

Handlungshilfe Zahnschäden

Stand: Dezember 2024

**Handlungshilfe für die Sachbearbeitung
zur Bearbeitung von Zahnschäden**

Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort	3
2	Schematischer Ablauf	4
3	Rechtsgrundlagen sowie Art und Umfang der Leistungen	5
4	Zahnärztliche Behandlungen	6
4.1	Bericht Zahnschaden.....	6
4.2	Konservierende, chirurgische und kieferorthopädische Leistungen	6
4.3	Prothetische Versorgung	6
5	Abgrenzung unfallabhängige Schäden/unfallunabhängige Schäden	6
5.1	Vorermittlungen	6
5.2	Kausalitätsprüfung.....	6
5.3	Kostenübernahme/Kostenaufteilung mit Sozialleistungsträgern.....	7
6	Vergütung und Abrechnung der zahnärztlichen Leistungen	8
6.1	Konservierend/Chirurgisch	8
6.1.1	Füllungen und Folgeschäden bei unfallbedingten Erstschäden	8
6.1.2	Wurzelkanalbehandlung	8
6.1.3	Professionelle Zahnreinigung	8
6.2	Kieferbruch.....	8
6.3	Bleaching	8
6.4	Kieferorthopädie	8
6.5	Parodontologie	10
6.6	Prothetik	10
6.7	Provisorium/Interimsprothese	11
6.8	Abweichungen vom Gebührenrahmen/Privatbehandlung	11
6.9	Außervertragliche Leistungen	12
6.9.1	Implantatversorgung.....	12
6.9.2	Veneer.....	14
6.9.3	Maryland-/Adhäsivbrücke	14
6.10	Ärztliche Leistungen von Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgen (MKG).....	14
6.11	Zahnärztliche Begleitleistungen	15
6.12	Zahlungsfrist.....	15
7	Erstattung bei Privatrechnungen	16
8	Zahnbehandlung in EU-Staaten	16
9	Zahnmedizinische Versorgung als Folge eines Arbeitsunfalls im Ausland	17
A 1	Abkürzungsverzeichnis.....	18
A 2	Fragen und Antworten (FAQ).....	19
A 3	Aufbau eines Zahnes.....	22
A 4	Zahnschemata Kind/Erwachsene	23

1 Vorwort

Zahnschäden, die durch Schul- /Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten verursacht werden, sind für die Sachbearbeitung bei den Unfallversicherungsträgern häufig eine Herausforderung. Die komplexen Abrechnungsregelungen und vielfältigen Fragestellungen rund um die Versorgung von Zahnschäden erfordern ein umfassendes Fachwissen.

Die Handlungshilfe wurde entwickelt, um Sachbearbeiter und Sachbearbeiterinnen, die mit der Zahnbearbeitung befasst sind, in der täglichen Praxis zu unterstützen.

Die dargestellten Versorgungsmöglichkeiten bei Unfällen mit Zahnverletzungen sind so vielfältig, dass es unmöglich ist, sie alle aufzuzeigen. Die Handlungshilfe bietet daher praktische Informationen über die relevanten Rechtsgrundlagen, die häufigsten Versorgungs- und Abrechnungsmöglichkeiten sowie deren Anwendung.

Das Ziel der Projektgruppe „Zahnschäden“ war es, Transparenz zu schaffen und der Sachbearbeitung dabei zu helfen, rechtssichere Entscheidungen zu treffen. Diese Handlungshilfe wurde von Experten aus der Praxis erarbeitet und basiert auf einem umfangreichen Fachwissen aus der täglichen Sachbearbeitung. Dabei stellt die Notwendigkeit auf Abrechnungsgrundlagen außerhalb des UV-Bereichs zurückgreifen zu müssen eine besondere Herausforderung dar. Einzelfälle werden diesbezüglich diskussionswürdig bleiben, bis ein einheitliches UV-Gebührenverzeichnis für alle Fallgestaltungen zur Verfügung steht.

Die Handlungshilfe ist eine Informationsquelle und Orientierungshilfe für die Sachbearbeitung, um die notwendige Klarheit bei der Bearbeitung von Zahnschäden zu schaffen.

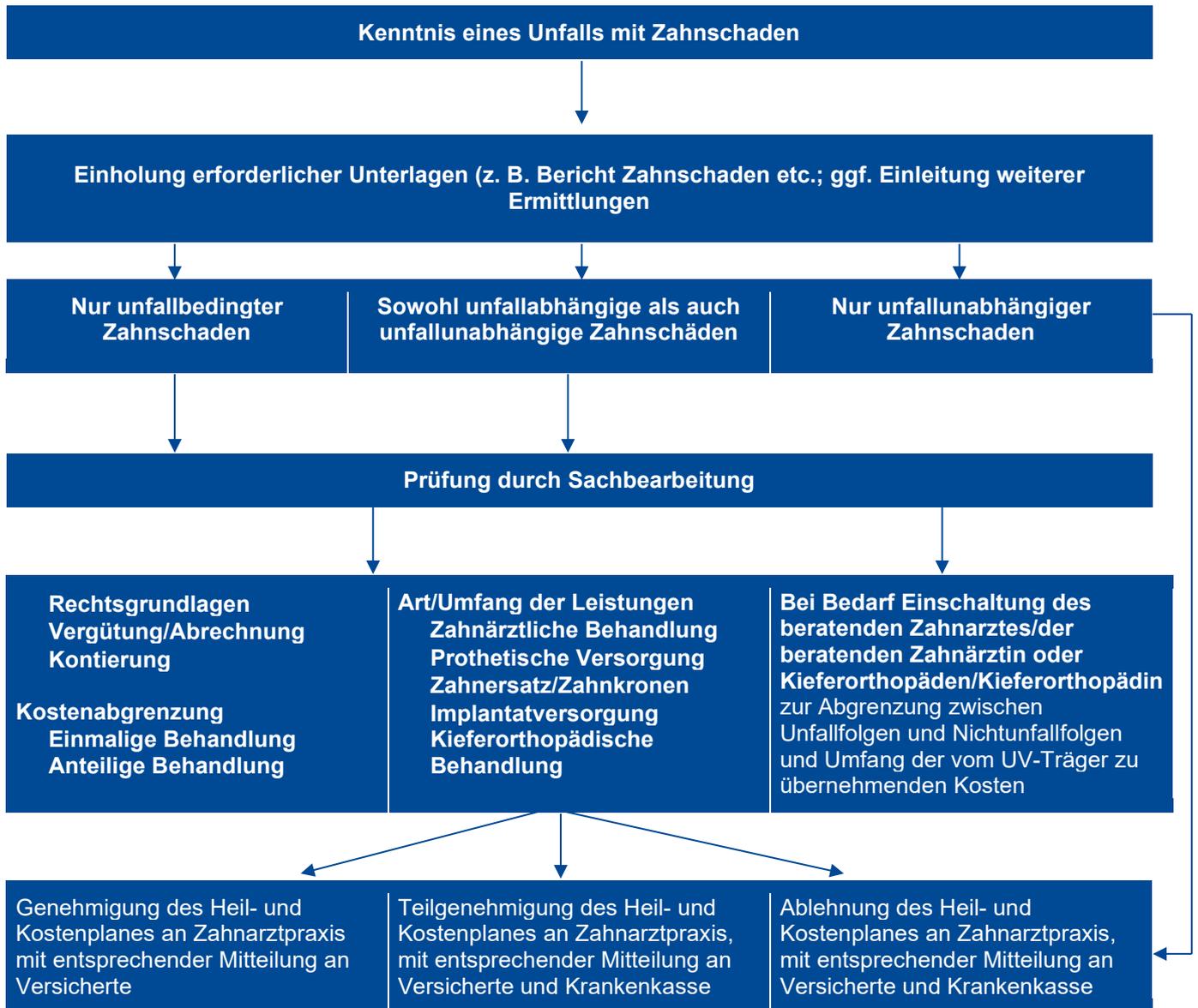
Die Handlungshilfe wird durch die Projektgruppe regelmäßig praxisgerecht weiterentwickelt.

