



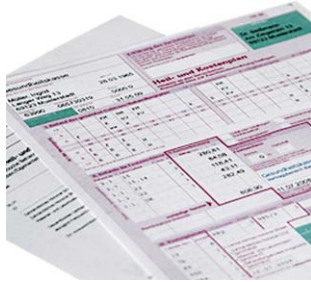
Zahnthema kompakt

HEIL- UND KOSTENPLAN



Unabhängige
Patientenberatung
Deutschland | UPD

Vor Behandlungsbeginn
Heil- und Kostenplan
genehmigen lassen.



Sie sind Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse und benötigen einen Zahnersatz? Dann muss Ihnen Ihr Zahnarzt oder Ihre Zahnärztin vor Behandlungsbeginn einen „Heil- und Kostenplan“ erstellen. Dieser kostenlose Plan enthält alle Angaben zu den Befunden, dem geplanten Zahnersatz und den

Kosten. Und: Er muss vor Behandlungsbeginn Ihrer Krankenkasse zur Prüfung und Genehmigung vorliegen. Die Krankenkasse hat dann das Recht, ein Gutachten über den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung einzufordern.

Ist der Heil- und Kostenplan durch die Kasse genehmigt, kann die Behandlung beginnen. Der Zahnersatz muss nun innerhalb der nächsten sechs Monate eingegliedert werden, da die Zusage der Krankenkasse nur für diesen Zeitraum gültig ist. Wird er überschritten, ist eine erneute Prüfung notwendig.

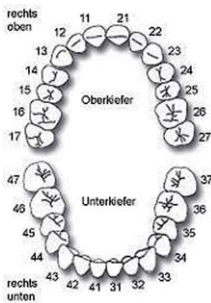
Regelversorgung als
Basis für Krankenkasse.

Die Krankenkasse bestimmt mit der Genehmigung des Plans den Festzuschuss, den sie übernimmt, also ihren Anteil an den Gesamtkosten. Da es nun eine Fülle verschiedener zahnmedizinischer Befunde, und für fast jeden Befund mehrere Zahnersatzlösungen mit unterschiedlichen Kosten gibt, haben Krankenkassen und Zahnärzte die Befunde katalogisiert und jedem Befund eine Regelversorgung zugeordnet. Sie dient als Standard und bestimmt den Kassenzuschuss.

DER HEIL- UND KOSTENPLAN – (K)EIN BUCH MIT SIEBEN SIEGELN

Zugegeben, ein Heil- und Kostenplan sieht auf den ersten Blick höchst kompliziert aus. Wenn Sie ihn jedoch zu lesen wissen, wird er leicht verständlich. Folgen Sie einfach den nachstehenden Erläuterungen, und Sie werden Ihren Heil- und Kostenplan schnell verstehen.

I. BEFUND DES GESAMTEN GEBISSES/BEHANDLUNGSPLAN



Das Zahnschema.

Im Abschnitt „Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan“ trägt der Zahnarzt alle Daten ein, die zur Festlegung der Regelversorgung notwendig sind. Dabei nutzt er Abkürzungen, deren Erklärung auf jedem Heil- und Kostenplan unter „Erläuterungen – Befund“ aufgeführt sind. In Zeile „B“ des Befundschemas wird der Zahnbefund ergänzt.

Generell ist jedem Zahn und jedem Viertel eines Gebisses (den Quadranten) eine Zahl zugeordnet. Der Quadrant im rechten Oberkiefer erhält die „Leitzahl“ 1, der des linken Oberkiefers die 2, der des linken Unterkiefers die Zahl 3 und der des rechten Unterkiefers die 4. An die „Leitzahl“ wird die „Zahnzahl“ angehängt. Beide zusammen ergeben die Zahnnummer. Gezählt wird von der Mitte der Schneidezähne aus. Ihr rechter oberer Schneidezahn hat also die Zahl 11 (sprich: „eins-eins“) oder der linke untere Weisheitszahn die Zahl 38 (sprich: „drei-acht“).

Der Zahnbefund, z. B. Karies, wird immer durch Kleinbuchstaben erfasst. Der Kleinbuchstabe „k“ steht für eine vorhandene Krone, die noch intakt ist. Ist das „k“ um ein zusätzliches „w“ erweitert, bedeutet dies eine im Mund vorhandene Krone, die erneuert werden muss. Ist ein Zahn so zerstört, dass nur noch eine Krone die weitere Erhaltung ermöglicht, trägt der Zahnarzt das Kürzel „ww“ ein.

Jeder Zahn hat seine Nummer.

