

Lernbrief

Anträge auf Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung bearbeiten

4.8 Teilprozess

Prozesshandbuch, Stand: August 2025

Herausgeber:

AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Autorin: Yvonne Ehrmann, AOK Baden-Württemberg

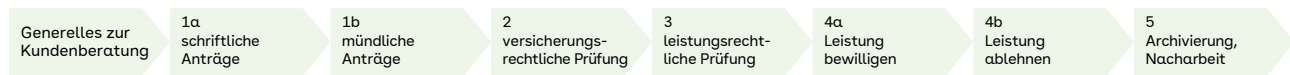
Redaktion: Referat Berufliche Bildung

Ansprechpartnerin: Sylvia Wiedemann, Tel.: 030 34646-2345

Druck und Vertrieb durch

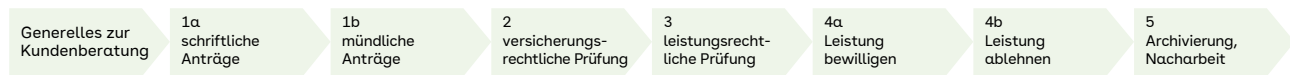
Bonndruck GmbH, Frankfurter Straße 51, 57074 Siegen.

Vervielfältigung der Materialien oder einzelner Beiträge daraus
(auf fotomechanischem oder sonstigem Wege) ist nur mit vorheriger
Genehmigung des Herausgebers gestattet.



Gliederung

1 Einleitung	2
2 Lernziele	2
3 Zahnersatz	3
3.1 Abgrenzung zur zahnärztlichen Behandlung	6
3.2 Höhe der Leistung	8
3.2.1 Grundsatz/Eigenanteil	8
3.2.2 Regelversorgung/Festzuschüsse	9
3.2.3 Bonusregelung	11
3.2.4 Mehrkostenregelung bei Versorgungsformen, die über die Regelversorgung hinausgehen	12
3.2.5 Weitere Kostenübernahme bei der Zahnersatzversorgung	13
3.2.5.1 Vollständige Kostenübernahme im Rahmen der Regelversorgung	13
3.2.5.2 Gleitende Härtefallregelung	16
3.3 Leistungserbringung im Wege der Kostenerstattung	17
3.4 Leistungsbegrenzung für bestimmte Personengruppen	18
3.5 Zahnersatzversicherung, Wahltarife und weitere AOK-Angebote	18
3.6 Vertragliche Beziehungen und Vergütung	18
4 Kieferorthopädische Behandlung	22
4.1 Voraussetzungen	22
4.2 Höhe/Eigenanteil	25
5 Zusammenfassende Selbstkontrolle	28
6 Lösungen zur zusammenfassenden Selbstkontrolle	33



1 Einleitung

Dieser Lernbrief setzt sich mit dem Prozess „Anträge auf Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung“ auseinander. Eine wichtige Aufgabe für Sie ist es, den Privatkunden den Zahnersatz und die kieferorthopädische Behandlung kundenorientiert, unbürokratisch und marktgerecht anzubieten. Deshalb ist es erforderlich, die Leistungen vom Inhalt und den Voraussetzungen her genau zu kennen, um diese den Kunden entsprechend anbieten zu können.

Die Aussagen des Basisprozesses 4.0 sind zu beachten. Die Inhalte des Teilprozesses 6.9 sind Gegenstand dieses Lernbriefs.

Hinweise

Sofern nicht erforderlich, haben wir in Beispielen und Übungen auf die Angabe einer konkreten AOK und auf Jahreszahlen verzichtet. Gehen Sie in diesen Fällen von Ihrer AOK bzw. von den Werten des aktuellen Kalenderjahres aus.

Die Textteile, deren Inhalte nicht prüfungsrelevant, aus unserer Sicht jedoch wichtig für das Gesamtverständnis und die AOK-Praxis sind, haben wir in grüner Schrift gedruckt.

Haben Sie Tipps, Anregungen oder Verbesserungsvorschläge zu den Inhalten des Lernbriefs? Dann zögern Sie nicht, uns anzusprechen.

2 Lernziele

Der Lernbrief soll Sie in der Entwicklung folgender Kompetenzen unterstützen:

- die Kunden über den Zahnersatz und die kieferorthopädische Behandlung beraten
- die Voraussetzungen für den Zahnersatz und die kieferorthopädische Behandlung im Beratungsgespräch vermitteln
- die Möglichkeiten des Zahnersatzes und der kieferorthopädischen Behandlung kennen und den Kunden unbürokratisch zur Verfügung stellen
- den Zahnersatz und die kieferorthopädische Behandlung kundenorientiert formulieren und den Mehrwert der AOK aktiv verkaufen
- die Ablehnung des Zahnersatzes oder der kieferorthopädischen Behandlung begründen und evtl. Alternativen anbieten
- die Unternehmensziele der AOK bei der Leistungsgewährung berücksichtigen
- bei der Leistungsgewährung zwischen Kundeninteressen, gesetzlichen Vorgaben und AOK-Interessen abwägen



3 Zahnersatz

Lernbeispiel 1

1a
schriftliche
Anträge

Sie erhalten den folgenden Heil- und Kostenplan, die Anlage zum Heil- und Kostenplan sowie das Bonusheft (vgl. Vordrucke auf den folgenden Seiten) von Ihrem Kunden Markus Beil. Der dreifache Familienvater ist überrascht über

die hohen Zahnersatzkosten und hofft, dass die AOK die kompletten Kosten übernimmt. Er verdient als Arbeitnehmer monatlich 2.950 € brutto bzw. 2.303,62 € netto. Außerdem erhält Familie Beil Kindergeld in Höhe von insgesamt 765 € (255 € + 255 € + 255 €) monatlich. Seine Ehefrau hat kein Einkommen.

Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK Name, Vorname des Versicherten: Beil, Markus geb. am: 07.01.1994 Am Taurusberg 2 99988 Unterbach Kostenträgerkennung: 8017779 Versicherten-Nr.: K771552112 Status: 100000 Abrechnungs-Nr.: 003366447 Zahnarzt-Nr.: 02/615841 Datum: 14.10.		Lfd.-Nr. 1 von 1																													
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 Dr. Kreilmayer aufgeklärt worden und wünsche die Behandlung entsprechend diesem Kostentplan. Datum/Unterschrift des Versicherten:		Stempel des Zahnarztes Dr. dent. H. Kreilmayer Lindenstr. 10 99988 Unterbach Tel.: 08495/62266																													
Heil- und Kostenplan Hinweis an den Versicherten: Bonusheft bitte zur Zuschussfestsetzung beifügen.																															
I. Befund des gesamten Gebisses/ Behandlungsplan <table border="1"> <thead> <tr> <th>TP = Therapieplanung</th> <th>R = Regelversorgung</th> <th>B = Befund</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TP</td> <td></td> <td>KM BM KM</td> </tr> <tr> <td>R</td> <td></td> <td>KV B KV</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28</td> <td>f f</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38</td> <td></td> </tr> <tr> <td>R</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TP</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Bemerkungen (bei Wiederherstellung Art der Leistung):				TP = Therapieplanung	R = Regelversorgung	B = Befund	TP		KM BM KM	R		KV B KV	B	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	f f	B	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		R			TP									
TP = Therapieplanung	R = Regelversorgung	B = Befund																													
TP		KM BM KM																													
R		KV B KV																													
B	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	f f																													
B	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38																														
R																															
TP																															
II. Befunde für Festzuschüsse <table border="1"> <thead> <tr> <th>Befund Nr.</th> <th>Zahn/ Gebiet</th> <th>Anz.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.1</td> <td>26</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2.7</td> <td>25</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> (Spalten 1-3 vom Zahnarzt ausfüllen)		Befund Nr.	Zahn/ Gebiet	Anz.	2.1	26	1	2.7	25	1	IV. Zuschussfestsetzung <table border="1"> <thead> <tr> <th>Betrag Euro</th> <th>Ct</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> vorläufige Summe:		Betrag Euro	Ct																	
Befund Nr.	Zahn/ Gebiet	Anz.																													
2.1	26	1																													
2.7	25	1																													
Betrag Euro	Ct																														
Nachträgliche Befunde:		III. Kostenplanung <table border="1"> <thead> <tr> <th>1 Fortsetzung</th> <th>Anz.</th> <th>1 Fortsetzung</th> <th>Anz.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 BEMA-Nr.</td> <td>3</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 Zahnärztliches Honorar BEMA:</td> <td>41,43</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 Zahnärztliches Honorar GOZ: (geschätzt)</td> <td>438,72</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 Material- und Laborkosten: (geschätzt)</td> <td>850,00</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5 Behandlungskosten insgesamt: (geschätzt)</td> <td>1.330,15</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">14.10.</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table> Datum/Unterschrift des Zahnarztes:		1 Fortsetzung	Anz.	1 Fortsetzung	Anz.	1 BEMA-Nr.	3			2 Zahnärztliches Honorar BEMA:	41,43			3 Zahnärztliches Honorar GOZ: (geschätzt)	438,72			4 Material- und Laborkosten: (geschätzt)	850,00			5 Behandlungskosten insgesamt: (geschätzt)	1.330,15			14.10.			
1 Fortsetzung	Anz.	1 Fortsetzung	Anz.																												
1 BEMA-Nr.	3																														
2 Zahnärztliches Honorar BEMA:	41,43																														
3 Zahnärztliches Honorar GOZ: (geschätzt)	438,72																														
4 Material- und Laborkosten: (geschätzt)	850,00																														
5 Behandlungskosten insgesamt: (geschätzt)	1.330,15																														
14.10.																															
Bei Handschriftung unbedingt in Blockschriftschreiben		III. Kostenplanung GOZ <table border="1"> <thead> <tr> <th>GOZ-Nr.</th> <th>1 Zahn/ Gebiet</th> <th>2 Anz.</th> <th>3 GOZ-Nr.</th> <th>1 Zahn/ Gebiet</th> <th>2 Anz.</th> <th>3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>8000</td> <td></td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2210</td> <td></td> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Antragsnummer: 0022553362304ZE000000123523000 Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan:		GOZ-Nr.	1 Zahn/ Gebiet	2 Anz.	3 GOZ-Nr.	1 Zahn/ Gebiet	2 Anz.	3	8000		1					2210		3											
GOZ-Nr.	1 Zahn/ Gebiet	2 Anz.	3 GOZ-Nr.	1 Zahn/ Gebiet	2 Anz.	3																									
8000		1																													
2210		3																													
Gutachterlich befürwortet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise		Verarbeitungskennzeichen 10 - erstmalige Übermittlung Art des Behandlungsplans 06 - Heil- und Kostenplan Therapieschritt Aktenzeichen PVS logische Version 161.5.0																													
Zusätzliche Erläuterung		Datum/Unterschrift und Stempel des Gutachters																													

4.8 · Anträge auf Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung bearbeiten



Dr. dent. H. Kreilmayer
Zahnarzt
Praxis-Dr.Kreilmayer@web.de

Lindenstr. 10
99988 Unterbach
Tel. 08495 / 62266

Zahnarzt Dr. dent. H. Kreilmayer 99988 Unterbach

Herrn
Markus Beil
Am Taurusberg 2
99988 Unterbach

Anlage zum Heil- und Kostenplan vom 14.10.

Für die prothetische Behandlung werden entsprechend nachfolgender Aufstellung voraussichtlich folgende Kosten/Eigenanteile anfallen:

Zahn	GOZ	Leistungsbezeichnung	Anzahl	Betrag
25, 27	501	Krone (Hohlkrone/Stufenp.) als Brückenanker	2	371,22 EUR
26	507	Brückenglieder o. Stege, je Spanne	1	67,50 EUR

Zahnärztliches Honorar GOZ (entsprechend Zeile III/3 HKP) 438,72 EUR

Zahnärztliches Honorar BEMA (entsprechend Zeile III/1 und 2 HKP) 41,43 EUR

Material und Laborkosten 850,00 EUR

Gesamtkosten (entsprechend Zeile III/5 HKP) 1.330,15 EUR

Abzüglich Festzuschuss

Ihr voraussichtlicher Eigenanteil wird hiernach betragen

Kosten für allgemeine und konservierend-chirurgische Leistungen nach der GOZ sind in den Beträgen nicht enthalten. Unvorhersehbare Leistungen, die sich im Rahmen der Behandlung ergeben, werden gesondert berechnet. Unvorhersehbare Veränderungen der Schwierigkeit sowie des Zeitaufwands der einzelnen Leistungen, der Umstände bei der Ausführung oder der Methode können zu Kostenveränderungen führen.

**Ich wünsche eine Versorgung
entsprechend des Heil- und
Kostenplans nebst dieser Anlage.**

Unterschrift Zahnarzt

Datum/Unterschrift Versicherter

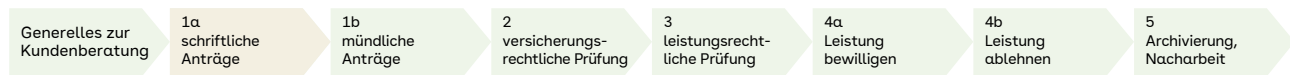
Information über die Kosten der Regelversorgung

Die Kosten für eine dem Befund entsprechende Regelversorgung.

Regelversorgung	1.011,83 EUR
Abzüglich von der Kasse festgesetzter Festzuschuss	708,28 EUR

Der Eigenanteil würde im Falle der Regelversorgung daher voraussichtlich zzgl. der möglicherweise anfallenden Edelmetallkosten betragen	303,55 EUR
---	------------

4.8 · Anträge auf Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung bearbeiten



Übersicht Bonusheft

Menü

ZAE Änd K771552112 Beil, Markus, 07.01.1994

Fall 1805870 Übersicht

Bonusheft

Masterzahnschema

Notizen

Protokoll

Mitteilungsmanagement

Übersicht DTA-Eingangsdaten

(001) Zahnersatz

VO 14.10.2025 (offen)

+ 10 Jahre

+ 5 Jahre

	Kalenderjahr	Halbjahr	VU-Kennz.	Angelegt am	Angelegt von	Geändert am	Geändert von
	2024		...	10.11.2024	...	10.11.2024	...
	2023		...	03.12.2023	...	03.12.2023	...
	2022		...	17.12.2022	...	17.12.2022	...
	2021		...	21.11.2021	...	21.11.2021	...
	2020		...	22.11.2020	...	10.09.2020	...
	2019		...	14.12.2019	...	10.09.2020	...
	2018		...	17.12.2018	...	10.09.2020	...
	2015		...	08.11.2015	...	10.09.2020	...
	2014		...	31.10.2014	...	10.09.2020	...
	2013		...	20.12.2013	...	10.09.2020	...
	2012		...	24.11.2012	...	10.09.2020	...
	2011		...	04.11.2011	...	10.09.2020	...

Ergebnis Bonusheft

Bonus zum Tagesdatum

Jahr Erfüllung Bonus I

Jahr Erfüllung Bonus II

Sonstiges



3 leistungsrecht- liche Prüfung

§ 27 Abs. 1
Satz 2 Nr. 2a,
§ 55 Abs. 1
SGB V

Die Kostenübernahme des Zahnersatzes gehört zum umfangreichen Leistungsangebot der AOK. Der Kunde bzw. die Kundin erhält befundorientierte Festzuschüsse zur Regelversorgung des Zahnersatzes.

ZE-RL,
Ziff. C. Nr. 6, 7

Ziel des Zahnersatzes ist es, eine ausreichende Funktionstüchtigkeit des Kauorgans wiederherzustellen oder ihre Beeinträchtigung zu verhindern. Ein Zahnersatz ist angezeigt, wenn ein Zahn oder mehrere Zähne fehlen oder zerstört sind und wenn dadurch die Funktionstüchtigkeit des Kauorgans beeinträchtigt ist oder beeinträchtigt zu werden droht.

Der Versicherungsfall für den Zahnersatz ist die behandlungsbedürftige Krankheit. Diese liegt bei Zahnlücken oder Zahnschäden vor, die nur durch die Versorgung mit Zahnersatz behoben werden können.

3.1 Abgrenzung zur zahnärztlichen Behandlung

3 leistungsrecht- liche Prüfung

§ 28 Abs. 2
Satz 1 SGB V,
ZE-RL,
Ziff. D. I.–V.

Die zahnärztliche Behandlung umfasst die präventive, konservierende und chirurgische Behandlung. Zahnersatz können Zahnkronen, Zahnbrücken, Zahnprothesen oder Suprakonstruktionen sein. Die Kosten des Zahnersatzes umfassen nicht nur die Material- und Laborkosten (zahn-technische Leistungen), sondern auch die hierfür erforderliche zahnärztliche Leistung (Befunderhebung, Planung des Zahnersatzes, Vorbereitung des Gebisses, Eingliederung des Zahnersatzes, Nachbehandlung, Unterweisung im Gebrauch des Zahnersatzes).

Zahnfüllungen und Inlays gehören nicht zum Zahnersatz. Näheres hierzu erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Ärztliche Behandlung – Ausgaben prüfen, anweisen, ablegen“.

