

Anlage 2

Vereinbarung nach § 87 Absatz 1a SGB V über die Versorgung mit Zahnersatz

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

In der Fassung vom 25.04.2018, Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

Zuletzt geändert am 21.12.2021, mit Wirkung ab dem 01.01.2022

Abschnitt 1 – Behandlungsplanung

1. Heil- und Kostenplan

¹Vor Beginn der Behandlung hat der Vertragszahnarzt einen Heil- und Kostenplan (HKP) zu erstellen. ²Im elektronischen Verfahren muss der HKP die in § 11 der Anlage 15 zum BMV-Z aufgeführten Angaben enthalten. ³Im Papierverfahren ist der HKP nach dem in der Anlage 14a zum BMV-Z beigefügten Vordruck 3a (Teil 1) und 3b (Teil 2) zu erstellen; der Teil 2 (Vordruck 3b) ist nur auszufüllen, wenn gleich- oder andersartige Leistungen geplant werden. ⁴Bei der Angabe der zu erwartenden Kosten sind in volle EUR kaufmännisch gerundete Beträge ausreichend, die für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen anzugeben sind. ⁵Der HKP hat die Gesamtplanung zu enthalten.

⁶Der Zahnarzt hat den Patienten vor Erstellung des Heil- und Kostenplans über folgendes aufzuklären:

- Befund und Indikation für die Behandlung
- Behandlungsalternativen
- voraussichtliche Behandlungskosten
- voraussichtlicher Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes

⁷Nach dem Gesetz darf der Vertragszahnarzt keine Gebühr für die Planung oder Erstellung des HKP vom Versicherten verlangen.

2. Gesamtplanung, Therapieschritte, Direktabrechnung

¹Der Vertragszahnarzt hat im HKP den zahnmedizinischen Befund, die Regelversorgung und – bei gleich- und andersartiger Versorgung – die tatsächlich geplante Versorgung anzugeben. ²Für die tatsächlich geplante Versorgung sind Art, Umfang und Kosten der Versorgung anzugeben. ³Im elektronischen Verfahren hat der Vertragszahnarzt außerdem den voraussichtlichen Bonus (prozentuale Höhe der Festzuschüsse) anhand der ihm vorliegenden Unterlagen anzugeben.

⁴In begründeten Ausnahmefällen kann die Wiederherstellung einer ausreichenden Funktion des Kauorgans bzw. die Verhinderung einer Beeinträchtigung des Kauorgans auch in medizinisch sinnvollen Therapieschritten erfolgen. ⁵Damit für die Krankenkasse erkennbar ist, dass die Versorgung des Gesamtbefundes in Therapieschritten erfolgt, muss dies im HKP bei elektronischem Verfahren unter „Anzahl der Therapieschritte“, im Papierverfahren unter „Bemerkungen“ aufgeführt werden. ⁶Für die einzelnen Therapieschritte ist jeweils ein eigener HKP auszustellen; im elektronischen Verfahren sind die Planungen durchzunummerieren und zeitgleich an die Krankenkasse zu übermitteln. ⁷Bei Bewilligung des ersten Therapieschritts müssen für die Krankenkasse der Gesamtbefund und die Gesamtplanung ersichtlich sein. ⁸Soweit die Gesamtvertragspartner für das Papierverfahren ausgestaltende Regelungen für den Umgang mit Therapieschritten

getroffen haben oder noch treffen werden, gelten diese bis zum Beginn des flächendeckenden Echtbetriebs des elektronischen Antragsverfahren (vgl. § 17 Anlage 15).

⁹Der Vertragszahnarzt kennzeichnet auf dem HKP die Fälle, in denen die Auszahlung der Festzuschüsse direkt von der Krankenkasse an den Versicherten zu erfolgen hat, im elektronischen Verfahren mit dem Kennzeichen „Direktabrechnung“, im Papierverfahren mit dem Kennzeichen „D“.

3. Patienteninformation

¹Im elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahren informiert der Vertragszahnarzt den Patienten in schriftlicher Form (Formular 3c oder Formular 3d der Anlage 14a BMV-Z) über die geplante Behandlung. ²Es wird dem Vertragszahnarzt empfohlen, die Behandlung erst nach Unterschrift des Patienten unter die Patienteninformation bei der Krankenkasse zu beantragen.

4. Gleichartige Versorgung bei Kronen, Stiften, Brücken, Teilprothesen und Kombinationszahnersatz

Kronen

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

²Die Abrechnung erfolgt entsprechend § 55 Absatz 4 i. V. m. § 87 Absatz 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). ³Prothetische Begleitleistungen (Provisorien, Abnehmen und Wiederbefestigen von Provisorien) werden als Regelversorgungsleistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) abgerechnet.

Stifte

⁴Adhäsiv 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

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

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

Teilprothesen/Kombinationszahnersatz

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

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

¹⁰Zusätzliche 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). ¹¹Die 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.