I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan								TP
Art der Versorgung	TP			KM	BM	KM		
	R			K	BM	KV		
	B	f		ww	x	ww		k
		18	17	16	15	14	13	12
		48	47	46	45	44	43	42
	B	f	f	f				
	R	E	E	E	H			
	TP							

Ausschnitt des Zahnschemas mit Befund, Regelversorgung und Therapieplanung.

Kasse ermittelt
Zuschuss.

In die Spalte „R“ wird die für den Befund festgelegte Regelversorgung eingetragen, also die durch die Krankenkasse als Standard festgelegte Zahnbehandlung. Aus dieser Regelversorgung errechnet die Krankenkasse später den Festzuschuss.

Entscheiden Sie sich nun für einen von der Regelversorgung abweichenden Zahnersatz, beispielsweise eine Brücke statt einer herausnehmbaren Teilprothese, so wird die tatsächliche Therapieplanung in die Zeile „TP“ (= Therapieplanung) eingetragen. Auch hier kommen Abkürzungen zum Einsatz, z. B. „K“ für Krone, „B“ für Brückenglieder oder „E“ für einen zu ersetzenden Zahn.

Unterhalb des Zahnschemas befinden sich Felder mit weiteren Angaben zum Befund. Liegt beispielsweise ein Unfall oder ein Versorgungsleiden vor, wird das entsprechende Feld angekreuzt. Das Feld „Interims- oder Immediatversorgung“ zeigt eine zeitlich befristete Behandlung an: beispielsweise einen vorübergehend verwendeten Zahnersatz, der unmittelbar nach einer Zahnentfernung eingesetzt wird. Anhand dieses Feldes erkennt die Krankenkasse sofort, dass nach Ausheilung der Wunden eine Unterfütterung des Zahnersatzes oder die Anfertigung eines endgültigen Zahnersatzes erfolgen muss.

<input type="checkbox"/> Unfall oder Unfallfolgen/ Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> Interimsversorgung	<input type="checkbox"/> Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone
<input type="checkbox"/> Versorgungsleiden	<input type="checkbox"/> Immediatversorgung	Alter ca. <input type="text"/> Jahre <input checked="" type="checkbox"/> NEM

Weitere Angaben zum Befund.

Weitere Felder wie „Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone“ oder „Alter“ helfen der Kasse, den Heil- und Kostenplan schneller zu genehmigen. Das Feld „NEM“ wird bei Verwendung einer nicht edelmetallhaltigen Legierung wie Edelstahl oder Titan angekreuzt.

II. BEFUNDE FÜR FESTZUSCHÜSSE

Der Abschnitt „Befunde für Festzuschüsse“ des Heil- und Kostenplans dient der Krankenkasse als Grundlage, um die Zuzahlung zu ermitteln. Der Zahnarzt trägt in die erste Spalte spezielle Befundnummern ein. Außerdem werden der Zahn oder das zu versorgende Gebiet sowie die Anzahl der Befunde angegeben. Unterschiedliche Befunde werden mit Ziffernkombinationen codiert, wobei jede Ziffernkombination für einen festgelegten Geldbetrag steht.

II. Befunde für Festzuschüsse		
Befund Nr. 1	Zahn/Gebiet	Anz. 3
1.1	11	1
1.3	11	1

Beispiel: Ihr oberer rechter Schneidezahn (Zahn 11) ist so zerstört, dass eine Füllung aus Amalgam oder Kunststoff nicht mehr ausreicht. Ihr Zahnarzt schlägt eine Krone vor. Als Befund wird die Nummer 1.1 (= erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung der klinischen Krone) in die erste Spalte eingetragen. Da der Schneidezahn innerhalb der Verblendgrenze liegt, erhalten Sie für die Verblendung der Krone in Zahnfarbe zusätzlich die Befundnummer 1.3 (= je Verblendung). Die Verblendgrenze reicht im Oberkiefer bis zum zweiten kleinen Backenzahn (Zähne 15–25), und im Unterkiefer bis zum ersten kleinen Backenzahn (Zähne 34–44).

III. KOSTENPLANUNG

Unter den Ziffern 1 bis 3 berechnet Ihr Zahnarzt sein voraussichtliches Gesamthonorar. Haben Sie einer Regelversorgung zugestimmt – also dem Zahnersatz, den die Krankenkasse vorsieht –, berechnet sich das Zahnarztthonorar nach dem für die gesetzlichen Krankenkassen geltenden Bewertungsmaßstab (BEMA).

BEMA und GOZ =
Kassen- und Privat-
leistungen.