Es gibt den festsitzenden und den herausnehmbaren Zahnersatz. Zum festsitzenden Zahnersatz gehören Zahnkronen und Zahnbrücken. Die Zahnkrone ersetzt keinen fehlenden Zahn, sondern ergänzt fehlende Zahnteile. Die Zahnbrücke schließt eine Zahnlücke, indem die angrenzenden Zähne (Pfeilerzähne) überkront und mit Zwischengliedern (Brücken) als Ersatz für die fehlenden Zähne fest verbunden werden. Kronen oder Brücken werden aus Porzellan, Kunststoff, Gold oder Goldlegierungen oder Nichtedelmetallen (NEM) hergestellt. Die Verwendung von höherwertigen Materialien als Nichtedelmetall führt zu höheren Eigenanteilen für die Versicherten. Zum herausnehmbaren Zahnersatz gehören die Zahnprothesen in Form von Teilprothesen (werden auf den Restzähnen abgestützt) oder totale Prothesen (bei zahnlosem Ober- und/oder Unterkiefer). Näheres hierzu können Sie in den Zahnersatz-Richtlinien (ZE-RL) nachlesen.

In den letzten Jahren hat die Versorgung mit Implantaten und Suprakonstruktionen zugenommen. Was ist ein Implantat bzw. eine Suprakonstruktion? Implantate sind künstliche Zahnwurzeln, die in den Knochen des Ober- oder Unterkiefers eingebracht werden. Auf dem Implantat wird der festsitzende oder herausnehmbare Zahnersatz befestigt. Die Suprakonstruktion ist der implantologische Begriff für „das, was auf das Implantat aufgesetzt wird“.

Die Kosten für das Implantat können in der Regel nicht übernommen werden. Für die Suprakonstruktion werden die Festzuschüsse genehmigt.

Eine Kostenübernahme für Implantate und Suprakonstruktionen ist z.B. nur bei größeren Kiefer- und Gesichtsdefekten möglich, die ihre Ursache in

ZE-RL,
Ziff. D. V.,
Nr. 38

§ 28 Abs. 2
Satz 9 SGB V,
ZäBh-RL,
Ziff. B. VII



Tumoroperationen oder in Unfällen haben. Hier werden die Kosten im Rahmen der medizinischen Gesamtbehandlung komplett als Sachleistung übernommen.

Erkundigen Sie sich in Ihrer AOK über die verschiedenen Versorgungsformen bei Zahnersatz. Weitere Informationen finden Sie auch im Internet unter www.kzbv.de.

§ 28 Abs. 2
Satz 1 SGB V

Eine Besonderheit gilt bei prothetischer Versorgung für konservierend-chirurgische Maßnahmen, wie z.B. die Behandlung kranker Zähne, bevor eine Zahnkrone aufgesetzt wird sowie Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit dem Zahnersatz notwendig werden. Diese Leistungen gehören zur zahnärztlichen Behandlung. Die AOK übernimmt die Kosten in voller Höhe. Sie werden als Sachleistung über die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) unmittelbar mit der Krankenkasse abgerechnet.

§ 87 Abs. 1a
Satz 2 – 8
SGB V

Der Zahnarzt oder die Zahnärztin stellt vor Beginn der Behandlung einen kostenfreien, die gesamte vertragsärztliche und ggf. zusätzliche privatrechtliche Behandlung umfassenden Heil- und Kostenplan auf. Dieser beinhaltet den Befund, die Regelversorgung und die tatsächlich geplante Versorgung mit Zahnersatz nach Art, Umfang und Kosten. Dieser Plan muss vor Beginn der Behandlung von der AOK insgesamt geprüft werden. Bei bestehender Versorgungsnotwendigkeit bewilligt sie den Festzuschuss. Ebenso kann die AOK den Befund, die Notwendigkeit der Versorgung und die geplante Versorgung vor der Genehmigung von einem Gutachter beurteilen lassen.

Der Heil- und Kostenplan besteht aus folgenden Abschnitten:

- Abschnitt I: Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan
- Abschnitt II: Befunde für Festzuschüsse
- Abschnitt III: Kostenplanung

Der Abschnitt I gibt Auskunft über den Gebisszustand des Kunden bzw. der Kundin und die geplante Versorgung. Dies wird in einem sogenannten Zahnschema dargestellt. Die Einteilung von Kiefer und Zähne ist international einheitlich geregelt. Der Kiefer wird in Quadranten unterteilt:

I. Quadrant (oben rechts)	II. Quadrant (oben links)
IV. Quadrant (unten rechts)	III. Quadrant (unten links)

Die Sichtweise ist immer die vom Zahnarzt oder von der Zahnärztin zur Kundschaft. Innerhalb des Quadranten werden die Zähne durchlaufend nummeriert, und zwar von der Mitte des Kiefers beginnend zu den Wangen hin. Hierbei werden die Zahnbezeichnungen getrennt gesprochen, also z.B. 24 nicht „vierundzwanzig“, sondern „zwei-vier“.

Die Zeile B – Befund – gibt die vorhandene Situation im Mund des Kunden bzw. der Kundin wieder. Hier verwendet der Zahnarzt bestimmte Kürzel, z.B. „f“ für „fehlenden Zahn“. Die erlaubten Kürzel und ihre Bedeutung sind auf dem Heil- und Kostenplan erläutert.

In die Zeile R wird für die Versorgung des Befunds notwendige Regelversorgung eingetragen und zwar unabhängig von der tatsächlichen Versorgung. Sind zusätzliche oder andere Leistungen als die Regelversorgung geplant, wird die Zeile TP – Therapieplanung – ausgefüllt.



Der Abschnitt II ist die Grundlage für die spätere Berechnung der Festzuschüsse. Es werden die Befund-Nummer, der entsprechende Zahn und die Anzahl der berechnenden Befunde angegeben.

