



KASSENZAHNÄRZTLICHE  
VEREINIGUNG BERLIN



Herzlich willkommen zum

# **ZE-Grundkurs Teil 1 für den Einstieg in das Festzuschusssystem**

# Seminarablauf

## ZE-Grundkurs Teil 1

- Grundlagen des Festzuschusssystem
- FZ-Klasse 1: Kronenversorgung
- FZ-Klasse 2: Brückenversorgung
- FZ-Klasse 3: Modellgussprothesen
- Beispiele, Übungen und Hilfsmittel

## ZE-Grundkurs Teil 2

- FZ-Klasse 4: Totale Prothesen/Restzahnbestand 3 Zähne
- FZ-Klasse 5: Interimsprothesen
- FZ-Klasse 6: Reparaturen
- EBZ & Richtlinien
- Beispiele, Übungen und Hilfsmittel

# Was sind überhaupt Festzuschüsse?

- Welche Zuschüsse die Krankenkasse zahlt, richtet sich nach dem individuellen zahnmedizinischen Befund, der den Zustand des gesamten Gebisses berücksichtigt.
- Je nach Gebissituation kann sich der Gesamtbetrag, den der Patient von seiner Kasse erhält, aus verschiedenen Festzuschüssen zusammensetzen.
- Ein Vorteil des Festzuschusssystem liegt darin, dass der Patient seinen Zuschuss für jede wissenschaftlich anerkannte Therapieform einsetzen kann.
- Der Festzuschuss bleibt unverändert, die Kosten für die Zusatzleistung trägt der Patient.

# Was sind überhaupt Festzuschüsse?

- Versorgungsformen sind im SGB V festgelegt.
- Zahnersatz ist seit jeher zuzahlungs- und genehmigungspflichtig.
- früher: prozentuale Bezuschussung, Mehrkostenvereinbarung, bundesweit differierende Punktwerte



# SGB V seit 01.01.2005

## § 55 Abs. 1 (Leistungsanspruch)

Befundbezogene Festzuschüsse stellen nicht auf die ... Versorgung im Einzelfall, sondern auf prothetische Regelversorgungen bei bestimmten Befunden ab. **Unabhängig von der tatsächlich durchgeführten Versorgung** erhalten Versicherte einen Festzuschuss, der sich auf die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Befunde bezieht.

## § 56 (Festsetzung der Regelversorgungen)

(2) ... Dem jeweiligen Befund wird eine zahnprothetische **Regelversorgung** zugeordnet. Diese hat sich an zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zu orientieren, die zu einer **ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung** mit Zahnersatz **einschließlich** Zahnkronen und **Suprakonstruktionen** ... nach dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse gehören.

# Zahnersatzversorgung

## Formen der Zahnersatzversorgung:

1. Regelversorgung
2. Gleichartige Versorgung
3. Andersartige Versorgung

## Unterschiede:

1. Art der zahnmedizinischen Ausführung (Therapieform)
2. Honorarregelungen
3. Abrechnungsverfahren

# Die Versorgungsformen

Regelversorgung	gleichartige Versorgung	andersartige Versorgung
BEMA	BEMA und GOZ	GOZ
BEL II	BEL II und BEB	BEB
Festzuschuss über KZV	Festzuschuss über KZV	Direktabrechnung

# Befundklassen- Schnellübersicht

<b>Befundklasse 1:</b>	<b>Einzelkronen, Teilkrone, Stiftaufbauten</b>
<b>Befundklasse 2:</b>	<b>Brückenversorgungen</b>
<b>Befundklasse 3:</b>	<b>Modellguss/kombinierter ZE</b>
<b>Befundklasse 4:</b>	<b>Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen zahnloser Kiefer</b>
<b>Befundklasse 5:</b>	<b>Interimsersatz</b>
<b>Befundklasse 6:</b>	<b>Wiederherstellung &amp; Erweiterung</b>



# Regelversorgung

TP																
R							KV									
B							ww									
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	47	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B																
R																
TP																

**Festzuschuss:** 1.1, 1.3  
**BEMA:** 19, 20b

# Gleichartige Versorgung

- Regelleistung (BEMA/BEL II) ist enthalten, es kommen jedoch **zusätzliche Leistungen** hinzu (z. B. Vollverblendung).
- Versicherter erhält den FZ für die Regelversorgung, darüber hinausgehende Leistungen werden nach **GOZ/BEB** berechnet.
- **Positionen**, die bei der Regelversorgung angefallen wären, werden **nach BEMA** berechnet (z. B. Provisorien).
- Abrechnung des FZ erfolgt über die KZV.

# Gleichartige Versorgung

TP							KM									
R							KV									
B							ww									
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	47	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B																
R																
TP																

**Festzuschuss:** 1.1, 1.3

**BEMA:** 19

**GOZ:** 2210

# Andersartige Versorgung

**Andersartigkeit liegt vor, wenn ein von der Regelversorgung vollkommen abweichender Zahnersatz eingegliedert wird.**

Beispiele:

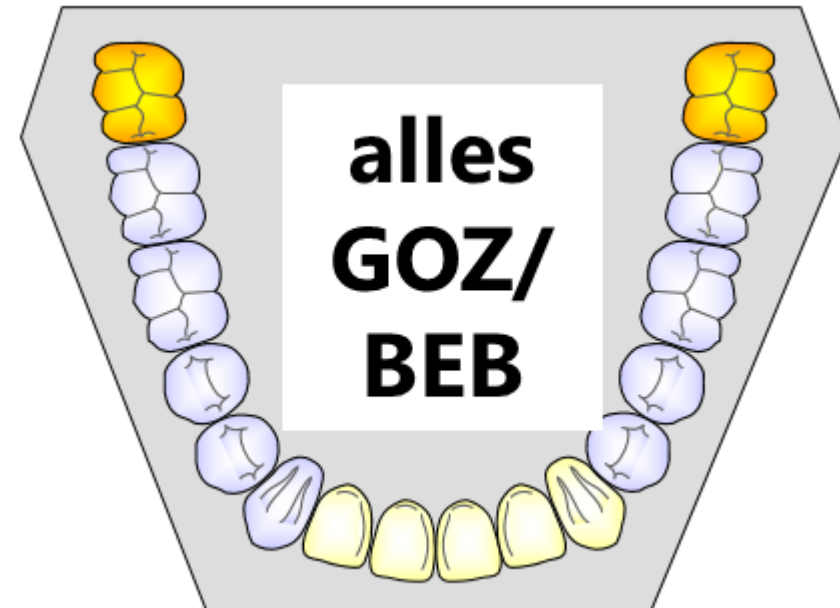
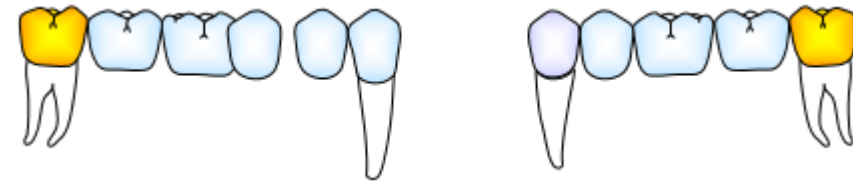
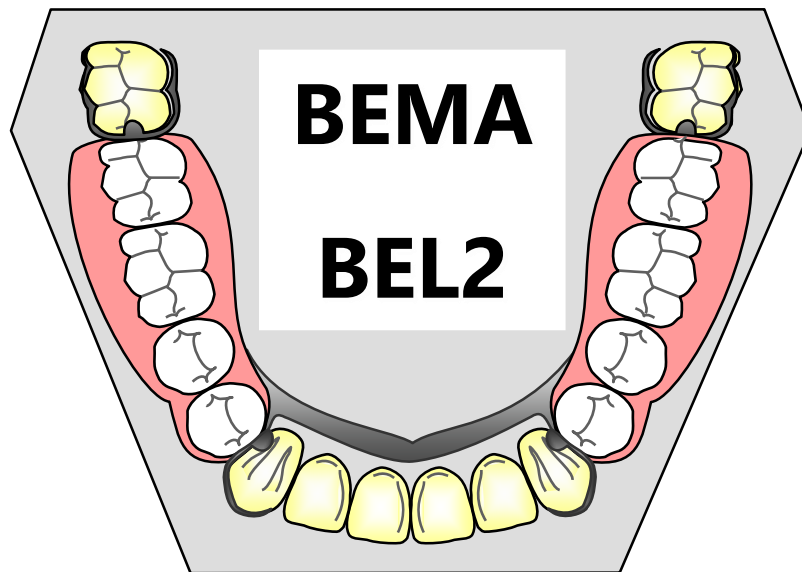
- Implantat-gestützter ZE
- Brücke bei einem Befund, für den MG-Versorgung vorgesehen ist
- MG bei einem Befund, für den Brückenversorgung vorgesehen ist

Abrechnung aller Leistungen erfolgt ausschließlich nach **GOZ/BEB** mit dem Patienten (Direktabrechnung).

# Beispiel: Regelversorgung/andersartige Versorgung

- Regelversorgung
- Modellgussprothese

- andersartige Versorgung
- 2 Brücken



# Befundklassen

<b>Befundklasse 1:</b>	<b>Einzelkronen, Stiftaufbauten</b>
Befundklasse 2:	Brückenversorgungen
Befundklasse 3:	Modellguss/kombinierter ZE
Befundklasse 4:	Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen zahnloser Kiefer
Befundklasse 5:	Interimsersatz
Befundklasse 6:	Wiederherstellung & Erweiterung

# Befundklasse 1



# Festzuschuss 1.1 = Kronen

**Erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung der klinischen Krone oder unzureichende Retentionsmöglichkeit, je Zahn**



# Beispiel einer Regelversorgung

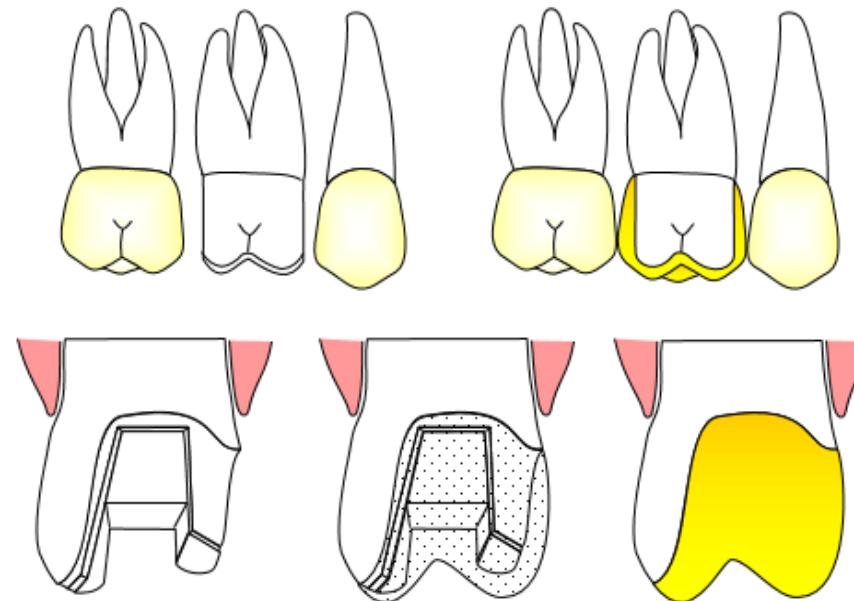
<p><b>1.1 Erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung der klinischen Krone oder unzureichende Retentions-möglichkeit, je Zahn</b></p>	<p>20a Metallische Vollkrone          19 Provisorische Krone          24c Abnahme und Wiedereingliederung eines Provisoriums          7b Planungsmodelle          98a Individuelle Abformung</p>	<p>0010 Modell          0023 Verwendung von Kunststoff          0024 Galvanisieren          0051 Sägemodell          0052 Einzelstumpfmodell          0053 Modell nach Überabdruck          0055 Fräsmodell          0060 Zahnkranz          0070 Zahnkranz sockeln          0120 Mittelwertartikulator          0201 Basis für Vorbissnahme          0211 Individueller Löffel          0213 Basis für Bissregistrierung          0220 Bisswall          0240 Übertragungskappe          0310 Provisorische Krone          0320 Formteil          1021 Vollkrone / Metall          1031 Vorbereiten Krone          1032 Krone einarbeiten          1360 Gefrästes Lager          1500 Metallverbindung nach Brand          9330 Versandkosten          Material:          NEM          Verbrauchsmaterial Praxis</p>
---	--	---

