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 Vollkeramikkronen

2/3 Brücken
2/3.1 Metallkeramikverblendbrücken
2/3.2 Freiendbrücken
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

© by Spitta GmbH • 4/2023

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 Neuaufstellung

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

© by Spitta GmbH • 4/2023

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.



Andersartige Versorgung (§ 55 Abs. 5 SGB V)	Festzuschuss*
▶ 31 identische Erneuerung der implantatgetragenen Krone ▶ Krone mit Vollkeramikverblendung Material: Edelmetall-Legierung	▶ 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 Festzuschusssystems 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 Versorgungen 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.

© by Spitta GmbH • 4/2023

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 Verblendbereich (15–25 und 34–44) kann zusätzlich zum Festzuschuss 7.1 der Festzuschuss 1.3 für die vestibuläre Verblendung bewilligt werden. Verblendungen außerhalb des Verblendbereichs oder Keramikvollverblendungen (innerhalb oder außerhalb des Verblendbereichs) 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 Freiendsituation), 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 Faktorerhöhung 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.

© by Spitta GmbH • 4/2023

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 festsitzendem 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 implantatgetragenem 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 festsitzenden 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.

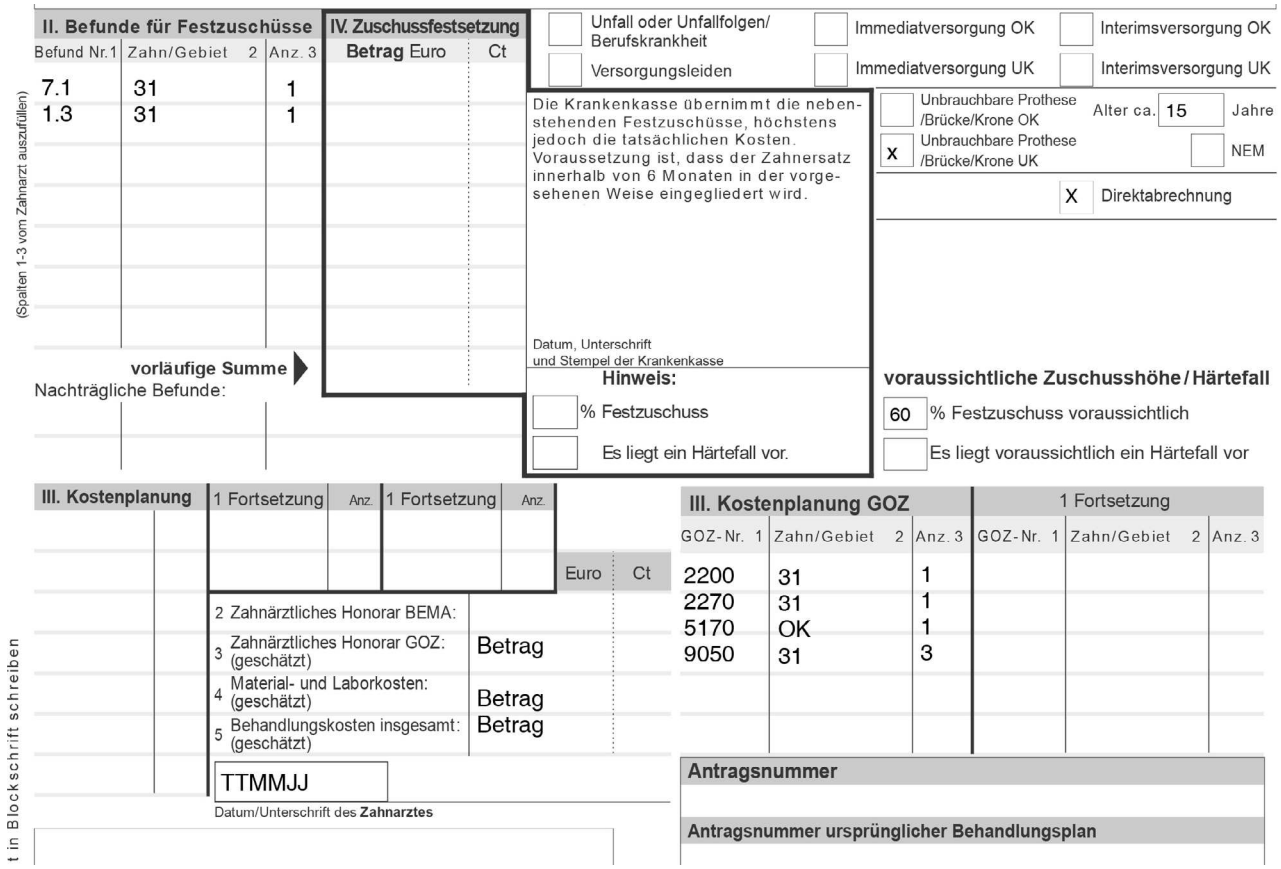
Identische Neuversorgung der Suprakonstruktion (ohne Befundänderung)

