

Vordruck 3a - Heil- und Kostenplan Teil 1

Vordruck 3b - Heil- und Kostenplan Teil 2

Erläuterungen und Ausfüllhinweise zum Heil- und Kostenplan

Vorwort

1. Die Ausfüllhinweise beziehen sich auf den nach der Vereinbarung zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband nach § 87 Absatz 1a SGB V über die Versorgung mit Zahnersatz festgelegten Heil- und Kostenplan (Teil 1 und Teil 2/Vordruck 3a und 3b).
2. Der Heil- und Kostenplan/Teil 1 (Vordruck 3a) ist mit Blindfarbe bedruckt und maschinenlesbar gestaltet.
3. Teil 2 ist nicht maschinenlesbar.

Aufklärungspflicht des Zahnarztes gegenüber dem Patienten

Der Zahnarzt hat den Patienten vor Erstellung des Heil- und Kostenplans über folgendes aufzuklären:

- Befund und Indikation für die Behandlung
- Behandlungsalternativen
- voraussichtliche Behandlungskosten
- voraussichtlicher Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes (als Herstellungsort wird für das Inland der Buchstabe „D“ dem Ortsnamen vorangestellt, bei Herstellung im Ausland ist der Landesname anzugeben)

Einzuhaltendes Verfahren

Sowohl in Fällen der Regel-, gleich- als auch andersartigen Versorgung ist zu beachten:

- Nach dem Gesetz darf der Zahnarzt keine Gebühr für die Planung oder Erstellung des Heil -und Kostenplans vom Versicherten verlangen.
- Der Heil- und Kostenplan (Teil 1 und Teil 2/Vordruck 3a und 3b) hat die Gesamtplanung zu enthalten.
- Der Heil- und Kostenplan (Teil 1 und Teil 2/Vordruck 3a und 3b) ist vor Beginn der Behandlung der Krankenkasse vorzulegen. Die Krankenkasse prüft den Heil- und Kostenplan insgesamt. Die Krankenkasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen. Ohne vorherige Bewilligung der Krankenkasse erhält der Versicherte keinen Festzuschuss. Für Wiederherstellungen/Erneuerungen können gesamtvertragliche Vereinfachungen des Bewilligungsverfahrens bestehen.

Heil- und Kostenplan – Ausfüllhinweise

A. Teil 1

I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan (vom Zahnarzt auszufüllen)

Der Vertragszahnarzt hat im Heil- und Kostenplan den zahnmedizinischen Befund, die Regelversorgung und bei gleich- und andersartiger Versorgung die tatsächlich geplante Versorgung anzugeben.

Es sind ausschließlich die auf dem Heil- und Kostenplan unter Erläuterungen enthaltenen Kürzel zu verwenden und ggf. zu kombinieren (z. B. i mit „k“, „b“ oder „x“, „K“ mit „V“ oder „M“, „B“ mit „V“ oder „M“, „S“ mit „K“, „KV“, „KM“, „B“, „BV“, „BM“, „T“, „TV“ oder „E“, etc.). Vollverblendete Teleskop- oder Konuskronen werden unabhängig des verwendeten Verblendmaterials mit „TM“ gekennzeichnet.

Bei der Ermittlung der Anzahl der fehlenden Zähne für die Befundklasse 2 zählt ein Lückenschluss nicht als fehlender Zahn und hat keine Auswirkung auf das Vorliegen einer Freundsituation. Ein Lückenschluss wird mit dem vereinbarten Kürzel im Zahnschema gekennzeichnet.

Die Zähne im Lückengebiss sind entsprechend ihrer topographischen Lage in das Zahnschema einzutragen. Die topographische Lage entscheidet auch über den Ansatz der Verblendzuschüsse nach den Nrn. 1.3 und 2.7. So ist beispielsweise ein Verblendzuschuss ansetzbar, wenn ein unterer zweiter Prämolare an der Stelle eines fehlenden ersten Prämolaren steht.

1. B – Befund

In Zeile B sind alle bestehenden zahnmedizinischen Befunde gemäß den vereinbarten Abkürzungen immer komplett einzutragen. Eine erneuerungsbedürftige Krone ist beispielsweise mit „kw“ zu kennzeichnen.

