

5

» Der Heil- und Kostenplan für die Zahnersatzversorgung

Erläuterungen



Patienteninformation » Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung **KZBV**



Der Heil- und Kostenplan

Der Heil- und Kostenplan (HKP) ist die Grundlage jeder Versorgung mit Zahnersatz. Wenn Sie Kronen, Brücken oder Prothesen benötigen, wird Ihr Zahnarzt einen Heil- und Kostenplan erstellen. Auf diesem Plan finden Sie Angaben zum Zahnstatus in Ihrem Mund (Befund), der Regelversorgung sowie der geplanten Therapie und den voraussichtlich entstehenden Gesamtkosten.

Der Heil- und Kostenplan soll allen Beteiligten Handlungssicherheit geben. Er wird vor Beginn der Behandlung Ihrer Krankenkasse zur Prüfung, Bewilligung und Zuschussfestsetzung übergeben. Die Differenz zwischen Gesamtkosten und Festzuschuss ist Ihr Eigenanteil. Sobald der von der Krankenkasse bewilligte Plan vorliegt, kann die Behandlung beginnen.

Der Heil- und Kostenplan

- wird vor Beginn der Behandlung ausgefüllt.
- muss der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung zur Bewilligung vorgelegt werden.

Der Heil- und Kostenplan ist in verschiedene Abschnitte unterteilt:

- Angaben zu den Beteiligten (Praxis/Patient)
- Befund
- Erläuterungen zum Behandlungsplan
- Zuschüsse
- Kostenschätzung
- Abrechnung

Oben links ist ein Datenfeld vorgesehen. Hier finden sie Ihre persönlichen Daten, die Ihrer Versichertenkarte entnommen wurden.

Daneben, in der Erklärung des Versicherten, bestätigen Sie in jedem Behandlungsfall durch Ihre Unterschrift

- die Mitgliedschaft bei der genannten Krankenkasse
- die erfolgte Aufklärung über Art, Umfang und Kosten der Regel-, der gleich- und andersartigen Versorgung und
- dass Sie die Behandlung entsprechend des Heil- und Kostenplans wünschen.

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

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	I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan									II. Befunde für Festzuschüsse									IV. Zuschussfestsetzung		Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone	
	TP	R	B	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	Betrag Euro	Ct	Jahre
TP																						
R																						
B																						
	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																						
R																						
TP																						

III. Kostenplanung
 1 BEMA-Nr. 1 Fortsetzung 1 Fortsetzung
 2 Zahnärztliches Honorar BEMA: (geschätzt)
 3 Zahnärztliches Honorar GOZ: (geschätzt)
 4 Material- und Laborkosten: (geschätzt)
 5 Behandlungskosten insgesamt: (geschätzt)

V. Rechnungsbeträge (siehe Anlage)
 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 Versandkosten Praxis
 7 Gesamtsumme
 8 Festzuschuss Kasse
 9 Versichertenanteil

Befund und Behandlungsplanung

In dem Feld „I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplanung“ wird der Zahnstatus beschrieben, die Regelversorgung aufgeführt und ggf. die

davon abweichende Therapieplanung angezeigt. Die Zähne werden mit Ziffern bezeichnet.

I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplanung											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			
						KM																
						K																
						kw																

B = Befund
In dieser Zeile steht in Kleinbuchstaben der Zahnstatus.

R = Regelversorgung
Auf dieser Grundlage bewilligt die Krankenkasse die Festzuschüsse.

TP = Therapieplanung
Hier wird die mit Ihnen abgestimmte Planung aufgeführt. Diese Zeile bleibt leer, wenn Sie sich für die Regelversorgung entschieden haben.

Beispiel:
B = Befund: kw
Zahn 16 trägt eine erneuerungsbedürftige Krone.

R = Regelversorgung: K
Die Regelversorgung ist eine (unverblendete) Krone aus Metall.

TP = Therapieplanung: KM
Geplant ist eine zahnfarbene (keramisch vollverblendete) Krone.

Rechts unterhalb des Befundschemas ist der Kasten „Erläuterungen“. Hier werden die Kürzel für die Befunde (Kleinbuchstaben: Zeile Befund) und die Behandlungsplanung (Großbuchstaben: Zeile Regelversorgung und ggf. Zeile Therapieplanung) erläutert.

