



## **Erläuterungen zur Anwendung der Festzuschuss- und Zahnersatz-Richtlinien sowie weiterer bundesmantelvertraglicher Regelungen**

Zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen wurden nachfolgende Erläuterungen zur Anwendung der Festzuschuss- und Zahnersatz-Richtlinien sowie weiterer bundesmantelvertraglichen Regelungen konsentiert:

### **Ansetzbarkeit der Befund-Nr. 6.5 bei der Erweiterung einer Prothese mit einer gebogenen Retention**

Wird Befund-Nr. 6.5 durch den Zahnarzt angesetzt und/oder abgerechnet, handelt es sich um eine Erweiterung, bei der die Retention mit der metallischen Prothesenbasis verbunden wird (z.B. Lötung). Der weitergehende „Nachweis“ einer Lötung ist nicht erforderlich, da die Metallverbindung bereits durch die Abrechnung der Befund-Nr. 6.5 dokumentiert wird.

Wird hingegen Befund-Nr. 6.4 durch den Zahnarzt angesetzt und/oder abgerechnet, handelt es sich um eine Erweiterung, bei der die Retention in der Kunststoffbasis und ohne Metallverbindung befestigt wird. Die Abrechnung der Befund-Nr. 6.4 in Verbindung mit einer gebogenen Retention bedeutet hingegen, dass keine Metallverbindung erfolgt, beispielsweise bei der Erweiterung einer Interimsprothese.

### **Erfordernis einer Stützstiftregistrierung**

Die Befund-Nr. 4.9 ist ansetzbar, wenn bereits in einem Kiefer eine Totalprothese oder eine schleimhautgetragene Deckprothese eingegliedert wird.

### **Festzuschüsse nach der Befundklasse 5**

#### **a) Festsitzende Interimsversorgung**

Um die Ansetzbarkeit von Festzuschuss-Befunden für den Zahnarzt und die bewilligende Krankenkasse zu vereinheitlichen, ist die Kategorisierung von Interimsversorgungen sinnvoll. Diese Kategorisierung soll auch eine Abgrenzung zwischen bewilligungsfähigen und nicht bewilligungsfähigen Festzuschüssen für Interimsversorgungen ermöglichen. Hierbei sind die Ziffern 11 – 13 der Zahnersatz-Richtlinien zu beachten.

Die Bewilligung von Festzuschüssen nach den Befund-Nrn. 5.1, 5.2 und 5.3 für festsitzende Interimsversorgungen ist unter Würdigung der Ziffern 11 – 13 der Zahnersatz-Richtlinien in folgenden Fällen möglich:

1. Die endgültige Versorgung ist zum Zeitpunkt der Interimsversorgung nicht planbar (z.B. Abnahme eines vorhandenen Zahnersatzes bei fraglicher Erhaltungsfähigkeit von potenziellen Ankerzähnen).
2. Notwendige Vorbehandlungsmaßnahmen im Sinne der Zahnersatz-Richtlinien (Aufbaufüllungen, endodontische Maßnahmen, Parodontalbehandlung, chirurgischen Vorbehandlungen, Implantationen) erfordern bei notwendiger Interimsversorgung eine Wartezeit zur Evaluation des Behandlungserfolges.



Festsitzende Interimsversorgungen im planerischen und zeitlichen Zusammenhang mit der endgültigen Versorgung sind hingegen nicht zuschussfähig. Dies gilt auch für festsitzende Interimsversorgungen, die nur aus Gründen des Tragekomforts oder der Ästhetik gewählt werden.

Soweit eine festsitzende Interimsversorgung eingegliedert wird und eine der oben genannten Kategorien erfüllt ist, handelt es sich um eine andersartige Versorgung. Bei der Ausstellung des Heil- und Kostenplanes soll der Zahnarzt die Erfüllung der oben genannten Kategorien im Feld „Bemerkungen“ dokumentieren. Wegen der Vielfalt notwendiger Vorbehandlungsmaßnahmen ist die Festlegung einer „Mindestragedauer“ von Interimsversorgungen nicht sinnvoll. Aus fachlichen Gründen sind ohnehin nach Abschluss der Vorbehandlungsmaßnahmen Ausheil- und Reaktionszeiten von ca. 3 Monaten vor Durchführung der definitiven Versorgung zur Evaluation des Behandlungserfolges üblich.