Vorhandener Kombinationszahnersatz mit Verbindungselementen (Geschiebe, Anker, Riegel, Steg u. Ä.) ist mit „O“ an den die Verbindungselemente tragenden Kronen zu kennzeichnen bzw. im Bemerkungsfeld anzugeben.

Mit dem Kürzel „ew“ sind ersetzte, aber erneuerungsbedürftige Zähne bei herausnehmbarem Zahnersatz zu kennzeichnen.

Mit dem Kürzel „ur“ sind zum einen im Zusammenhang mit der Anfertigung eines herausnehmbaren Zahnersatzes diejenigen Zähne zu kennzeichnen, deren natürliche Zahnkronen keine ausreichende Retention für die Halteelemente des Zahnersatzes aufweisen. Zum anderen sind bei Brückenversorgungen diejenigen Zähne mit „ur“ zu kennzeichnen, die aus statischen und funktionellen Gründen als zusätzliche Pfeiler in die Brückenversorgung einbezogen werden sollen.

Das Ausfüllen des Befundfeldes entfällt bei Wiederherstellungsmaßnahmen von Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen (Befund-Nrn. 6.0 – 6.10, 7.3, 7.4, 7.7).

2. R – Regelversorgung

Die zur Versorgung des zahnmedizinischen Befundes notwendige Regelversorgung in Zeile R ist unabhängig von der Art des Zahnersatzes vollständig auszufüllen. Bei den Befunden 7.2 und 7.5 wird die Zeile R nicht ausgefüllt, da für diese Befunde keine tatsächlichen Regelversorgungen in den Festzuschuss-Richtlinien enthalten sind; dies gilt nicht bei der Erneuerung einer implantatgetragenen Totalprothese bei zahnlosem atrophierten Kiefer nach Befund 7.5, hier ist die richtliniengemäße Regelversorgung mit „SE“ anzugeben. Die Regelversorgung ergibt sich aus dem zahnmedizinischen Befund unter Anwendung der Zahnersatz- und der Festzuschuss-Richtlinien. Eine vestibulär verblendete Krone als Regelversorgung erhält beispielsweise die Kennzeichnung „KV“.

Die Zahl und Lage der gegossenen Halte- und Stützelemente muss bei der Regelversorgung (Zeile R) und/oder Therapieplanung (Zeile TP) angegeben werden, damit eine Zuordnung zu den Gebührenscheffern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (BEMA) für die Software möglich ist.

3. TP – Therapieplanung

Die Zeile TP ist dann auszufüllen, wenn der Heil- und Kostenplan auch die Planung einer gleich- oder andersartigen Versorgung beinhaltet. Das Ausfüllen der Zeile entfällt, wenn nur eine Regelversorgung durchgeführt werden soll.

Gleich- und andersartige Leistungen

Zahnärztliche Leistungen:

Eine tatsächlich geplante Versorgung kann sowohl Regelversorgungsleistungen als auch Leistungen der gleich- und/oder andersartigen Versorgung umfassen.

In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass bei sog. Härtefällen die Krankenkasse den über dem doppelten Festzuschuss liegenden tatsächlichen Rechnungsbetrag nur übernimmt, wenn eine Regelversorgung durchgeführt wird.

Gleichartiger Zahnersatz liegt vor, wenn dieser die Regelleistung beinhaltet und zusätzliche Zahnersatz-Leistungen hinzukommen. Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Absatz 2 SGB V hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Absatz 2 Satz 10 SGB V aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.

Versicherte haben Anspruch auf Erstattung bewilligter Festzuschüsse nach § 55 Absatz 5 SGB V, wenn eine von der Regelversorgung abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird.

Eine andersartige Versorgung liegt vor, wenn eine andere Versorgungsart (Brücken, herausnehmbarer Zahnersatz, Kombinationsversorgung, Suprakonstruktionen) als die, welche in den Regelleistungen für den jeweiligen Befund beschrieben ist, gewählt wird.

Zahntechnische Leistungen:

Die Verwendung von Edelmetalllegierungen oder Reinmetall statt Nichtedelmetalllegierung (NEM-Legierung) ändert nicht den Charakter der Versorgung. Mögliche Mehrkosten für Edelmetalllegierungen oder Reinmetall ergeben sich allein aus den Materialkosten. Bei zahntechnischen Leistungen für sog. Härtefälle übernimmt die Krankenkasse auch bei Härtefällen nur die Kosten für NEM-Legierungen.