# Festzuschuss 1.2 = Teilkronen

**Erhaltungswürdiger Zahn mit großen Substanzdefekten, aber erhaltener vestibulärer und/oder oraler Zahnschmelz, je Zahn**

Regelversorgung:

- Metallische Teilkrone
- FZ 1.2
- BEMA 19, 20c



# Festzuschuss 1.2 = Kronen

## Sonderfall: Teilkrone auf Frontzahn

### **BEMA-Definition der Teilkrone in Nr. 20c:**

„Versorgung eines Einzelzahns durch eine metallische Teilkrone“

„Die Präparation einer Teilkrone erfordert die Überkuppelung aller Höcker eines Zahnes. Die Präparation einer Teilkrone ist überwiegend supragingival und bedeckt die gesamte Kaufläche und somit sämtliche Höcker.“

**Nach der oben genannten Definition ist eine Teilkrone an einem Frontzahn auf Grund der anatomischen Verhältnisse in der Regelversorgung nicht möglich!**

- Teilkronenversorgung ist dennoch möglich, wenn Zahn konservierend nicht mehr instand zusetzen, Krone aber nicht zwingend notwendig ist. **Bewilligungspflichtig!**
- Der Zahn ist im Befund mit „ww“ zu kennzeichnen und löst den FZ 1.1 und 1.3 aus.
- **Abgrenzung zu Veneers: nicht bezuschussungsfähig! Reine Privatleistung!**

# Festzuschuss 1.3 = Verblendung Kronen

Erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung der klinischen Krone im Verblendbereich (15-25 und 34-44),

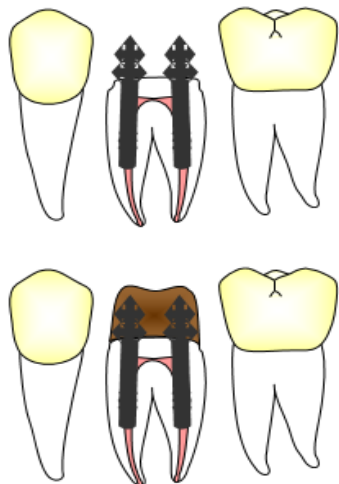
**je Verblendung für Kronen**

**(auch bei Implantatversorgungen)**

# Festzuschuss 1.4 = konfektionierte Stifte

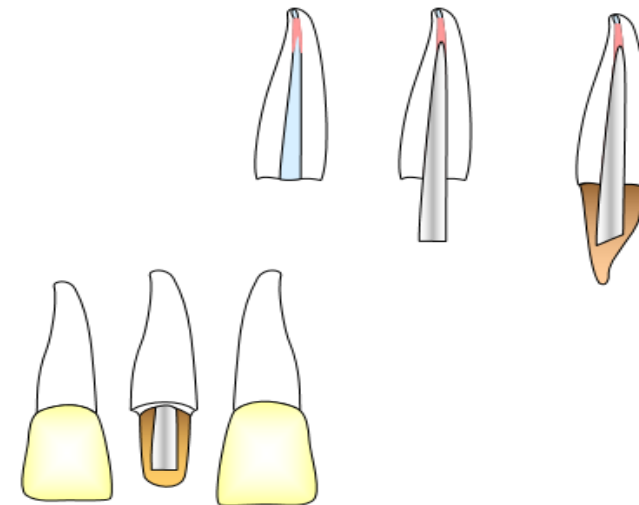
## Regelversorgung:

- Stiftaufbau mit zwei konfektionierten Stiften
- 1 x FZ 1.4
- 1 x BEMA Nr. 18a
- 2 x Materialkosten für Stift



## Gleichartige Versorgung

- Glasfaserstift
- 1 x FZ 1.4
- GOZ Nr. 2180, 2195, 2197

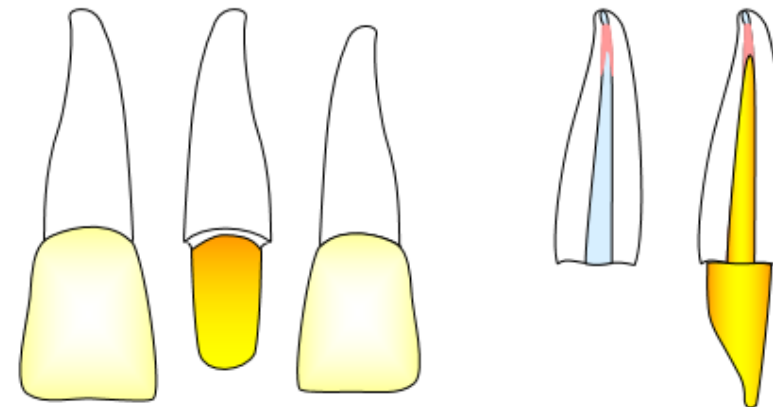
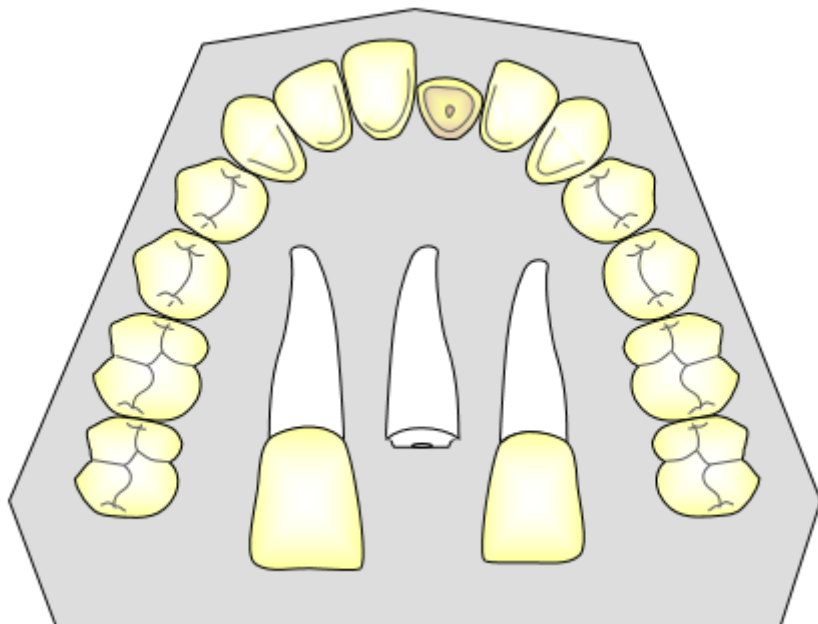


# Festzuschuss 1.5 = gegossener Stift

**Endodontisch behandelter Zahn mit Erfordernis eines gegossenen metallischen Stiftaufbaus mit herkömmlichen Zementierungsverfahren, je Zahn**

Regelversorgung:

- gegossener metallischer Stiftaufbau
- FZ 1.5
- BEMA Nr. 18b



# Befundklassen

<b>Befundklasse 1:</b>	<b>Einzelkronen, Stiftaufbauten</b> ✓
<b>Befundklasse 2:</b>	<b>Brückenversorgungen</b>
<b>Befundklasse 3:</b>	<b>Modellguss/kombinierter ZE</b>
<b>Befundklasse 4:</b>	<b>Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen zahnloser Kiefer</b>
<b>Befundklasse 5:</b>	<b>Interimsersatz</b>
<b>Befundklasse 6:</b>	<b>Wiederherstellung &amp; Erweiterung</b>

## FZ nach Befundklasse 2





# FZ – Abrechnungshilfe

**Schwere Kost für  
leichteres Arbeiten.**

Gültig ab 01.01.2023

Abrechnungshilfe für Festzuschüsse

2. Zahnbegrenzte Lücken von höchstens vier fehlenden Zähnen je Kiefer bei ansonsten geschlossener Zahnreihe unter der Voraussetzung, dass keine Freilandsituation vorliegt (Lückensituation I)  
Ein fehlender Zahn 7 löst eine Freilandsituation aus. Dies gilt nicht, wenn Zahn 8 vorhanden ist und dieser als möglicher Brückenanker verwendbar ist. Soweit Zahn 7 einseitig oder beidseitig fehlt und hierfür keine Versorgungsnotwendigkeit besteht, liegt keine Freilandsituation vor. Auch nicht versorgungsbedürftige Freilandsituationen werden für die Ermittlung der Anzahl der fehlenden Zähne je Kiefer berücksichtigt. Ein fehlender Weisheitszahn ist nicht mitzuzählen. Für lückenangrenzende Zähne nach den Befunden von Nr. 2 sind Befunde nach den Nrn. 1.1 bis 1.3 nicht ansetzbar. Das Gleiche gilt bei einer Versorgung mit Freilendbrücken für den Pfeilerzahn, der an den lückenangrenzenden Pfeilerzahn angrenzt.

**Tipp:  
Text der Festzuschussbeschreibung  
exakt nachlesen!**

## FZ – Klasse 2

**„Zahnbegrenzte Lücken von höchstens vier fehlenden Zähnen je Kiefer bei ansonsten geschlossener Zahnreihe unter der Voraussetzung, dass keine Freiendsituation vorliegt**

- Fehlender Weisheitszahn ist nicht mitzuzählen.
- Fehlende Zähne mit Lückenschluss sind nicht mitzuzählen.
- Auch nicht versorgungsbedürftige Freiendsituationen werden für die Ermittlung der Anzahl der fehlenden Zähne je Kiefer berücksichtigt.
- Bereits versorgte Lücken sind nicht mitzuzählen (Brücken).