Mit dem Abschnitt III erhält die Kundenschaft einen Überblick über die voraussichtlichen Behandlungskosten. Je nach geplanter Behandlung berechnet der Zahnarzt oder die Zahnärztin das Honorar nach unterschiedlichen Gebührenverzeichnissen: Für die Kassenleistung wird nach dem zahnärztlichen Bewertungsmaßstab (BEMA) abgerechnet, für die Abrechnung von Privatleistungen ist die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) maßgeblich. Die Angaben im Heil- und Kostenplan sind geschätzte Kosten. Die tatsächlichen Kosten können je nach Aufwand höher oder niedriger ausfallen.

Nach Bewilligung der Festzuschüsse erhält der Zahnarzt bzw. die Zahnärztin einen elektronischen Heil- und Kostenplan von der Krankenkasse zurück und kann mit der Behandlung beginnen. Die Versicherten erhalten die Genehmigungsbestätigung über den Postweg. Die Zusage ist grundsätzlich ein halbes Jahr gültig. Innerhalb dieser Zeit sollte die Behandlung abgeschlossen sein.

GR v.
09. 10. 2002
i.d.F.v.
22. 09. 2008
Ziff. II, Pkt. 1

Wechselt ein Kunde oder eine Kundin nach Bewilligung des Heil- und Kostenplans die Krankenkasse, sind die Kosten des Zahnersatzes von der Krankenkasse zu tragen, bei der am Tag der Eingliederung des Zahnersatzes eine Versicherung besteht. Die neue Krankenkasse akzeptiert grundsätzlich die Kostenübernahmeerklärung der genehmigenden Krankenkasse.

Nach Abschluss der Behandlung erstellt der Zahnarzt bzw. die Zahnärztin eine Rechnung über den von der zu behandelnden Person zu zahlenden Eigenanteil.

3.2 Höhe der Leistung

Die verschiedenen Versorgungsformen des Zahnersatzes (Kronen, Brücken, Prothesen oder Suprakonstruktion) werden im Folgenden unter dem Begriff „Zahnersatz“ zusammengefasst. Beim Zahnersatz handelt es sich grundsätzlich um eine Sachleistung, für die die AOK einen befundorientierten Festzuschuss an den Kosten übernimmt.

3.2.1 Grundsatz/Eigenanteil

Die AOK übernimmt grundsätzlich 60 % des medizinisch notwendigen Zahnersatzes (Regelversorgung). Der Kunde bzw. die Kundin beteiligt sich mit einem Eigenanteil in Höhe der restlichen 40 %. Die Zuschüsse richten sich nicht nach der medizinischen Versorgung im Einzelfall, sondern nach der prothetischen Regelversorgung bei bestimmten Befunden. Die Kunden erhalten unabhängig von ihrer gewählten Versorgungsform den Festzuschuss, der sich auf die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Befunde bezieht. Wer sich also für die teure Suprakonstruktion (implantatgetragener Zahnersatz) entscheidet, erhält ebenso den Festzuschuss wie derjenige, der die übliche Versorgung (z.B. Zahnbrücke) wählt. Die Regelversorgung umfasst die zahnärztliche Behandlung und die zahntechnische Herstellung des Zahnersatzes unter Verwendung von Nichtedelmetallen. Der Einsatz von Keramik, Gold oder anderer spezieller Materialien führt

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 55 Abs. 1
Satz 1, 2
SGB V



ebenfalls zu Mehrkosten für die Versicherten.

3.2.2 Regelversorgung/ Festzuschüsse

§ 56 Abs. 1
SGB V

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den Festzuschuss-Richtlinien 48 Befunde für die Zahnersatzleistungen bestimmt. Die Regelversorgung orientiert sich an den zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen, die zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Zahnersatz für den jeweiligen Befund erforderlich ist.

Der Festzuschuss der AOK beträgt also 60 % der statistisch errechneten Kosten einer „Durchschnittsversorgung“. Die Höhe der befundbezogenen Festzuschüsse ist für die Versicherten aller Krankenkassen bundesweit gleich. Der Zahnarzt oder die Zahnärztin rechnet mit den Patienten allerdings nicht nach statistisch pauschalierten, sondern nach zahnärztlichen und zahntechnischen Einzelleistungen ab. Liegen die Kosten der Versorgung mit Zahnersatz in Einzelfällen unterhalb des Festzuschusses, darf die Krankenkasse nur diese Kosten erstatten.

Schauen Sie sich in der Praxis die Zahnersatz-Festzuschüsse an. Sie finden diese auch im Internet unter:
www.kzbv.de

Im Folgenden ist ein Auszug der Zahnersatz-Festzuschüsse ab 01. 01. 2025 abgebildet:

4.8 · Anträge auf Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung bearbeiten



