

**Rundschreiben der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV)
vom 28.05.2001
zur Abrechnung von Suprakonstruktionen
gemäß § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V**

Am 01.07.2001 treten die Vereinbarungen der KZBV mit den Bundesverbänden der Krankenkassen und dem VdAK/AEV (Anlagen 1 und 2) in Kraft. Grundlage dieser Vereinbarungen sind die am 24.03.2001 in Kraft getretenen geänderten Zahnersatz-Richtlinien (Anlage 3). Mit dieser Änderung ist ein neuer Abschnitt "VI. Versorgung mit Suprakonstruktionen (implantatgestützter Zahnersatz)" in die Zahnersatz-Richtlinien eingefügt worden. Hierdurch werden die Ausnahmefälle definiert, in denen die Versicherten für Suprakonstruktionen Anspruch auf einen Zuschuss zur Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen gemäß § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V haben.

§ 30 Abs. 1 SGB V:

"Versicherte haben Anspruch auf medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz (zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen). Der Zahnersatz umfasst auch Zahnkronen. ... Für Suprakonstruktionen besteht der Anspruch in vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegenden Ausnahmefällen."

In den **Ausnahmefällen gemäß § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V** haben die Versicherten Anspruch auf den ihnen zustehenden Zahnersatzzuschuss, wenn Suprakonstruktionen auf Implantaten eingegliedert werden. Ein solcher Zuschussanspruch besteht nach den am 24.03.2001 in Kraft getretenen Regelungen nur

- bei zahnbegrenzten Einzelzahnlücken, wenn keine parodontale Behandlungsbedürftigkeit besteht, die Nachbarzähne kariesfrei und nicht überkronungsbedürftig bzw. überkront sind sowie
- bei atrophiertem zahnlosen Kiefer.

Für Suprakonstruktionen auf anderen Implantaten haben Versicherte keinen Zuschussanspruch.

Die Implantatversorgung selbst gehört nach wie vor nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Das bedeutet:

Die implantologischen Leistungen werden auch bei Vorliegen der Ausnahmefälle nach der Gebührenordnung für Zahnärzte privat abgerechnet. Die Krankenkassen übernehmen hierfür keine Kosten. Dies gilt auch für die Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente.

Nur die Suprakonstruktionen selbst werden auf dem Heil- und Kostenplan wie üblicher Zahnersatz nach Teil 5 des Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen bzw. nach Gebührentarif C des Zahnarzt-Ersatzkassen-Vertrages abgerechnet. Die zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgeschlossenen Vereinbarungen vom 16.05.2001 legen fest, welche Leistungspositionen im Einzelnen für Suprakonstruktionen abrechenbar sind.

Abrechenbar bei Suprakonstruktionen auf zahnbegrenzten Einzelzahnlücken

- Nr. 19b: Schutz eines beschliffenen Zahnes und Sicherung der Kaufunktion durch eine provisorische Krone
Nr. 20b: Versorgung eines Einzelzahnes durch eine Krone (Hohlkehlpräparation) – hierunter ist die Verblendkrone abzurechnen
Nr. 24a: Wiedereinsetzen einer Krone, Facette oder dergleichen
Nr. 24b: Erneuern einer Verblendschale, Facette an einer Krone, auch Teleskopkrone
Nr. 24c: Abnahme und Wiederbefestigung einer provisorischen Krone nach Nr. 19b

**Abrechenbar bei Suprakonstruktion im atrophierten zahnlosen Kiefer
Suprakonstruktion im atrophierten zahnlosen Kiefer**

- Nr. 97: Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine Totalprothese Abrechenbar bei
a): im Oberkiefer
b) : im Unterkiefer
Nr. 98b: Funktionsabdruck mit individuellem Löffel, Oberkiefer
Nr. 98c: Funktionsabdruck mit individuellem Löffel, Unterkiefer
Nr. 98d: Intraorale Stützstiftregistrierung zur Festlegung der Zentrallage

Abrechenbar bei Wiederherstellung von Suprakonstruktionen im zahnlosen atrophierten Kiefer:

Nr. 100a-g: Maßnahmen zum Wiederherstellen der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese a) kleinen Umfanges (ohne Abdruck)

b) größeren Umfanges (mit Abdruck)

c) Teilunterfütterung einer Prothese

d) Vollständige Unterfütterung einer Prothese im direkten Verfahren

e) Vollständige Unterfütterung einer Prothese im indirekten Verfahren

f) Vollständige Unterfütterung einer Prothese im indirekten Verfahren einschließlich funktioneller Randgestaltung im Oberkiefer

g) Vollständige Unterfütterung einer Prothese im indirekten Verfahren einschließlich funktioneller Randgestaltung im Unterkiefer

Für Suprakonstruktionen in den beiden in den Richtlinien Nummer 38 genannten Ausnahmefällen ist ein Heil- und Kostenplan zu erstellen, und dabei die oben aufgeführten Leistungspositionen jeweils mit "i" zu kennzeichnen. Die Krankenkasse kann den Heil- und Kostenplan einem Zahnersatz-Vertragsgutachter zur Klärung der Frage vorlegen, ob ein Ausnahmefall nach Nummer 38 der Richtlinien vorliegt.

Die Kennzeichnung der Suprakonstruktionen mit "i" dient dazu, das auf die Suprakonstruktionen entfallende Abrechnungsvolumen zu ermitteln. Die KZBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben sich in der Präambel der Vereinbarung darüber verständigt zu prüfen, inwieweit die Abrechnung der Suprakonstruktionen zu Veränderungen der Leistungsausgaben führt. Die KZVen haben daher die Suprakonstruktionen bei der Abrechnung besonders zu erfassen.

Die vertraglichen Vereinbarungen gelten für alle Heil- und Kostenpläne, die nach dem 01.07.2001 ausgestellt worden sind.

Die Ausnahmefälle für Suprakonstruktionen gemäß § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V sind zu unterscheiden von den Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V.

§ 28 Abs. 2 SGB V:

" ... Ebenso gehören funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen nicht zur zahnärztlichen Behandlung; sie dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden. Das Gleiche gilt für implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen seltene vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt."

Bei den **Ausnahmeindikationen gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V** handelt es sich um die besonders schweren Behandlungsfälle, die in Abschnitt VII der allgemeinen Richtlinien geregelt sind. Diese Regelungen sind bereits am 22.09.1998 in Kraft getreten und legen fest, unter welchen Voraussetzungen Versicherte Anspruch auf implantologische Leistungen als Sachleistungen haben. Sie betreffen Fälle wie die Versorgung nach einer Tumoroperation oder nach Schädel- und Gesichtstraumata bei nicht rekonstruierbaren Kieferabschnitten. In diesen seltenen Fällen, in denen eine implantologische Versorgung zwingend notwendig ist, haben die Versicherten Anspruch auf Sachleistung. Obwohl diese Richtlinien bereits 1998 in Kraft getreten sind, ist es bisher nicht gelungen, mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen Einigkeit über die Vergütung der implantologischen Leistungen in den Ausnahmeindikationen zu erzielen. Sofern die Leistungspflicht der Krankenkassen in diesen seltenen Fällen nach der obligatorischen Einschaltung eines Gutachterverfahrens befürwortet wird, werden die zahnärztlichen Leistungen bis zum Vorliegen einer Regelung im Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte abgerechnet. Die Krankenkassen entscheiden im Einzelfall, welche Kosten sie bei Vorliegen einer Ausnahmeindikation übernehmen.