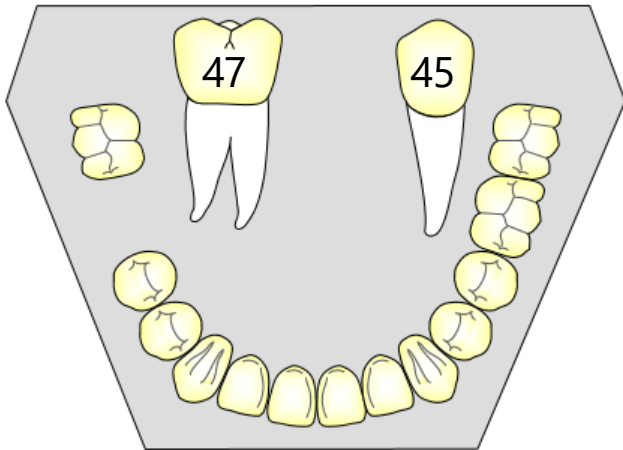
## FZ – Klasse 2

**Zahnbegrenzte Lücken von höchstens vier fehlenden Zähnen je Kiefer bei ansonsten geschlossener Zahnreihe **unter der Voraussetzung, dass keine Freiendsituation vorliegt****

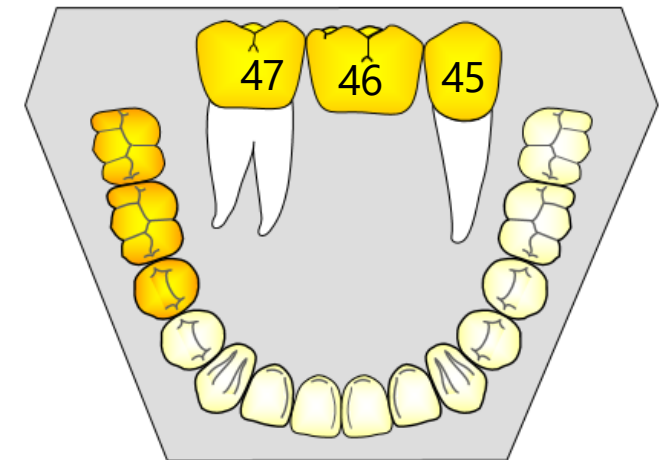
- Ein fehlender Zahn 7 löst eine Freiendsituation aus.
- Dies gilt nicht, wenn Zahn 8 vorhanden ist und dieser als möglicher Brückenanker verwendbar ist.
- Sofern Zahn 7 einseitig oder beidseitig fehlt und hierfür keine Versorgungsnotwendigkeit besteht, liegt keine Freiendsituation vor.  
**Begründung auf dem HKP nicht vergessen!**

# Festzuschuss 2.1 (K-B-K)

- Zahnbegrenzte Lücke mit einem fehlenden Zahn, je Lücke

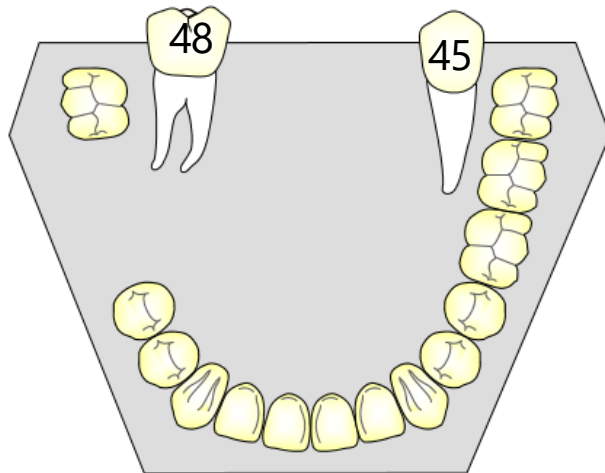


- Regelversorgung
- FZ 2.1
- BEMA: 3x 19, 2x 91a, 1x 92

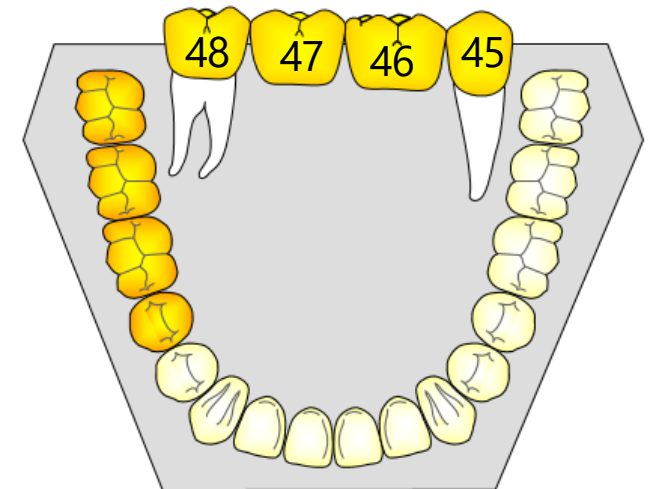


## Festzuschuss 2.2 (K-B-B-K)

- Zahnbegrenzte Lücke mit zwei nebeneinander fehlenden Zähnen, je Lücke

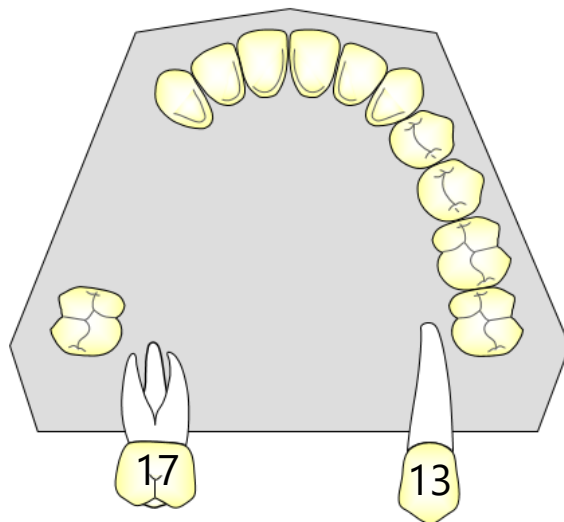


- Regelversorgung
- FZ 2.2
- BEMA: 4x 19, 2x 91a, 1x 92

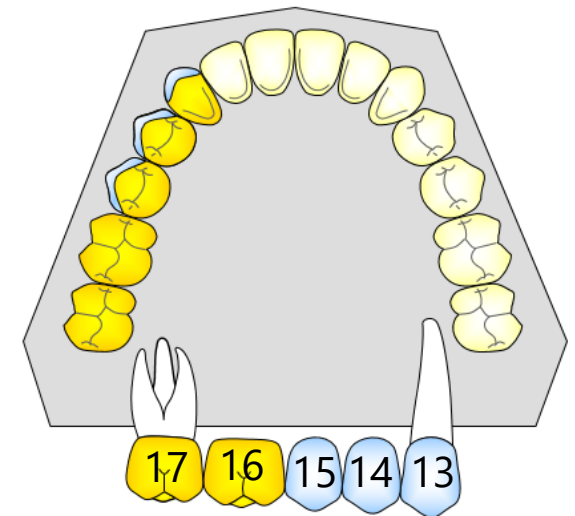


## Festzuschuss 2.3 (K-B-B-B-K)

- Zahnbegrenzte Lücke mit drei nebeneinander fehlenden Zähnen, je Lücke

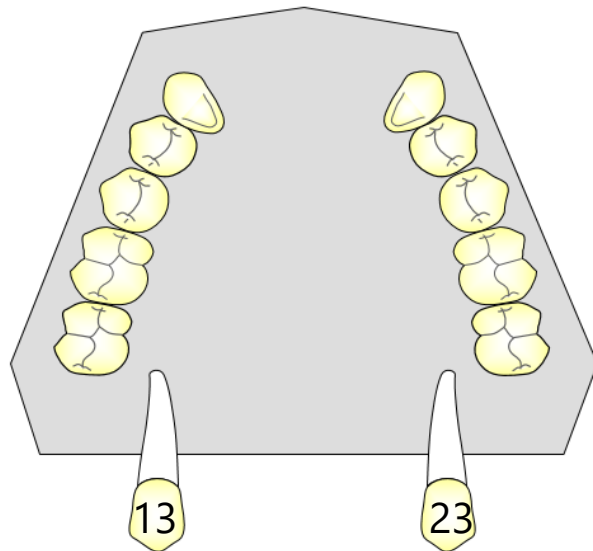


- Regelversorgung
- FZ 2.3, 3x FZ 2.7
- BEMA: 5x 19, 1x 91b, 1x 91a, 1x 92

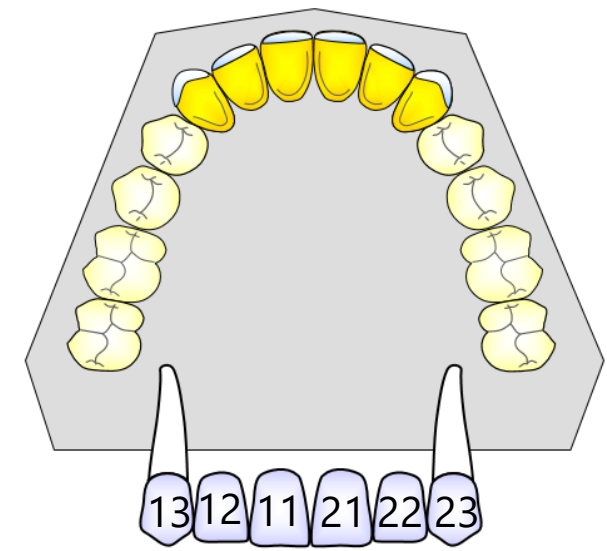


# Festzuschuss 2.4 (K-B-B-B-B-K)

- **Frontzahnücke** mit vier nebeneinander fehlenden Zähnen, je Kiefer

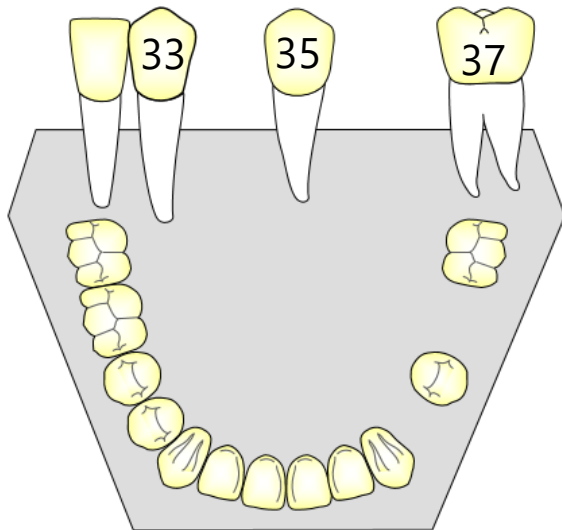


- Regelversorgung
- FZ 2.4, 6x FZ 2.7
- BEMA: 6x 19, 2x 91b, 1x 92

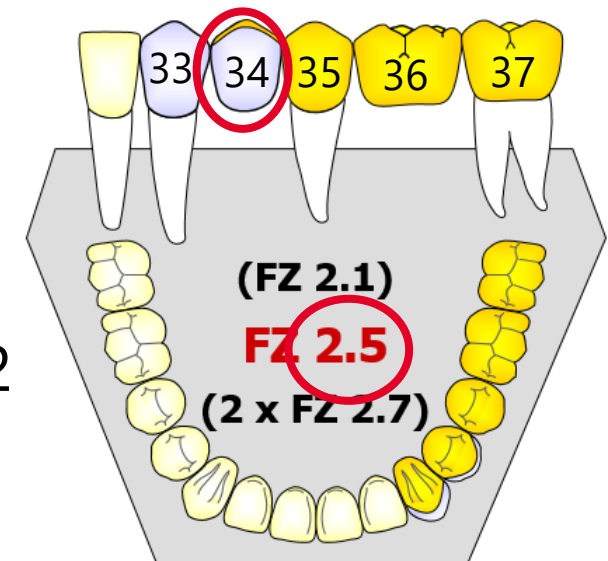


# Festzuschuss 2.5 (K-B-K-B-K)

- An eine Lücke unmittelbar angrenzende weitere zahnbegrenzte Lücke mit einem fehlenden Zahn



