

## Anlage 2

### Vereinbarung nach § 87 Absatz 1a SGB V über die Versorgung mit Zahn-ersatz

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

in der Fassung vom 25.04.2018

Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

1. <sup>1</sup>Vor Beginn der Behandlung hat der Vertragszahnarzt einen Heil- und Kostenplan (HKP) nach dem in der Anlage 14a zum BMV-Z beigefügten Vordruck 3a (Teil 1) und 3b (Teil 2) zu erstellen.

<sup>2</sup>Der Teil 2 (Vordruck 3b) ist nur auszufüllen, wenn gleich- oder andersartige Leistungen geplant werden. <sup>3</sup>Bei der Angabe der zu erwartenden Kosten sind in volle EUR kaufmännisch gerundete Beträge ausreichend, die für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen anzugeben sind. <sup>4</sup>Der Teil 2 (Vordruck 3b) ist – sofern gleich- und/oder andersartige Versorgungen geplant sind – dem Versicherten zusammen mit dem Teil 1 (Vordruck 3a) zu übersenden.

2. <sup>1</sup>Der Vertragszahnarzt hat im HKP den zahnmedizinischen Befund, die Regelversorgung und – bei gleich- und andersartiger Versorgung – die tatsächlich geplante Versorgung anzugeben. <sup>2</sup>Für die tatsächlich geplante Versorgung sind Art, Umfang und Kosten der Versorgung anzugeben.

<sup>3</sup>In begründeten Ausnahmefällen kann die Wiederherstellung einer ausreichenden Funktion des Kauorgans bzw. die Verhinderung einer Beeinträchtigung des Kauorgans auch in medizinisch sinnvollen Therapieschritten erfolgen. <sup>4</sup>Damit für die Krankenkasse erkennbar ist, dass die Versorgung des Gesamtbefundes in Therapieschritten erfolgt, muss dies im HKP unter „Bemerkungen“ aufgeführt werden.

<sup>5</sup>Für die einzelnen Therapieschritte ist jeweils ein eigener HKP auszustellen. <sup>6</sup>Bei Bewilligung des ersten Therapieschritts müssen für die Krankenkasse der Gesamtbefund und die Gesamtplanung ersichtlich sein; ausgestaltende Regelungen können durch die Gesamtvertragspartner getroffen werden.

<sup>7</sup>Der Vertragszahnarzt kennzeichnet auf dem HKP die Fälle, in denen die Auszahlung der Festzuschüsse direkt von der Krankenkasse an den Versicherten zu erfolgen hat, mit „D“.

3. Abrechnung von Kronen, Stiften, Brücken, Teilprothesen und Kombinationszahnersatz

#### Kronen

<sup>1</sup>Verblendete Kronen außerhalb des Verblendbereichs gemäß der Zahnersatz-Richtlinie, vollverblendete Kronen und vollkeramische Voll- und Teilkronen gelten als gleichartige Versorgung.

<sup>2</sup>Die Abrechnung erfolgt entsprechend § 55 Absatz 4 i. V. m. § 87 Absatz 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). <sup>3</sup>Prothetische Begleitleis-

tungen (Provisorien, Abnehmen und Wiederbefestigen von Provisorien) werden als Regelversorgungsleistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) abgerechnet.

#### Stifte

<sup>4</sup>Adhäsiv befestigte Stifte und nicht-metallische Stiftsysteme gelten als gleichartige Versorgung und werden entsprechend § 55 Absatz 4 i. V. m. § 87 Absatz 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der GOZ abgerechnet.

#### Brücken

<sup>5</sup>Verblendete Brückenanker und Brückenglieder außerhalb des Verblendbereichs gemäß der Zahnersatz-Richtlinie, vollverblendete und vollkeramische Brückenanker und Brückenglieder gelten als gleichartige Versorgung.