Im übrigen wird mit der Aufstellung eines Heil- und Kostenplans ermöglicht, dass Versorgungen vor der Entfernung alter Kronen- und Brückenversorgungen begutachtet werden können. Ohne die Aufstellung eines Heil- und Kostenplans hat die Krankenkasse keine Möglichkeit der klinischen Begutachtung der Erneuerungsbedürftigkeit einer „Altversorgung“, da zum Zeitpunkt der Aufstellung des Heil- und Kostenplans für die endgültige Versorgung bereits Provisorien im Mund des Patienten eingegliedert wären.

#### **b) Weitere Klarstellung und Abgrenzung**

Wird ein Immediatersatz nicht nach Befundklasse 5, sondern nach Befundklasse 3 oder 4 eingestuft, wird dies von den Krankenkassen unterschiedlich beurteilt. Zur Vereinheitlichung der Bewilligungspraxis ist daher eine Klarstellung erforderlich:

Mit den Festzuschüssen nach den Befunden 3.1, 4.1 – 4.4 sind auch Immediatversorgungen wie endgültiger Zahnersatz zu bezuschussen. Versorgungen mit klammerverankerten Kunststoffprothesen bei unsicherer Prognose der Restzähne oder als Kinderprothese sind mit Festzuschüssen nach der Befundklasse 5 zu bezuschussen. Unter Begründungen sollte auf dem Heil- und Kostenplan die jeweilige Versorgungsform gekennzeichnet werden.

Die Immediatprothese wird als definitive Versorgung hergestellt und eingegliedert, so dass nach Extraktionen oder anderen chirurgischen Maßnahmen, in der Regel nach 3 bis 6 Monaten, die Immediatprothese durch Unterfütterung zu einer endgültigen Prothese umgearbeitet wird. **Damit sind die Kriterien der Befundklasse 5 nicht erfüllt.**

Dies gilt nicht für klammerverankerte Kunststoffprothesen bei unsicherer Prognose der Restzähne und für die Kinderprothesen, weil in diesen Fällen nicht von einer definitiven Versorgung auszugehen ist.

#### **Osseointegration**

Nach Ziffer 11 i) der Zahnersatz-Richtlinien gilt als eine Voraussetzung für die Versorgung mit Zahnersatz, dass die Osseointegration der Implantate erfolgt sein muss, bevor Zahnersatz eingegliedert wird. Dies bedeutet **nicht**, dass erst dann ein Heil- und Kostenplan aufzustellen ist, wenn diese Voraussetzung erfüllt ist. Maßgebend ist vielmehr die Regelung in Ziffer 10 der Zahnersatz-Richtlinien, wonach auch im Falle der Versorgung mit Suprakonstruktionen



die Erhebung des Gesamtbefundes des Gebisses und dessen Dokumentation im Heil- und Kostenplan voranzugehen hat.

### **Wiederherstellung von Defektprothesen**

Derzeit besteht eine Kombinationspflicht für die BEMA-Positionen 101-103 mit den Befundklassen 3 und 4. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben sich dahingehend verständigt, dass dies per Beschluss im BEMA geändert werden soll. Im Ergebnis soll die Kombinationspflicht gestrichen werden.

### **Bisshebung**

Auch diese Thematik wurde kurz zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen erörtert. Hierbei wurde Folgendes festgehalten:

Es ist zu differenzieren, ob Bisshebungen im Zusammenhang mit notwendigen Überkronungen stehen oder ob gar kein Befund nach den Richtlinien des Festzuschuss-Systems zutrifft, so dass von rein funktionstherapeutischen Maßnahmen zu sprechen wäre. Ein Mischfall tritt dann ein, wenn z.B. im Rahmen einer Zahnersatz-Versorgung lokal an einer Stelle des Kiefers eine Neuversorgung notwendig ist und sich in diesem Zusammenhang die Frage der Bisshebung stellt. So kann es im konkreten Einzelfall durchaus denkbar sein, dass durch die Neuversorgung und die damit in Verbindung stehende notwendige Bisshebung zwangsläufig auch Zähne ohne Befund in die Bisshebung einbezogen werden müssen.

Bei diesen Fällen ist im Rahmen eines Planungsgutachtens zu klären, ob der bestehende Befund nur in Zusammenhang mit einer generellen Bisshebung zahnmedizinisch vertretbar und richtlinienkonform versorgt werden kann.

Generelle Bisshebungen ohne jeglichen Festzuschuss-Befund lösen keine Festzuschüsse aus. Anders sieht es aus, wenn die abradierten Zähne nur noch durch Kronen langfristig erhalten werden können.