 Fortsetzung	Anz.	Euro		Ct	III. Kostenplanung GOZ							
GOZ-Nr.	Zahn/Gebiet	1		1					GOZ-Nr.	Zahn/Gebiet	2	Anz. 3	GOZ-Nr.	Zahn/Gebiet	2	Anz. 3
7b	1								5040	16, 12, 21, 22		4				
19	7								5070	11		1				
89	1								2197	16, 13, 12, 21, 22, 23		6				
91d	2	2 Zahnärztliches Honorar BEMA:		Betrag												
96c	1	3 Zahnärztliches Honorar GOZ: (geschätzt)		Betrag												
98a	1	4 Material- und Laborkosten: (geschätzt)		Betrag												
98g	1	5 Behandlungskosten insgesamt: (geschätzt)		Betrag												
		TT.MM.JJJJ		Datum/Unterschrift des Zahnarztes					Antragsnummer							
									Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan							

© by Spitta GmbH • 4/2023

Patienteninformation zum Zahnersatz (Auszug)

Planung und Kosten der gewünschten, von der Regelversorgung abweichenden Behandlung

III. Voraussichtliche Kosten

Für die gewünschte, von der Regelversorgung abweichende Behandlung

Zahn/Gebiet	GOZ-Nr.	Leistungsbeschreibung	Anzahl	Betrag EUR
16, 12, 21, 22	5040	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn oder Implantat als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Teleskopkrone, auch Konuskronen	4	
11	5070	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: Verbindung von Kronen oder Einlagefüllungen durch Brückenglieder, Prothesenspannen oder Stege, je zu überbrückende Spanne oder Freundsattel	1	
16, 13, 12, 21, 22, 23	2197	Adhäsive Befestigung (plastischer Aufbau, Stift, Inlay, Krone, Teilkronen, Veneer, etc.)	6	

Begleitleistungen/nachträgliche Leistungen

Begleitleistungen

Die Regelversorgung (Kronen) löst Begleitleistungen (z. B. I, bMF oder Rö) aus. Diese Begleitleistungen können bei der Quartalsabrechnung über die Krankenversichertenkarte zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.

Allgemeine Hinweise zu gegebenenfalls zusätzlich anfallenden nachträglichen Leistungen

Die BEMA-Nrn. 18a und 18b können 1 x je Zahn, auch als nachträgliche Leistungen, abgerechnet werden:

- ▶ zusätzlicher Festzuschuss: 18a = 1.4
- ▶ zusätzlicher Festzuschuss: 18b = 1.5

Die BEMA-Nrn. 19 und 21 sind als nachträgliche Leistungen höchstens 2 x je Zahn abrechenbar. 1 x in der Gebührenvorausberechnung und gegebenenfalls 1 x als nachträgliche Leistungen.

- ▶ Dies löst keinen zusätzlichen Festzuschuss aus.

Die BEMA-Nr. 24c ist nur als nachträgliche Leistung und höchstens 3 x je provisorischer Krone abrechenbar. Die provisorische Krone muss dazu abgenommen und wiederbefestigt werden. Die Wiederbefestigung allein berechtigt nicht zur Abrechnung.

- ▶ Dies löst keinen zusätzlichen Festzuschuss aus.

Zahntechnische Rechnung*

BEL II/ beb 97	abrechenbare/berechenbare Leistungen (empfohlen)	Menge	Hinweis
001 0	Modell	3	
005 1	Sägemodell	1	
005 3	Modell nach Überabdruck	1	
005 5	Fräsmodell	1	
012 0	Mittelwertartikulator	2	
021 1	Individueller Löffel	1	
021 3	Basis für Bissregistrierung	1	
022 0	Bisswall	1	
024 0	Übertragungskappe Kunststoff/Metall	2	
120 0	Teleskopierende Krone	2	
155 0	Konditionierung je Zahn/Flügel	2	
164 0	Vestibuläre Verblendung Komposit	2	
0103	Modellsegment sägen	10	je Sägesegment
0104	Stumpf aus Superhartgips	4	für die Primärteilherstellung

* Labor- und Materialkosten die praxisseits erfolgen (z. B. Abformmaterialien, Kunststoff für Provisorien, Modellherstellung usw.) sind zusätzlich abrechnungsfähig und im Beispiel nicht berücksichtigt.