Auszug Zahnersatz-Festzuschüsse gültig ab 01. 01. 2025					
Befunde		Festzuschüsse in €			
		60 % (ohne Bonus)	70 % (Bonus 1)	75 % (Bonus 2)	100 % (Härtefall)
1. Erhaltungswürdiger Zahn					
1.1	Erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung der klinischen Krone oder unzureichende Retentionsmöglichkeit, je Zahn	229,25	267,46	286,57	382,09
1.2	Erhaltungswürdiger Zahn mit großen Substanzdefekten aber erhaltener vestibulärer und/oder oraler Zahnschubstanz, je Zahn	262,97	306,80	328,72	438,29
1.3	Erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung der klinischen Krone oder unzureichende Retentionsmöglichkeit im Verblendbereich (15 – 25 und 34 – 44), je Verblendung für Kronen (auch implantatgestützte)	78,26	91,31	97,83	130,44
1.4	Endodontisch behandelter Zahn mit Notwendigkeit eines konfektionierten metallischen Stiftaufbaus mit herkömmlichen Zementierungsverfahren, je Zahn	47,83	55,80	59,78	79,71
1.5	Endodontisch behandelter Zahn mit Notwendigkeit eines gegossenen metallischen Stiftaufbaus mit herkömmlichen Zementierungsverfahren, je Zahn	144,07	168,08	180,08	240,11
2. Zahnbegrenzte Lücken von höchstens vier fehlenden Zähnen je Kiefer bei ansonsten geschlossener Zahnreihe unter der Voraussetzung, dass keine Freiendsituation vorliegt (Lückensituation I)					
2.1	Zahnbegrenzte Lücke mit einem fehlenden Zahn, je Lücke ...	529,97	618,30	662,47	883,29
2.2	Zahnbegrenzte Lücke mit zwei nebeneinander fehlenden Zähnen, je Lücke ...	604,56	705,32	755,70	1.007,60
2.3	Zahnbegrenzte Lücke mit drei nebeneinander fehlenden Zähnen, je Kiefer	675,02	787,53	843,78	1.125,04
2.4	FrontzahnLücke mit vier nebeneinander fehlenden Zähnen, je Kiefer	739,73	863,02	924,64	1.132,89
2.5	An eine Lücke unmittelbar angrenzende weitere zahnbegrenzte Lücke mit einem fehlenden Zahn	293,93	342,92	367,42	489,89
2.6	Disparallele Pfeilerzähne zur festsitzenden Zahnersatzversorgung, Zuschlag je Lücke	216,86	253,01	271,08	361,44
2.7	Fehlender Zahn in einer zahnbegrenzten Lücke im Verblendbereich (15 – 25 und 34 – 44), je Verblendung für einen ersetzten Zahn, auch für einen der Lücke angrenzenden Brückenanker im Verblendbereich ...	77,12	89,98	96,41	128,54
...
4.6	Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen je Kiefer mit der Notwendigkeit einer dentalen Verankerung, wenn die Regelversorgung eine Kombinationsversorgung vorsieht, je Ankerzahn	395,29	461,17	494,11	658,81
...



3.2.3 Bonusregelung

§ 55 Abs. 1
Satz 3, 4
SGB V

Die Kunden, die sich regelmäßig um ihre Zahngesundheit bemühen, werden mit einer Senkung ihres Eigenanteils „belohnt“.

Der Festzuschuss der AOK erhöht sich auf 70 %, wenn die Kundschaft folgende Voraussetzungen erfüllt:

1. Der Gebisszustand lässt eine regelmäßige Zahnpflege erkennen.
2. Der Kunde bzw. die Kundin hat während der letzten fünf Jahre vor Behandlungsbeginn
 - die Untersuchungen der Individualprophylaxe nach § 22 Abs. 1 SGB V (vgl. Lernbrief zum Thema „Anträge auf Prävention/Vorsorgeuntersuchungen bearbeiten“) mindestens einmal im Kalenderhalbjahr bzw.
 - nach Vollendung des 18. Lebensjahres mindestens einmal im Kalenderjahr eine zahnärztliche Untersuchung in Anspruch genommen.

Die 70 % errechnen sich aus der Regelversorgung.

§ 55 Abs. 1
Satz 5 SGB V

Der Festzuschuss der AOK erhöht sich auf 75 %, wenn die Kundschaft ihre Zähne regelmäßig gepflegt hat und in den letzten zehn Jahren vor Beginn der Behandlung mindestens einmal im Kalenderjahr eine zahnärztliche Untersuchung bzw. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres einmal im Kalenderhalbjahr die Untersuchungen im Rahmen der Individualprophylaxe in Anspruch nahm.

Beispiel

Kosten der Regelversorgung der Befundklasse 1.2: 438,29 €

Festzuschuss ohne Bonus (60 %): 262,97 €

Festzuschuss mit fünf Jahre Bonus (70 %): 306,80 €

Festzuschuss mit zehn Jahre Bonus (75 %): 328,72 €

Wie kann in der Praxis festgestellt werden, ob Kunden diese Voraussetzungen erfüllen? Dazu wurde das sogenannte „Bonusheft“ eingeführt, in dem die Zahnärzte die entsprechende Untersuchung bestätigen.

Die Erhöhung an Festzuschüssen entfällt nicht bei einer Nichtinanspruchnahme der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung im Jahr 2020 aufgrund der Corona-Pandemie.

Die AOK kann in Ausnahmefällen den Festzuschuss mit 75 % genehmigen, wenn die Kunden ihre Zähne regelmäßig gepflegt haben und in den sechs bis zehn Jahren vor der aktuellen Zahnersatzversorgung die zahnärztliche Untersuchung aus einem wichtigen Grund (z.B. akute schwere Krankheit oder Auslandsaufenthalt) lediglich einmal versäumt.

Auch für Versicherte, die bereits eine Totalprothese tragen (also alle Zähne fehlen), müssen die Untersuchungen nach § 55 Abs. 1 SGB V nachweisen, um die erhöhten Festzuschüsse von 70 % bzw. 75 % zu erhalten.

§ 55 Abs. 1
Satz 6 SGB V

§ 55 Abs. 1
Satz 7 SGB V,
GR v.
18./19. 06. 2019
zu § 55 SGBV
Ziff. 2

BE v.
20./21.10.
1999



Zum Lernbeispiel 1 von Seite 3

Prüfen Sie den Anspruch des Zahnersatzes für Markus Beil und berechnen Sie die Höhe der Festzuschüsse.

- Markus Beil ist AOK-versichert.
- Er benötigt lt. Heil- und Kostenplan einen Zahnersatz – Brücke oben links.
- Der Zahnarzt stellt die Befunde Nr. 2.1 und 2.7 jeweils ein Mal fest.
- Markus Beil war 2011 bis 2015 sowie 2018 bis 2024 regelmäßig ein Mal im Kalenderjahr zur zahnärztlichen Untersuchung. Er hat den Bonus von fünf Jahren erfüllt, d.h. Festzuschuss mit 70 %.
- Berechnung des Festzuschusses:

Befund-Nr. 2.1 618,30 €

Befund-Nr. 2.7 89,98 €

708,28 €

Markus Beil hat Anspruch auf Zahnersatz. Er hat den Bonus von fünf Jahren erfüllt und erhält einen Festzuschuss in Höhe von 708,28 €.