Mitwirkende der Projektgruppe „Zahnschäden“ der DGUV

Diana Block (UKBW)
Christian Gentz (BGHW)
Anja Griebenow (GUVH)
Jessica Klimmek (GUVH)
Jennifer Laborge (BG BAU)
Lilian Mäscher (GUV OL)
Detlev Napp (UK RLP)
Britta Neteler (GUV OL)
Steffanie Seidel (UKB)
Beyhan Tan (UKBW)
Jenny Ulzheimer (UV Bund und Bahn)
Agathe Zylka (UK RLP)

Leitung und Koordination: Henning Wolff, GUV OL
Beratender Zahnarzt: Dr. Roland Böse; Winnenden

2 Schematischer Ablauf



3 Rechtsgrundlagen sowie Art und Umfang der Leistungen

Nach § 26 Abs. 2 Sozialgesetzbuch (SGB) VII erfolgt die zahnärztliche Behandlung im Bereich der Unfallversicherung **mit allen geeigneten Mitteln unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit (§ 69 SGB IV)**.

Grundlage für die zahnärztliche Versorgung in der gesetzlichen Unfallversicherung ist § 26 Abs. 2 Nr. 1 i. V. m. § 27 Abs. 1 Nr. 3 SGB VII, sowie das Abkommen zwischen der DGUV und SVLFG mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) über die „Durchführung der zahnärztlichen Versorgung von Unfallverletzten und Berufserkrankten“ (Abkommen) in der jeweiligen gültigen Fassung.

In diesem Abkommen wird der jeweilige gültige Punktwert für zahnärztliche Vergütung festgesetzt. In der Anlage 4 des Abkommens ist das Gebührenverzeichnis für die Versorgung mit Zahnkronen und Zahnersatz aufgeführt. Hier handelt es sich um vereinbarte Festbeträge. Hier findet der Punktwert keine Anwendung. Ebenfalls als Anlage ist der Bericht Zahnschaden mit der jeweiligen Gebühr enthalten.

Abhängig von der jeweiligen Versorgungsart gelten hinsichtlich des konkreten Erstattungsbetrags folgende Gebührenordnungen unverändert fort:

- **BEMA mit Zugriff auf GOÄ**
Diese Verordnung gilt insbesondere für die Zahnärztliche Versorgung nach dem SGB V (Krankenkassenrecht) sowie für die Abrechnung konservierend-chirurgischer Leistungen bei der Versorgung von Unfallverletzten und Berufserkrankten.
- **GOZ**
Die GOZ gilt für privat Zahnärztliche Versorgung (PKV und Beihilfe). In der UV ist sie für Behandlungen relevant, die nicht durch andere Gebührenordnungen abgedeckt sind.
- **GOÄ**
Einzelne Abschnitte der GOÄ gelten grundsätzlich für zahnärztlich-chirurgische Leistungen, die nicht in der BEMA oder GOZ enthalten sind.
- **UV-GOÄ**
Die UV-GOÄ ist eine spezielle Version der GOÄ für die Abrechnung der Behandlung Unfallverletzter oder Berufserkrankter. Sie ist über Ziffer 2.3 des Abkommens Grundlage der Abrechnung für Leistungen von Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen. Der Steigerungssatz findet hier keine Anwendung.
- **BEL und BEB für zahntechnische Leistungen** (Laborkosten)
Die BEL ist die Grundlage in der Regelversorgung in der GKV. Nach Ziffer 2.1 des Abkommens findet die BEL für die Vergütung zahntechnischer Leistungen Anwendung. Die BEB wird bei privat Zahnärztlicher Versorgung sowie bei gleichartigen und andersartigen Versorgungsleistungen in der GKV herangezogen.

Trotz oder gerade wegen der Vielzahl von Abrechnungsmöglichkeiten, sind Mischfälle leider nicht vermeidbar.

4 Zahnärztliche Behandlungen

4.1 Bericht Zahnschaden

Wegen der Folgen eines Versicherungsfalls erstattet der Zahnarzt/die Zahnärztin auf Anforderung des Unfallversicherungsträgers gem. § 201 SGB VII einen zahnärztlichen Bericht (A1162). Diese Auskunft wird gemäß der im Zahnärzteabkommen vereinbarten Gebühr vergütet.

4.2 Konservierende, chirurgische und kieferorthopädische Leistungen

Die konservierenden, chirurgischen und kieferorthopädischen Maßnahmen sind im Regelfall mit dem jeweils gültigen Punktwert nach BEMA abzurechnen.

Bei der Abrechnung ist immer zu überprüfen, ob die Leistungen nebeneinander berechnungsfähig sind, z. B. Nr. 01 nicht neben Ä1 oder Ä1 kann nur einmal mit Sonderleistungen im Quartal abgerechnet werden.

4.3 Prothetische Versorgung

Die prothetische Versorgung (Zahnersatz und Zahnkronen) und alle damit unmittelbar zusammenhängenden Leistungen werden vom Unfallversicherungsträger als Sachleistungen gewährt (§ 28 Abs. 3 SGB VII). Die gesamte Versorgung mit Zahnersatz ist dieser zahnärztlichen Behandlung zuzuordnen. Die Abrechnung erfolgt dem Abkommen entsprechend.

5 Abgrenzung unfallabhängige Schäden/unfallunabhängige Schäden

5.1 Vorermittlungen

- Einholung Datenübermittlung und Datenerhebung
- Anforderung aller zahnmedizinischen Unterlagen (Auszug Karteikarte, Röntgenbilder, Modelle etc.) bei Zahnärzten und Zahnärztinnen, Kieferorthopäden und Kieferorthopädinnen und Versicherten
- Vorerkrankungsverzeichnis von der Krankenkasse anfordern
- Anfrage bei der versicherten Person, ob weitere Unfälle mit Zahnschäden vorgelegen haben (privat oder beruflich)

5.2 Kausalitätsprüfung

- Auswertung aller Unterlagen
- ggfs. Einholung einer Stellungnahme bei dem beratenden Zahnarzt/der beratenden Zahnärztin bzw. dem Kieferorthopäden/der Kieferorthopädin
- haftungsbegründende/haftungsausfüllende Kausalität gemäß Arbeitsunfall Prüfschema prüfen
- Genehmigung/Teilgenehmigung/Ablehnung Heil- und Kostenplan

5.3 Kostenübernahme/Kostenaufteilung mit Sozialleistungsträgern

Im „Zahnärzteabkommen“ zwischen DGUV und KZBV ist unter Punkt 1.3 zum Vorgehen der Kostenaufteilung grundsätzlich folgendes geregelt:

In den Fällen, in denen die prothetische Versorgung sowohl unfallbedingte als auch unfallunabhängige Schäden betrifft und der Unfallverletzte/Berufserkrankte Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist, teilt der Unfallversicherungsträger dem Zahnarzt mit, in welcher Höhe er Kosten übernimmt. Die Krankenkasse erhält eine Durchschrift dieser Mitteilung unter Beifügung des Heil- und Kostenplanes.