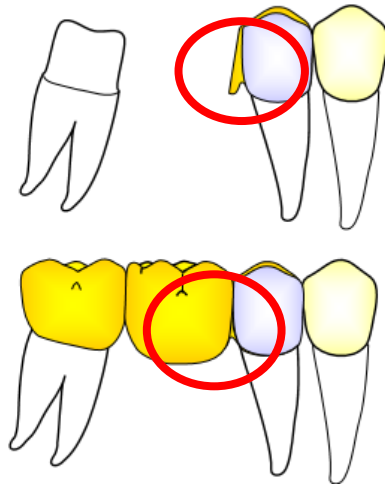
- Regelversorgung
- FZ 1x 2.1, 1x 2.5, 2x 2.7
- BEMA: 5x 19, 1x 91b, 2x 91a, 2x 92





## Festzuschuss 2.6 (K<sub>0</sub>-B-K)/individuelles Geschiebe

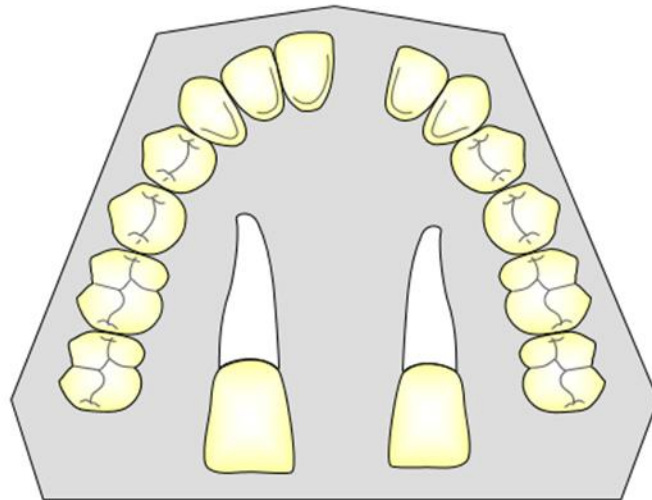
- **Disparallele Pfeilerzähne** zur festsitzenden Zahnersatzversorgung, Zuschlag je Lücke



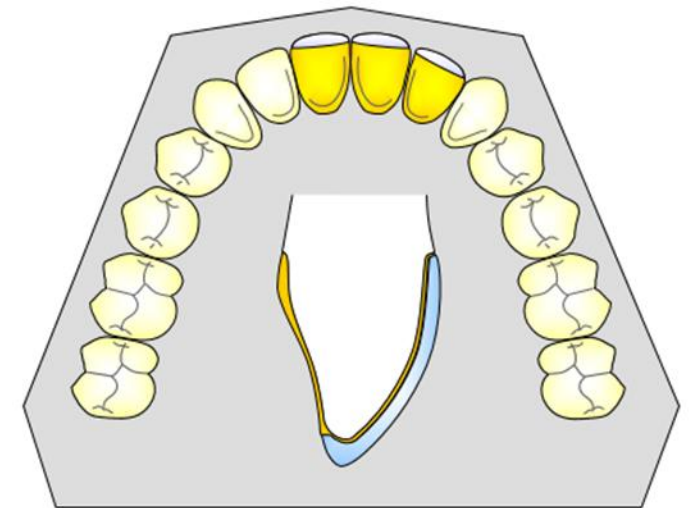
- Regelversorgung
  - Geschiebe bei geteilter Brücke mit disparallelen Pfeilern
  - 1x FZ 2.1, 1x FZ 2.6 / BEMA: 91e!
    - muss auf Laborrechnung ausgewiesen sein!
- (BEL-Nr. 133-1 oder 134-1)

# Festzuschuss 2.7 = Verblendung Brücken

- Fehlender Zahn in zahnbegrenzter Lücke, je **Verblendung** für einen ersetzten Zahn, auch für einen der Lücke angrenzenden Brückenanker **im Verblendbereich**



- Regelversorgung
- 1x FZ 2.1, 3x 2.7
- BEMA: 3x 19, 2x 91b, 1x 92



**(auch bei Implantatversorgung)**

# Befundklasse 2 – Beispiel

Keramisch vollverblendete Brücke zum Ersatz des fehlenden Zahnes 12  
 18, 17, 48, 47 fehlen ohne Versorgungsnotwendigkeit

TP						KM	BM	KM								
R						KV	BV	KV								
B	f	f					f									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	f	f														f
R																
TP																

**Festzuschuss:**

2.1, 3x 2.7

**Versorgungsart:**

gleichartige Versorgung

**BEMA:**

3x 19

**GOZ:**

**OK Brücke ist nach GOZ zu berechnen!**

# Zahnersatzrichtlinie 22

In der Regel sind Endpfeilerbrücken angezeigt. Freidendbrücken sind nur bis zur **Prämolarenbreite** und unter Einbeziehung von **mindestens zwei Pfeilerzähnen** angezeigt; in **Schaltlücken ist der Ersatz von Molaren und Eckzähnen ausgeschlossen.**

# Zahnersatzrichtlinie 22

TP																
R					KV	KV	BV					BV	KV	K		
B	f						f					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	f		f								f					
R																
TP			BM	KM	KM						BM	KM	KM			

**Festzuschuss:** OK = 2x 2.1, 5x 2.7

**UK = keine Festzuschüsse**

# Sonderfall Freundbrücken

## Beispiel

Vestibulär verblendete Freundbrücke zum Ersatz der fehlenden Zähne 35 und 32

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B										f			f			
R										BV	KV	KV	B	K		
TP																

**Festzuschuss:**

2x 2.1, 3x 2.7

**Versorgungsart:**

Regelversorgung

**BEMA:**

5x 19, 2x 91b, 1x 91a, 2x 92,  
ggf. 98a, 89, etc.

# Sonderfall Adhäsivbrücke

## Beispiel

Versorgung des Zahnes 11,  
Adhäsivbrücke mit Metallgerüst und zwei Flügeln,  
Flügel an Zahn 12, 21 und vestibulärer Verblendung

TP																
R							A	ABV	A							
B	f							f								f
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

**Festzuschuss:** 2.1, 1x 2.7

**Versorgungsart:** Regelversorgung

**BEMA:** 1x 93b (für Zähne 12-21)

Hinweis zur Verblendzuschüssen:

Der Festzuschuss nach Nr. 2.7 ist nur für das zu verblendende Brückenglied ansetzbar.

# Adhäsivbrücke seit 01.07.2016

## Ergänzung/Neufassung ZE-Richtlinie Nr. 22 seit 01.07.2016:

„Zum Ersatz eines Schneidezahns kann bei ausreichendem oralem Schmelzangebot an einem oder beiden Pfeilerzähnen eine einspannige Adhäsivbrücke mit **Metallgerüst** mit einem oder zwei Flügeln angezeigt sein. Bei einflügeligen Adhäsivbrücken **zum Ersatz eines Schneidezahns** sollte der an das Brückenglied der Adhäsivbrücke angrenzende Zahn, der nicht Träger eines Flügels ist, nicht überkronungsbedürftig und nicht mit einer erneuerungsbedürftigen Krone versorgt sein.“

## Regelversorgung, wenn die genannten Voraussetzungen erfüllt sind:

- ein fehlender Frontzahn
- Metallgerüst
- ein *oder* zwei Flügel
- Zahn, der nicht Träger eines Flügels ist, darf nicht ww oder kw sein

## Gleichartige Versorgung

- andere technische Ausführung (Vollkeramik)



# Sonderfall Adhäsivbrücke

## Beispiel

Versorgung des Zahnes 11,  
Adhäsivbrücke mit Metallgerüst und einem Flügel, vestibuläre Verblendung

TP																
R							A	ABV								
B	f							f								f
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

**Festzuschuss:** 2.1, 1x 2.7

**Versorgungsart:** Regelversorgung

**BEMA:** 1x 93a (für Zähne 12-11)

Hinweis zu Verblendszuschüssen:

Nach Abschnitt A Nr. 2 Satz 3 der Festzuschuss-Richtlinie werden Festzuschüsse für Verblendungen immer dann gewährt, wenn die Regelversorgung diese vorsieht. Die Adhäsivbrücke ist eine weitere Regelversorgung im Rahmen des Befundes nach Nr. 2.1.

**Der Festzuschuss nach Nr. 2.7 ist nur für das zu verblendende Brückenglied ansetzbar.**

# Adhäsivbrücke seit 01.07.2016

## Änderung ZE-Richtlinie Nr. 24:

„Bei Versicherten, die das 14., aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben, können zum Ersatz von **zwei** nebeneinander **fehlenden Schneidezähnen** bei ausreichendem oralen Schmelzangebot der Pfeilerzähne eine einspannige Adhäsivbrücke mit Metallgerüst mit zwei Flügeln oder zwei einspannige Adhäsivbrücken mit Metallgerüst mit je einem Flügel angezeigt sein.“

- **Regelversorgung**, wenn die genannten Voraussetzungen erfüllt sind:
  - Alter 14-20 Jahre
  - zwei fehlende Frontzähne, Metallgerüst
  - einspannig mit zwei Flügeln *oder* 2x einspannig mit je einem Flügel
  
- **Gleichartige Versorgung**
  - andere technische Ausführung (Vollkeramik)
  - Patient ist älter als 20 Jahre

# Adhäsivbrücke

## Beispiel 18 jähriger Patient

Versorgung des Zahnes 11, 21

Adhäsivbrücke mit Metallgerüst zwei Flügeln,  
Flügel an Zahn 12 und 22

TP																
R							A	ABV	ABV	A						
B	f							f	f							f
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