Teleskopversorgung im Oberkiefer 16, 13, 12, 21–23, Brückenglied 11

BEL II/ beb 97	abrechenbare/berechenbare Leistungen (empfohlen)	Menge	Hinweis
0105	Stumpf aus Kunststoff	4	Stümpfe nach Überabdruck
0212	Dowel-Pin setzen	je	je Pin
0213	Ausblocken eines Stumpfes	4	
0216	Stumpf vorbereiten	4	
0253	Split-Cast Sockel an Modell	1	
0301	Zahnvermessen	4	Einschubrichtung
1202	Übertragungskappe aus Kunststoff	4	
2313	Brückenglied gegossen, für Keramik- oder Polymer-Glas-Teilverblendung	1	
2661	Teil-Verblendung aus Polymer-Glas	5	
2685	Sattelpontic aus Polymer-Glas	1	
2922	Krone/Inlay/Brückenglied aufpassen	5	
3001	Teleskopkrone primär	4	
3101	Umlaufende Fräsung	4	
3202	Teleskopkrone sekundär, für Kunststoffverblendung	4	
3302	Individuelles Sekundärteil in/an Metallbasis	4	
5001	Lötung 1: Ohne Vorlötung bei gleichen Legierungen	4	
5307	Metallfläche konditionieren	5	
301 0	Aufstellung, Grundeinheit	1	
303 0	Aufstellen Metall je Zahn	7	
361 0	Fertigstellung Grundeinheit	1	
362 0	Fertigstellen je Zahn	7	
384 0	Zahn zahnfarben hinterlegt	2	Zähne 14, 24
933 0	Versandkosten	6	je Versandgang; nicht im Praxislabor
Mat.	Seitenzahn	7	
Mat.	Edelmetall-Legierung	gr.	

Die BEL-II-/BEB-Liste ist ggf. nicht abschließend und muss dem individuellen Behandlungsfall angepasst werden.

Identische Erneuerung implantatgetragene Metallkeramikkrone, kein Ausnahmefall

4/2.3 Identische Erneuerung einer implantatgetragenen Metallkeramikkrone (Vollverblendung), regio 31

Andersartige Versorgung

Der Nachbarzahn 32 ist bereits überkront.

Ein Ausnahmefall gemäß der Zahnersatzrichtlinie 36a liegt nicht vor.

I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan										TP = Therapieplanung				R = Regelversorgung				B = Befund	
Art der Versorgung	TP																		
	R																		
	B	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								skw	k							f	
R																			
TP									SKM										

Bemerkungen (bei Wiederherstellung Art der Leistung)

Der Befund ist bei Wiederherstellungsmaßnahmen nicht auszufüllen!

<p>Andersartige Versorgung (§ 55 Abs. 5 SGB V)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 31 identische Erneuerung der implantatgetragenen Krone ▶ Krone mit Vollkeramikverblendung <p>Material: Edelmetall-Legierung</p>	<p>Festzuschuss*</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 7.1 und 1.3
--	---

Hinweise zum Heil- und Kostenplan und zum Festzuschuss

Andersartige Versorgung

Bei Vorliegen einer andersartigen Versorgung müssen im Befund sowohl die Zeile „TP“ als auch die Zeile „R“ neben der Zeile „B“ ausgefüllt werden. Anders verhält es sich jedoch bei einer Implantatversorgung. Hierbei handelt es sich laut den Bestimmungen des Festzuschussystems um die Erneuerung eines implantatgetragenen Zahnersatzes. Da für diesen Befund keine Regelversorgung vorgesehen ist, wird die Zeile „Regelversorgung“ auf dem Heil- und Kostenplan nicht ausgefüllt.

Andere als die vordefinierten Befund- und Therapiekürzel können nicht verwendet werden. Eine Kombination unterschiedlicher Kürzel ist nicht möglich. Die gültigen Kürzel sind auf einem Beiblatt des Heil- und Kostenplans aufgeführt (siehe Teil 1, Kapitel 7).