Erläuterungen	
Befund (Kombinationen sind zulässig)	
a = Adhäsivbrücke (Anker, Spanne)	r = Wurzelstiftkrone
b = Brückenglied	rw = erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkrone
e = ersetzter Zahn	sw = erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion
ew = ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn	t = Teleskop
f = fehlender Zahn	tw = erneuerungsbedürftiges Teleskop
i = Implantat mit intakter Suprakonstruktion	ur = unzureichende Retention
ix = zu entfernendes Implantat	ww = erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung
k = klinisch intakte Krone	x = nicht erhaltungswürdiger Zahn
kw = erneuerungsbedürftige Krone	} = Lückenschluss
pw = erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten	
Behandlungsplanung:	
A = Adhäsivbrücke (Anker, Spanne)	O = Geschiebe, Steg etc.
B = Brückenglied	PK = Teilkrone
E = zu ersetzender Zahn	R = Wurzelstiftkrone
H = gegossene Halte- und Stützvorrichtung	S = Implantatgetragene Suprakonstruktion
K = Krone	T = Teleskopkrone
M = Vollkeramische oder keramisch	V = Vestibuläre Verblendung

Befunde für Festzuschüsse/Zuschussfestsetzung

Ihr Zahnarzt trägt in der Tabelle „II. Befunde für Festzuschüsse“ die Nummern der bei Ihnen vorliegenden Festzuschussbefunde ein. Die Nummern dienen der Prüfung und Festsetzung des Festzuschusses durch Ihre Krankenkasse.

Jeder Befund-Nr. ist ein Festzuschuss-Betrag zugeordnet. Die Beträge erhöhen sich um 20 Prozent bzw. 30 Prozent, wenn Sie in den letzten fünf bzw. zehn Jahren bei allen Kontrollterminen waren (Bonusregelung).

Bei Härtefällen, die die Regelversorgung in Anspruch nehmen, übernimmt die Krankenkasse die tatsächlichen Kosten.

Beispiel

In unserem Beispiel wird der Krone der Befund 1.1. zugeordnet.

Im Feld „Zahn/Gebiet“ findet sich die Zahnbezeichnung 16.

Da nur ein Zahn versorgt wird, erscheint hier die Ziffer 1.

Die Bewilligung der Festzuschüsse obliegt Ihrer Krankenkasse und erfolgt in Feld „IV. Zuschussfestsetzung“.

II. Befunde für Festzuschüsse			IV. Zuschussfestsetzung		Unfall oder Unfallfolgen/ Berufskrankheit		Interims	
Befund Nr. 1	Zahn/Gebiet	Anz. 3	Betrag Euro	Ct	Versorgungsleiden	Immedi	Immedi	Immedi
1.1	16	1						
vorläufige Summe								
Nachträgliche Befunde:								

Die Krankenkasse übernimmt die nebenstehenden Festzuschüsse, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Zahnersatz innerhalb von 6 Monaten in der vorgeesehenen Weise eingegliedert wird.

Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Hinweis:

% Vorsorge-Bonus ist bereits in den Festzuschüssen enthalten.

Es liegt ein Härtefall vor.

Kostenplanung und Ablauf

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

Die voraussichtlichen Gesamtkosten der Versorgung werden in der Tabelle „III. Kostenplanung“ eingetragen. Die Gesamtkosten setzen sich aus unterschiedlichen Einzelpositionen zusammen.

Das zahnärztliche Honorar für die Regelversorgung wird nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) berechnet. Unter „1. BEMA-Nrn.“ werden die einzelnen Leistungspositionen aufgeführt und unter „2. Zahnärztliches Honorar BEMA“ die Beträge dafür zusammengerechnet.

Das zahnärztliche Honorar für von der Regelversorgung abweichende Leistungen wird nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ermittelt und als Summe ausgewiesen („3. Zahnärztliches Honorar GOZ“). Hierbei handelt es sich um einen geschätzten Betrag, der sich nachträglich noch ändern kann, aufgrund von zum Zeitpunkt der Planung unvorhersehbaren Umständen. Dasselbe gilt auch für die unter „4. Material- und Laborkosten“ zusammengefassten zahn-technischen Kosten, da es materialbedingt zu Abweichungen kommen kann.

Der vom Zahnarzt datierte und unterschriebene Heil- und Kostenplan muss zusammen mit Ihrem Bonusheft der Krankenkasse zur Zuschussfestsetzung zugeleitet werden.

Grundsätzlich darf mit der Behandlung erst begonnen werden, nachdem die Krankenkasse den Zuschuss festgesetzt hat.

9 Versichertenanteil	
Gutachterlich befürwortet	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise
Datum/Unterschrift und Stempel des Gutachters	

Gutachten

Möglicherweise lässt Ihre Krankenkasse den Heil- und Kostenplan durch einen unabhängigen Gutachter überprüfen.

Der Gutachter vermerkt seine Beurteilung des Befundes und der Planung auf dem Heil- und Kostenplan. Das detaillierte Gutachten liegt der Krankenkasse vor.