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

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

Identische Erneuerung implantatgetragene Metallkeramikkrone, kein Ausnahmefall

Heil- und Kostenplan (Auszug)



II. Befunde für Festzuschüsse

Befund Nr. 1	Zahn/Gebiet 2	Anz. 3
7.1	31	1
1.3	31	1

(Spalten 1-3 vom Zahnarzt auszufüllen)

vorläufige Summe

Nachträgliche Befunde:

IV. Zuschussfestsetzung

Betrag Euro | Ct

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.

Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Hinweis:

% Festzuschuss

Es liegt ein Härtefall vor.

Unfall oder Unfallfolgen/ Berufskrankheit

Versorgungsleiden

Immediatversorgung OK

Immediatversorgung UK

Interimsversorgung OK

Interimsversorgung UK

Unbrauchbare Prothese /Brücke/Krone OK

X Unbrauchbare Prothese /Brücke/Krone UK

Alter ca. 15 Jahre

NEM

X Direktabrechnung

voraussichtliche Zuschusshöhe / Härtefall

60 % Festzuschuss voraussichtlich

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

t in Blockschrift schreiben

III. Kostenplanung GOZ | 1 Fortsetzung

GOZ-Nr. 1	Zahn/Gebiet 2	Anz. 3	GOZ-Nr. 1	Zahn/Gebiet 2	Anz. 3
2200	31	1			
2270	31	1			
5170	OK	1			
9050	31	3			

Antragsnummer

Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan

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	

© by Spitta GmbH • 4/2023

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.

© by Spitta GmbH • 4/2023

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

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

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)

Der Befund ist bei Wiederherstellungsmaßnahmen nicht auszufüllen!

Regelversorgung	Gleichartige Versorgung (§ 55 Abs. 4 SGB V)
▶ 13 und 23 Teleskopkronen ▶ 16 Vollgusskrone ▶ 22 vestibulär verblendete Krone ▶ 12–21 vestibulär verblendete Brücke ▶ Oberkiefer-Modellgussprothese ▶ Provisorien im direkten Verfahren Material: Nichtedelmetall-Legierung (NEM)	▶ 16, 13, 12, 21, 22 und 23 Teleskopkronen ▶ 11 Brückenglied ▶ 16 vestibuläre Verblendung ▶ 16, 13, 12, 21, 22 und 23 Primärteile adhäsive Befestigung Material: Edelmetall-Legierung **Festzuschuss*** ▶ 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.

© by Spitta GmbH • 4/2023

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 Versorgungen sind dann als andersartige Versorgungen 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 Freiendsituation zum Ersatz von bis zu zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen zusätzlich zum Festzuschuss 3.1 der Festzuschuss 2.1 bzw. 2.2 gewährt.

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.