4. Bemerkungen

Dieses Feld kann für Hinweise genutzt werden, die aus dem Befund nicht ersichtlich sind, zum Beispiel

- zur Art der Verblendung (Kunststoff, Komposit oder Keramik) oder
- zu vorhandenen, funktionsfähigen Verbindungselementen und Verblockungen, für die es keine Befundkürzel gibt.

Bei der Planung einer Wiederherstellung/Erweiterung oder der Versorgung des Gesamtbefundes in Therapieschritten sind folgende Hinweise im Bemerkungsfeld verpflichtend anzugeben:

- Angaben zur Art der Leistung, für die Festzuschüsse in den Befundklassen 6 und 7 (Wiederherstellung/Erweiterung) anzusetzen sind
- Hinweis, dass die Versorgung des Gesamtbefundes in Therapieschritten erfolgt

II. Befunde für Festzuschüsse (vom Zahnarzt auszufüllen)

1. Spalte 1: Befund Nr.

In Spalte 1 sind die für die jeweilige Versorgung erforderlichen Befund-Nrn. gemäß den Festzuschuss-Richtlinien anzugeben.

Liegen bei einem Versicherten mehr als sieben mögliche Befunde vor, für die Festzuschüsse ermittelt werden, sind die weiteren Befunde auf einem 2. Heil- und Kostenplan aufzulisten. Eine Wiederholung der vorhergehenden Daten sowie der Art der Versorgung und die Bildung einer Zwischensumme sind entbehrlich. Dieser 2. Heil- und Kostenplan muss jedoch die Daten der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) sowie den Vertragszahnarztstempel enthalten.

2. Spalte 2: Zahn/Gebiet

In Spalte 2 ist die Zahnbezeichnung, bei Brücken das zu versorgende Gebiet (z. B. Zahn 26 fehlt = 25 - 27) und bei Teil- und Totalprothesen der Kiefer anzugeben.

3. Spalte 3: Anzahl

In Spalte 3 ist die Anzahl der jeweiligen den Festzuschuss auslösenden Befunde anzugeben.

4. Nachträgliche Befunde und deren Zuschussfestsetzung bzw. Abrechnung

Nachträglich können für konfektionierte Stifte oder gegossene Stiftaufbauten Befunde nach Nrn. 1.4 oder 1.5 anfallen. Die Befunde für diese Festzuschüsse (Euro-Betrag) müssen nicht gesondert bewilligt werden, sondern werden vom Zahnarzt im Rahmen der elektronischen Abrechnung an die KZVen übermittelt oder im Falle der Direktabrechnung auf dem bereits genehmigten Heil- und Kostenplan eingetragen.

Das Feld „Nachträgliche Befunde“ unter der Zeile „vorläufige Summe“ kann für die Angabe des Festzuschusses nach den Nrn. 1.4 oder 1.5 durch den Zahnarzt genutzt werden.

Werden im Laufe der Behandlung andere Befunde festgestellt, die über die bewilligten Festzuschüsse hinausgehen, ist der Heil- und Kostenplan erneut dem Kostenträger vorzulegen.

III. Kostenplanung

(vom Zahnarzt auszufüllen)

1. Nr. 1: BEMA-Nrn. und Anzahl sowie Fortsetzungsfelder

In diesem Abschnitt sind die der geplanten Regelversorgung zugeordneten BEMA-Nrn. und ihre jeweilige Anzahl anzugeben; Beispiel: 19 x 3, 91b x 2, 92.

Liegen bei der Kostenplanung mehr als 10 BEMA-Positionen vor, sind die weiteren BEMA-Positionen auf einem zweiten Heil- und Kostenplan aufzulisten. Eine Wiederholung der vorhergehenden Daten ist entbehrlich. Der zweite Heil- und Kostenplan muss jedoch die Daten der eGK sowie den Vertragszahnarztstempel enthalten.

2. Nr. 2: Zahnärztliches Honorar BEMA

Das zahnärztliche Honorar nach BEMA errechnet sich aus der Summe der Bewertungszahlen multipliziert mit dem jeweils geltenden bundeseinheitlichen Punktwert. Der Betrag ist in EUR und Cent anzugeben.