Für die Praxis wird empfohlen, bei der unfallbedingten Erstversorgung eine einmalige vollständige Kostenübernahme durch den UV-Träger zu gewährleisten. Dabei gilt der Grundsatz, dass der Zustand, wie er beim Leistungsberechtigten vor dem Unfall bestand, wiederhergestellt wird. (siehe Ziffer 5 der FAQ)

Eine Ausnahme von dem oben genannten Grundsatz kann dann bestehen, wenn es zu einem späteren Zeitpunkt zu einer erneuten und/oder erweiterten prothetischen Versorgung kommt. In einem solchen Fall ist eine anteilige Aufteilung der Kosten möglich und zu prüfen.

Für die Prüfung einer möglichen Kostenaufteilung ist der Grund der zahnmedizinischen Versorgung wesentlich. Die hier erlangten Informationen sind wiederum wichtig für die Frage des zuständigen Kostenträgers (Unfallkassen, BG-en oder Krankenkassen) bzw. zu welchen Kostenanteilen, welcher Kostenträger leistungspflichtig ist.

Das Hinzuziehen eines beratenden Zahnarztes obliegt der Handlungsmaxime des einzelnen Unfallversicherungsträgers.

Mit der Krankenkasse wird eine Abstimmung hinsichtlich der Kostenaufteilung empfohlen. Eine Regelung mit den Krankenkassen, wonach die Unfallversicherungsträger zuerst in Vorleistung gehen müssen und erst anschließend einen Erstattungsanspruch geltend machen können, gibt es nicht. Eine verständige Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern ist deshalb anzustreben.

6 Vergütung und Abrechnung der zahnärztlichen Leistungen

6.1 Konservierend/Chirurgisch

6.1.1 Füllungen und Folgeschäden bei unfallbedingten Erstschäden

- Grundsätzlich nach BEMA
- Wiederbefestigung von Zahnfragmenten = 13 d BEMA oder 2120 GOZ im Einzelfall

6.1.2 Wurzelkanalbehandlung

- Grundsätzlich nach BEMA
- Nach GOZ nur nach vorheriger Genehmigung 2,3-fachen Faktor, bei der Abrechnung max. 3,5-fachen Faktor (personenbezogene und medizinische Begründung) übernehmen
- Grundsätzlich keine Kostenübernahme von Analogpositionen

6.1.3 Professionelle Zahnreinigung

- Übernahme nur im Rahmen einer Einzelfallentscheidung.

6.2 Kieferbruch

- Wenn D-Arzt besondere Heilbehandlung eingeleitet hat, auch besondere Heilbehandlung, wenn MKG-Chirurg die ärztliche Zulassung hat; ansonsten allgemeine Heilbehandlung (siehe Schaubild unter Pkt. 6.10)
- Schienentherapie grundsätzlich nach BEMA unter KBR K1-K7
- Klärung der Zulassung des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin (siehe Schaubild unter Pkt. 6.10)
- 8000er Positionen (GOZ) bei der Genehmigung bis zum 2,3-fachen Faktor und bei der Abrechnung bis zum 3,5-fachen Faktor mit personenbezogener und medizinischer Begründung übernehmen

6.3 Bleaching

- Internes Bleaching, Empfehlung pauschal bis zu 160,00 EUR pro Zahn inkl. Material und Labor
- Genehmigung HKP vorab
- Externes Bleaching wird nicht übernommen

6.4 Kieferorthopädie

Gemäß Abkommen über die Durchführung zahnärztlicher Versorgung werden kieferorthopädische Leistungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nach den Bestimmungen von BEMA ~~er~~berechnet. Danach erfolgt die Berechnung dieser Leistungsarten nach den Bestimmungen und Gebühren der GOZ.

Für unfallbedingte KFO-Behandlung muss ein kieferorthopädischer Behandlungsplan bzw. Kostenvoranschlag vor Behandlungsbeginn zur Überprüfung einer evtl. Kostenübernahme eingereicht werden.

In derartigen Fällen ist, zur Feststellung der unfallbedingten Anteile (%), der kieferorthopädische Beratungsarzt/die Kieferorthopädische Beratungsärztin hinzuziehen.

Sollten ausschließlich unfallbedingte Maßnahmen beantragt werden, z .B. das Offenhalten einer Lücke (mit loser Spange „Dehn-Platten“) oder das Öffnen einer Lücke mit Teil-Multiband (MB), dann kann selbstständig über eine Kostenübernahme entschieden werden, wenn der Ursachenzusammenhang gegeben ist.

Allgemeiner Hinweis:

Die kieferorthopädischen Leistungen bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erfolgen auf Grundlage der Gebührentarife der Angestellten-Ersatzkassen (BEMA) für Zahnärzte/Zahnärztinnen bzw. Kieferorthopäden/Kieferorthopädinnen (ab KIG-Stufe 3).

Sofern folgende Sachverhalte vorliegen

- KIG Stufe 1 bis 2 liegt vor
- Eine Einstufung nach KIG ist wegen der Kriterien des KIG noch nicht möglich
- Versicherter ist grundsätzlich privat versichert
- 18. Lebensjahr ist vollendet

kann der Kieferorthopäde/Kieferorthopädin einen GOZ-Plan erstellen.

In diesen Fällen kann der Kieferorthopäde/die Kieferorthopädin nur einen GOZ-Plan erstellen, da die gesetzliche Grundlage für eine Kostenerstattung der Gebührentarife der Angestellten-Ersatzkassen für Zahnärzte/Zahnärztinnen bzw. Kieferorthopäden/Kieferorthopädinnen nicht gegeben ist. In diesen Fällen muss und kann dann nur ein GOZ-Plan als Grundlage herangezogen werden. Das Verfahren für die Feststellung der unfallbedingten Anteile (%) bleibt gleich.

Die Honorarabsprache muss vor Einleitung der Behandlung zwischen dem zuständigen Unfallversicherungsträger und dem Kieferorthopäden vereinbart werden. Im Falle einer Kostenbeteiligung sollte in der schriftlichen Kostenzusage der Hinweise erfolgen, dass die Kostenbeteiligung nach 2.2 des Abkommens erfolgt. Die Aufklärung über Mehrleistungen erfolgt durch den Behandler. Die Mehrleistungen sind vom Versicherten zu tragen.

Die eingereichten GOZ-Rechnungen können in Höhe der Kostenbeteiligung (%) dann im Anschluss erstattet werden.

Arbeitsablauf zur Vorlage an den beratenden Kieferorthopäden:

Anforderung der diagnostischen Unterlagen (OPG, FRS & Auswertung, Modelle & Auswertung, Fotos).

HINWEIS: Die Kosten für die Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplanes werden einmalig von dem UV-Träger übernommen.

Die behandlungsrelevanten Unterlagen einschließlich des KFO-Planes müssen dann an den beratenden Kieferorthopäden/die beratende Kieferorthopädin mit konkreter Fragestellung übersandt werden.

Inhalt der Fragestellung:

1. Unfallhergang schildern
2. Unfallschaden und die bisherige Versorgung ausführlich darlegen
3. Gibt es Hinweise auf Kostenaufteilung?
4. Ist der KFO-Plan schlüssig/nachvollziehbar?
5. Sind die geplanten Behandlungskosten angemessen?