© by Spitta GmbH • 4/2023

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

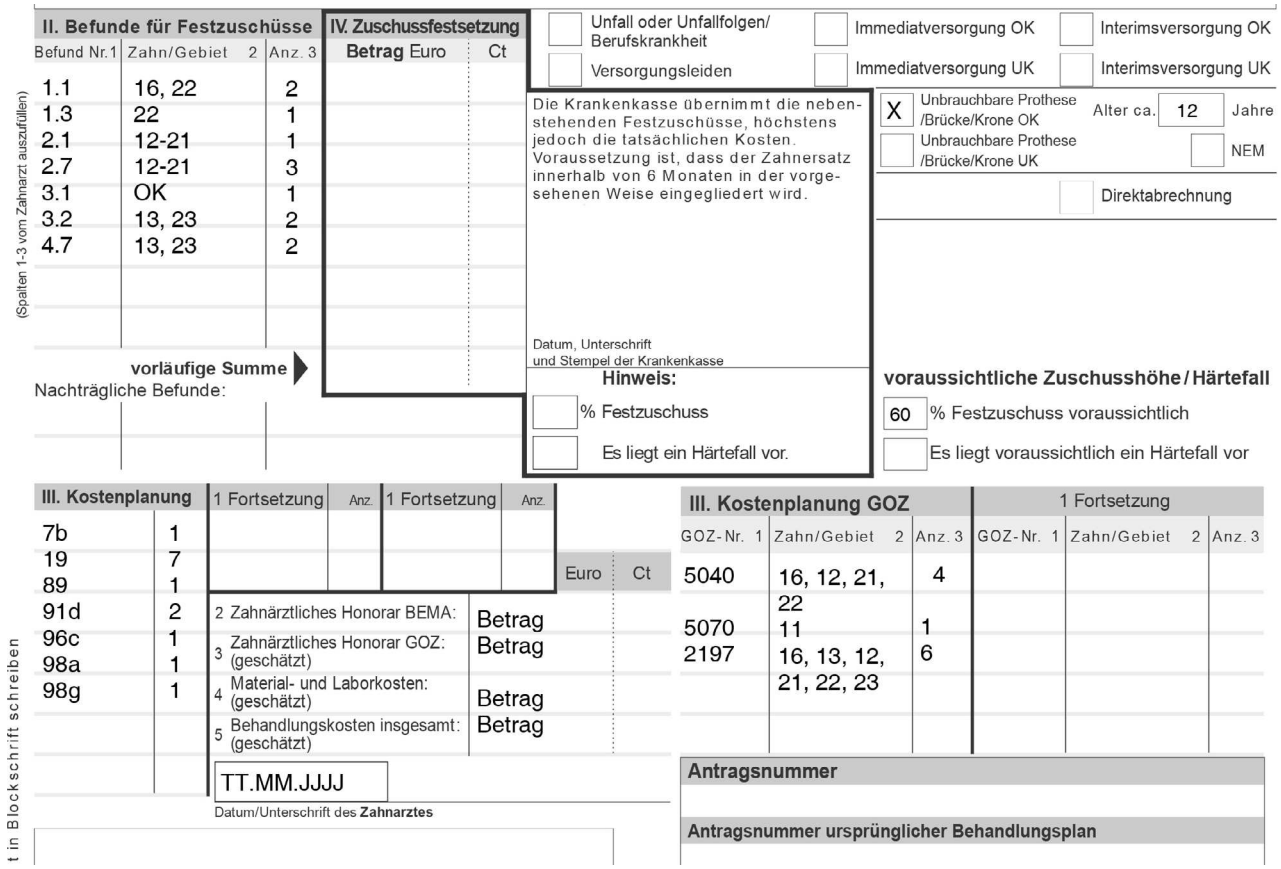
Gleichartige Versorgung

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.

