



Allgemeines

Die Vergütungen der beruflichen Leistungen der Zahnärzte bestimmen sich nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Nach der GOZ darf eine Gebühr in der Regel zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen werden (Schwellenwert). Ein Überschreiten des Schwellenwertes bis zum Höchstsatz (3,5fach) ist zwar zulässig, muss aber in jedem Fall schriftlich in der Rechnung begründet werden.

Sofern ein Zahnarzt den Gebührenrahmen der GOZ überschreiten möchte, liegt es in Ihrem Ermessen, ob Sie dieser Honorarvereinbarung zustimmen. Die KVB kann entsprechend den geltenden Tarifbestimmungen jedoch nur Zuschüsse in der Höhe gewähren, die sich unter Anwendung der Sätze der GOZ ergeben.

Zuschüsse zu ambulanten zahnärztlichen Behandlungen

Die KVB zahlt zu Rechnungen für Zahn- und Mundbehandlung, Zahnersatz sowie Früherkennungsuntersuchungen/Vorsorgemaßnahmen und kieferorthopädischen Leistungen (KFO) inkl. zahntechnischer Leistungen 85%, zu Material- und Laborkosten sowie zu zahntechnischen Leistungen (ausgenommen KFO) 70% der Gebühren und Entschädigungen, die nach der GOZ/GOÄ angemessen sind.

Kostenvoranschläge bzw. Heil- und Kostenpläne

Die KVB empfiehlt, sich bei geplanter Durchführung von umfangreichem Zahnersatz und bei geplanter Implantatversorgung einen Kostenvoranschlag (Heil- und Kostenplan) erstellen zu lassen und diesen der zuständigen KVB-Bezirksleitung vor Beginn der Behandlung zur Prüfung vorzulegen. Ist hieraus ersichtlich, dass Leistungen in Ansatz gebracht werden sollen, die von der KVB nicht als zuschussfähig anerkannt werden können, werden Sie hierüber informiert und haben damit Gelegenheit, noch vor Behandlungsbeginn mit dem Zahnarzt über die Art der vorgesehenen Maßnahme und über die Kostenfrage zu sprechen.

Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen (TS 3.2)

Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen nach LT Nr. 03 110 zur Früherkennung und Vorsorge sind nach den hierzu ergangenen Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen zuschussfähig.

Kieferorthopädische Leistungen (TS 3.4)

Voraussetzung für die Bezuschussung einer kieferorthopädischen Behandlung ist die **Vorlage und Genehmigung eines Heil- und Kostenplans vor Beginn** der Behandlung bzw. vor einer Weiterbehandlung nach Ablauf des 4. Behandlungsjahres (ausgenommen Retention). Eine Genehmigung kann durch die KVB-Bezirksleitung nur erteilt werden, wenn die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Bei Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres nur bei Vorliegen schwerer Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern, oder wenn durch ein Gutachten bestätigt wird, dass:

- die Behandlung ausschließlich medizinisch indiziert ist und ästhetische Gründe ausgeschlossen werden können und
- keine Behandlungsalternative vorhanden ist und

- erhebliche Folgeprobleme bestehen, insbesondere bei einer craniomandibulären Dysfunktion.

Aufwendungen für Leistungen zur Stabilisierung der Zähne (Retention) sind bis zu zwei Jahre nach Abschluss der auf der Grundlage des Heil- und Kostenplans durchgeführten kieferorthopädischen Behandlung zuschussfähig.

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (TS 3.5)

Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen nach Abschnitt J der GOZ sind nur bei Vorliegen folgender Indikationen zuschussfähig:

- Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen (Myoarthropathien),
- Zahnfleischerkrankungen im Rahmen einer systematischen Parodontalbehandlung,
- Behandlungen mit Aufbissbehelfen mit adjustierten Oberflächen nach den Nrn. 7010 und 7020 GOZ,
- umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen oder
- umfangreiche Gebissanierungen.

Voraussetzungen für die Bezuschussung sind die Angabe der Diagnose und die Vorlage einer Kopie der zahnärztlichen Dokumentation nach Nr. 8000 des Gebührenverzeichnisses der GOZ.

Implantologische Leistungen (TS 3.6)

Aufwendungen für implantologische Leistungen (Abschnitt K der GOZ) einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen sind wie folgt zuschussfähig:

- für höchstens zwei Implantate je Kiefer – einschließlich vorhandener Implantate – ;
- für höchstens vier Implantate je Kiefer – einschließlich vorhandener Implantate – bei implantatbasiertem Zahnersatz im zahnlosen Ober- oder Unterkiefer, maßgeblich ist dabei der Zeitpunkt der Fixierung der Prothese
- ohne Beschränkung der Anzahl ausschließlich bei Vorliegen bestimmter Diagnosen (s. TS 3.6 lfd. Nr. 3).

Leistungsausschlüsse

Nicht zuschussfähig sind Aufwendungen für

- auf Verlangen des Versicherten erbrachte Leistungen,
- Leistungen, die weder im Gebührenverzeichnis der GOZ/ GOÄ enthalten sind und deren Vergütung abweichend von der GOZ in einem Heil- und Kostenplan schriftlich vereinbart wurden sowie
- Leistungen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen.

Sie finden diese Informationen auch im Internet unter www.kvb.bund.de.

Dieses Informationsblatt bietet einen Überblick über die tariflichen Leistungen. Für eine Bezuschussung maßgeblich sind allein die Bestimmungen des Tarifs der KVB (DS 115/V).

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB