

VORSTANDSINFORMATION

Amtliches Mitgliederrundschreiben gemäß § 27 der Satzung der KZVLB



Land Brandenburg

Vorstand:
Dr. Eberhard Steglich, Vorsitzender
Rainer Linke, Stellvertretender Vorsitzender
Dr. Heike Lucht-Geuther, Mitglied

Hausanschrift:
Helene-Lange-Straße 4 - 5
14469 Potsdam
Tel.: 0331 2977-0,
Fax: 0331 2977-318
Internet: www.kzvlb.de
E-Mail: info@kzvlb.de

Bankverbindung:
Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
Kto-Nr.: 0 003 072 606, BLZ:30060601
IK: 210 500 766
IBAN: DE50 3006 0601 0003 0726 06
BIC: DAAEDEDXXX

Nr. 04/2017

An die
Zahnärztinnen und Zahnärzte
im Land Brandenburg

Potsdam, 24.02.2017

Sehr verehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

mit unserem Mitgliederrundschreiben informieren wir Sie über:

3.2.5 - Vereinbarung über die Änderung der Befundkürzel auf dem Heil- und Kostenplan für prothetische Leistungen

Anlagen

- Vereinbarung über die Änderung der Befundkürzel auf dem Heil- und Kostenplan für prothetische Leistungen sowie geänderter Heil- und Kostenplan, *Handbuch Rubrik III-3.1.5*

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Vorstand der KZVLB

Dr. Eberhard Steglich
Vorsitzender des Vorstandes

Rainer Linke
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes

Dr. Heike Lucht-Geuther
Mitglied des Vorstandes

VEREINBARUNG ÜBER DIE ÄNDERUNG DER BEFUNDKÜRZEL AUF DEM HEIL- UND KOSTENPLAN FÜR PROTHETISCHE LEISTUNGEN

Mit der Vorstandsinformation 24/2016 vom 23.12.2016 haben wir Sie darüber informiert, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die nach Einführung der einspannigen Adhäsivbrücke notwendigen Änderungen der Festzuschuss-Richtlinie mit Wirkung zum 02.12.2016 beschlossen hat.

Die KZBV hat hierzu mit dem GKV-Spitzenverband eine Vereinbarung über die Änderung der Befundkürzel auf dem Heil- und Kostenplan für prothetische Leistungen getroffen. Sie erhalten als Anlage die Vereinbarung vom 15.02.2017 sowie den Heil- und Kostenplan für prothetische Leistungen. Zu finden auch auf unserer Homepage im Handbuch der KZVLB, Rubrik III-3.1.5. Die Vereinbarung gilt ab 01.04.2017.

Altbestände des Heil- und Kostenplans, die noch nicht die neuen Befundkürzel beinhalten, können über den 01.04.2017 hinaus aufgebraucht werden.

Die Befundkürzel bei Adhäsivbrücken sollten auch jetzt schon auf den „alten“ Heil- und Kostenplänen verwendet werden, da sie bereits gelten.

Wir weisen darauf hin, dass das Befundkürzel „A = Adhäsivbrücke (Anker)“ bei der Therapieplanung nicht mit den Befundkürzeln „V“ oder „M“ kombiniert werden darf, da die Verblendung eines Flügels bei einer Adhäsivbrücke gemäß der Festzuschussrichtlinie zu Befund 2.7 nicht ansetzbar ist. Um Beachtung wird gebeten.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihre Ansprechpartnerinnen:

| | | |
|-------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|
| <i>Frau Schlomm</i> | <i>(Abr.-Nrn. 1-0 bis 1472-9)</i> | <i>Tel.: 0331 2977-102,</i> |
| <i>Frau More-Krüger</i> | <i>(Abr.-Nrn. 1473-0 bis 2737-9)</i> | <i>Tel.: 0331 2977-146,</i> |
| <i>Frau Stroißnig</i> | <i>(Abr.-Nrn. 2738-0 bis 89999-9)</i> | <i>Tel.: 0331 2977-178</i> |

Annett Klinder, Telefon: 0331 2977-304, annett.klinder@kzvlb.de

Vereinbarung

über die Änderung der Befundkürzel
auf dem Heil- und Kostenplan für prothetische Leistungen

zwischen der

Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Köln
und dem
GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin

Auf der Grundlage der §§ 82 Absatz 1, 87 Absatz 1 Satz 2 SGB V treffen die Vertragspartner folgende Vereinbarung:

Artikel 1
Änderung des Vordrucks „Heil- und Kostenplan“

Auf dem Heil- und Kostenplan Teil 1 für prothetische Leistungen werden folgende Befundkürzel in den Erläuterungen zu „Befund“ und „Behandlungsplanung“ geändert bzw. zusätzlich aufgenommen:

Befund:

- „a = Adhäsivbrücke (Anker)“
- „ab = Adhäsivbrücke (Brückenglied)“
- „aw = erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Anker)“
- „abw = erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Brückenglied)“.

