

Vollkeramische Kronen, Teilkronen und Veneers im BEMA

1. Kronenversorgung

Nach § 12 Abs. 1 SGB V müssen die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Nach § 55 Abs. 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahn-technische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist.

2. Verblendkronen-Grenzen

Zur Regelversorgung gehören vestibuläre Verblendungen im Oberkiefer bis einschließlich Zahn 5, im Unterkiefer bis einschließlich Zahn 4. Im Bereich der Zähne 1 bis 3 umfasst die vestibuläre Verblendung auch die Schneidekanten.

Wünscht der Patient Verblendungen in darüber hinausgehenden Bereichen, also die Teil- oder Vollverblendung der Zähne 16 bis 18, 26 bis 28, 35 bis 38 und 45 bis 48 bzw. okklusale, palatale oder Vollverblendung bzw. *Vollkeramik* an den Zähnen 15 bis 25 und 34 bis 44, so ist dies möglich, sofern der Patient bereit ist, die hierfür entstehenden Mehrkosten zu übernehmen (§ 55 Abs. 4 SGB V, Ziffer 5 der Zahnersatz-Richtlinien).

3. Vollkeramische Kronen

Nach der Leistungsbeschreibung der BEMA-Nrn. 20a und 20b sind nur vollständig metallische Kronen und vestibulär verblendete Vollkronen

Vertragsleistungen der gesetzlichen Krankenkassen.

Vollkeramische Kronen stellen daher keine Regelversorgung, sondern eine gleichartige Versorgung dar. Das heißt, dass vollkeramische Kronen nach der GOZ-Nr. 2210 berechnet werden. Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung haben bei Versorgung mit Zahnersatz Anspruch auf eine befundbezogene Bezuschussung, sofern es sich bei der Therapieplanung (tatsächlich durchgeführte Versorgung) um eine anerkannte Methode (wie z. B. die vollkeramische Krone) in der GKV handelt. Bei der Versorgung mit einer vollkeramischen Krone erhält der Patient daher den Festzuschuss 1.1 und ggf. 1.3 für Kronen im Verblendbereich.

4. Vollkeramische Teilkronen

Nach der Leistungsbeschreibung der BEMA-Nr. 20c sind nur vollständig metallische Teilkronen Vertragsleistungen der gesetzlichen Krankenkassen (BEMA-Nr. 20c).

Vollkeramische Teilkronen stellen daher keine Regelversorgung, sondern eine gleichartige Versorgung dar. Das heißt, dass vollkeramische Teilkronen nach GOZ-Nr. 2220 berechnet werden. Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung haben bei Versorgung mit Zahnersatz Anspruch auf eine befundbezogene Bezuschussung, sofern es sich bei der Therapieplanung (tatsächlich durchgeführte Versorgung) um eine anerkannte Methode (wie z. B. die vollkeramische Krone) in der GKV handelt. Bei der Versorgung mit einer vollkeramischen Teilkrone im Seitenzahnbereich (Zähne 18 bis 14, 24 bis 28, 38 bis 34 und 44 bis 48) erhält der Patient daher den Festzuschuss 1.2. Hierfür ist im BEMA nur die metallische Teilkrone für den Seitenzahnbereich beschrieben. Bei der Versorgung der Frontzähne 13 bis 23 und 33 bis 43 erhält der Patient die Festzuschüsse 1.1 und 1.3. Dies ist der Fall, da die vollständig metallische Teilkrone nach BEMA-Nr. 20c nicht für die

Versorgung im Frontzahnbereich vorgesehen ist. Keramikteilkronen unterscheiden sich von einer Veneer- oder Keramikinlay-/onlay-/overlayversorgung dadurch, dass Teilkronen definitionsgemäß die Kaufläche, d. h. bei Frontzähnen die Schneidekante, in Gänze abdecken bzw. ersetzen.

5. Veneers an Front- und Seitenzähnen (auch Repositionsonlays etc.)

Veneers sind keine Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Wünscht der Patient Veneers, so muss § 8 Abs. 7 des Bundesmantelvertrages Zahnärzte (BMVZ) beachtet werden: „Im Übrigen darf der Vertragszahnarzt von einem Versicherten eine Vergütung nur fordern, ... wenn und soweit der Versicherte ausdrücklich verlangt, auf

eigene Kosten behandelt zu werden. Verlangt der Versicherte eine Behandlung auf eigene Kosten, soll hierüber vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Vertragszahnarzt und dem Versicherten getroffen werden; darin soll sich der Vertragszahnarzt den Wunsch des Versicherten, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen, bestätigen lassen.“

Für diese **Privatvereinbarung** stehen in allen Praxissoftware-Programmen geeignete Formulare zur Verfügung. Die Privatvereinbarung weist die zu berechnende private GOZ-Nummer auf, hier die GOZ-Nr. 2220 für übliche Frontzahnveneers oder eine analog gewählte Gebührennummer für nach § 6 Abs. 1 abzurechnende Zahnsegmentrestorationen.