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

Heil- und Kostenplan (Auszug)



II. Befunde für Festzuschüsse (Spalten 1-3 vom Zahnarzt auszufüllen)

Befund Nr. 1	Zahn/Gebiet 2	Anz. 3
1.1	16, 22	2
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

Nachträgliche Befunde:

IV. Zuschussfestsetzung

Betrag Euro | Ct

Unfall oder Unfallfolgen/ Berufskrankheit

Versorgungsleiden

Immediatversorgung OK

Immediatversorgung UK

Interimsversorgung OK

Interimsversorgung UK

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.

Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Hinweis:

% Festzuschuss

Es liegt ein Härtefall vor.

X Unbrauchbare Prothese /Brücke/Krone OK

Unbrauchbare Prothese /Brücke/Krone UK

Alter ca. 12 Jahre

NEM

Direktabrechnung

voraussichtliche Zuschusshöhe / Härtefall

60 % Festzuschuss voraussichtlich

Es liegt voraussichtlich ein Härtefall vor

III. Kostenplanung

		1 Fortsetzung	Anz.	1 Fortsetzung	Anz.
7b	1				
19	7				
89	1				
91d	2				
96c	1				
98a	1				
98g	1				

Euro | Ct

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**

t in Blockschrift schreiben

III. Kostenplanung GOZ

GOZ-Nr. 1	Zahn/Gebiet 2	Anz. 3	GOZ-Nr. 1	Zahn/Gebiet 2	Anz. 3
5040	16, 12, 21, 22	4			1 Fortsetzung
5070	11	1			
2197	16, 13, 12, 21, 22, 23	6			

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 Konuskrone	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 Freiendsattel	1	
16, 13, 12, 21, 22, 23	2197	Adhäsive Befestigung (plastischer Aufbau, Stift, Inlay, Krone, Teilkrone, 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.

© by Spitta GmbH • 4/2023

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.



Andersartige Versorgung (§ 55 Abs. 5 SGB V)	Festzuschuss*
▶ 31 identische Erneuerung der implantatgetragenen Krone ▶ Krone mit Vollkeramikverblendung Material: Edelmetall-Legierung	▶ 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 Festzuschusssystems 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 Versorgungen 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.

© by Spitta GmbH • 4/2023

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 Verblendbereich (15–25 und 34–44) kann zusätzlich zum Festzuschuss 7.1 der Festzuschuss 1.3 für die vestibuläre Verblendung bewilligt werden. Verblendungen außerhalb des Verblendbereichs oder Keramikvollverblendungen (innerhalb oder außerhalb des Verblendbereichs) 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 Freiendsituation), 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 Faktorerhöhung 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.

© by Spitta GmbH • 4/2023

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 festsitzendem 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 implantatgetragenem 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 festsitzenden 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.