Für alle anderen, über die Regelversorgung hinausgehenden Leistungen gilt die private Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Dies bedeutet, dass erhebliche Mehrkosten entstehen können, da die Honorierung nach der GOZ einen großen Spielraum offen lässt. So kann Ihr Zahnarzt die GOZ-Gebühr vom individuellen Schwierigkeitsgrad der Behandlung abhängig machen. Die Kosten können dabei vom einfachen bis hin zum 3,5-fachen Gebührensatz variieren. Eine Begründung des gewählten Satzes ist im Heil- und Kostenplan nicht notwendig. Allerdings müssen alle den 2,3-fachen Gebührensatz übersteigenden Kosten in der Abschlussrechnung auch für Laien verständlich medizinisch begründet werden.

III. Kostenplanung		1 Fortsetzung	2	3 Fortsetzung	4	5	Euro	Ct
1 BEMA-Nr.	Anz.							
19	1							
20a	1	2	Zahnärztliches Honorar BEMA:				122,18	
		3	Zahnärztliches Honorar GOZ: (geschätzt)				0,00	
		4	Material- und Laborkosten: (geschätzt)				159,29	
		5	Behandlungskosten insgesamt: (geschätzt)				281,47	
							14.07.08	
Datum/Unterschrift des Zahnarztes								

III. Kostenplanung		1 Fortsetzung	2	3 Fortsetzung	4	5	Euro	Ct
1 BEMA-Nr.	Anz.							
19	1							
		2	Zahnärztliches Honorar BEMA:				13,90	
		3	Zahnärztliches Honorar GOZ: (geschätzt)				234,00	
		4	Material- und Laborkosten: (geschätzt)				325,80	
		5	Behandlungskosten insgesamt: (geschätzt)				573,70	
							14.07.08	
Datum/Unterschrift des Zahnarztes								

Kostenplanung am Beispiel einer Krone auf dem Backenzahn. Links ist die Kostenplanung der Regelversorgung „unverblendete Krone“ abgebildet. Hierbei fallen lediglich Kassenhonorare (BEMA-Honorar = 122,18 €), aber keine Privatleistungen (GOZ) an. Rechts ist die Planung der Krone mit Verblendung dargestellt. Die Verblendung im Backenzahnbereich ist eine Privatleistung. Der Zahnarzt rechnet deshalb überwiegend Privatleistungen ab (GOZ-Honorar = 234 €).

Während die gesetzlich festgelegten BEMA-Leistungen in der Kostenplanung einzeln angegeben werden müssen, z. B. BEMA-Nr. 20b „Versorgung eines Einzelzahnes durch eine Verblendkrone“, werden die GOZ-Leistungen nur als geschätzte Gesamtsumme genannt.

Dabei gilt immer zu beachten: Die Kosten der Privatleistungen beziehen sich nur auf den Zahnersatz, nicht jedoch auf eventuell anfallende Begleitleistungen wie z. B. implantologische oder funktionsdiagnostische Leistungen.

Sind Leistungen geplant, die nach der privaten Gebührenordnung berechnet werden, erhalten Sie unaufgefordert eine Anlage zum Heil- und Kostenplan. Diese listet den entsprechenden Zahn, die benötigte GOZ-Gebührennummer, eine kurze Leistungsbeschreibung und die Anzahl der geplanten Leistungen auf. Der Zahnarzt ist allerdings nicht verpflichtet, Sie über den zugrundeliegenden Berechnungsfaktor zu informieren, der den Preis für seine private Leistungen entscheidend mitbestimmt. Anhand der Gebührenordnung für Zahnärzte können Sie diesen aber selbst berechnen – oder Sie fragen einfach direkt in der Zahnarztpraxis nach.

Ein Beispiel: Ihr Backenzahn im Oberkiefer benötigt eine Krone. Die Regelversorgung sieht eine unverblendete Metallkrone vor. Sie wünschen aber stattdessen, mit einer vollverblendeten Krone versorgt zu werden. Hierfür berechnet der Zahnarzt nach der privaten Gebührenordnung die GOZ-Leistung 221 „Vollkrone“. Als Honorar gibt er 234 € an. Da laut der GOZ-Gebührenordnung der Einzelsatz dieser Leistung 73 € beträgt, berechnet der Zahnarzt für seine Leistung den 3,2-fachen GOZ-Satz ($234 \text{ €} / 73 \text{ €} = 3,2$).

Anlage für
Privatleistungen.