Für den Eintrag im Bemerkungsfeld steht eine Liste mit vordefinierten Bemerkungen zur Verfügung. Die Nummer der Bemerkung wird im digitalen HKP angeklickt. Ist keine Bemerkung vorhanden, kann ein Freitext eingegeben werden.

Auf dem Heil- und Kostenplan ist bei andersartigen Versorgung das Feld „Direktabrechnung“ anzukreuzen.

Zahnersatz-Richtlinie 36

Der an das Implantat 31 (lücken-)angrenzende Zahn 32 ist bereits überkront. Ein Ausnahmefall gemäß der Zahnersatzrichtlinie 36a liegt demnach nicht vor. Die Versorgung ist andersartig und die Abrechnung der Zahnersatzleistung erfolgt gemäß der GOZ.

* Weitere Informationen zu den Festzuschüssen finden Sie in Teil 1, Kapitel 4.

Felder „Zuschusshöhe“ und „Härtefall“

Die voraussichtliche Höhe des Zuschusses gemäß des Bonushefts oder der Vorgabe der PVS des Vertragszahnarztes ist im Feld „Zuschusshöhe“ einzutragen. Der Zuschuss kann 60 %, 70 % oder 75 % der Kosten betragen.

Im Feld „Härtefall“ ist „Ja“ einzutragen, wenn der Patient nach Einschätzung des Zahnarztes Anspruch auf einen Härtefall hat.

Protokollnotiz zu Anlage 15 § 11 Nr. 19 BMV-Z

„Protokollnotiz zu Nr. 19: Die Vertragsparteien sind sich einig, dass der Zahnarzt im Nachhinein für eine falsche Angabe der Höhe der Festzuschüsse in Prozent nicht haftbar gemacht werden kann, wenn die Krankenkasse bei der Prüfung des Antrags eine andere Höhe der Festzuschüsse feststellt.“

Festzuschuss 1.3

Der Festzuschuss 1.3 wird für die Verblendung der implantatgetragenen Krone regio 13 gewährt. Im Verblendebereich (15–25 und 34–44) kann zusätzlich zum Festzuschuss 7.1 der Festzuschuss 1.3 für die vestibuläre Verblendung bewilligt werden. Verblendungen außerhalb des Verblendebereichs oder Keramikvollverblendungen (innerhalb oder außerhalb des Verblendebereichs) stellen keine Regelversorgung dar.

Festzuschuss 7.1

Im vorliegenden Fallbeispiel handelt es sich um die identische Erneuerung einer bereits vorhandenen, jedoch nicht mehr intakten, implantatgetragenen Krone. Deshalb wird ein Festzuschuss nach der Befundgruppe 7 gewährt. Für die Versorgung der zahnbegrenzten Einzelzahnlücke wird der Festzuschuss 7.1 gewährt.

Geht der Befund darüber hinaus, beispielsweise bei zwei nebeneinanderstehenden fehlenden Zähnen (keine Einzelzahnlücke), oder ist die Lücke nicht zahnbegrenzt (z. B. bei einer Friendsituation), ist der Festzuschuss 7.2 ansetzbar.

Der Festzuschuss 7.2 kann für erneuerungsbedürftige Suprakonstruktionen (auch für eine Hybridversorgung) je

- ▶ implantatgetragener Krone,
- ▶ Brückenanker oder
- ▶ Brückenglied

höchstens viermal je Kiefer gewährt werden.

Hinweise Gebühren**GOZ-Nr. 2200**

Für implantatgetragene Einzelkronen und nicht lückenangrenzende implantatgetragene Brückenpfeiler wird die GOZ-Nr. 2200 angesetzt. Dabei ist es unerheblich, ob es sich beispielsweise um eine Verblendkrone, um eine Vollkeramikkrone oder um eine Vollgusskrone handelt.

Identische Erneuerung implantatgetragene Metallkeramikkrone, kein Ausnahmefall

Auszug aus dem Kommentar der BZÄK

„[...] Die Versorgung eines Implantats mit einer Krone wird unabhängig von einer ggf. erforderlichen zahnärztlichen Präparation des Implantats oder Implantataufbaus in jedem Fall nach der Nummer 2200 berechnet. Wird ein Implantataufbau im zahntechnischen Labor individualisiert, z. B. zum Ausgleich von Divergenzen, so kann die Leistung nach § 9 GOZ berechnet werden.