Nach Abschluss der Ermittlungen über die Kostenbeteiligung, sollte grundsätzlich der zuständige Kostenträger mit einbezogen werden, da dieser sich evtl. an den unfallunabhängigen Kosten beteiligt, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen dafür vorliegen.

So zum Beispiel:

- bei gesetzlich Versicherten unter 18 Jahren (KIG Stufe 3 bis 5) die GKV Krankenkasse
- bei gesetzlich Versicherten unter 18 Jahren (KIG Stufe 1+2) eventuelle private Zahnzusatzversicherungen.
- bei gesetzlich Versicherten nach Vollendung des 18. Lebensjahres eventuelle private Zahnzusatzversicherungen.
- bei privat krankenversicherten Patienten und/oder Beihilfeberechtigten die PKV/Beihilfe
- und andere Kostenträger, so zum Beispiel private Unfallversicherungen etc.

Im Anschluss an die Prüfung ist die Entscheidung des Unfallversicherungsträgers dem Versicherten sowie der Praxis mitzuteilen.

6.5 Parodontologie

Der Teil 4 der BEMA, d. h. die systematischen Behandlungen von Parodontopathien werden nicht übernommen, da es sich hierbei um unfallunabhängige, bakterielle Erkrankung des Zahnhalteapparates handelt, die somit keine unfallbedingte Maßnahme darstellen (siehe Ziffer 12 der FAQ).

6.6 Prothetik

Die zahnärztliche Vergütung (Honorar) für prothetische Behandlung erfolgt gemäß Abkommen und Gebührenverzeichnis „Versorgung der Unfallverletzten und Berufserkrankten mit Zahnersatz und Zahnkronen“.

Mit DGUV-Rundschreiben 0063/2012 vom 10.02.2012 und dem Rundschreiben der KZBV zu V4-Nr. 80 wurde ergänzend erläutert, dass die Gebührensätze 4 und 10 auch für vollverblendete Brücken und Kronen, Vollkeramikbrücken und auch alle Brücken und Kronen auf Implantaten anzuwenden sind. Eine alleinige Berechnung von Mehrkosten für die Vollverblendung ist nach den entsprechenden Gebührensätzen der GOZ dadurch ausgeschlossen.

Die mit den Angestellten-Ersatzkassen vereinbarten Vergütungen für zahntechnische Leistungen dienen lediglich als Orientierung. Entgegen der Regelung im Abkommen gibt es derzeit keine gültige Vereinbarung zwischen dem Verband deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI) und der DGUV.

Aus diesem Grund erfolgt die Kostenerstattung für Material- und Laborkosten auf Grundlage des Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnisses (BEL).

6.7 Provisorium/Interimsprothese

Abrechnung nach BU 3b bzw. 15 zzgl. Material- und Laborkosten. Bei einer Tragedauer von mehr als 3 Monaten nach GOZ siehe 6.8 (Langzeitprovisorium)

6.8 Abweichungen vom Gebührenrahmen/Privatbehandlung

Sollte es sich in begründeten Fällen (besondere Schwierigkeiten in der Durchführung der prothetischen Versorgung) ergeben, dass hinsichtlich des Honorars von der unter 2.1 genannten Gebührenregelung des Abkommens abgewichen werden muss, ist zwischen dem zuständigen UV-Träger und dem Zahnarzt/der Zahnärztin **vor** Einleitung der Behandlung eine Honorarabstimmung zu treffen. Wenn keine vorherige Honorarabstimmung erfolgt, kann **kein Rechtsanspruch** auf Vergütung abgeleitet werden.

Entsprechendes gilt für das zahnärztliche Honorar bei den Leistungen, die zur Heilbehandlung gem. § 26 Abs. 2 SGB VII gehören, aber nicht Bestandteil der Gebührenregelung des Abkommens Ziffer 2.1 sind.

Darunter gehören:

- Implantatversorgungen - bei der Genehmigung bis zum 2,3-fachen Faktor und bei der Abrechnung bis 3,5-fachen Faktor mit personenbezogener und medizinischer Begründung.
- Hiervon ausgenommen sind die Suprakonstruktion (Implantatkronen); diese sind nach dem Abkommen (z. B. Krone nach Ziffer 4a) abzurechnen.
- Sowie das Langzeitprovisorium (mind. 3 Monate Tragezeit) in Verbindung mit Implantation oder bis zum 20. Lebensjahr - im Einzelfall wird nach GOZ liquidiert.
- Die Funktionsanalyse (8000er-Positionen).

6.9 Außertragliche Leistungen

6.9.1 Implantatversorgung

Implantate sind Pfeiler aus körpverträglichem Titan, die die Zahnwurzel ersetzen. Als Alternative zu Titan kann Keramik verwendet werden. Auf der künstlichen Zahnwurzel wird eine Krone aus Metall-Keramik oder Keramik befestigt. (siehe Abbildung 1)

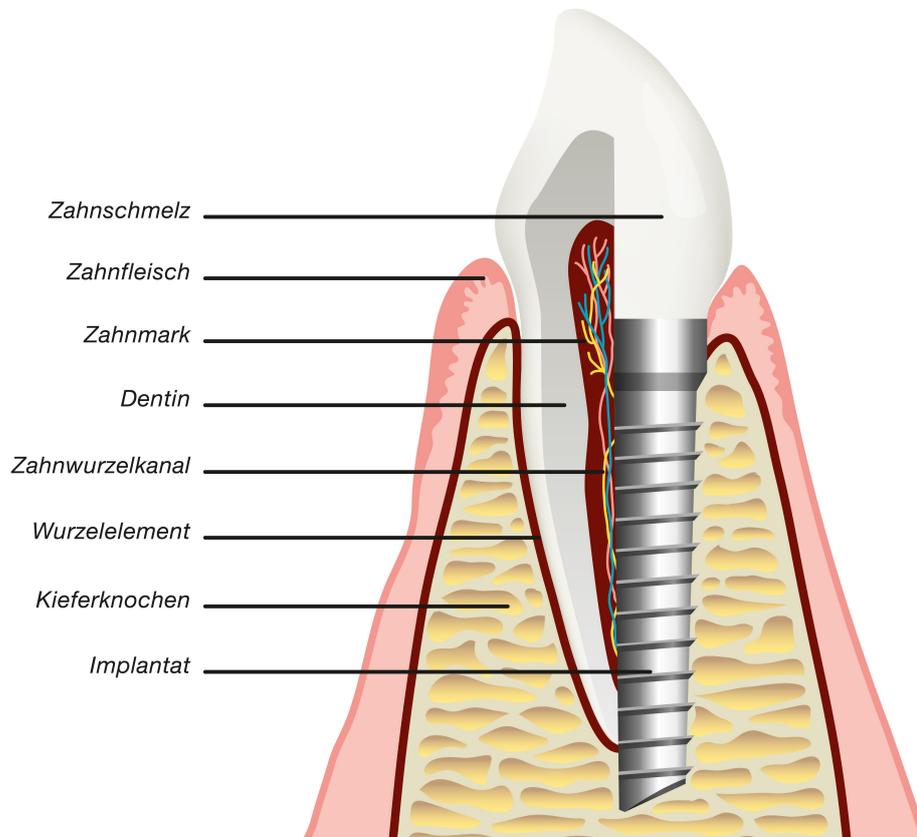


Abbildung 1 © Sven Bähren – stock.adobe.com

Implantat versus Brücke	
Vorteile	Nachteile
Ersatz von Zahn und Wurzel	Chirurgischer Eingriff nötig
Einzelstehende Zähne möglich	Evtl. längere Behandlungszeit
Strukturerhalt des Knochens	Höhere Kosten
Gute Verträglichkeit des Materials	Erfordert besonders gründliche Zahnpflege
Hohe Funktionalität und Ästhetik möglich	

In den letzten Jahren hat sich die Implantatversorgung zu einer zahnmedizinischen Standardversorgung etabliert, die in vielen Fällen zu funktionell und kosmetisch besseren Ergebnisse führt als eine

Versorgung mit herkömmlichem Zahnersatz. Soweit das im Einzelfall nachweisbar ist und keine Kontraindikationen vorliegen, kann eine Kostenübernahme wohl nicht abgelehnt werden (mit allen geeigneten Mitteln). Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkte (§ 69 SGB IV) dürfen nur dann eine Rolle spielen, wenn es eine im Ergebnis gleichwertige, kostengünstigere Alternativversorgung gibt.