**Festzuschuss:** 1x 2.2, 2x 2.7

**Versorgungsart:** Regelversorgung

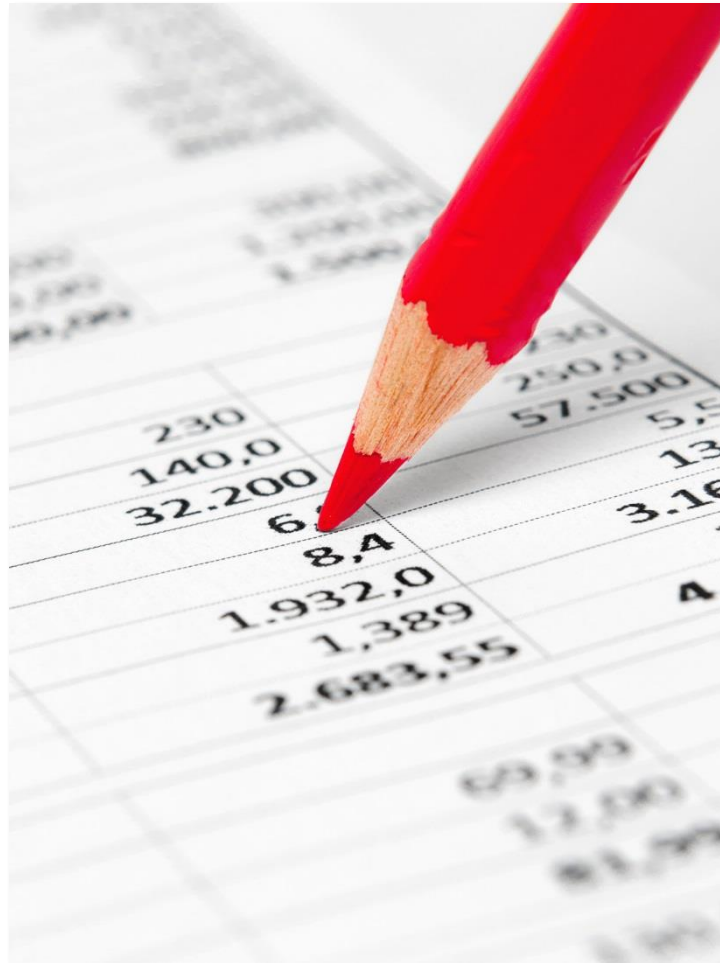
**BEMA:** 1x 93b (für Zähne 12-22)

Hinweis zu Verblendzuschüssen:

Der Festzuschuss nach Nr. 2.7 ist nur für die zu verblendenden Brückenglieder ansetzbar.

# Fallbeispiele

Jetzt sind Sie gefragt!



**Gemeinkasse bzw. Kostenträger**

Mama, Vorname des Versicherten **geb. am**

**Beispiel 1**

Kostenträgername  Versicherten-Nr.  Status

Vollqualifizier-Nr.  Datum

**Erklärung des Versicherten**

Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert, ich bin Ober-/Untertage, Umfang und Kosten der Regeln der gleich- und andersartigen Versorgung sowie über die versicherten Leistungen bzw. die zusätzliche Vertragsplanung des Zehnersatzes angefertigt werden und wünsche die Behandlung entsprechend diesen Kriterien.

Datum/Unterschrift des Versicherten

**Lfd.-Nr.**

**Stempel des Zahnarztes**

**Heil- und Kostenplan**

Hinweis an den Versicherten: Bonusheft bitte zur Zuschussfestsetzung beifügen.

**I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan** TP = Therapieplanung R = Regelversorgung B = Befund

TP																				
R																				
B	f			ww															f	
	18	17	16	15	14	13	12	11											20	
	46	47	46	45	44	43	42	41											38	
B																				
R																			f	
TP																				

Der Befund hat bei Wiedereinstellung Maßnahmen nicht einschließen.

**Bitte planen Sie die Regelversorgung im Oberkiefer**

**II. Befunde für Festzuschüsse**

Befund Nr.1	Zahn/Gebiet	Z	Anz.	S

**IV. Zuschussfestsetzung**

Betrag	Euro	Gt

Die Krankenkasse übernimmt die obenstehenden Festzuschüsse, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Zahnersatz innerhalb von 8 Monaten in der vorgesehenen Weise eingeleistet wird.

Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Hinweis: % Vorzugs-Bonus ist bereits in den Festzuschüssen enthalten. Es liegt ein Härtefall vor.

**III. Kostenplanung**

1 BEMA-Nr.	Anz.	1 Fortsetzung Anz.	1 Fortsetzung Anz.	Euro	Gt

1 Zahnärztliches Honorar BEMA (geschätzt)  
2 Zahnärztliches Honorar GOZ (geschätzt)  
3 Material- und Laborkosten (geschätzt)  
4 Behandlungskosten insgesamt (geschätzt)

Datum/Unterschrift des Zahnarztes

**V. Rechnungsbeträge (siehe Anlage)** Euro Gt

- 2A-Honorar (BEMA siehe III)
- 2A-Honorar ZUSÜZGL. LEIST. BEMA
- 2A-Honorar GOZ
- Mat.- und Lab.-Kosten Gewerbl.
- Mat.- und Lab.-Kosten Praxis
- Versandkosten Praxis
- Gesamtsumme
- Festzuschüsse Kasse
- Versichertenanteil

Gutachterlich befürwortet  ja  nein  teilweise

Eingliederungsdatum:

Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes:

Der Zahnersatz wurde in der vorgesehenen Weise eingeleistet.

Datum/Unterschrift und Stempel des Gutachters

Datum/Unterschrift des Zahnarztes

**Krankenkasse bzw. Kostenträger**  
Name, Vorname des Versicherten: **Beispiel 2** geb. am \_\_\_\_\_  
Kostenträgerangabe: \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_ Status: \_\_\_\_\_  
Versicherungsmehrheit (Nr.): \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**Erklärung des Versicherten**  
Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert, ich bin Ober-/Unter-/Mitarbeiter/  
und beziehe die Beiträge, eine Gleitschicht/sonstige Untergruppe, ausweislich  
der versicherten Personalausweisnummer bzw. der versicherten  
Personalausweisnummer (mit oder ohne) auf der ich  
als Versicherte(r) eingetragen bin.  
Daten/Unterschrift des Versicherten \_\_\_\_\_

Lfd.-Nr. \_\_\_\_\_  
Stempel des Zahnarztes \_\_\_\_\_

**Heil- und Kostenplan**  
Hinweis an den Versicherten:  
Bonusheft bitte zur Zuschussfestsetzung beifügen.

**I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan** TP = Therapieplanung R = Regelversorgung B = Befund

TP																								
R																								
B	f																							
B			ww																					
TP																								

Der Befund ist bei Wertschreibungsmaßnahmen nicht angeschlossen!

**II. Befunde für Festzuschüsse**  
Befund Nr. 1 Zahn/Gebiet 2 Anz. 3  
Anzahl 2 Anz. 3  
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: % Vorzugs-Bonus ist bereits in den Festzuschüssen enthalten. Es liegt ein Hinweis vor.

**III. Kostenplanung**  
1 BEMA-Nr. Anz. 1 Fortsetzung Anz. 1 Fortsetzung Anz.  
1 BEMA-Nr. Anz. 1 Fortsetzung Anz. 1 Fortsetzung Anz.  
Zahnärztliches Honorar BEMA (geschätzt)  
Zahnärztliches Honorar GOZ (geschätzt)  
Material- und Laborkosten (geschätzt)  
Behandlungskosten insgesamt (geschätzt)  
Euro Ct  
Datum/Unterschrift des Zahnarztes \_\_\_\_\_

**IV. Zuschussfestsetzung**  
Unfall oder Unfallfolge? Berufsrisiko? Internisversorgung Unbrauchbare Prothesen/Brücken/Krone  
Versorgungskondition Immediatversorgung Alter in Jahre NEM

**V. Rechnungsbeiträge (siehe Anlage)** Euro Ct  
1 ZA-Honorar (BEMA siehe III)  
2 ZA-Honorar zusätzlich, Lab., DEMA  
3 ZA-Honorar GOZ  
4 Mat.- und Lab.-Kosten Gewerbl.  
5 Mat.- und Lab.-Kosten Praxis  
6 Werkzeilkosten Praxis  
7 Gesamtsumme  
8 Festzuschuss Kasse  
9 Vorbehalteranteil

Gutachten autorisiert ja nein teilweise  
Begründung:  
Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes:  
Der Zahnersatz war in der vorgesehenen Weise eingegliedert.  
Datum/Unterschrift und Stempel des Gutachters \_\_\_\_\_ Datum/Unterschrift des Zahnarztes \_\_\_\_\_

Bei Handbeschichtung unbedingt in Blockschicht schreiben



**Gruppenklasse bzw. Kostenträger**

Wohn-, Vorname des Versicherten

geb. am

**Beispiel 4**

Kostenträgername, Versicherungs-Nr., Status

Vertragsnummer Nr., Datum

**Erklärung des Versicherten**

Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert, ich bin GdV/Nr. Untertag und Kosten der Regel-, der Gleits- und sonstigen Versorgung sowie über den voraussichtlichen Krankheitsfall bzw. das voraussichtliche Heilungsprogramm über die Kosten des ... (angeben) ... abgedeckt worden und wünsche die Behandlung entsprechend diesem Kostentitel.

Datum/Unterschrift des Versicherten

Lfd.-Nr. \_\_\_\_\_

Stempel des Zahnarztes

**Heil- und Kostenplan**

Hinweis an den Versicherten:  
Bonusheft bitte zur Zuschussfestsetzung beifügen.

Art der Versorgung	I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan															
	TP = Therapieplanung				R = Regelversorgung				B = Befund							
TP																
R																
□	f	f							f	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	f	f			f								f	f		
R																
TP																

Der Befund ist bei Wiederbehandlungsmaßnahmen nicht auszufüllen!

**Bitte planen Sie vollverblendete Brücken; Glasfaserstift an Zahn 24**

II. Befunde für Festzuschüsse	III. Festzuschüsse	IV. Zuschussfestsetzung	V. Unfall oder Unfallfolgen/ Berufskrankheit	VI. Interimsversorgung	Unbrauchbare Prothosen/Brücken/Krone		
Befund Nr.1 Zahn/Gebiet	2 Anz. 3	Betrag Euro	Ct	Vorsorgemaßnahmen	Immunitätsversorgung	Alter oder Jahre	NEM

**II. Befunde für Festzuschüsse:** Die Krankenkasse übernimmt die nebenstehenden Festzuschüsse, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Zahnersatz innerhalb von 8 Monaten in der vorgesehenen Weise eingegliedert wird.

**III. Festzuschüsse:** Die Krankenkasse übernimmt die nebenstehenden Festzuschüsse, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Zahnersatz innerhalb von 8 Monaten in der vorgesehenen Weise eingegliedert wird.

**IV. Zuschussfestsetzung:** Die Krankenkasse übernimmt die nebenstehenden Festzuschüsse, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Zahnersatz innerhalb von 8 Monaten in der vorgesehenen Weise eingegliedert wird.

**V. Unfall oder Unfallfolgen/Berufskrankheit:** Die Krankenkasse übernimmt die nebenstehenden Festzuschüsse, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Zahnersatz innerhalb von 8 Monaten in der vorgesehenen Weise eingegliedert wird.

**VI. Interimsversorgung:** Die Krankenkasse übernimmt die nebenstehenden Festzuschüsse, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Zahnersatz innerhalb von 8 Monaten in der vorgesehenen Weise eingegliedert wird.