4a
Leistung
bewilligen

Merke

Die AOK beteiligt sich mit befundorientierten Festzuschüssen an den Zahnersatzkosten. Grundsätzlich betragen die Festzuschüsse 60 % der Kosten des medizinisch notwendigen Zahnersatzes (Regelversorgung). Haben die Kunden sich in den letzten fünf bzw. zehn Jahren vor Behandlungsbeginn nachweislich um die Gesunderhaltung der Zähne bemüht, erhöht sich der Festzuschuss um 70 % bzw. 75 %.

Versicherte, die durch den Eigenanteil an den Zahnersatzkosten unzumutbar belastet würden, erhalten von der AOK zusätzlich zum Bonus weitere Beträge. Einzelheiten erfahren Sie unter Pkt. 3.2.5 dieses Lernbriefs.

3.2.4 Mehrkostenregelung bei Versorgungsformen, die über die Regelversorgung hinausgehen

Gleichartige Versorgung

Wählen Kundinnen und Kunden einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten in voller Höhe selbst zu tragen. Gleichartiger Zahnersatz liegt vor, wenn dieser der die Regelversorgung zugeordneten zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen umfasst und zusätzliche Leistungen hinzukommen. Dies ist z.B. der Fall, wenn ein der Regelversorgung entsprechender Zahnersatz zusätzliche Versorgungselemente wie z. B. keramische Verblendungen oder Edelmetalle (Gold) sowie zusätzliche oder andere Verankerungs- oder Verbindungsselemente aufweist.

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§ 55 Abs. 4
SGB V,
GR v.
13. 12. 2004,
Ziff. 2.5, 2.10
Abs. 4



Vor Beginn der Behandlung ist zwischen dem Vertragszahnarzt bzw. der Vertragszahnärztin und dem Kunden oder der Kundin eine schriftliche Vereinbarung für den Umfang der zusätzlichen Leistungen und deren Kosten zu treffen. Der Zahnarzt oder die Zahnärztin rechnet diese Mehrkosten nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) direkt mit der Kundschaft ab. Auf die unterschiedlichen Vergütungsarten wird unter Pkt. 3.6 näher eingegangen.

Andersartige Versorgung

§ 55 Abs. 5 SGB V, GR v. 13.12.2004, Ziff. 2.6, 2.10 Abs. 5

Eine andersartige Versorgung liegt vor, wenn eine andere Versorgungsform als die, die in den Festzuschuss-Richtlinien als Regelversorgung für den jeweiligen Befund festgelegt ist, gewählt wurde. Eine andersartige Versorgung ist z.B. implantatgestützter Zahnersatz anstatt Brücke oder eine festsitzende Brücke statt einer Modellgussprothese. In diesen Fällen werden die gesamten Zahnersatzkosten nach der GOZ direkt der Kundschaft in Rechnung gestellt. Sie hat gegenüber der AOK ihren Erstattungsanspruch in Höhe der bewilligten Festzuschüsse, höchstens jedoch die entstandenen Kosten.

GR v. 13.12.2004, Ziff. 4.3.3

Hat die Kundschaft eine andersartige Versorgung erhalten, werden bei der Kostenerstattung keine Abschläge für Verwaltungskosten erhoben.

Zum Lernbeispiel 1 von Seite 3

Prüfen Sie, welche Versorgungsform Markus Beil erhält. Schildern Sie den weiteren Ablauf.

- Markus Beil erhält eine gleichartige Versorgung.

Der Zahnarzt rechnet den genehmigten Festzuschuss in Höhe von 708,28 € über die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) mit der AOK ab. Die Differenz zur Regelversorgung sowie die Mehrkosten der gleichartigen Versorgung hat Markus Beil zu tragen.

Tipp für Markus Beil: Die Eigenanteile/Mehrkosten seines Zahnersatzes können gemeinsam mit weiteren krankheitsbedingten Aufwendungen als außergewöhnliche Belastungen bei der Steuererklärung geltend gemacht werden.

4a
Leistung
bewilligen

3.2.5 Weitere Kostenübernahme bei der Zahnersatzversorgung

Es gibt noch weitere Möglichkeiten der Kostenübernahme durch die AOK bei Zahnersatz. Dies betrifft die Kostenübernahme im Rahmen der Regelversorgung und der teilweisen Übernahme im Rahmen der sogenannten gleitenden Härtefallregelung. Auf diese Möglichkeiten werden wir im Folgenden näher eingehen.

3
leistungsrechtliche
Prüfung

3.2.5.1 Vollständige Kostenübernahme im Rahmen der Regelversorgung

Kundinnen und Kunden, die bei der Versorgung mit Zahnersatz durch den Eigenanteil unzumutbar belastet würden, haben zusätzlich zu den Festzuschüssen nach § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V ohne Bonus (60 % der Regelver-

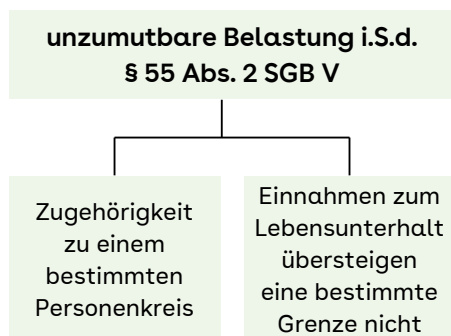
§ 55 Abs. 2
Satz 1 SGB V



sorgung) Anspruch auf einen Betrag in Höhe von 40 %, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlichen Kosten. Wählt die Kundschaft eine gleich- oder andersartige Versorgung mit Zahn-ersatz, leistet die AOK nur die Kosten der Regelversorgung. Die Mehrkosten hat die Kundschaft selbst zu tragen.