Das Abkommen mit der KZBV über die Durchführung der zahnärztlichen Versorgung von Unfallverletzten und Berufserkrankten umfasst die gesamte vom Unfallversicherungsträger zur Verfügung zu stellende zahnärztliche Behandlung also auch die Versorgung mit Implantaten. Es fehlt hier lediglich eine detaillierte Vergütungsregelung, so dass gem. Ziffer 2.2 des Abkommens vor Beginn der Behandlung zwischen dem UV-Träger und dem Zahnarzt eine Honorarabsprache zu treffen ist. Diese erfolgt regelmäßig auf der Grundlage der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ):.

6.9.1.1 Wann ist eine Implantatversorgung medizinisch indiziert?

- Bei guter bis sehr guter Mundhygiene (API höchstens 30 %/PBI höchstens 20 %/PSI höchstens 2) unabhängig ob im Seitenzahnbereich oder Vorderzahnbereich
- Anamnese im Hinblick auf Implantatversorgung unauffällig
- Gesunde Nachbarzähne und parodontal intaktes Restgebiss
- Verankerung von herausnehmbarem oder feststehendem Zahnersatz bei zahnlosem OK oder UK

6.9.1.2 Kontraindikationen

- Vor Abschluss des Kieferwachstums, welches normalerweise mit frühestens des 18. Lebensjahr beendet ist. Da aber immer noch vertikale Wachstumsschübe im OK stattfinden können sollte zur Sicherheit das 21. Lebensjahr abgewartet werden.
- Erkrankung der Kieferknochen (z. B. Osteomyelitis)
- Pathologische Knochenbefunde (z. B. Zyste, Granulom) und Schleimhautbefunde (z. B. Lichen, Leukoplakie)
- Generalisierte Gebisschädigungen durch Karies/Parodontitis
- Alkohol-, Drogen- oder Nikotinmissbrauch
- Fortgeschrittene Stoffwechsel- oder Tumorerkrankungen
- Mangelnde Mitarbeit der Versicherten bei medizinischen Behandlungsmaßnahmen (Non-Compliance)

6.9.1.3 Kosten

Die Kosten für alle Behandlungsmaßnahmen können nach GOZ unter Zugrundelegung des 1,8- bis 2,3-fachen Faktors abgerechnet werden.

Der **Gebührenrahmen der GOZ** sieht höhere Steigerungssätze vor.

Die Kosten über den 2,3-fachen Faktor, höchsten jedoch bis zum 3,5-fachen Satz, können nur mit einer medizinischen, personenbezogenen Begründung übernommen werden.

Pauschalbegründungen sind nicht zu akzeptieren.

Anfallende Mehrkosten sind vom Versicherten zu tragen.

Ausnahme: Die Implantatinserterion (Einsetzen des Implantats in den Kieferknochen) nach Nr. 9010 GOZ kann bis zum 3,5-fachen ohne medizinisch, personenbezogene Begründung angesetzt werden.

Die Materialkosten für Implantate und Knochenersatz sind in voller Höhe zu übernehmen.

6.9.2 Veneer

Wird in begründeten Fällen analog nach Abkommen-Ziffer 4c (Teilkrone) und die Material- und Laborkosten werden ebenfalls analog nach den Richtlinien der BEL vergütet.

6.9.3 Maryland-/Adhäsivbrücke

Ausnahme:

Bei Versicherten im Alter zwischen 14 und 20 Jahren wird die Versorgung erstattet, um die Nachbarzähne nicht zu beschädigen.

Erstattung:

- Analog nach BEMA-Ziffer Nr. 93a/b (a=240 b=335 Punkte x Punktwert) zuzüglich Material- und Laborkosten nach der BEL. Ggf. muss ein Kostenvoranschlag oder eine fiktive Aufstellung nach der BEL angefordert werden.
- Sollte der GOZ-Plan geringer ausfallen, wird im Einzelfall nach GOZ übernommen.

6.10 Ärztliche Leistungen von Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgen (MKG)

Grundlage ist der Vertrag gem. § 34 Abs. 3 SGB VII zwischen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. (DGUV), Berlin, und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft (SVLFG), Kassel, einerseits

und

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, K.d.ö.R., (KBV), Berlin, andererseits über die Durchführung der Heilbehandlung, die Vergütung der Ärzte/Ärztinnen sowie die Art und Weise der Abrechnung der ärztlichen Leistungen (Vertrag Ärzte/Ärztinnen/Unfallversicherungsträger) in der aktuellen Fassung.

Die zahnärztlichen Leistungen der MKG-Chirurgen und Chirurginnen sind im o. g. Vertrag in § 53 geregelt.

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg (MKG) Abrechnung



Zuerst prüfen, ob der MKG-Chirurg/die MKG-Chirurgin eine ärztliche und/oder eine zahnärztliche Zulassung hat. Die Zulassung kann über die Internetseite der Kassenärztlichen Vereinigung (bitte jeweiliges Bundesland beachten) unter „Arztsuche“ überprüft werden.

Die Abrechnung erfolgt in der Reihenfolge:

- **UV-GOÄ** (Gebührenordnung für Ärzte/Ärztinnen - Gesetzliche Unfallversicherung-, mit Krankenhausnebenkostentarif), **-allgemeine Heilbehandlung-**
- **BEMA** (Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen),
- **GOZ** (Gebührenordnung für Zahnärzte),
- **GOÄ** (Gebührenordnung für Ärzte)

in der jeweils gültigen Fassung.

	UV-GOÄ	BEMA	GOZ	GOÄ
Nur ärztliche Zulassung	X		(X)	(X)
Nur zahnärztliche Zulassung		X	X	(X)
Doppelzulassung	X	X	X	X

(X) Nur bestimmte Positionen, die nicht in den anderen Abrechnungsgrundlagen vorhanden sind.

Bei zahnärztlicher Zulassung können bestimmte zahnärztliche Begleitleistungen nach der GOÄ abgerechnet werden.

Zur Abrechnung dieser Leistungen wird auf Punkt 6.2 des Handlungsleitfadens verwiesen.

