

---

**Anlage 3 zum BMV Z/Anlage 4 EKVZ**  
**Vereinbarung zwischen der KZBV**  
**und den Spitzenverbänden der Krankenkassen**  
**nach § 87 Abs. (1a) SGB V**  
**über die Versorgung mit Zahnersatz**

1. Vor Beginn der Behandlung hat der Vertrag Zahnarzt einen Heil- und Kostenplan (HKP) nach dem in der Anlage beigefügten Muster (Teil 1 und Teil 2) zu erstellen.

Der Teil 2 ist nur auszufüllen, wenn gleich- oder andersartige Leistungen geplant werden. Bei der Angabe der zu erwartenden Kosten sind in volle EUR kaufmännisch gerundete Beträge ausreichend, die für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen anzugeben sind. Der Heil- und Kostenplan/Teil 2 ist - sofern gleich- und/oder andersartige Versorgungen geplant sind - dem Versicherten zusammen mit dem Heil- und Kostenplan/Teil 1 zu übersenden.

Der Vordruck kann auch individuell per EDV erstellt werden, hierbei dürfen Inhalt, Aufbau und Struktur nicht verändert werden. Die Bestellung des Heil- und Kostenplanes und die Kostenübernahme für den Heil- und Kostenplan erfolgt wie bisher üblich auf der Ebene der Gesamtvertragspartner.

2. Der Vertrag Zahnarzt hat im Heil- und Kostenplan den zahnmedizinischen Befund, die Regelversorgung und die tatsächlich geplante Versorgung anzugeben. Für die tatsächlich geplante Versorgung sind Art, Umfang und Kosten der Versorgung anzugeben. Der Vertrag Zahnarzt kennzeichnet auf dem Heil- und Kostenplan 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**

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

---

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

### **Stifte**

Adhäsiv befestigte Stifte und nicht-metallische Stiftsysteme gelten als gleichartige Versorgung und werden entsprechend § 55 Abs. 4 i.V. mit § 87 Abs. 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der GOZ abgerechnet.

### **Brücken**

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

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

### **Teilprothesen/Kombinationszahnersatz**

Bei der prothetischen Versorgung des teilbezahnten Kiefers in der Befundklasse 3 wird zwischen herausnehmbarem Zahnersatz und Kombinationszahnersatz unterschieden. Kombinationszahnersatz im Rahmen der Regelversorgung liegt nur bei den Befunden 3.2a bis 3.2c vor.

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 3.2a bis 3.2c). Die Abrechnung dieser zusätzlichen Verbindungselemente und der das Verbindungselement tragenden Kronen erfolgt entsprechend § 55 Abs. 4 i.V. mit § 87 Abs. 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der GOZ; die übrigen Konstruktionselemente des Kombinationszahnersatz werden als Regelversorgungsleistungen nach BEMA abgerechnet.

---

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

Verbindungselemente (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.

Solche Versorgungen werden als andersartige Versorgungen betrachtet und insgesamt entsprechend § 55 Abs. 5 i.V. mit § 87 Abs. 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der GOZ abgerechnet.

Dies gilt nicht, wenn an allen Ankerzähnen Befunde nach der Nr. 1.1 ansetzbar sind. In diesen Fällen gilt die Versorgung als gleichartig.

4. Der Heil- und Kostenplan (Teil 1 und Teil 2) ist der Krankenkasse vorzulegen. Die Krankenkasse hat den Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung insgesamt zu prüfen. Die Krankenkasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen.
5. Bei bestehender Versorgungsnotwendigkeit bewilligt die Krankenkasse die Festzuschüsse. Nach der Genehmigung sind Änderungen des Befundes oder der tatsächlich geplanten Versorgung der Krankenkasse zur Neufestsetzung der Festzuschüsse mitzuteilen. Die Festzuschüsse werden gezahlt, wenn der Zahnersatz in der bewilligten Form innerhalb von 6 Monaten eingegliedert wird.

Die Gesamtvertragspartner können Regelungen zur Vereinfachung des Bewilligungsverfahrens für Wiederherstellungen/Erweiterungen vereinbaren.

6. Die Kosten für Regelversorgungsleistungen sind mit den Versicherten nach Bema und BEL II abzurechnen.

---

Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen. Diese werden nach der GOZ/BEB in Rechnung gestellt. Der Rechnung ist eine Durchschrift der Rechnung des gewerblichen oder des Praxislabors über zahntechnische Leistungen und die Erklärung nach Anhang VIII der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Medizinprodukte beizufügen (Konformitätserklärung). Für die zahntechnischen Leistungen ist darüber hinaus der Herstellungsort des Zahnersatzes mitzuteilen.