<sup>6</sup>Die Abrechnung erfolgt entsprechend § 55 Absatz 4 i. V. m. § 87 Absatz 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der GOZ. <sup>7</sup>Prothetische Begleitleistungen (Provisorien, Abnehmen und Wiederbefestigen von Provisorien) werden als Regelversorgungsleistungen nach BEMA abgerechnet.

#### Teilprothesen/Kombinationszahnersatz

<sup>8</sup>Bei der prothetischen Versorgung des teilbezahnten Kiefers in der Befundklasse 3 wird zwischen herausnehmbarem Zahnersatz und Kombinationszahnersatz unterschieden.

<sup>9</sup>Kombinationszahnersatz im Rahmen der Regelversorgung liegt nur bei den Befunden 3.2 a bis 3.2 c vor.

<sup>10</sup>Zusätzliche Verbindungselemente an Kombinationszahnersatz (Teleskopkrone, Konuskronen, Geschiebe, Anker, Riegel, Steg u. Ä.) gelten als gleichartige Versorgung, wenn die jeweilige Befundsituation eine Regelversorgung mit Teleskopkronen vorsieht (Befunde 3.2 a bis 3.2 c). <sup>11</sup>Die Abrechnung dieser zusätzlichen Verbindungselemente und der das Verbindungselement tragenden Kronen erfolgt entsprechend § 55 Absatz 4 i. V. m. § 87 Absatz 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der GOZ; die übrigen Konstruktionselemente des Kombinationszahnersatzes werden als Regelversorgungsleistungen nach BEMA abgerechnet.

<sup>12</sup>Gleiches gilt, wenn statt einer Konus- oder Teleskopkrone der Regelversorgung (Befunde 3.2 a bis 3.2 c) ein anderes der oben genannten Verbindungselemente verwendet wird.

<sup>13</sup>Verbindungselemente (Teleskopkrone, Konuskronen, Geschiebe, Anker, Riegel, Steg u. Ä.) an herausnehmbarem Zahnersatz bei Befundsituationen (Befunde nach 3.1), die bei der Regelversorgung lediglich Halte- und Stützelemente (Klammern) vorsehen, ändern die Art der Versorgung; ein herausnehmbarer Zahnersatz wird somit zum Kombinationszahnersatz.

<sup>14</sup>Solche Versorgungen werden als andersartige Versorgungen betrachtet und insgesamt entsprechend § 55 Absatz 5 i. V. m. § 87 Absatz 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der GOZ abgerechnet.

<sup>15</sup>Dies gilt nicht, wenn an allen Ankerzähnen Befunde nach der Nr. 1.1 ansetzbar sind.

<sup>16</sup>In diesen Fällen gilt die Versorgung als gleichartig.