Die Verschraubung von Implantat und Suprakonstruktion sowie der Verschluss eines Schraubenkanals sind nicht gesondert berechnungsfähig. [...]“

GOZ-Nr. 2270

Die GOZ-Nr. 2270 ist für alle provisorischen Kronen berechnungsfähig, die nicht direkt und unmittelbar mit einem Brückenglied verbunden sind (auch bei Verblockungen). Sie kann für die im direkten Verfahren mittels Abformung hergestellten Provisorien berechnet werden.

Erfolgt die Herstellung ohne Abformung, ist die GOZ-Nr. 2260 berechnungsfähig.

Die Abnahme und Wiederbefestigung von Provisorien lösen in der GOZ keine eigenen Gebührennummern aus, sondern sind mit den GOZ-Nrn. 2260 und 2270 abgegolten. Eine Faktorserhöhung dafür ist gegebenenfalls möglich. Wurde das Provisorium fest einzementiert, ist für die Abnahme die GOZ-Nr. 2290 berechenbar.

Die anfallenden Material- und Laborkosten können gemäß § 4 Abs. 3 bzw. § 9 GOZ zusätzlich berechnet werden.

GOZ-Nr. 5170

Die GOZ-Nr. 5170 kann auch bei einem individualisierten konfektionierten Löffel, z. B. mit Stopps, Abdämmung, Unterfütterung oder plastischer Umformung, berechnet werden.

Die GOZ-Nr. 5170 ist nur für die folgenden in der Leistungsbeschreibung aufgeführten Indikationen möglich:

- ▶ ungünstige Zahnbogen- und Kieferformen
- ▶ tief ansetzende Bänder
- ▶ spezielle Abformung zur Remontage

Erfolgt die individuelle Abformung aufgrund einer anderen Indikation, ist dies gemäß § 6 Abs. 1 GOZ als Analogleistung zu berechnen.

GOZ-Nr. 9050

Müssen Aufbauelemente entfernt, ausgewechselt oder wiederbefestigt werden, kann die GOZ-Nr. 9050 angesetzt werden.

Die GOZ-Nr. 9050 ist

- ▶ maximal dreimal je Implantat, jedoch lediglich einmal je Sitzung,
- ▶ für das Entfernen und Wiedereinsetzen oder das Auswechseln eines oder mehrerer Aufbauelemente
- ▶ nur während der rekonstruktiven Phase
- ▶ nicht neben der Implantatinsertion (GOZ-Nr. 9010) oder neben der Implantatfreilegung (GOZ-Nr. 9040) berechenbar.

Sonstige Hinweise

Andersartige Versorgung

Bei einer andersartigen Versorgung erfolgt die gesamte Abrechnung nach Maßgabe der GOZ. Der Patient erhält eine Rechnung über den Gesamtbetrag. Der Zuschuss wird seitens der gesetzlichen Krankenkasse direkt an den Patienten ausbezahlt (Kostenerstattung).

Es erfolgt **keine** Abrechnung über die KZV.

Bei der Erstellung der Rechnung für den Versicherten erfolgt kein Abzug der bewilligten Festzuschüsse.

Bei der Rechnungsstellung muss das eFormular 3e ausgefüllt und dem Patienten ausgehändigt/mitgesandt werden.

Allgemeine Hinweise zur Klassifizierung (Befundklassen)

Bei der Zuordnung der Befundklassen wird bei Hybridversorgungen zwischen feststehendem und herausnehmbarem Zahnersatz unterschieden.

Erstversorgung als Suprakonstruktion

Die implantatgetragene Erstversorgung löst die Befundklassen 2–4 sowie gegebenenfalls zuzüglich den Festzuschuss 1.3 aus.

Erneuerung der Suprakonstruktion mit Befundänderung

Die Erneuerung von rein implantatgetragenen Zahnersatz mit einer Befundveränderung gilt als **Erstversorgung** und löst die Befundklassen 2–4 sowie gegebenenfalls zuzüglich den Festzuschuss 1.3 aus.