**Unbrauchbare Prothosen/Brücken/Krone:** Die Krankenkasse übernimmt die nebenstehenden Festzuschüsse, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Zahnersatz innerhalb von 8 Monaten in der vorgesehenen Weise eingegliedert wird.

III. Kostenplanung	IV. Rechnungsbeiträge (siehe Anlage)							
1 BEMA-Nr.	2	3	4	5	6	7	8	9

Zahnärztliches Honorar BEMA: \_\_\_\_\_  
Zahnärztliches Honorar GOZ (geschätzt): \_\_\_\_\_  
Material- und Laborkosten: \_\_\_\_\_  
Behandlungskosten insgesamt: \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift des Zahnarztes \_\_\_\_\_

**V. Handhabungsbedingungen**

Die Handhabungsbedingungen sind im Blockschritt zu schreiben

Anschrift des Mandatarbüros

**VI. Handhabungsbedingungen**

Die Handhabungsbedingungen sind im Blockschritt zu schreiben

Datum/Unterschrift und Stempel des Mandatarbüros



**Krankenkaass bzw. Kostenträger**

Vorname, Nachname des Versicherten:   
 geb. am:

**Beispiel 5**

Kostenrückerstattung: \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_ Status: \_\_\_\_\_  
 Versicherungswahlzeit bis: \_\_\_\_\_ Exkurs: \_\_\_\_\_

**Erklärung des Versicherten**  
 Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert, ich bin überflut, Umfang und Kosten der Regel-, oder gleichwertigen Versorgung einzureichen über den voraussichtlichen Feststellungs- bzw. das voraussichtliche Herstellungsjahr im Fall des Falles. Die Feststellungen werden auf Basis der Behandlung entsprechend diesem Kostentypen. Datum/Unterschrift des Versicherten:

**Lfd.-Nr.** \_\_\_\_\_  
**Stempel des Zahnarztes**

**Heil- und Kostenplan**  
 Hinweis an den Versicherten:  
 Bonusheft bitte zur Zuschussfestsetzung beifügen.

**I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan** TP = Therapieplanung R = Regelversorgung B = Befund

Art der Versorgung	TP								R								B	
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
R	f								f									f
D																		
B	f																	f
R																		
TP																		

Der Befund bei Wechselbehandlungsmaßnahmen nicht essentia!

**Bitte planen Sie eine Adhäsivbrücke**

II. Befunde für Festzuschüsse	IV. Zuschussfestsetzung		Unfall oder Unfallfolgen/ Berufsunfähigkeit	Interimsversorgung	Unbrauchbare Prothesen/Brücken/Krone	
Befund Nr. 1 Zahn/Gebiet	2	Anz. 3	Versorgungsgeloiden	Immediatversorgung	Alter o.a. Jahre	NEM

**III. Kostenplanung**

1 BEMA-Nr.	Anz.	1 Fortsetzung	Anz.	1 Fortsetzung	Anz.	Euro	Öt

1 Zahnärztliches Honorar BEMA:  
 2 Zahnärztliches Honorar GOZ (geschätzt)  
 3 Material- und Laborkosten (geschätzt)  
 4 Behandlungskosten insgesamt (geschätzt)

**V. Rechnungsbeträge (siehe Anlage)** Euro Öt

1	2	3	4	5	6	7	8	9
ZA-Honorar (BEMA siehe III)	ZA-Honorar zusätzlich, Labork., BEMA	ZA-Honorar GOZ	Mat.- und Lab.-Kosten Gewerbl.	Mat.- und Lab.-Kosten Praxis	Weiterkosten Praxis	Gesamtsumme	Festzuschuss Kasse	Versichertenanteil

**VI. Handhabung**

1. Bei Handhabung unbedingte In Blockschritt schreiben

Zusicherung des Kostenträgers  
 ja  nein  teilweise

Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes:  
 Die Zahnersatz wurde in der angegebenen Weise angefertigt.

Datum/Unterschrift des Zahnersatzes

Datum/Unterschrift und Stempel des Beteiligenden



# Befundklassen

- |                        |   |   |
|------------------------|---|---|
| <b>Befundklasse 1:</b> | <b>Einzelkronen, Stiftaufbauten</b>                 | ✓ |
| <b>Befundklasse 2:</b> | <b>Brückenversorgungen</b>                          | ✓ |
| <b>Befundklasse 3:</b> | <b>Modellguss/kombinierter ZE</b>                   |   |
| <b>Befundklasse 4:</b> | Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen<br>zahnloser Kiefer |   |
| <b>Befundklasse 5:</b> | Interimsersatz                                      |   |
| <b>Befundklasse 6:</b> | Wiederherstellung & Erweiterung                     |   |

## Festzuschuss nach Befundklasse 3



**„Alle zahnbegrenzten Lücken, die nicht den Befunden nach den Nummern 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen.“**

## Befund 3.1

**Alle zahnbegrenzten Lücken, die nicht den Befunden nach Nrn. 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen, oder Freiendsituationen (Lückensituation II), je Kiefer**

Kommt in Ansatz:

- Wenn Zahn 6, 7, 8 fehlen
- Bei mehr als 4 fehlenden Zähnen (kein Restzahnbestand)



Dazugehörige BEMA-Pos.: 96a, 96b, 96c, 98a, 98g, 98h/1, 98h/2

# FZ 3.1 = parodontal abgestützter herausnehmbarer ZE

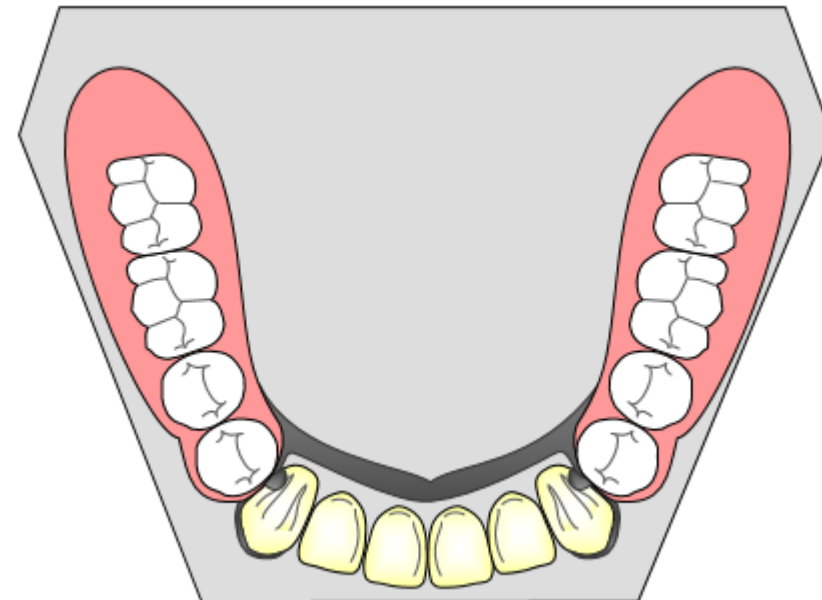
## Befund 3.1:

- Alle **zahnbegrenzten Lücken**, die **nicht** den Befunden nach Nrn. 2.1 bis 2.5 u. 4 entsprechen, oder **Freiendsituationen** (Lückensituation II), je Kiefer



## Regelversorgung:

- Modellgussprothese
- FZ 3.1
- BEMA: 98a, 96c, 98g, 98h/2



## Befundklasse 3.1

„Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Befundes im Oberkiefer für eine Brückenversorgung zum Ersatz von bis zu zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen und für herausnehmbaren Zahnersatz **ist bei beidseitigen Freundsituationen** neben dem FZ nach Nr. 2.1 (2.2) **zusätzlich ein FZ nach Nr. 3.1 ansetzbar.**

- Gilt nur im Oberkiefer!
- nur bei 1-2 fehlenden Schneidezähnen nebeneinander
- nur bei beidseitiger Freundsituation

# Befundklasse 3 – Regelversorgung

TP																
R	E	E	E	E	H		KV	BV	BV	KV			H	E	E	E
B	f	f	f	f				f	f					f	f	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	f															f
R																
TP																

**Festzuschuss:**

1x 3.1, 1x 2.2, 4x 2.7

**BEMA:**

4x 19, 1x 96b, 98g, 98h/2, 98a, 2x 91b, 1x 92



## Befund 3.2

- a) Beidseitig bis zu den Eckzähnen oder bis zu den ersten Prämolaren verkürzte Zahnreihe,
- b) Einseitig bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren verkürzte Zahnreihe und kontralateral im Seitenzahnggebiet bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren unterbrochene Zahnreihe mit mindestens zwei nebeneinander fehlenden Zähnen,
- c) Beidseitig im Seitenzahnggebiet bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren unterbrochene Zahnreihe mit jeweils mindestens zwei nebeneinander fehlenden Zähnen

Mit der Notwendigkeit einer dentalen Verankerung, wenn die Regelversorgung eine Kombinationsversorgung vorsieht, auch für frontal unterbrochene Zahnreihe, **je Eckzahn oder erstem Prämolaren**. Der Befund ist zweimal je Kiefer ansetzbar.

## Befund 3.2

- a) Beidseitig bis zu den Eckzähnen oder bis zum ersten Prämolaren verkürzte Zahnreihe

TP																
R																
B	f	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	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	f	ew	ew	ew		kw	ew	ew	ew	ew	kw		ew	ew	ew	f
R	E	E	E	E	TV	KV	E	E	E	E	KV	TV	E	E	E	E
TP	E	E	E	E	TV	TV	E	E	E	E	TV	TV	E	E	E	E

**Festzuschuss:**

1x 3.1, 2x 3.2, 2x 4.7, 2x 1.1, 2x 1.3

**Versorgungsart:**

gleichartige Versorgung

**BEMA:**

4x 19, 1x 96c, 98g, 98a, 2x 91d (keine 20b)

**GOZ:**

**2x TVs für 33,43 sind nach GOZ zu berechnen!**

## Befund 3.2

- b) Einseitig bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren verkürzte Zahnreihe und kontralateral im Seitenzahnggebiet bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren unterbrochene Zahnreihe mit mindestens zwei nebeneinander fehlenden Zähnen

TP																
R																
B	f	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	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	f	ew	ew	ew	f		k	b	b	k	k		ew	ew	kw	f
R	E	E	E	E	E	TV						TV	E	E	K	
TP	E	E	E	E	E	TV						TV	E	E	T	

**Festzuschuss:**

1x 3.1, 2x 3.2, 2x 4.7, 1x 1.1

**Versorgungsform:**

gleichartige Versorgung

**BEMA:**

3x 19, 1x 96b, 98g, 98a, 2x 91d, ggf. 89 (keine 20a)

**GOZ:**

1x TV ist nach GOZ zu berechnen!