6.11 Zahnärztliche Begleitleistungen

Verbindliche Regelung außerhalb des Abkommens mit der KZBV zur Anwendung Nr. 3 der allgemeinen Bestimmungen der BEMA:

Zahnärzte/Zahnärztinnen können Begleitleistungen (z. B. die Versorgung einer Platzwunde in Zusammenhang mit einem Zahnschaden), für die eine Vergütung im BEMA nicht enthalten ist, nach der GOÄ abrechnen. Zur Ermittlung der Bewertungszahl ist für 9 GOÄ-Punkte ein BEMA-Punkt anzusetzen. **Es wurde mit der KZBV in Abweichung zu dieser Regelung vereinbart, für jeweils 10 GOÄ-Punkte 1 BEMA-Punkt anzusetzen.**

Beispiel am Punktwert:

Nr. 2001 GOÄ: Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Naht = 130 GOÄ-Punkte

130 GOÄ-Punkte geteilt durch 10 = 13 BEMA-Punkte

6.12 Zahlungsfrist

Zahlung der Rechnung innerhalb von 4 Wochen (vgl. Ziffer 2.6 des Abkommens). Ist eine abschließende Klärung innerhalb dieser Frist nicht möglich, so ist der ggf. unstreitige Betrag vorab auszuführen, sofern er nicht weniger als 200,00 EUR beträgt.

7 Erstattung bei Privatrechnungen

Grundsätzlich besteht kein Rechtsanspruch auf Erstattung der Kosten für prothetische Versorgung ohne vorherige Genehmigung des UV-Trägers. Eine eventuelle Kostenbeteiligung erfolgt im Rahmen einer Einzelfallentscheidung.

- Sachverhalt 1: Die privat versicherte Person erhält den erstattungsfähigen Anteil nach dem Abkommen (fiktiv oder prozentual), sofern sie in Vorleistung getreten ist.
- Sachverhalt 2: Die privat versicherte Person, ist nicht in Vorleistung getreten, Rechnung an Zahnarzt/Zahnärztin bzw. Versicherten zurück – Abrechnung nach Abkommen mit UV-Träger, Erstattung an den behandelnden Zahnarzt/der behandelnden Zahnärztin nach Rechnungserhalt in genehmigter Höhe/nach Abkommen.
- Sachverhalt 3: Die gesetzlich versicherte Person ist für Kosten außerhalb der Regelversorgung nicht in Vorleistung getreten, insgesamt wie Sachverhalt 2.
- Sachverhalt 4: Die gesetzlich versicherte Person ist für Kosten außerhalb der Regelversorgung in Vorleistung getreten, Kostenübernahme nur in Höhe des Abkommens.

8 Zahnbehandlung in EU-Staaten

Grundsätzlich ist eine Trennung zwischen unfallbedingten und unfallfremden Kosten vorzunehmen. Die unfallbedingten Kosten trägt der UV-Träger in der Regel in voller Höhe für die erforderliche Zahnbehandlung nach zahnärztlicher/beratungsärztlicher Feststellung des Umfangs und der Art der gebotenen Versorgung.

Das SGB VII kennt für die UV-Träger keine der Norm des § 13 SGB V entsprechende Vorschrift des Kostenersatzes auf die sich die gesetzlichen Krankenkassen bei ihrer Kostenerstattung bezieht.

Fraglich ist, ob die Sachleistung der zahnärztlichen Behandlung wirksam im Ausland erbracht werden kann - **ohne** dass es sich um einen Anwendungsfall des Auslandsrechtes handelt (Sachleistungsaushilfe im Ausland).

Besondere Beachtung findet dabei zudem das europäische Recht in den Mitgliedsstaaten der EU sowie den sozialversicherungsrechtlich diesen gleichgestellten Staaten des Europäischen Wirtschaftsraumes und der Schweiz.

Mit Urteil vom 21.3.2002 hat das LSG Baden-Württemberg den Sachverhalt der Zahnbehandlung im europäischen Ausland entschieden – vgl. hierzu VB 020/2003.

Demzufolge besteht dem Grunde nach für Versicherte ein Anspruch auf Kostenübernahme der Behandlungskosten im Ausland - eine Beschränkung auf eine inländische Behandlung ist nicht zulässig. Hauptgrund war damals bereits der Gedanke der europäischen Wettbewerbsfreiheit innerhalb der Mitgliedsstaaten der EU.

Mit Rundschreiben VB 045/2003 wurde dann ergänzend die ergangene Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Unfallversicherung bekanntgegeben.

Demzufolge bestätigt der EuGH in seinem Urteil vom 13.5.2003 die prinzipielle Zulässigkeit der selbstbeschafften Sachleistungen im Ausland. Nationale Genehmigungsvorschriften sind im ambulanten

Bereich grundsätzlich europarechtswidrig – im stationären Bereich hingegen können solche Regelungen, insbesondere im Hinblick auf das SAV-Verfahren, zulässig sein.

Das bedeutet, wenn eine versicherte Person ambulante Zahnbehandlung im Ausland wünscht bzw. beantragt so ist diese **dem Grunde nach zu bewilligen**.

Eine Beschränkung der Leistungshöhe besteht auf die Obergrenze der Kosten für eine inländische Behandlung - dies wurde auch in der Rechtsprechung so festgehalten. Der Wunsch zur Auslandsbehandlung muss **vorher angezeigt werden** - es muss vorab eine Kostenprüfung nach inländischem Maßstab erfolgen können. Eine rückwirkende Anzeige nach Abschluss der Behandlung durch den Versicherten ist **nicht akzeptabel** und verstößt gegen das pflichtgemäße Auswahlermessen bei der Erbringung der Heilbehandlung durch den UV-Träger.

Die o. g. Ausführungen gelten **nicht** für Behandlungen außerhalb der EU bzw. der sozialversicherungsrechtlich gleichgestellten Staaten (insbesondere der Schweiz).

Zur Prüfung der Heil- und Kostenpläne ist die Verbindungsstelle einzuschalten.

9 Zahnmedizinische Versorgung als Folge eines Arbeitsunfalls im Ausland

Hier wird auf den Workflow „Sachleistungsaushilfe Ausland“ der Verbindungsstelle im UV-NET verwiesen.

[UV-NET Workflow Sachleistungsaushilfe Ausland](#)

A 1 Abkürzungsverzeichnis

API	Approximal Plaque Index
BEB	Bundeseinheitliche Benennungsliste
BEL	Bundeseinheitliches Leistungsverzeichnis
BEMA	Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen
BU-Verzeichnis	Verzeichnis für Berufserkrankte und Unfallverletzte
CMD	Cranio-Mandibuläre-Dysfunktion
D-Arzt	Durchgangsarzt
Devital	abgestorbener Zahnnerv
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
EuGH	Europäischer Gerichtshof
FRS	Fernröntgenseitenbild
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
HKP	Heil- und Kostenplan
KBR	Kieferbruch
KFO	Kieferorthopädie
KIG	Kieferorthopädische Indikationsgruppe
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
LSG	Landessozialgericht
LZP	Langzeitprovisorium
MB	Multiband
MKG	Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie
NEM	Nichtedelmetalllegierung
OK	Oberkiefer
OPG	Orthopantomogramm
PA	Parodontologie/Parodontitis
PBI	Papillen Blutungs Index
PKV	Private Krankenversicherung
PSI	Parodontaler Screening-Index
PZR	Professionelle Zahnreinigung
SAV	Schwerstverletzungsartenverfahren
SGB	Sozialgesetzbuch
SVLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
UK	Unterkiefer
UV	Unfallversicherung
VDZI	Verband deutscher Zahntechniker-Innungen
ZE	Zahnersatz

A 2 Fragen und Antworten (FAQ)

1. Werden alle Kosten übernommen?

Unter bestimmten Umständen kann es dazu kommen, dass der/die Versicherte einen Eigenanteil zu leisten hat. Dies ist dann der Fall, wenn die Leistungen auf der Grundlage der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte/Zahnärztinnen (GOZ) erbracht werden und der/die Versicherte sich mit der Abrechnung nach privaten Gebührensätzen einverstanden erklärt hat (Privatbehandlungsvertrag). Erfolgte die Abrechnung allerdings nach den für die UV geltenden Bestimmungen, entsteht dem/der Versicherten kein Eigenanteil.