Rechnungsbeträge

Die tatsächlich entstandenen Kosten trägt der Zahnarzt nach Abschluss der Behandlung in der Tabelle „V. Rechnungsbeträge“ ein.

Das Honorar für die Regelversorgungsleistungen wird aus der Kostenplanung übernommen und in Zeile 1 eingetragen.

Wenn zusätzliche Regelversorgungsleistungen während der Behandlung notwendig geworden sind (z. B. zusätzliche Provisorien), werden diese in Zeile 2 eingetragen.

Unter „ZA-Honorar GOZ“ in Zeile 3 werden über die Regelversorgung hinausgehende Leistungen unter Berücksichtigung des tatsächlichen Aufwandes summiert.

In der Zeile 4 stehen die Material- und Laborkosten des zahntechnischen Labors und in der Zeile 5 finden sich die Material- und Laborkosten, die in der Praxis entstanden sind (z. B. für Abformungen). Für diese Kosten erhalten Sie zusätzlich detaillierte Aufstellungen, aus denen die einzelnen Positionen hervorgehen.

V. Rechnungsbeträge (siehe Anlage)		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	Versandkosten Praxis		
7	Gesamtsumme		
8	Festzuschuss Kasse		
9	Versichertenanteil		
Gutachterlich befürwortet in <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise		Eingliederungsdatum:	

Unter „Versandkosten Praxis“ werden in Zeile 6 die Kosten für den Versand an das zahntechnische Labor aufgeführt.

Zieht man von der sich ergebenden Gesamtsumme (Zeile 7) den Festzuschuss der Kasse (Zeile 8) ab, ergibt sich der von Ihnen für die Behandlung zu zahlende Versichertenanteil, Ihr Eigenanteil (Zeile 9).

„Ihr Anteil an den Kosten“

Die Rechnungsbeträge können von der Kostenplanung abweichen.

Ihr Versichertenanteil (Eigenanteil) berechnet sich aus der Differenz zwischen den Gesamtkosten und den von der Kasse gezahlten Festzuschüssen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie als Patient, dass Sie die Zahnersatzversorgung wünschen, die auf dem HKP und dem Teil 2 des HKPs geplant ist, und über die entstehenden Kosten informiert wurden.

Im unteren Abschnitt des Teils 2 des HKPs erfolgt noch einmal eine ergänzende Information über die Kosten der Regelversorgung. Damit können Sie als Patient direkt vergleichen, wie viel Sie bei der tatsächlich geplanten Versorgung zuzahlen müssen und wie viel Sie bei der Wahl der Regelversorgung zu zahlen hätten.

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.

Noch Fragen offen?

Der Heil- und Kostenplan ist das Ergebnis der gemeinsamen Entscheidung von Zahnarzt und Patient. Wenn Sie einen Plan erhalten und ihn nicht wirklich verstanden haben oder ganz allgemein noch Klärungsbedarf haben, fragen Sie Ihren Zahnarzt oder dessen Praxisteam. Sie werden Ihnen gerne Auskunft geben.

Wenn Sie zusätzlich noch eine weitere Beratung wünschen, können Sie sich an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen wenden. Diese haben Beratungsstellen speziell zum Thema Zahnersatz eingerichtet. Bei Vorlage eines Heil- und Kostenplans erhalten Sie dort zu diesem eine unabhängige zweite Meinung. Weitere Informationen und Adressen der Beratungsstellen finden Sie unter www.zahnarzt-zweitmeinung.de.

Sie haben noch Fragen?

Weitere Informationen sowie Adressen und Telefonnummern der zahnärztlichen Beratungsstellen finden Sie im Internet unter

www.zahnarzt-zweitmeinung.de

In der KZBV-Informationsreihe für Patienten sind bereits erschienen:

- 1 Zahnersatz** Kosten – Therapien – Beratung
- 2 Zahnfüllungen** Was Sie als Patient wissen sollten (auch in türkischer und russischer Sprache)
- 3 Parodontitis** Erkrankungen des Zahnhalteapparates vermeiden, erkennen, behandeln
- 4 Gesunde Zähne für Ihr Kind** (auch in türkischer und russischer Sprache)

› Impressum

Herausgeber:
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)
Universitätsstr. 73, 50931 Köln
www.kzbv.de

Abdruck:
Mit freundlicher Genehmigung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hamburg.

Fotos:
fotoinfot - fotolia.com; O.K. - fotolia.com; patrisyu - fotolia.com; CC

Layout:
atelier wieneritsch

© KZBV, 2. Auflage – Köln, März 2015