## Befund 3.2

- c) Beidseitig im Seitenzahnggebiet bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren unterbrochene Zahnreihe mit jeweils mindestens zwei nebeneinander fehlenden Zähnen

TP																
R																
B	f	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	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	f	kw	f	f	kw							f	f	f	kw	f
R		K	E	E	TV						TV	E	E	E	K	
TP		T	E	E	TV						TV	E	E	E	T	

**Festzuschuss:**

1x 3.1, 2x 3.2, 2x 4.7, 2x 1.1

**Versorgungsform:**

gleichartige Versorgung

**BEMA:**

4x 19, 1x 96b, 98g, 98a, 2x 91d, ggf. 89 (keine 20a)

**GOZ:**

2x TVs für 37,47 sind nach GOZ zu berechnen!

Hinweis: Der FZ 3.2 kann sowohl für den Zahn 3 als auch für den Zahn 4 angesetzt werden.

# Befund 3.2- andere Verbindungselemente

Gleichartige Versorgung mit anderen Verbindungselementen

TP	E	E	E	E	OKM	KM					KM	KMO	E	E	H	
R	E	E	E	E	TV	KV					KV	TV	E	E		
B	f	f	f	f		ww					ww		f	f		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	f															f
R																
TP																

**Festzuschuss:**

1x 3.1, 2x 3.2, 2x 4.7, 2x 1.1, 2x 1.3

**Versorgungsform:**

gleichartige Versorgung

**BEMA:**

4x 19, 1x 96b, 98g, 98a, 98h/1, ggf. 89 (keine 91d und 20b)

**GOZ:**

**4x Kronen, 2x Geschiebe sind nach GOZ zu berechnen!**

Durch den Begriff „Notwendigkeit“ bei der Befundbeschreibung 3.2 steht dem Patienten der Festzuschuss auch dann zu, wenn andere Verbindungselemente als Teleskopkronen eingegliedert werden.

# Befund 3.2 – andere Verbindungselemente

Unterkiefer Teleskopprothese als Regelversorgung

TP																
R																
B	f															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	f		f	f	f							f	f	f		f
R		H	E	E	E	TV					TV	E	E	E	H	
TP		KM	BM	BM	BM	KM						KM	BM	BM	BM	KM

**Festzuschuss:**

1x 3.1, 2x 3.2, 2x 4.7

**Versorgungsform:**

Andersartige Versorgung! (Wechsel der Versorgungsart)

**BEMA:**

-----

**GOZ:**

**UK Brücken sind nach GOZ zu berechnen!**

Möglichkeit der Eingliederungsfähigkeit der Regelversorgung.

Die Notwendigkeit der dentalen Verankerung durch Kombinationsversorgung muss gegeben sein!

# Befundklasse 3

## Beispiel Freundbrücke

Freiendbrücke zum Ersatz der fehlenden Zähne 24 und 26 bei Freundsituationen

TP												KV	BV	KV	B		
R			H									KVH	E	KVH	E	E	
B	f											ww	x	ww	x	f	f
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	

**Festzuschuss:** 2x 1.1, 2x 1.3, 1x 3.1

**Versorgungsart:** Andersartige Versorgung! (Wechsel der Versorgungsart)

**BEMA:** -----

**GOZ:** OK Brücke ist nach GOZ zu berechnen!

**Ersatz eines Molaren durch Freiendbrücke ist hier möglich, da es sich nicht um eine Schaltlücke handelt.**

**Voraussetzungen:**

- keine Versorgungsnotwendigkeit für 27
- Brückenglied hat maximal Prämolarenbreite

# Neue Befundkürzel ab 01.07.2022

- **bw** = erneuerungsbedürftiges Brückenglied
- **pkw** = erneuerungsbedürftige Teilkrone
- **sb** = implantatgetragenes Brückenglied
- **sbw** = erneuerungsbedürftiges implantatgetragenes Brückenglied
- **se** = ersetzter Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese
- **sew** = ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese
- **sk** = implantatgetragene intakte Krone
- **skw** = erneuerungsbedürftige implantatgetragene Krone
- **so** = implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelkopfanker, Steg u. Ä.) mit ersetzttem Zahn
- **sow** = erneuerungsbedürftiges implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelkopfanker, Steg u. Ä.) mit erneuerungsbedürftigem ersetzttem Zahn
- **st** = implantatgetragene Teleskopkrone
- **stw** = erneuerungsbedürftige implantatgetragene Teleskopkrone
- **t2w** = erneuerungsbedürftiges Sekundärteil einer Teleskopkrone



# Neue Therapiekürzel seit 01.07.2022

- T2 = Sekundärteil einer Teleskopkrone
- T2V = Sekundärteil einer Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung
- T2M = Sekundärteil einer Teleskopkrone, vollkeramisch oder keramisch vollverblendet

## Hinweis:

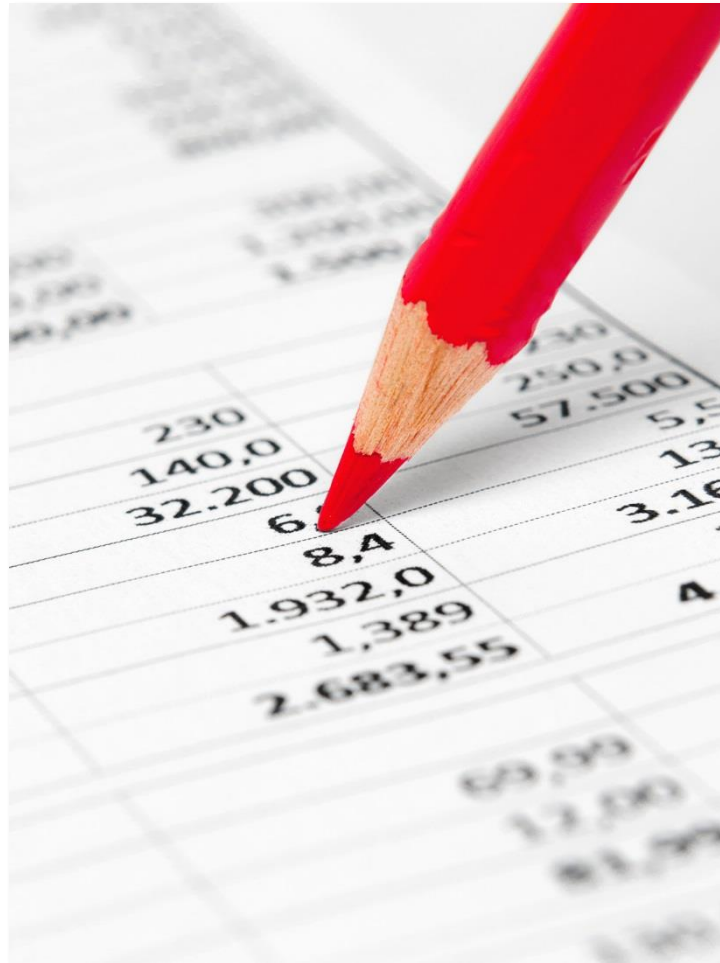
**Die vollständige Liste der Befund- und Therapiekürzel finden Sie unter [www.kzv-berlin.de](http://www.kzv-berlin.de)**

# Befundkürzel „ur“ = unzureichende Retention

- **Unzureichende Retention im Zusammenhang mit herausnehmbarem Zahnersatz:**  
 Unabhängig von ihrem kariösen Zerstörungsgrad können natürliche Zähne, gemäß Nr. 16b der ZE-Richtlinien, zur Abstützung eines Zahnersatzes dienen, wenn eine Abstützung und Retention auf andere Weise nicht möglich ist. Diese Stützkronen dienen der physiologischen, parodontalen Abstützung von Zahnersatz auf den Restzähnen. Bei herausnehmbarem Zahnersatz werden Stützkronen bei unzureichender Retention eingegliedert, wenn die Halteelemente einer geplanten Prothese auf dem natürlichen Zahn nicht ausreichend befestigt werden können und deshalb eine Überkronung des Zahnes angezeigt ist.
- **Unzureichende Retention im Zusammenhang mit feststitzendem Zahnersatz:**  
 Bei feststitzendem Zahnersatz wird durch die Eingliederung von Stützkronen eine ausreichende Retention des Zahnersatzes selbst erzielt. Bei Brücken mit großen Spannen oder mit besonderer statischer Belastung kann die Notwendigkeit bestehen, einen oder weitere Zähne in den Brückenverbund mit einzubeziehen, um eine ausreichende Retention zu gewährleisten.
- **Achtung:**  
 Alleine die befundbezogene Regelversorgung ist ausschlaggebend für den Leistungsanspruch des Versicherten. Das Befundkürzel "ur" bezieht sich nur auf die Regelversorgung und **nicht** auf die Therapieplanung. Das Kürzel "ur" im Befund ist unzulässig, wenn z. B. die Regelversorgung eine Modellgussprothese darstellt und in der Therapie eine Brücke mit zusätzlichen Ankern geplant ist.

# Fallbeispiele

Jetzt sind Sie gefragt!



**Erklärung des Versicherten**

Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert, ich bin Oberarzt, Untergar (mit Kosten der Regel), hier gleich... mit anerkennung... Versicherung... diese über die versicherten... (entgeltlich) ... (aufgeht) ... werden... die... (entsprechend... dem... Kostent... Datum/Unterschrift des Versicherten

Lfd.-Nr. \_\_\_\_\_

Stempel des Zahnarztes \_\_\_\_\_

**Heil- und Kostenplan**

Hinweis an den Versicherten: Bonusheft bitte zur Zuschussfestsetzung beifügen.

**I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan** TP = Therapieplanung R = Regelversorgung B = Befund

Art der Versorgung	TP									R									B		
	18	17	16	15	14	13	12	11	10	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
TP																					
R																					
B	f	f	f																	f	
TP																					

Der Befund ist bei Wiedervorbereitung maßgebend nicht anzufügen!

**Bitte planen Sie die Regelversorgung im Oberkiefer**

II. Befunde für Festzuschüsse	III. Zuschussfestsetzung	IV. Unfall oder Unfallfolgen/ Berufskrankheit	V. Interimsversorgung	VI. Unbrauchbare Prothesen/Brücke/Krone				
					Befund Nr. 1 Zahn/Gebiet	2 Anz. S	Belag Eum	Ort

*Die Krankenkasse übernimmt die notwendigen Festzuschüsse, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Zahnersatz innerhalb von 8 Monaten in der vorgesehenen Weise eingeleitet wird.*

**Behandlungssymbole:**  
 A = Achterzahn (Kiefer) AB = Achterzahn (Büchel) mit verstellbarer Ankerzahn  
 ABM = Achterzahn (Büchel) mit verstellbarer Ankerzahn (Kiefer)  
 B = Brücke  
 C = zu ersetzende Zahn  
 D = temporäre Zahn  
 E = temporäre Prothese  
 F = temporäre Krone  
 G = temporäre Zahn  
 H = temporäre Zahn  
 I = temporäre Zahn  
 J = temporäre Zahn  
 K = temporäre Zahn  
 L = temporäre Zahn  
 M = temporäre Zahn  
 N = temporäre Zahn  
 O = temporäre Zahn  
 P = temporäre Zahn  
 Q = temporäre Zahn  
 R = temporäre Zahn  
 S = temporäre Zahn  
 T = temporäre Zahn  
 U = temporäre Zahn  
 V = temporäre Zahn  
 W = temporäre Zahn  
 X = temporäre Zahn  
 Y = temporäre Zahn  
 Z = temporäre Zahn

**III. Kostenplanung**

1 BEMA-Nr.	Anz.	1 Fortsetzung	Anz.	1 Fortsetzung	Anz.	Euro	Ort

1 Zahnärztliches Honorar BEMA (geschätzt)  
 2 Zahnärztliches Honorar GOZ (geschätzt)  
 3 Material- und Laborkosten (geschätzt)  
 4 Behandlungskosten insgesamt (geschätzt)

Datum/Unterschrift des Zahnarztes \_\_\_\_\_

**V. Rechnungsbeträge (siehe Anlage)** Euro Ort

1 ZA-Honorar (BEMA siehe III)	Euro	Ort
2 ZA-Honorar zusätzl. Letzt. DEMA		
3 ZA-Honorar GOZ		
4 Mat.- und Lab.-Kosten Gewerbl.		
5 Mat.- und Lab.-Kosten Praxis		
6 Werkstoffkosten Praxis		
7 Gesamtsumme		
8 Festzuschuss Kasse		
9 Vorlehrentanteil		

**Gutachten der Vorarbeit**  ja  nein  teilweise

**Herstellungsort bzw. Herstellungslage des Zahnersatzes:** \_\_\_\_\_

Der Zahnersatz wurde in der vorgesehenen Weise eingeleitet.