2. Werden Folgekosten übernommen?

Später entstehende Zahnbehandlungskosten werden, soweit sie auf den Unfall zurückzuführen sind, ebenfalls im Rahmen bestehender Abkommen übernommen.

3. Sind nach Implantatversorgung die Kosten für Recalls (Kontrolluntersuchungen) zu übernehmen?

Nur im Einzelfall zur Sicherung des Behandlungserfolges und Vermeidung von Folgekosten.

4. Sind Kosten für aufwändige diagnostische Verfahren (DVT) zu übernehmen?

Das zweidimensionale Betrachten eines OPG kann vor allem im UK Überraschungen bereithalten. Es kann zu Fehlinterpretationen des Knochenangebotes kommen mit der daraus resultierenden Komplikation. Auch kann die Nähe zur Nervus alveolaris inferior sicher bestimmt werden. Daher sind die Kosten für das DVT zu übernehmen.

5. Wann ist eine einmalige Versorgung zu Lasten des UV-Trägers vorzunehmen und Übernahme von Folgebehandlungen abzulehnen?

In den Fällen, in denen der vorhandene Zahnersatz, KFO-Apparatur beschädigt wurde und mit einer einmaligen Versorgung der Zustand wie vor dem Unfall - ohne weitere Schädigung der Zahnschubstanz - wieder hergestellt ist.

6. Für welche Zähne besteht kein Anspruch auf Kostenübernahme für Verblendungen?

- Oberkiefer: ab Zahn 16 und 26
- Unterkiefer: ab Zahn 35 und 45

7. Wann können Kosten für Edelmetalllegierungen übernommen werden?

Wenn Versicherte früher bereits entsprechend versorgt waren oder bei nachgewiesenen Allergien.

8. In welchen Fällen ist eine Kostenübernahme für funktionsanalytische Maßnahmen (Ziffern 8000 ff. GOZ) gerechtfertigt?

- Störung der Okklusion (z. B. Kieferbruch)
- Funktionsstörung des Kausystems (Craniomandibuläre Dysfunktion)

9. Wie lautet der aktuelle Punktwert?

Wird regelmäßig angepasst:

Punktwert 2024 = **1,47**

Punktwert 2023 = **1,41**

Punktwert 2022 = **1,36**

Punktwert 2021 = **1,36**

Punktwert 2020 = **1,32**

UV-NET: https://uv-net.dguv.de/portale/rehabilitation-und-entschaedigung/verguetung_leistungserbringer/zahnaerzte/index.jsp

10. Verfällt der Leistungsanspruch des Versicherten auf unfallbedingte Behandlung?

Es gibt grundsätzlich keine zeitliche Beschränkung der Leistungspflicht des Unfallversicherungsträgers für **unfallbedingte** Behandlung (ein Leben lang).

11. Wie erfolgt die Abrechnung bei einem privat Krankenversicherten?

Bei unfallbedingter Behandlung gelten die gleichen Abrechnungsgrundlagen wie für gesetzlich Krankenversicherte. Mehrkosten sind wie beim Kassenpatienten auch separat schriftlich zu vereinbaren und selbst zu tragen.

12. Welche Kosten werden in der Regel nicht übernommen?

- Sportschutzschienen
- Externes Bleaching
- Professionelle Zahnreinigung
- Systematische Behandlungen von Parodontopathien (PA-Behandlung)
- GOZ-Leistungen größer als Faktor 3,5

13. Welche Kosten können im Rahmen einer Einzelfallentscheidung übernommen werden?

- Bei einer Wurzelrevision: GOZ 2400, 2420 bis 2,3-fachen Satz
- Internes Bleaching
- Veneer/Keramikschale
- Analog-Positionen aus der GOZ

14. Wie lange ist die schriftliche Kostenzusage gültig?

Die Kostenzusage ist für ein Jahr zu empfehlen.

15. Gibt es für die Beantragung von unfallbedingtem Zahnersatz seitens des UV-Trägers Vordrucke?

Nein, Beantragung in freier Form, jedoch nach den Ziffern des Abkommens.

Seit dem 01.01.2023 ist aufgrund der Digitalisierung, die ursprüngliche Papierform des Heil- und Kostenplans weggefallen.

16. Wird bei der Beantragung der prothetischen Versorgung die Laborkostenaufstellung benötigt?

Nein, nicht zwingend erforderlich, beim Antrag werden die Material- und Laborkosten nur geschätzt.

17. Wie beantragt der Zahnarzt den Zahnersatz und wo findet er das?

Der Zahnersatz wird mit einem HKP mit den Abkommen-Ziffern beantragt.

[UV-NET: Vergütung von Leistungserbringern: Zahnärzte](#)

18. Welcher Zahnersatz wird bei Kindern und Jugendlichen übernommen?

Adhäsivbrücke/Marylandbrücke, Langzeitprovisorium, wenn kein Füllungsaufbau mehr möglich ist.

19. Wie wird die konservierende Versorgung abgerechnet?

Nach BEMA mit dem jeweils aktuellen Punktwert.

20. Werden die Kosten einer Zahnrettungsbox übernommen?

Ja, wenn Sie als Folge eines Arbeits-/Schulunfalls zum Einsatz gekommen sind und der herausgebrochene Zahn damit schnellstmöglich zum behandelnden Zahnarzt gelangt. Vorlage Rechnung der Neubeschaffung einer Zahnrettungsbox.