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

Zahn/Gebiet	GOZ	Leistungsbeschreibung	Anzahl	Betrag EUR
16	221	Vollkrone	1	234,00
Zahnärztliches Honorar GOZ (entsprechend Zeile III/3 HKP):			EUR	234,00
Zahnärztliches Honorar BEMA (entsprechend Zeile III/1 und 2 HKP):			EUR	13,90
Material- und Laborkosten (entsprechend Zeile III/4 HKP):			EUR	325,80
Gesamtkosten (entsprechend Zeile III/5 HKP):			EUR	573,70
abzüglich Festzuschüsse:			EUR	118,41
Ihr voraussichtlicher Eigenanteil wird hiernach betragen:			EUR	455,30

[Berechnung der Privatleistungen in der Anlage zum Heil- und Kostenplan.](#)

Härtefallpatienten haben Anspruch auf eine Regelversorgung ohne Zuzahlung und erhalten deshalb zunächst den doppelten Festzuschuss. Sollten die tatsächlichen Kosten der Regelversorgung diesen Betrag überschreiten, zahlt die Krankenkasse auch diesen Differenzbetrag. Wurde allerdings ein Zahnersatz gewählt, bei dem Leistungen nach der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte anfallen, bildet der doppelte Festzuschuss die Obergrenze. Zu beachten ist, dass die Leistungen der Regelversorgung Nichtedelmetall-Legierungen vorsehen. Mehrkosten, die durch Edelmetall-Legierungen entstehen, übernimmt die Krankenkasse nicht.

Fallen Sie nicht unter die Härtefallvoraussetzungen, ist dennoch eine zusätzliche Kostenbeteiligung der gesetzlichen Krankenkasse durch die sogenannte gleitende Härtefallregelung möglich. Ihre Höhe berechnet sich wie folgt: Die Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen und der Härtefallgrenze wird mit dem Faktor drei multipliziert. Wenn die Eigenbeteiligung der Regelversorgung diesen Betrag übersteigt, übernimmt Ihre Krankenkasse die Differenz zwischen der tatsächlichen und der zumutbaren Belastung.

Beispiel: Ein alleinstehendes Kassenmitglied mit einem monatlichen Bruttoeinkommen von 1.000 Euro erhält eine Zahnersatzregelversorgung in Höhe von 500 Euro. Der von der Krankenkasse zu leistende Festzuschuss beläuft sich auf 300 Euro.

Härtefallgrenze für Alleinstehende: 994 Euro

Zumutbare Belastung: $(1.000 \text{ Euro} - 994 \text{ Euro}) \times 3 = 18 \text{ Euro}$

Tatsächliche Belastung (ohne Mehrkosten):

$500 \text{ Euro} - 300 \text{ Euro} = 200 \text{ Euro}$

Ergebnis: Die tatsächliche Belastung von 200 Euro übersteigt die zumutbare Belastung um 182 Euro. Der Zuschuss der Krankenkasse erhöht sich somit um 182 Euro auf insgesamt 482 Euro. Zugegeben, ziemlich kompliziert. Im Zweifelsfall sollten Sie sich daher immer bei der Krankenkasse erkundigen, ob die gleitende Härtefallregelung gilt.

Für Härtefallpatienten
keine Zuzahlung bei
Regelversorgung.

Gleitende Härtefallregel
beachten.

V. RECHNUNGSBETRÄGE

Die Rechnungsbeträge werden erst nach Abschluss der Behandlung vom Zahnarzt hinzugefügt. Neben dem Zahnarthonorar finden Sie hier auch die Vergütungen für das zahntechnische Labor und den Kassenzuschuss.

V. Rechnungsbeträge (siehe Anlage)	Euro	Gt
1 ZA-Honorar (BEMA siehe III)		13,90
2 ZA-Honorar zusätzl. Leist. BEMA		0,00
3 ZA-Honorar GOZ		234,00
4 Mat.- und Lab.-Kosten Gewerbl.		247,30
5 Mat.- und Lab.-Kosten Praxis		51,20
6 Versandkosten Praxis		0,00
7 Gesamtsumme	546,40	
8 Festzuschuss Kasse	118,41	
9 Versichertenanteil	427,99	

Dieses Feld bringt Klarheit über den Eigenanteil.

Unter Punkt 9 „Versichertenanteil“ steht dann der von Ihnen zu zahlende Eigenanteil. Außerdem wird das Datum angegeben, an dem der Zahnersatz eingegliedert wurde, sowie sein Herstellungsort bzw. Herstellungsland. Abschließend bestätigt der Zahn-

arzt mit Datum und Unterschrift, dass der Zahnersatz wie vorgesehen eingegliedert wurde. Mit dieser Unterschrift übernimmt er eine zweijährige Gewährleistung für den Zahnersatz. Hatte die Krankenkasse den Plan vor Behandlungsbeginn begutachten lassen, sind im Feld „Gutachterlich befürwortet“ die entsprechenden Angaben zu finden.