Datum/Unterschrift des Zahnarztes \_\_\_\_\_

**Krankenkasse bzw. Kostenträger**

Wohn, vorname des Versicherten: **Beispiel 7** geb. am: \_\_\_\_\_

Kostenübertragung: \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_ Status: \_\_\_\_\_

Vorsorgebesitz Nr.: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**Erklärung des Versicherten**  
Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert, ich bin Oberarzt, Umfang und Kosten der Regel-, der Gruppen- und sonderartigen Versorgung sowie über die voraussichtlichen Herstellungskosten bzw. das voraussichtliche Herstellungsjahr (bei Vollkosten) aufgeführt worden und wünsche die Behandlung entsprechend diesem Kostentyp.  
Datum/Unterschrift des Versicherten: \_\_\_\_\_

Lfd.-Nr.: \_\_\_\_\_  
Stempel des Zahnarztes: \_\_\_\_\_

**Heil- und Kostenplan**  
Hinweis an den Versicherten:  
Bonushaft bitte zur Zuschussfestsetzung beifügen.

**I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan** TP = Therapieplanung R = Regelversorgung B = Befund

Art der Versorgung	TP				R				B							
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
TP																
R																
B	f	f	f	f									f	f	f	f
R																
TP																

Der Befund ist bei Wiederbehandlungen maßgebend nicht anzuschließen!

**Bitte planen Sie die Regelversorgung im Oberkiefer mit Teleskopkronen**

**II. Befunde für Festzuschüsse** Befund Nr. 1 Zahn/Gebiet 2 Anz. 3

**III. Kostenplanung**

1 BEMA-Nr.	Anz.	1 Fortsetzung Anz.	1 Fortsetzung Anz.	Datum/Unterschrift des Zahnarztes
1				
2				
3				
4				
5				

**IV. Zuschussfestsetzung** Betrag Euro Ct

**V. Rechnungsbeträge (siehe Anlage)** Euro Ct

Nr.	Beschreibung	Euro	Ct
1	ZA-Honorar (BEMA siehe III)		
2	ZA-Honorar zusätzl. Leist. BEMA		
3	ZA-Honorar GOZ		
4	Mat.- und Lab.-Kosten Gewerbl.		
5	Mat.- und Lab.-Kosten Praxis		
6	Werkstoffkosten Praxis		
7	Gesamtsumme		
8	Festzuschuss Kasse		
9	Vorkostenanteil		

**VI. Gutachten** Gutachten notwendig  ja  nein  teilweise

**Vergütungsdatum:** \_\_\_\_\_

**Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes:** \_\_\_\_\_

Die Zahnärztin/werde in der vorgezeichneten Weise eingefädelt.

Datum/Unterschrift des Zahnarztes: \_\_\_\_\_

**Gemeinschaft bzw. Kostenträger**  
Name, Vorname des Versicherten: **Beispiel 8** geb. am: \_\_\_\_\_

**Erklärung des Versicherten**  
Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert, ich bin Garfirt, Umfang und Kosten der Regel-, der Gleich-, und vorrangigen Versorgung sowie über den voraussichtlichen Feststellungszeitpunkt bzw. das voraussichtliche Feststellungsdatum für eine weitere ... (angegeben) werden auf welche die Behandlung entsprechen diesem Kostentyp.  
Datum/Unterschrift des Versicherten: \_\_\_\_\_

**Lfd.-Nr.** \_\_\_\_\_  
**Stempel des Zahnarztes** \_\_\_\_\_

**Kostenübernahme** \_\_\_\_\_ **Versicherten-Nr.** \_\_\_\_\_ **Status** \_\_\_\_\_  
**Versicherungsschein-Nr.** \_\_\_\_\_ **Seiten** \_\_\_\_\_

**Heil- und Kostenplan**  
Hinweis an den Versicherten:  
Bonusheft bitte zur Zuschussfestsetzung beifügen.

**I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan** TP = Therapieplanung R = Regelversorgung B = Befund

Art der Versorgung	TP								R								B	
	1A	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	37	38
f								f	f							f	f	f
B	f																	f

*Der Befund ist bei Wiederbehandlungsmaßnahmen nicht neu zu erfassen!*

**Bitte planen Sie die Regelversorgung im Oberkiefer**

**II. Befunde für Festzuschüsse** Unfall oder Unfallfolgen/ Berufskrankheit \_\_\_\_\_  
Befund Nr. 1 Zahn/Gebiet: 2 Anz. 3 \_\_\_\_\_  
Vorsorgelösungen: \_\_\_\_\_

**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 eingeleistet wird.

**V. Rechnungsbeiträge (siehe Anlage)** Euro Ct  
1 ZA-Honorar (BEMA siehe III) \_\_\_\_\_  
2 ZA-Honorar zusätzl. Lab., DCMA \_\_\_\_\_  
3 ZA-Honorar GOZ \_\_\_\_\_  
4 Mat.- und Lab.-Kosten Gewerbl. \_\_\_\_\_  
5 Mat.- und Lab.-Kosten Praxi \_\_\_\_\_  
6 Vereinfachter Preis \_\_\_\_\_  
7 Gesamtsumme \_\_\_\_\_  
8 Festzuschuss Kasse \_\_\_\_\_  
9 Vorlehrtanteil \_\_\_\_\_

**III. Kostenplanung** 1 Fortsetzung Anz. 1 Fortsetzung Anz.  
1 BEMA-Nr. Anz. \_\_\_\_\_ Euro Ct \_\_\_\_\_  
1 Zahnärztliches Honorar BEMA: \_\_\_\_\_  
2 Zahnärztliches Honorar GOZ (geschätzt) \_\_\_\_\_  
3 Material- und Laborkosten (geschätzt) \_\_\_\_\_  
4 Behandlungskosten insgesamt (geschätzt) \_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des Zahnarztes: \_\_\_\_\_

**VI. Rechnungsbeiträge (siehe Anlage)** Euro Ct  
1 Zahnärztliches Honorar BEMA: \_\_\_\_\_  
2 Zahnärztliches Honorar GOZ (geschätzt) \_\_\_\_\_  
3 Material- und Laborkosten (geschätzt) \_\_\_\_\_  
4 Behandlungskosten insgesamt (geschätzt) \_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des Zahnarztes: \_\_\_\_\_

**Bei Handbeschäftigung unbedingt in Blockschritt anordnen**

**Lehrauftrag des Zahnarztes** ja  nein  teilweise   
Burgliederungsdatum: \_\_\_\_\_  
Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes: \_\_\_\_\_  
Der Zahnersatz wurde in der vorgesehenen Weise eingeleistet.

**Anschrift des Versicherten** \_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift und Stempel des Zahnarztes \_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des Zahnarztes \_\_\_\_\_

# Digitale Planungshilfe für Festzuschüsse (DPF)

Vollversion im Serviceportal

Updates unter: [www.kzbv.de/Downloads](http://www.kzbv.de/Downloads)

KZBV - DPF - Digitale Planungshilfe zum Festzuschusssystem - Version 3.0.7.0 vom 11.5.2018

Deckprothese Oberkiefer  Oberkiefer atrophiert

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deckprothese Unterkiefer  Unterkiefer atrophiert

Liste der Befundkürzel	
Befund	Bedeutung
a	Anker Adhäsivbrücke
ab	Adhäsivbrückenglied
aw	erneuerungsbedürftiger Anker Adhäsivbrücke
abw	erneuerungsbedürftiges Adhäsivbrückenglied
b	Brückenglied
e	ersetzter Zahn: bitte "ew" eintragen für Neuversorgung
ew	ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn
f	fehlender Zahn
fi	fehlender Zahn - geplante Implantat-Erstversorgung
i	Implantat mit intakter Suprakonstruktion
ix	zu entfernendes Implantat
k	klinisch intakte Krone
ko	klinisch intakte Krone mit Geschlebe als Prothesenanker
kw	erneuerungsbedürftige Krone
nb	nicht behandlungsbedürftiger kariestruier Zahn (ZE-Rlll 36a)
pw	erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten
r	Wurzelstiftkappe
rw	erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe
sw	erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion
t	klinisch intakte Teleskopkrone
tw	erneuerungsbedürftiges Teleskop
ur	unzureichende Retention
ww	erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung
x	nicht erhaltungswürdiger Zahn

# Seminarablauf

## ZE-Grundkurs Teil 1

- Grundlagen des Festzuschusssystem
- FZ-Klasse 1: Kronenversorgung
- FZ-Klasse 2: Brückenversorgung
- FZ-Klasse 3: Modellgussprothesen
- Beispiele, Übungen und Hilfsmittel



## ZE-Grundkurs Teil 2

- FZ-Klasse 4: Totale Prothesen/Restzahnbestand 3 Zähne
- FZ-Klasse 5: Interimprothesen
- FZ-Klasse 6: Reparaturen
- EBZ & Richtlinien
- Beispiele, Übungen und Hilfsmittel



Wir danken für Ihre Aufmerksamkeit  
und wünschen Ihnen weiterhin einen  
schönen Tag!



Fragen zu den Festzuschüssen?  
**Servicehotline 89004 – 405!**  
Unsere Mitarbeiter helfen Ihnen gern.

# Quellennachweis

Folie	Ort	Dateiname/Urheber
1	Bild	© SIGNTIME-Fotolia.com
55	Bild	© Vietsch– Fotolia.com
4, 79	Diverse Bilder	Digitale Planungshilfe KZBV
15	Bild	© Sulabaja – Fotolia.com
24	Bild	© Michael Tieck – Fotolia.com
44, 72	Bild	© rdnzl – Fotolia.com
57	Bild	© pitb_1 – Fotolia.com
58	Bild	© Adam Antolak – Fotolia.com
81	Bild	© pixdesign123 – Fotolia.com