Quelle:

Liebold/Raff/Wissing
„DER Kommentar zu BEMA und GOZ“

Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe GmbH
53721 Siegburg
www.bema-go.de

Liebold / Raff / Wissing B E M A + G O Z

DER Kommentar

Berechnung von vollkeramischen Kronen, Teilkronen und Veneers in der GOZ

1. Kronen und Teilkronen

Die Bewertung der Kronen erfolgt je nach der angewendeten Präparationstechnik nach den GOZ-Nrn. 2200, 2210 oder 2220:

GOZ-Nr. 2200: „Versorgung eines Zahnes oder Implantats durch eine Vollkrone (Tangentialpräparation)“. Für eine vollkeramische Krone scheidet diese Präparationsart und damit die Berechnung nach der GOZ-Nr. 2200 aus. Ausnahme: Alle implantatgetragenen Kronen – auch die vollkeramischen – müssen nach der GOZ-Nr. 2200 berechnet werden.

GOZ-Nr. 2210: „Versorgung eines Zahnes durch eine Vollkrone (Hohlkeh- oder Stufenpräparation)“. Dies ist die typische Berechnungsnummer für die vollkeramische Krone.

GOZ-Nr. 2220: „Versorgung eines Zahnes durch eine Teilkrone mit Retentionsrillen oder -kästen oder mit Pinledges einschließlich Rekonstruktion der gesamten Kaufläche, auch Versorgung eines Zahnes durch ein Veneer“. Keramikteilkronen und Veneers werden nach der GOZ-Nr. 2220 berechnet.

2. Keramik-Veneers der Frontzähne

Entsprechend der Leistungslegende der GOZ-Nr. 2220 sind Veneers den Teilkronen gleichgesetzt und werden (sofern sie nicht ausschließlich ästhetischen Zwecken dienen¹) nach der GOZ-Nr. 2220 berechnet

Unter Veneers (wörtlich: Furniere) versteht man in der Zahnheilkunde Verblendschalen aus Keramik, die zur sichtbaren Seite hin (in der Regel die Labialfläche, d. h. die der Lippe zugewandte Fläche) auf einen hierzu nach eigenen Präparationsregeln beschliffenen Zahn aufgebracht werden. Die Befestigung erfolgt hierbei mittels Adhäsivtechnik.

Bei der Präparation eines Zahnes für ein Veneer wird die Vorder- bzw. Außenfläche eines Zahnes bis hinein in den Zwischenzahnbereich (Ap- proximalbereich) flächig reduziert, sodass Platz geschaffen wird für die aufzuklebende Verblendschale. Die Reduktion der Vorderfläche soll in der Regel dergestalt erfolgen, dass der beschliffene Bereich noch von Schmelz umgeben ist, sodass bei der Adhäsivtechnik nicht auf den Vorteil des festen Schmelz-Veneer-Verbundes verzichtet werden muss.

Keramik-Veneers unterscheiden sich von Keramikteilkronen in der Front dadurch, dass Teilkronen definitionsgemäß die Kaufläche, d. h. bei Frontzähnen die Schneidekante, in Gänze abdecken bzw. ersetzen.

Veneers werden für die Versorgung im vorderen Bereich des Mundes (vor allem im Frontzahnbereich des Oberkiefers) verwendet. Indikationen für die Anwendung von Frontzahn-Veneers können unter anderem sein:

- das Schließen von unregelmäßigen Zahn- lücken (z. B. bei Diastema),
- die Korrektur von Ungleichmäßigkeiten im Verlauf des Frontzahnbildes (z. B. bei Nicht- anlagen, Zapfenzähnen, Stellungsanomalien, Größenanomalien),
- die Korrektur von Formveränderungen einzelner Zähne (z. B. bei Schmelzhypoplasien, nach Schmelzfrakturen und -absplitterungen),
- die Korrektur von Farbveränderungen einzelner Zähne (z. B. Dentalfuriose, im Rahmen von endodontischen Therapiemaßnahmen, flächige Entkalkungen).

Die Versorgung mit Veneers stellt eine bereits wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode dar. Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) hat zu den Veneers folgende Stellungnahme (V 3.0. Stand 2/01) veröffentlicht:

¹ In diesem Fall ist die Versorgung als Verlangensleistung gemäß § 2 Abs. 3 GOZ zu berechnen.

„Unter Keramik-Veneers versteht man Verblend-schalen (bzw. Teilkronen im Frontzahnbereich) aus keramischen Werkstoffen, die mittels Adhäsiv-Technik an der Zahnhartsubstanz befestigt werden. Die erforderlichen Materialien und Techniken entsprechen somit weitgehend denjenigen, die bei der Versorgung mit Keramik-Inlays verwendet werden.