Vielleicht wundern Sie sich, warum einige Felder des Heil- und Kostenplans dunkelgrün unterlegt sind. Dies soll verhindern, dass die Krankenkassen die in diese Felder eingetragenen Angaben maschinell erfassen können. Das heißt, die Maßnahme macht es für die Kassen unmöglich, Daten über Privat abrechnungen und zahntechnische Laborleistungen auszuwerten.

Gutachterlich befürwortet <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise	Eingliederungsdatum: <input type="text" value="18.08.08"/>
	Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes: Musterstadt, Deutschland Der Zahnersatz wurde in der vorgesehenen Weise eingegliedert.
<input type="text" value="25.07.08"/>	
<small>Datum/Unterschrift und Stempel des Gutachters</small>	<small>Datum/Unterschrift des Zahnarztes</small>

Das Eingliederungsdatum und der Herstellungsort bzw. das Herstellungsland des Zahnersatzes müssen genannt werden. Wurde der Behandlungsplan begutachtet, sind entsprechende Einträge zu finden.

Die „Erklärung des Versicherten“

Mit der Unterschrift in der Versichertenklärung bestätigen Sie Ihre Mitgliedschaft in der Krankenkasse. Gleichzeitig erklären Sie, dass Sie über Art, Umfang und Kosten der Behandlung aufgeklärt worden sind und eine Behandlung entsprechend des Heil- und Kostenplanes wünschen.

Informationen zu Herstellungsort und Herstellungsland.

Zwei Jahre Gewährleistung.

Wenig Transparenz durch grüne Felder.

Erklärung des Versicherten

Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kosten der Regel-, der gleich- und andersartigen Versorgung aufgeklärt worden und wünsche die Behandlung entsprechend dieses Kostenplanes.

Datum/Unterschrift des Versicherten

Nur bei Behandlung ohne vorherige Genehmigung.

Zweite Meinung oft hilfreich. Sollten Sie Ihren Heil- und Kostenplan nicht verstehen, fragen Sie Ihren Zahnarzt. Er wird Ihnen gerne weitere Auskünfte geben und die Angaben auf Ihrem Heil- und Kostenplan erklären. Sie können sich den Plan aber auch bei Patientenberatungsstellen, den Verbraucherzentralen oder Ihrer Krankenkasse erläutern lassen. Möchten Sie die Therapieempfehlung des Zahnarztes absichern, holen Sie die Meinung eines zweiten Zahnarztes ein. Dies ist vor allem bei sehr umfangreichen und kostspieligen Zahnersatzbehandlungen ratsam. In einigen Regionen bieten Patientenberatungsstellen eine unabhängige und fachlich fundierte Zweitmeinung zu bereits vorliegenden Heil- und Kostenplänen für Zahnersatz an.

Nützliche Tipps:

- Fragen Sie nach Behandlungsalternativen.
- Lassen Sie sich Ihren Heil- und Kostenplan genau erläutern.
- Fragen Sie nach den verwendeten Materialien (z. B. Gold, Keramik).
- In vielen Fällen reicht die Regelversorgung als preisgünstigster Zahnersatz aus.
- Die Material- und Laborkosten sind auf dem Heil- und Kostenplan nur geschätzt. Lassen Sie sich zumindest bei größeren Zahnersatzbehandlungen einen Kostenvoranschlag des Labors geben.
- Falls Leistungen nach der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte anfallen, fragen Sie nach den jeweiligen Steigerungssätzen.
- Beginnen Sie erst nach Klärung aller Fragen mit der Behandlung.
- Da die Preise bei vergleichbarem Zahnersatz oft stark variieren, kann ein Kostenvergleich zwischen verschiedenen Zahnarztpraxen Geld sparen.
- Auch wenn Sie sich im europäischen Ausland behandeln lassen wollen, benötigen Sie für Zahnersatz einen Heil- und Kostenplan, den Sie vor Behandlungsbeginn von der Krankenkasse genehmigen lassen müssen.

Impressum

Herausgeber: Unabhängige Patientenberatung Deutschland –
Zahnärztliche Kompetenzstelle Heidelberg, Kurfürstenanlage 38-40
Redaktion: Cornelia Wagner (ViSdP), Dr. med. dent. Uwe Niekusch
www.zahnaerztliche-patientenberatung.de
Stand: 08/2008

Gefördert durch den GKV-Spitzenverband.