¹²Gleiches 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.

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

¹⁴Solche 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.

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

¹⁶In diesen Fällen gilt die Versorgung als gleichartig.

Abschnitt 2 – Beantragungs- und Genehmigungsverfahren

5. Beantragung

¹Der HKP ist der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung grundsätzlich in elektronischer Form zu übermitteln. ²Bei Anwendung des Papierverfahrens sind die Vordrucke 3a und – bei gleich- oder andersartiger Versorgung – 3b vorzulegen.

6. Entscheidung der Krankenkasse

¹Die Krankenkasse hat den Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung insgesamt zu prüfen. ²Die Krankenkasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen. ³Mit der Behandlung soll erst begonnen werden, wenn die Krankenkasse eine Genehmigung erteilt hat. ⁴Bei bestehender Versorgungsnotwendigkeit bewilligt die Krankenkasse die Festzuschüsse. ⁵Bei Änderungen des Befundes oder der tatsächlich geplanten Versorgung ist der Krankenkasse zur Neufestsetzung der Festzuschüsse im elektronischen Verfahren ein neuer HKP als Änderungsantrag, im Papierverfahren ein geänderter HKP vorzulegen. ⁶Die Festzuschüsse werden gezahlt, wenn der Zahnersatz in der bewilligten Form innerhalb von 6 Monaten eingegliedert wird. ⁷Die Gesamtvertragspartner können Regelungen zur Vereinfachung des Bewilligungsverfahrens für Wiederherstellungen/Erweiterungen vereinbaren.

Abschnitt 3 – Abrechnung

7. Abrechnung mit Versicherten

¹Der Versicherte erhält vom Zahnarzt eine Rechnung über die angefallenen Kosten für die einzelnen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen.

²Die Kosten für Regelversorgungsleistungen sind mit den Versicherten nach dem BEMA und dem Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen (BEL II) abzurechnen. ³Bei der Rechnungslegung gegenüber dem Versicherten ist der Betrag für die Festzuschüsse abzusetzen.

⁴Wählen 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. ⁵Diese werden nach der GOZ bzw. nach der Bundeseinheitlichen Benennungsliste für zahntechnische Leistungen (BEB) in Rechnung gestellt.

⁶Handelt es sich um ausschließlich andersartige Versorgungen oder entfallen bei Mischfällen (Regelleistungen und/oder gleichartige Leistungen in Verbindung mit andersartigen Leistungen) mehr als 50 v. H. des zahnärztlichen Honorars auf andersartige Versor-

gungen, erfolgt eine Direktabrechnung mit dem Versicherten. ⁷Die Gesamtvertragspartner können eine andere prozentuale Grenze als 50 v. H. vereinbaren. ⁸Im Gegensatz zur Abrechnung von Leistungen der Regelversorgung oder von gleichartigen Leistungen werden bei der Rechnungslegung von andersartigen Leistungen die festgesetzten Festzuschüsse nicht von der Rechnungssumme (den Gesamtkosten) abgezogen. ⁹Neben der Gesamtrechnung erhält der Versicherte zur Vorlage bei der Krankenkasse bei elektronischem Verfahren den Vordruck 3e, im Papierverfahren den einschließlich Teil V (Rechnungsbeträge) ausgefüllten Heil- und Kostenplan (Teil 1).

¹⁰Der Rechnung ist eine Durchschrift der Rechnung des gewerblichen oder des Praxislabors über zahntechnische Leistungen und die Erklärung für Sonderanfertigungen nach Nummer 1 des Anhangs XIII der Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte in der jeweils geltenden Fassung beizufügen. ¹¹Für die zahntechnischen Leistungen ist darüber hinaus der Herstellungsort des Zahnersatzes mitzuteilen.

8. Abrechnung der Festzuschüsse

a) Regelversorgungen und gleichartige Versorgungen

¹Genehmigte 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.

²Unterschreitet der tatsächliche Rechnungsbetrag den von der Krankenkasse festgesetzten Festzuschuss, ist dies bei der Abrechnung des Festzuschussbetrages zu berücksichtigen.

b) Härtefälle

¹Bei Härtefällen übernimmt die Krankenkasse den über dem Festzuschuss liegenden tatsächlichen Rechnungsbetrag nur, wenn eine Regelversorgung durchgeführt wird.

²Der tatsächliche Rechnungsbetrag wird grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern über die KZV abgerechnet.

³Bei zahntechnischen Leistungen für Härtefälle übernimmt die Krankenkasse nur die Kosten für Nichtedelmetall-Legierungen. ⁴Die Mehrkosten für Edelmetalllegierungen trägt der Härtefall-Versicherte selbst.

⁵In 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

¹Genehmigte 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.

²Die Gesamtvertragspartner können eine andere prozentuale Grenzziehung vereinbaren.