Die Kürzel „skw“, „sow“ und „stw“ gelten als **fehlender Zahn**.

Die Erneuerung einer feststehenden Hybridversorgung einer mit Befundveränderung gilt als **Erstversorgung** und löst die Befundklassen 2–4 sowie gegebenenfalls zuzüglich den Festzuschuss 1.3 aus.

Die Kürzel „skw“, „sow“ und „stw“ gelten als **natürlicher Zahn**.

Die Erneuerung einer herausnehmbaren Hybridversorgung mit einer Befundveränderung gilt als **Erstversorgung** und löst die Befundklassen 2–4 sowie gegebenenfalls zuzüglich den Festzuschuss 1.3 aus.

Die Kürzel „skw“, „sow“ und „stw“ gelten als **fehlender Zahn**.

Hinweis zur Befundänderung

Eine Befundänderung wird durch das Hinzukommen der Befundkürzel „f“, „x“ oder „ww“ ausgelöst. Die Entfernung eines vorhandenen Implantats (Befundkürzel „ix“) löst hingegen keine Befundänderung aus.

Identische Neuversorgung der Suprakonstruktion (ohne Befundänderung)

Die Erneuerung einer Hybridversorgung ohne Befundveränderung löst die **Befundklasse 7** aus.

Die Erneuerung von rein implantatgetragenen Zahnersatz ohne Befundveränderung löst die **Befundklasse 7** aus.

Identische Erneuerung implantatgetragene Metallkeramikkrone, kein Ausnahmefall

Heil- und Kostenplan (Auszug)

II. Befunde für Festzuschüsse			IV. Zuschussfestsetzung		<input type="checkbox"/> Unfall oder Unfallfolgen/ Berufskrankheit		<input type="checkbox"/> Immediatversorgung OK		<input type="checkbox"/> Interimsversorgung OK	
Befund Nr.1	Zahn/Gebiet	Anz. 3	Betrag Euro	Ct	<input type="checkbox"/> Versorgungsleiden		<input type="checkbox"/> Immediatversorgung UK		<input type="checkbox"/> Interimsversorgung UK	
7.1	31	1			Die Krankenkasse übernimmt die nebenstehenden Festzuschüsse, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Zahnersatz innerhalb von 6 Monaten in der vorgeesehenen Weise eingegliedert wird.					
1.3	31	1								
vorläufige Summe →					Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse		<input type="checkbox"/> Unbrauchbare Prothese /Brücke/Krone OK		Alter ca. 15 Jahre	
Nachträgliche Befunde:					Hinweis:		<input checked="" type="checkbox"/> Unbrauchbare Prothese /Brücke/Krone UK		<input type="checkbox"/> NEM	
					<input type="checkbox"/> % Festzuschuss		<input checked="" type="checkbox"/> Direktabrechnung		voraussichtliche Zuschuss Höhe / Härtefall	
					<input type="checkbox"/> Es liegt ein Härtefall vor.		<input type="checkbox"/> Es liegt voraussichtlich ein Härtefall vor			

III. Kostenplanung		1 Fortsetzung	Anz.	1 Fortsetzung	Anz.	Euro		Ct
2	Zahnärztliches Honorar BEMA:							
3	Zahnärztliches Honorar GOZ: (geschätzt)							Betrag
4	Material- und Laborkosten: (geschätzt)							Betrag
5	Behandlungskosten insgesamt: (geschätzt)							Betrag
TTMMJJ		Datum/Unterschrift des Zahnarztes						

III. Kostenplanung GOZ			1 Fortsetzung		
GOZ-Nr. 1	Zahn/Gebiet	Anz. 3	GOZ-Nr. 1	Zahn/Gebiet	Anz. 3
2200	31	1			
2270	31	1			
5170	OK	1			
9050	31	3			

Antragsnummer					
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan					

© by Spitta GmbH • 4/2023

Patienteninformation zum Zahnersatz (Auszug)

Planung und Kosten der gewünschten, von der Regelversorgung abweichenden Behandlung