3. Nr. 3: Zahnärztliches Honorar GOZ (geschätzt)

Fallen Leistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bei gleich- bzw. andersartigen Versorgung an, wird das sich aus Heil- und Kostenplan/Teil 2 (Vordruck 3b) ergebende geschätzte GOZ-Honorar in EUR angegeben. Dabei ist nur der Honorarbetrag für die prothetischen Leistungen einzutragen, nicht jedoch eventuell anfallende Beträge für zusätzliche, nicht festzuschussfähige Leistungen, wie implantologische oder funktionsdiagnostische Maßnahmen.

4. Nr. 4: Material- und Laborkosten (geschätzt)

Die anzugebenden Material- und Laborkosten umfassen die geschätzten Gesamtkosten für zahntechnische Leistungen im gewerblichen Labor und/oder im Praxislabor sowie die abrechenbaren Kosten für Praxismaterialien für die geplante Therapie (Gesamtversorgung) in einer Summe. Dies gilt auch in Fällen, in denen gleich- oder andersartige Leistungen anfallen. Es sind sowohl die Leistungen nach dem Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis (BEL) als auch die Leistungen nach der Bundeseinheitlichen Benennungsliste (BEB) addiert in EUR hier einzutragen.

5. Nr. 5: Behandlungskosten insgesamt (geschätzt)

Die anzugebende Summe ergibt sich aus den Nrn. 1 bis 4.

Das Feld III. ist mit Datum zu versehen und zu unterschreiben. Der Heil- und Kostenplan (Teil 1/Vordruck 3a und ggf. Teil 2/Vordruck 3b, siehe dazu unter B, Teil 2) ist der Krankenkasse grundsätzlich über den Versicherten zur Zuschussfestsetzung zuzuleiten.

IV. Zuschussfestsetzung

(von der Krankenkasse auszufüllen)

Die vom Zahnarzt festgestellten Befunde werden von der Krankenkasse geprüft. Ggf. wird die Krankenkasse das Gutachterverfahren einleiten, um feststellen zu lassen,

- ob der im Heil- und Kostenplan angegebene Befund zutreffend ist,
- ob die Notwendigkeit einer prothetischen Versorgung besteht,
- ob die geplante Versorgung zahnmedizinischen Erkenntnissen gerecht wird.

Die Krankenkasse setzt die jeweiligen Festzuschüsse fest. Des Weiteren trägt sie ein, ob „00“, „20“ oder „30“ Prozent Vorsorge-Bonus in den Festzuschüssen enthalten ist. Bei Härtefällen kann das entsprechende Feld von der Krankenkasse angekreuzt oder mit den Buchstaben „HF“ versehen werden.

Nach Bewilligung der Festzuschüsse erhält der Zahnarzt den Heil- und Kostenplan grundsätzlich über den Versicherten zurück; mit der Behandlung soll erst nach Bewilligung begonnen werden.

Wird nach der Festsetzung der Festzuschüsse die Planung (z. B. bei Befundänderungen) abgeändert, ist der Heil- und Kostenplan erneut dem Kostenträger vorzulegen.

V. Rechnungsbeträge/EDV-mäßige Erstellung der Abrechnung

Die Abrechnung der Festzuschüsse für Regel- und/oder gleichartige Versorgungen erfolgt über die KZV grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern. Dabei ist der Datensatz unter Berücksichtigung der vertraglichen Bestimmungen, insbesondere des § 6 zum DTA-Vertrag (Anlage 8a zum BMV-Z) vollständig zu erstellen und an die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) zu übermitteln. Die KZV bestimmt das Verfahren der Datenlieferung gem. § 4 der Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung vom 12.07.2011 (Anlage 9 zum BMV-Z).

1. Zahnarzthonorar (BEMA siehe III)

Die Summe der unter Nr. III/1 des Heil- und Kostenplanes genannten BEMA-Positionen für die Regelleistungen ist in EUR und Cent anzugeben.

Wurden nur Teilleistungen erbracht, zum Beispiel weil der Versicherte verstorben ist, werden diese mit einem „T“ für Teilleistungen gekennzeichnet und mit der Erklärung versehen, warum es nicht zur Vollendung der vorgesehenen Leistungen gekommen ist.

2. Zahnarzthonorar zusätzliche Leistungen BEMA

Das Zahnarzthonorar für BEMA-Leistungen, die im Laufe der Behandlung zusätzlich angefallen sind (beispielsweise das Wiederbefestigen oder die Neuankfertigung eines Provisoriums) ist in EUR und Cent zu übermitteln.