## 7. Abrechnung der Festzuschüsse

### a) Regelversorgungen und gleichartige Versorgungen

Genehmigte Festzuschüsse im Zusammenhang mit erbrachten Regelleistungen oder mit gleichartigen Leistungen werden mit dem HKP/Teil 1 nach Eingliederung oder Wiederherstellung des Zahnersatzes über die KZV abgerechnet. Bei der Rechnungslegung gegenüber dem Versicherten ist der Betrag für die Festzuschüsse abzusetzen. Unterschreitet der tatsächliche Rechnungsbetrag den von der Krankenkasse festgesetzten Festzuschuss, ist dies bei der Abrechnung bei V.8. zu berücksichtigen.

### b) Härtefälle

Bei Härtefällen übernimmt die Krankenkasse den über dem Festzuschuss liegenden tatsächlich Rechnungsbetrag nur, wenn eine Regelversorgung durchgeführt wird. Der tatsächliche Rechnungsbetrag wird über die KZV abgerechnet.

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

### c) Ausschließlich andersartige Leistungen

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

---

d) Mischfälle

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. Die Gesamtvertragspartner können eine andere prozentuale Grenzziehung vereinbaren.

8. Diese Vereinbarung ersetzt die bisherige Anlage 3 zum BMV-Z (EKV-Z<sup>1</sup>), die Vereinbarung sowie die Empfehlung zur Mehrkostenregelung vom 01. Juli 1986, die Vereinbarung über die Festlegung des Abrechnungsbetrages für Dentallegierungen bei der Versorgung mit Zahnersatz und mit Zahnkronen vom 01.10.1995 sowie die Übergangsregelung vom 09.11.2004. Sie tritt am 01. Juli 2005 in Kraft.

Anlage 1: Heil und Kostenplan - Teil 1

Anlage 2: Heil- und Kostenplan - Teil 2

---

<sup>1</sup> Für die Ersatzkassen müssen die anstehenden bundesmantelvertraglichen Regelungen in die ab 01.01.2005 gültigen Regelungsinhalte des Ersatzkassenvertrages-Zahnärzte eingearbeitet werden.



Zahnarzt (Briefkopf)

Patient (Adresse)

**Anlage zum Heil- und Kostenplan vom ....**

Für Ihre prothetische Behandlung werden entsprechend nachfolgender Aufstellung voraussichtlich folgende Kosten/Eigenanteile anfallen:

Zahn/Gebiet	GOZ	Leistungsbeschreibung	Anzahl	Betrag EUR

Zahnärztliches Honorar GOZ (entsprechend Zeile III/3 HKP): EUR .....

Zahnärztliches Honorar BEMA (entsprechend Zeilen III/1 und 2 HKP): EUR .....

Material und Laborkosten (entsprechend Zeile III/4 HKP): EUR .....

Gesamtkosten (entsprechend Zeile III/5 HKP): EUR .....

abzüglich Festzuschüsse: EUR .....

**Ihr voraussichtlicher Eigenanteil wird hiernach betragen** EUR .....

**Kosten für allgemeine und konservierend-chirurgische Leistungen nach der GOZ sind in den Beträgen nicht enthalten. Unvorhersehbare Leistungen, die sich im Rahmen der Behandlung ergeben, werden gesondert berechnet. Unvorhersehbare Veränderungen der Schwierigkeit sowie des Zeitaufwandes der einzelnen Leistungen, der Umstände bei der Ausführung oder der Methode können zu Kostenveränderungen führen.**

Ich wünsche eine Versorgung entsprechend des Heil- und Kostenplans nebst dieser Anlage

.....  
Unterschrift Zahnarzt

.....  
Datum/Unterschrift Versicherter

**Information über die Kosten der Regelversorgung**

Die Kosten für eine dem Befund entsprechende Regelversorgung liegen voraussichtlich in Höhe des doppelten Festzuschusses.

doppelter Festzuschuss EUR .....

abzüglich von der Kasse festgesetzter Festzuschüsse EUR .....

Ihr Eigenanteil würde im Falle der Regelversorgung daher voraussichtlich EUR ..... zzgl. der möglicherweise anfallenden Edelmetallkosten betragen.