III. Voraussichtliche Kosten

Für die gewünschte, von der Regelversorgung abweichende Behandlung

Zahn/Gebiet	GOZ-Nr.	Leistungsbeschreibung	Anzahl	Betrag EUR
31	2200	Versorgung eines Zahnes oder Implantats durch eine Vollkrone (Tangentialpräparation)	1	
31	2270	Provisorium im direkten Verfahren mit Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung	1	
OK	5170	Anatomische Abformung des Kiefers mit individuellem Löffel bei ungünstigen Zahnbogen- und Kieferformen und/oder tief ansetzenden Bändern oder spezielle Abformung zur Remontage, je Kiefer	1	
31	9050	Entfernen und Wiedereinsetzen sowie Auswechseln eines oder mehrerer Aufbauelemente bei einem zweiphasigen Implantatsystem während der rekonstruktiven Phase	3	

Begleitleistungen/nachträgliche Leistungen

Begleitleistungen

Die Regelversorgung löst Begleitleistungen (z. B. I, bMF oder Rö) aus. Diese Begleitleistungen können bei der Quartalsabrechnung über die elektronische Gesundheitskarte zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung als Sachleistungen (BEMA Teil 1) abgerechnet werden.

Provisorische Versorgung

Da kein Provisorium im Sinne der BEMA-Nr. 19i eingegliedert wurde, können auch keine nachträglichen Leistungen im Zusammenhang eines Provisoriums abgerechnet werden (BEMA-Nr. 19 oder 24c).

Arbeits-/Planungsmodelle

Im vorliegenden Fallbeispiel dienen die notwendigen Abformungen ausschließlich zur Herstellung von Arbeitsmodellen. Die Berechnung der GOZ-Nrn. 0050 und 0060 ist dafür nicht möglich.

Die Berechnung der GOZ-Nrn. 0050 und 0060 setzt die Herstellung von Situationsmodellen, einschließlich der Auswertung zur Diagnose oder Planung, voraus. Die GOZ-Nr. 0060 setzt zudem eine einfache Bissfixierung voraus.

Implantatteile

Implantataufbauten und die im Zusammenhang mit Implantaten benötigten Verbindungselemente lösen keinen zusätzlichen Festzuschuss aus (s. FZ-Rili A7).

Implantation

Die im Vorfeld erbrachten Implantationsleistungen (z. B. präprothetische Behandlung, Implantation) müssen mit dem gesetzlich versicherten Patienten gemäß § 8 Abs. 7 BMV-Z privat vereinbart werden.

Identische Erneuerung implantatgetragene Metallkeramikkrone, kein Ausnahmefall

Zahntechnische Rechnung*

beb 97	berechenbare Leistungen (empfohlen)	Menge	Hinweis
0001	Modell aus Hartgips	1	für den Löffel
0002	Modell aus Superhartgips	1	
0010	Spezialmodell	1	
0222	Modellergänzung aus Kunststoff	1	
0223	Zahnfleischmaske, abnehmbar	1	
0224	Modellimplantat repositionieren	1	
0253	Split-Cast Sockel an Modell	2	
0302	Modell vermessen	1	
0405	Modellmontage in individuellen Artikulator II	1	
0408	Montage Gegenkiefermodell	1	
7234	Zahnfarbenbestimmung I	1	
1007	Funktions-/individueller Löffel aus Kunststoff für Implantate, geschlossene Abformung	1	
1225	Kontrollschablone, Einbringungshilfe	1	
2122	Krone gegossen, für Keramik- oder Polymer-Glas-Vollverblendung	1	
2612	Mehrflächige Verblendung aus Keramik	1	
2804	Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Keramik	1	
2965	Zuschlag für Arbeiten unter Stereomikroskop	1	
2971	Aufwand bei Suprastruktur auf zementiertem Implantat	1	
0701	Versand je Versandgang	2	nicht im Praxislabor
0732	Desinfektion	2	
Mat.	Implantatmaterial	1	
Mat.	Edelmetall	gr.	

Die BEB-Liste ist ggf. nicht abschließend und muss dem individuellen Behandlungsfall angepasst werden.

* Labor- und Materialkosten die praxisseits erfolgen (z. B. Abformmaterialien, Kunststoff für Provisorien, Modellherstellung usw.) sind zusätzlich abrechnungsfähig und im Beispiel nicht berücksichtigt.