Das umfasst auch das Honorar für nachträgliche Befunde, soweit diese der Regelversorgung zuzuordnen sind.

3. Zahnarzthonorar GOZ

Die tatsächlich angefallenen GOZ-Gebühren bei gleich- und andersartigen Versorgungsgen sind in EUR und Cent zu übermitteln.

4. Material- und Laborkosten Gewerblich

Die Summe aller im gewerblichen Labor angefallenen tatsächlichen Material- und Laborkosten nach BEL und BEB ist in EUR und Cent zu übermitteln.

5. Material- und Laborkosten Praxis

Die Summe aller in der Praxis oder im praxiseigenen Labor tatsächlich angefallenen Material- und Laborkosten nach BEL und BEB ist in EUR und Cent zu übermitteln.

6. Versandkosten Praxis

In diesem Feld sind die Versandkosten der Praxis je Versandgang für die Versendung von Arbeitsunterlagen (Abformung, Modell u. Ä.) an das gewerbliche Labor zu übermitteln.

7. Gesamtsumme

Die Gesamtsumme bestehend aus der Addition der Rechnungsbeträge für das Zahnarzthonorar nach BEMA bzw. GOZ, der Summe aller im Eigen- bzw. Fremdlabor entstandenen tatsächlichen Material- und Laborkosten sowie der Versandkosten, ist zu übermitteln.

8. Festzuschuss Kasse

Der Festzuschuss der Krankenkasse ist in EUR und Cent zu übermitteln. Er errechnet sich durch Addition der Zuschussfestsetzung der Krankenkasse unter Ziffer IV. des Heil- und Kostenplans sowie ggf. Festzuschüsse für nachträgliche Befunde, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. Bei Teilleistungen sind die Beträge gemäß Befundklasse 8 einzutragen.

Härtefall:

Versicherte, die gemäß § 55 Absatz 2 SGB V unzumutbar belastet würden und eine Regelversorgung wählen, erhalten grundsätzlich den doppelten Festzuschuss bzw. höchstens die tatsächlichen Kosten. Deckt der doppelte Festzuschuss die tatsächlichen Kosten nicht ab, übernimmt die Krankenkasse auch die zusätzlichen Kosten.

Wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- und/oder andersartigen Zahnersatz, erhalten sie maximal den doppelten Festzuschuss.

Bei der Abrechnung des Festzuschusses ist zu prüfen, ob und in welcher Höhe Kosten für die Verwendung einer Edelmetalllegierung oder von Reinmetall angefallen sind.

Die tatsächlichen Kosten bei der Regelversorgung und der doppelte Festzuschuss bei gleich- und andersartigen Versorgungsgen werden von der Krankenkasse nur insoweit übernommen, als darin keine Mehrkosten für Edel- oder Reinmetall enthalten sind.

Daher sind diese Mehrkosten von den tatsächlichen Gesamtkosten abzuziehen. Der sich daraus ergebende Betrag ist der anzusetzende Festzuschuss. Der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI) hat zugesagt, gegenüber seinen Mitgliedern die

Empfehlung auszusprechen, dass ein gesonderter Ausweis der Edelmetallkosten erfolgen soll. Die Mehrkosten ergeben sich aus der Differenz der Kosten für die jeweils verwendete Edelmetalllegierung oder Reinmetall abzüglich der für die jeweilige Regelversorgung vorgesehenen NEM-Abrechnungsbeträge inkl. MwSt. Der errechnete Betrag ist in Nr. 8 einzutragen.

Beispiel:

Gesamtkosten	1.050,- EUR
Doppelter Festzuschuss	1.000,- EUR
./. Mehrkosten (Edelmetallkosten ./.. fiktive NEM-Kosten)	100,- EUR

Festzuschuss der Krankenkasse	950,- EUR

Direktabrechnung:

Im freien Feld rechts außen kennzeichnet der Vertragszahnarzt den Heil- und Kostenplan mit „D“, wenn eine Auszahlung der Festzuschüsse direkt von der Krankenkasse an den Versicherten zu erfolgen hat (siehe Rechnungslegung). Die Abrechnung erfolgt gegenüber dem Versicherten auf dem Heil- und Kostenplan in Papierform.

9. Versichertenanteil

Der Versichertenanteil ist in EUR und Cent zu übermitteln. Er bildet die Differenz zwischen der Gesamtsumme und dem Festzuschuss der Krankenkasse.