Behandlungsplanung:

- „A = Adhäsivbrücke (Anker)“
- „ABV = Adhäsivbrücke (Brückenglied mit vestibulärer Verblendung)“
- „ABM = Adhäsivbrücke (Brückenglied, vollkeramisch oder keramisch vollverblendet)“.

Artikel 2
Übergangsregelung

Papiervordrucke von Heil- und Kostenplänen, die diese Änderungen noch nicht berücksichtigen und im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Vereinbarung bereits vorliegen, können aufgebraucht werden.

Artikel 3
Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt am 01.04.2017 in Kraft.

Köln, Berlin..... 15.02.2017



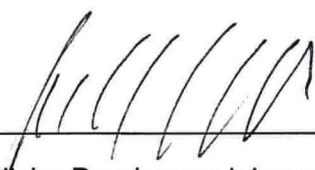
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung



GKV-Spitzenverband



Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung



Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Name der Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten
geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Vertragszahnarzt-Nr. VK gültig bis Datum

Erklärung des Versicherten

Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kosten der Regel-, der gleich- und andersartigen Versorgung sowie über den voraussichtlichen Herstellungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsland des Zahnersatzes _____ aufgeklärt worden und wünsche die Behandlung entsprechend dieses Kostenplanes.

Datum/Unterschrift des Versicherten

Lfd.-Nr.

Stempel des Zahnarztes

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

Der Befund ist bei Wiederherstellungsmaßnahmen nicht auszufüllen!

| Art der Versorgung | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|--------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| TP | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| R | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TP | | | | | | | | | | | | | | | | |

Bemerkungen (bei Wiederherstellung Art der Leistung)

II. Befunde für Festzuschüsse

Befund Nr. 1 Zahn/Gebiet 2 Anz. 3

IV. Zuschussfestsetzung

Betrag Euro Ct

Unfall oder Unfallfolgen/
Berufskrankheit

Interimsversorgung

Unbrauchbare
Prothese/Brücke/Krone

Versorgungsleiden

Immediatversorgung

Alter ca.

Jahre

NEM

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

Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Hinweis:

% Vorsorge-Bonus ist bereits in den Festzuschüssen enthalten.

Es liegt ein Härtefall vor.

Erläuterungen

Befund (Kombinationen sind zulässig)

- a = Adhäsivbrücke (Anker)
- ab = Adhäsivbrücke (Brückenglied)
- aw = emeuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Anker)
- abw = emeuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Brückenglied)
- b = Brückenglied
- e = ersetzter Zahn
- ew = ersetzter, aber emeuerungsbedürftiger Zahn
- f = fehlender Zahn
- i = Implantat mit intakter Suprakonstruktion
- ix = zu entfernendes Implantat
- k = klinisch intakte Krone
- kw = emeuerungsbedürftige Krone
- pw = erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten
- r = Wurzelstiftkappe
- rw = emeuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe
- sw = emeuerungsbedürftige Suprakonstruktion
- t = Teleskop
- tw = emeuerungsbedürftiges Teleskop
- ur = unzureichende Retention
- ww = erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung
- x = nicht erhaltungswürdiger Zahn
- xl = Lückenschluss

Behandlungsplanung:

- A = Adhäsivbrücke (Anker)
- ABV = Adhäsivbrücke (Brückenglied mit vestibulärer Verblendung)
- ABM = Adhäsivbrücke (Brückenglied, vollkeramisch oder keramisch vollverblendet)
- B = Brückenglied
- E = zu ersetzender Zahn
- H = gegossene Halte- und Stützvorrichtung
- K = Krone
- M = Vollkeramische oder keramisch voll verblendete Restauration
- O = Geschäube, Steg etc.
- PK = Teilkrone
- R = Wurzelstiftkappe
- S = implantatgetragene Suprakonstruktion
- T = Teleskopkrone
- V = Vestibuläre Verblendung

III. Kostenplanung

1 Fortsetzung Anz.

1 Fortsetzung Anz.

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

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

ja nein teilweise

Eingliederungsdatum:

Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes:

Der Zahnersatz wurde in der vorgesehenen Weise eingegliedert.

Datum/Unterschrift und Stempel des Gutachters

Datum/Unterschrift des Zahnarztes

Anschrift des Versicherten