A 3 Aufbau eines Zahnes

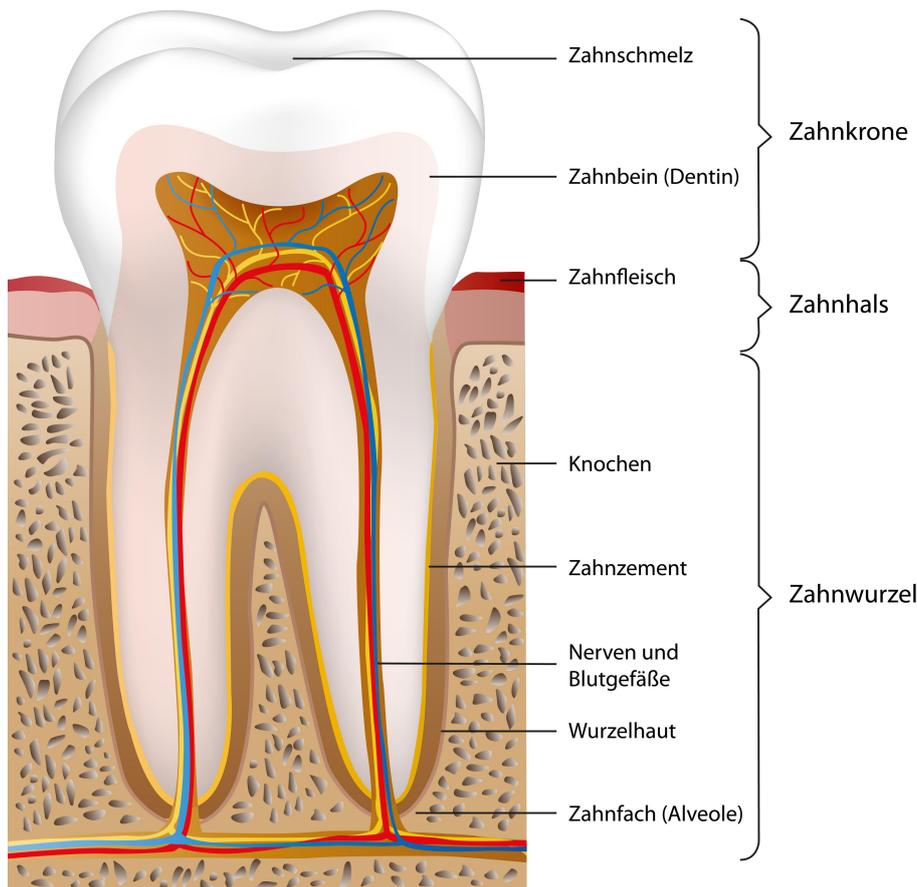


Abbildung 2 - © bilderzweig – stock.adobe.com

Nach der äußeren Gestalt des Zahnes unterscheidet man die Zahnkrone von der Zahnwurzel. Die Zahnkrone ist der sichtbare Teil des Zahnes; ihr unterer Rand ist von Zahnfleisch fest umgeben. Die Zahnwurzel ist im Kieferknochen verankert und sorgt im Zusammenspiel mit dem Zahnhalteapparat für den stabilen Halt des Zahnes. Kleinere Zähne sind mit jeweils einer einzigen Wurzel ausgestattet. Nur die großen Backenzähne, die die stärkste Kaubelastung aushalten müssen, haben mehrere Wurzeln.

Jede Zahnkrone ist schichtweise aus verschiedenen Komponenten aufgebaut. Die äußere Schicht der Zahnkrone besteht aus Zahnschmelz, der das Innere der Krone schützt. Er ist nicht nur die härteste Substanz des Körpers, er ist auch einmalig: Zahnschmelz wächst nicht nach. Er besteht fast nur aus dem Mineral Kalziumphosphat (Hydroxylapatit) und Spurenelementen wie Magnesium und Fluor.

Unterhalb des Zahnschmelzes liegt das Zahnbein (das Dentin), das sich bis zur Wurzelspitze (Apex) erstreckt. Zahnbein ist härter als Knochengewebe, aber elastisch und wird bis ins hohe Alter immer wieder neu gebildet. In feinen Dentinkanälchen (Tubuli) befinden sich Nervenfasern und Wasser (Dentiniquor).

Das Zahnmark (die Pulpa) besteht aus Blutgefäßen, Nervenbahnen, Bindegewebe und Zellen zur Bildung von Zahnbein. Das relativ weiche Zahnmark liegt in einem Hohlraum im Inneren des Zahnes - der Pulpahöhle - und versorgt das Zahnbein mit Nährstoffen. Die Nerven leiten Reize wie Hitze oder Kälte weiter. Das Zahnmark ist über den Blutkreislauf mit dem gesamten Organismus verbunden.

A 4 Zahnschemata Kind/Erwachsene

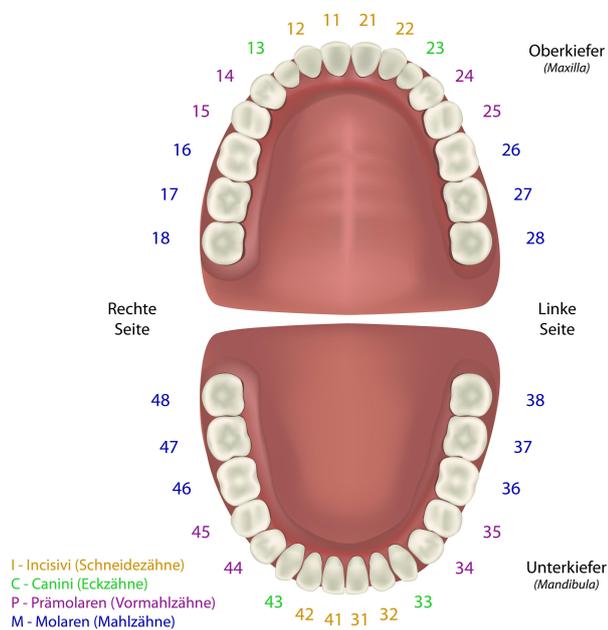


Abbildung 3: Zahnschema Erwachsene
© Bilderzwerk – stock.adobe.com

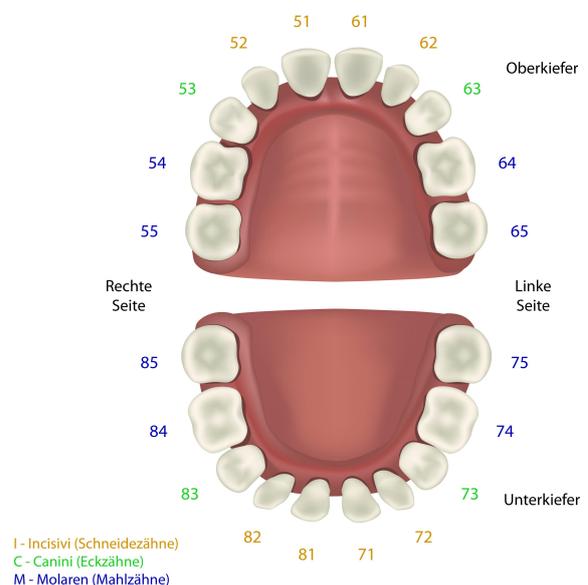


Abbildung 4: Zahnschema Kind -
© Bilderzwerk – stock.adobe.com

Beginnend bei den Schneidezähnen erhalten die Zähne ihre Bezeichnung als Ziffer. Der obere mittlere Frontzahn im rechten Oberkiefer ist der Zahn 1 (mit Quadrantenziffer 1-1), sein Nachbar auf der linken Seite hat die Ziffer 1 (mit Quadrantenziffer 2-1). Fortlaufend wird die Zahnreihe von vorne nach hinten durchnummeriert. Die seitlichen Schneidezähne haben immer die Zahnnummer 2, die Eckzähne immer Zahnnummer 3 bis hin zu den Weisheitszähnen, die als letzte in der Reihe immer die Nummer 8 (sofern vorhanden) haben.

Die Position der Milchzähne wird nach dem gleichen Prinzip bezeichnet, nur die Quadrantenbenennung unterscheidet sich: Es wird die Nummerierung Quadrant 5 bis 8 angewandt. Der rechte Eckzahn im Oberkiefer ist im Milchgebiss dann die 5-3 (statt 1-3). Da Kinder nur 20 Milchzähne besitzen, ist der letzte Zahn im Zahnbogen die Nummer 5.

Bildnachweis

Die gezeigten Bilder wurden freundlicherweise zur Verfügung gestellt von:

Abbildung 1 – Copyright © Sven Bähren – stock.adobe.com

Abbildung 2 – Copyright © Bilderzweig – stock.adobe.com

Abbildung 3 – Copyright © Bilderzweig – stock.adobe.com

Abbildung 4 – Copyright © Bilderzweig – stock.adobe.com

Herausgeber

Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung e.V. (DGUV)

Glinkastraße 40

10117 Berlin

Telefon: 030 13001-0 (Zentrale)

Fax: 030 13001-9876

E-Mail: info@dguv.de

Internet: www.dguv.de