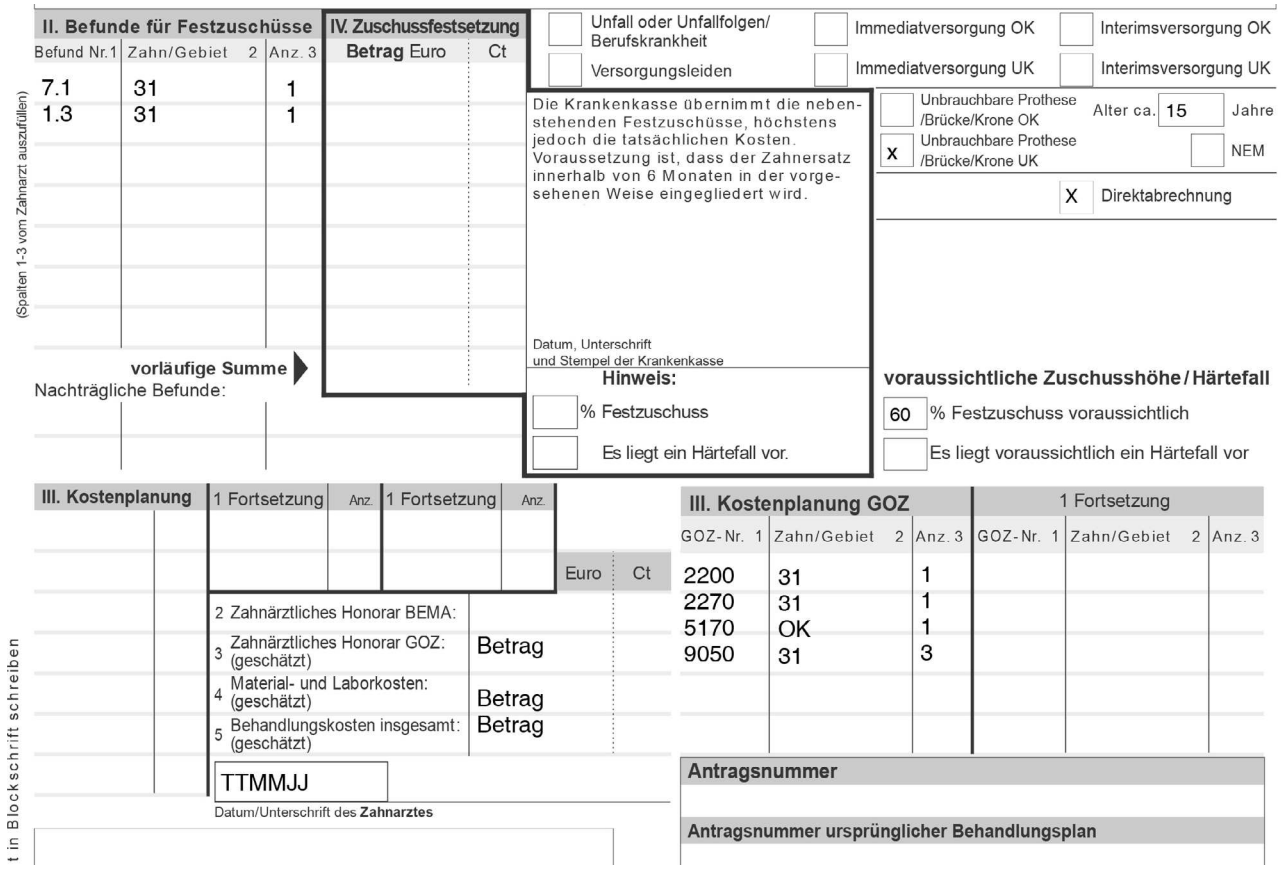
Identische Neuversorgung der Suprakonstruktion (ohne Befundänderung)

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

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

Identische Erneuerung implantatgetragene Metallkeramikkrone, kein Ausnahmefall

Heil- und Kostenplan (Auszug)



II. Befunde für Festzuschüsse

Befund Nr. 1	Zahn/Gebiet 2	Anz. 3
7.1	31	1
1.3	31	1

(Spalten 1-3 vom Zahnarzt auszufüllen)

vorläufige Summe

Nachträgliche Befunde:

IV. Zuschussfestsetzung

Betrag Euro | Ct

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.

Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Hinweis:

% Festzuschuss

Es liegt ein Härtefall vor.

Unfall oder Unfallfolgen/ Berufskrankheit

Versorgungsleiden

Immediatversorgung OK

Immediatversorgung UK

Interimsversorgung OK

Interimsversorgung UK

Unbrauchbare Prothese /Brücke/Krone OK

X Unbrauchbare Prothese /Brücke/Krone UK

Alter ca. 15 Jahre

NEM

X Direktabrechnung

voraussichtliche Zuschusshöhe / Härtefall

60 % Festzuschuss voraussichtlich

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

t in Blockschrift schreiben

III. Kostenplanung GOZ | 1 Fortsetzung

GOZ-Nr. 1	Zahn/Gebiet 2	Anz. 3	GOZ-Nr. 1	Zahn/Gebiet 2	Anz. 3
2200	31	1			
2270	31	1			
5170	OK	1			
9050	31	3			

Antragsnummer

Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan

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	

© by Spitta GmbH • 4/2023

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.

© by Spitta GmbH • 4/2023

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