4. <sup>1</sup>Der Heil- und Kostenplan (Teil 1 und Teil 2 / Vordruck 3a und 3b) ist der Krankenkasse vorzulegen. <sup>2</sup>Die Krankenkasse hat den Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung insgesamt zu prüfen. <sup>3</sup>Die Krankenkasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen.
5. <sup>1</sup>Bei bestehender Versorgungsnotwendigkeit bewilligt die Krankenkasse die Festzuschüsse. <sup>2</sup>Nach der Genehmigung sind Änderungen des Befundes oder der tatsächlich geplanten Versorgung der Krankenkasse zur Neufestsetzung der Festzuschüsse mitzuteilen. <sup>3</sup>Die Festzuschüsse werden gezahlt, wenn der Zahnersatz in der bewilligten Form innerhalb von 6 Monaten eingegliedert wird.
- <sup>4</sup>Die Gesamtvertragspartner können Regelungen zur Vereinfachung des Bewilligungsverfahrens für Wiederherstellungen/Erweiterungen vereinbaren.
6. <sup>1</sup>Die Kosten für Regelversorgungsleistungen sind mit den Versicherten nach dem BEMA und dem Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen (BEL II) abzurechnen. <sup>2</sup>Bei der Rechnungslegung gegenüber dem Versicherten ist der Betrag für die Festzuschüsse abzusetzen.
- <sup>3</sup>Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Absatz 2 SGB V hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Absatz 2 Satz 10 SGB V aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen. <sup>4</sup>Diese werden nach der GOZ bzw. nach der Bundeseinheitlichen Benennungsliste für zahntechnische Leistungen (BEB) in Rechnung gestellt. <sup>5</sup>Der Rechnung ist eine Durchschrift der Rechnung des gewerblichen oder des Praxislabor über zahntechnische Leistungen und die Erklärung nach Anhang VIII der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Medizinprodukte beizufügen (Konformitätserklärung). <sup>6</sup>Für die zahntechnischen Leistungen ist darüber hinaus der Herstellungsort des Zahnersatzes mitzuteilen.
7. Abrechnung der Festzuschüsse
- a) Regelversorgungen und gleichartige Versorgungen
- <sup>1</sup>Genehmigte Festzuschüsse im Zusammenhang mit erbrachten Regelleistungen oder mit gleichartigen Leistungen werden nach Eingliederung oder Wiederherstellung des Zahnersatzes grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern über die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) abgerechnet.
- <sup>2</sup>Unterschreitet der tatsächliche Rechnungsbetrag den von der Krankenkasse festgesetzten Festzuschuss, ist dies bei der Abrechnung bei V.8. zu berücksichtigen.
- b) Härtefälle
- <sup>1</sup>Bei Härtefällen übernimmt die Krankenkasse den über dem Festzuschuss liegenden tatsächlichen Rechnungsbetrag nur, wenn eine Regelversorgung durchgeführt wird. <sup>2</sup>Der tatsächliche Rechnungsbetrag wird grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern über die KZV abgerechnet.
- <sup>3</sup>Bei zahntechnischen Leistungen für Härtefälle übernimmt die Krankenkasse nur die Kosten für Nichtedelmetall-Legierungen. <sup>4</sup>Die Mehrkosten für Edelmetalllegierungen trägt der Härtefall-Versicherte selbst.

<sup>5</sup>In Härtefällen, in denen die tatsächlich entstandenen Kosten über die KZVen abgerechnet werden, sind die abgerechneten Gebührennummern des BEMA für Zahnersatzleistungen, die abgerechneten zahntechnischen Leistungen einschließlich deren Preise für das Eigen- und/oder Fremdlabor sowie die abgerechneten Materialien einschließlich Materialbezeichnung und Preis grundsätzlich im Wege der elektronischen Datenübertragung zu übermitteln.

c) Bei nicht bewilligungsbedürftigen Wiederherstellungen und Erweiterungen nach den Befunden 6.0 - 6.10 und 7.3, 7.4 und 7.7 sind den Abrechnungen mit den Krankenkassen die abgerechneten Gebührennummern des BEMA für Zahnersatzleistungen, die abgerechneten zahntechnischen Leistungen einschließlich deren Preise für das Eigen- und/oder Fremdlabor sowie die abgerechneten Materialien einschließlich Materialbezeichnung und Preis grundsätzlich im Wege der elektronischen Datenübertragung zu übermitteln.

d) Ausschließlich andersartige Leistungen

Genehmigte Festzuschüsse für eine ausschließlich andersartige Versorgung werden von der Krankenkasse direkt mit dem Versicherten nach Vorlage der Rechnung abgerechnet.

e) Mischfälle

<sup>1</sup>Genehmigte Festzuschüsse für Mischfälle (Regelleistungen und/oder gleichartige Leistungen in Verbindung mit andersartigen Leistungen) sind über die KZV abzurechnen, wenn mehr als 50 % des zahnärztlichen Honorars zum Zeitpunkt der Planung für Leistungen der Regelversorgung und/oder der gleichartigen Versorgung anfallen.

<sup>2</sup>Die Gesamtvertragspartner können eine andere prozentuale Grenzziehung vereinbaren.