Im Wesentlichen umfasst die Indikation des Keramik-Veneers die Versorgung im anterioren Bereich, z. B. bei Verfärbungen, Hypoplasien, bei einem Diastema oder bei entsprechenden kariösen Defekten.

Ästhetisch zufriedenstellende Resultate sind meist dann zu erwarten, wenn das Veneer zirkulär von Schmelz begrenzt wird. Um eine bestmögliche mikromechanische Retention mit Hilfe der Schmelz-Ätztechnik zu gewährleisten und um eine Irritation der Pulpa zu minimieren, soll bei der Präparation möglichst wenig Dentin freigelegt werden.

Klinische Langzeituntersuchungen, die eine fundierte Bewertung der Restaurationsart ‚Veneer‘ erlauben, vor allem hinsichtlich der Dauerhaftigkeit des ästhetischen Erscheinungsbildes, der durchschnittlichen Verweildauer im Mund oder bezüglich lokaler Nebenwirkungen (langfristige Reaktionen der Pulpa und des marginalen Parodontiums, Sekundärkaries usw.), wurden publiziert. Die labiale Verblendung anteriorer Zähne mit einem Keramik-Veneer kann damit heute als wissenschaftlich anerkannte definitive Restaurationsart bezeichnet werden.“

3. Funktionelle Zahnsegment-restaurationen (Okklusions-Onlays, Repositions-Onlays)

Wenn sich im Rahmen einer Funktionstherapie, die mittels nicht-invasiver reversibler Behandlungsmittel erfolgte (typischerweise sogenannte Knirscherschienen), herausstellt, dass die Okklusion bzw. die Kieferposition einen wesentlichen Anteil am Krankheitsgeschehen hat, und wenn dann nach erfolgreicher Funktionstherapie eine veränderte Kieferposition

und/oder ein Substanzdefizit oder Schäden im Bereich der Kauflächen verbleiben, dann bedarf es in diesen Fällen einer Wiederherstellung einer diese Kieferposition nun gleichmäßig abstützenden statischen und dynamischen Okklusion.

Dieses kann sowohl den Front- und Eckzahnbereich als auch den Seitenzahnbereich oder alle Bereiche eines oder beider Kiefer betreffen.

Geeignet ist dieses Verfahren insbesondere in Situationen, in denen die Zähne selbst an und für sich keinen Restaurationsbedarf bzw. intakte Restaurationen aufweisen, wo aber der Bedarf nach okklusaler Äquilibration bzw. Anpassung der Bisslage an die Gelenkfunktion besteht. Hierbei kommt in der Regel monolithisch verarbeitete Lithiumdisilikatkeramik zur Anwendung unter irreversibler Befestigung auf den zugrunde liegenden Zähnen mittels hochkomplexer Adhäsivtechnik.

Der therapeutische Aufbau individueller Front-, Eck- oder Seitenzahnführung im direkten Verfahren am Patienten oder im indirekten Verfahren („Repositions-Onlays“, „Repositions-Veneers“) stellt eine sehr spezielle, erst seit der Verfügbarkeit entsprechender Adhäsivtechnik und deren Materialien (geeignete Adhäsive, Kunststoffe, Keramiken) wirklich erfolgversprechende, praxisreife moderne Methode der Zahnheilkunde dar. Sofern die Behandlung auf der Grundlage einer minimalinvasiven Präparation der Seitenzähne erfolgte, heißen die Restaurationen Okklusions-Onlays (quasi minimalinvasive Teilkronen).

Der **therapeutische** Aufbau individueller Front-, Eck- oder Seitenzahnführung ist in der GOZ 2012 nicht beschrieben. (Die in ihrem Leistungsinhalt unverändert aus der GOZ von 1988 übernommene GOZ-Nr. 8090 beschreibt nur den diagnostisch kurzzeitigen probeweisen Aufbau von Führungsflächen.) Demnach ist beim therapeutisch dauerhaften Aufbau die Berechnung über das Analogieverfahren nach § 6 Abs. 1 GOZ anzuwenden. Es handelt sich um eine selbstständige zahnärztliche Leistung.

Selbstständige zahnärztliche Leistungen, die so wie die Zahnsegmentrestauration nicht in das

Gebührenverzeichnis GOZ aufgenommen sind, können entsprechend einer *nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung* des Gebührenverzeichnisses dieser Verordnung berechnet werden.

Geeignete Analognummern zu empfehlen, ist schwierig. Der tatsächlich gegebene Aufwand ist sowohl hinsichtlich der benötigten Zeit als auch des Materialeinsatzes und insbesondere des gegebenen Schwierigkeitsgrads abzubilden.

Quelle:

Liebold/Raff/Wissing
„DER Kommentar zu BEMA und GOZ“

Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe GmbH
53721 Siegburg
www.bema-goz.de

Liebold / Raff / Wissing B E M A + G O Z

DER Kommentar

Stand 2/2019