VI. Sonstige Angaben

Das Eingliederungsdatum des Zahnersatzes ist in der Form: „TTMMJJ“ zu übermitteln.

Als Herstellungsort wird für das Inland der Buchstabe „D“ dem Ortsnamen vorangestellt, bei Herstellung im Ausland ist der Landesname anzugeben.

Der Zahnarzt bestätigt abschließend mit Datum und Unterschrift die Eingliederung des Zahnersatzes in der vorgesehenen Weise.

B. Teil 2 (Vordruck 3b)

Teil 2 des Heil- und Kostenplans (Vordruck 3b) ist vom Zahnarzt nur bei gleich- und andersartigen Versorgung, dann aber verpflichtend, auszufüllen.

Gebührenaufstellung:

In Teil 2 ist der Zahn bzw. das Gebiet, die GOZ-Position nebst Leistungsbeschreibung, die Anzahl und die darauf entfallenden, geschätzten, in volle Euro kaufmännisch gerundeten Beträge anzugeben.

Unterschrift des Zahnarztes:

Der Zahnarzt bestätigt diese Angaben mit seiner Unterschrift.

Unterschrift des Versicherten:

Wünscht der Versicherte eine gleich- oder andersartige Versorgung, ist nach erfolgter Aufklärung durch den Zahnarzt Teil 2 (Vordruck 3b) des Heil- und Kostenplans vom Versicherten oder seinem gesetzlichen Vertreter spätestens vor Behandlungsbeginn zu unterschreiben. Das Unterschriftserfordernis auf Teil 1 (Vordruck 3a) des Heil- und Kostenplans bleibt davon unberührt.

Information:

Das Feld „Information über die Kosten der Regelversorgung“ dient der Information und Aufklärung des Versicherten. Es soll einen Vergleich zwischen dem Eigenanteil für die tatsächlich geplanten Leistungen und dem Eigenanteil, der bei Wahl der entsprechenden Regelversorgung angefallen wäre, ermöglichen. Dieses Feld ist vom Zahnarzt auszufüllen und nach der Festzuschussfestsetzung durch die Krankenkasse vom Zahnarzt ggf. zu korrigieren.

C. Rechnungslegung

I. Festzuschüsse

Die Abrechnung der Festzuschüsse bei Regel- und/oder gleichartigen Versorgungsleistungen erfolgt über die KZVen grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung.

Handelt es sich um andersartige Versorgungsleistungen oder entfallen bei Mischfällen (Regelleistungen und/oder gleichartige Leistungen in Verbindung mit andersartigen Leistungen) mehr als 50 v. H. des zahnärztlichen Honorars auf andersartige Versorgungsleistungen, erfolgt eine Direktabrechnung mit dem Versicherten. Teil 1 (Vordruck 3a) des Heil- und Kostenplans ist bei andersartigen Versorgungsleistungen der Versichertenrechnung beizufügen. Die Gesamtvertragspartner können eine andere prozentuale Grenze als 50 v. H. vereinbaren.

Bei Härtefällen wird auch der über dem doppelten Festzuschuss liegende Betrag, den die Krankenkasse nur bei Regelversorgungsleistungen übernimmt, bis zur tatsächlichen Rechnungshöhe über die KZVen abgerechnet. Die Rechnungsstellung gegenüber dem Härtefall bleibt davon unberührt.

II. Eigenanteil

Der Versicherte erhält vom Zahnarzt eine Rechnung über die angefallenen Kosten für die einzelnen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen.

Bei der Inanspruchnahme der Regelversorgung und/oder Leistungen der gleichartigen Versorgung werden die Gesamtkosten abzüglich der festgesetzten Festzuschussbeträge ausgewiesen (Eigenanteil des Versicherten). Bei der Inanspruchnahme von Leistungen der andersartigen Versorgung werden die festgesetzten Festzuschussbeträge nicht von der Rechnungssumme abgezogen (Gesamtkosten).

Der Rechnung an den Versicherten ist ein Exemplar der Rechnung des gewerblichen oder des Praxislabors über zahntechnische Leistungen und die Erklärung nach Anhang VIII der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14.06.1993 über Medizinprodukte (Konformitätserklärung) beizufügen. Die Konformitätserklärung verbleibt beim Versicherten.