§ 55 Abs. 1 Satz 8 SGB V, GR v. 13. 12. 2004, Ziff. 2.8 letzter Satz

Die Bonusregelung hat hier keine Bedeutung, da die Kostenübernahme in vollem Umfang abgedeckt wird.



Kostenübernahme in Höhe der Regelversorgung wegen Zugehörigkeit zu einem bestimmten Personenkreis

§ 55 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2, 3 SGB V

Der Einfachheit halber beschäftigen wir uns zunächst mit den Personenkreisen, bei denen ohne weitere Prüfung der Einkommensverhältnisse unterstellt wird, dass sie unzumutbar belastet sind. Es handelt sich dabei um Personen, die

- Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII erhalten,
- Leistungen zum Lebensunterhalt nach § 93 SGB XIV (Soziale Entschädigung für Opfer von Gewalttaten) beziehen,
- Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundsicherung erhalten,
- Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II beziehen (Bürgergeld),

- Ausbildungsförderung nach dem BAföG erhalten,
- in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung zulasten der Sozialhilfe oder der Sozialen Entschädigung untergebracht sind. Dabei ist es unerheblich, ob die Unterbringungskosten ganz oder teilweise übernommen werden.

Bei diesen Personenkreisen wird unterstellt, dass bereits ein anderer Sozialleistungsträger (z.B. das Sozialamt oder die Agentur für Arbeit) bei der Prüfung der Einkommensverhältnisse Bedürftigkeit festgestellt hat. Aus diesem Grund erhalten die oben genannten Kundinnen und Kunden ausnahmslos die volle Kostenübernahme bei einer zahnprothetischen Regelversorgung.

Als Nachweis über die Zugehörigkeit zu einem der oben genannten Personenkreise dient der entsprechende Bewilligungsbescheid des anderen Leistungsträgers.

Im Übrigen ist diese Aufzählung abschließend, d.h., der Bezug von anderen Sozialleistungen (z.B. Arbeitslosengeld, Übergangsgeld) führt nicht zu einer unzumutbaren Belastung nach § 55 Abs. 2 Nr. 2, 3 SGB V. Bei diesem Personenkreis kommt evtl. eine Genehmigung in Höhe der Kosten der Regelversorgung aufgrund der Einnahmen zum Lebensunterhalt in Frage.

Merke

Sozialhilfeempfänger oder Bezieher von Bürgergeld erhalten die Kosten in Höhe der Regelversorgung.



Kostenübernahme in Höhe der Regelversorgung wegen Höhe der Einnahmen zum Lebensunterhalt

§ 55 Abs. 2
Satz 2 Nr. 1
SGB V

Bei anderen als den bereits genannten Personen ist die Genehmigung in Höhe der Regelversorgung möglich, wenn die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt bestimmte Einkommensgrenzen nicht übersteigen.

§ 18 Abs. 1
SGB IV

Die Einkommensgrenze beträgt 40 % der monatlichen Bezugsgröße. Die monatliche Bezugsgröße 2025 beträgt 3.745 €. Es ergibt sich eine Einkommensgrenze in Höhe von 1.498 €.

§ 55 Abs. 2
Satz 5 SGB V

Die Einkommensgrenze wird für den ersten im Haushalt lebenden Angehörigen um 15 % der monatlichen Bezugsgröße (2025: 561,75 €) und für jeden weiteren Angehörigen um 10 % der monatlichen Bezugsgröße (2025: 374,50 €) erhöht.

GR v.
13. 12. 2004,
Ziff. 3.2
Abs. 2

Angehörige sind die auch für die Ermittlung der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V zu berücksichtigenden Angehörigen, also

- Ehegatten und Lebenspartner nach dem LPaTG,
- sonstige Angehörige (nur im Recht der landwirtschaftlichen Krankenversicherung),
- Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres generell (unabhängig davon, ob sie familien-, pflicht-, freiwillig oder nicht gesetzlich versichert sind) sowie
- Kinder ab Vollendung des 18. Lebensjahres, sofern sie familienversichert sind.

Ein gemeinsamer Haushalt setzt voraus, dass mehrere Angehörige ihren ständigen Wohnsitz an der gleichen Stelle (Haus, Wohnung) begründet haben und in Wirtschaftsgemeinschaft leben.

Weitere Einzelheiten können Sie im Lernbrief zum Thema „Anträge auf Belastungsgrenze bearbeiten“ bzw. in SGBV§62Gs nachlesen.

Bei der Beurteilung, wer als Angehöriger zu berücksichtigen ist, gibt es noch eine Besonderheit: Die in § 55 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Personen (z.B. Sozialhilfebezieher) werden bei der Ermittlung der für die Belastungsgrenze maßgebenden Werte im Familienverbund mit ihren Einnahmen zum Lebensunterhalt sowie als Personen bei der Festsetzung des Familienzuschlags berücksichtigt.

Berücksichtigt werden die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Dazu gehören alle Einnahmen, die zur Bestreitung des Lebensunterhalts bestimmt sind und zwar ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung. Welche Einnahmen zu den Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt gehören, können Sie im GR vom 04. 12. 2013 i.d.F. v. 18./19. 06. 2019 oder im Lernbrief zum Thema „Anträge auf Belastungsgrenze bearbeiten“ nachlesen.

Bei der Prüfung, ob eine unzumutbare Belastung vorliegt, wird auf die Einkommensverhältnisse des Monats abgestellt, der dem Monat vorangeht, in dem der Heil- und Kostenplan zur Genehmigung vorgelegt wird. Grundsätzlich bleibt die getroffene Entscheidung der AOK verbindlich. Bei einer wesentlichen Änderung der Einkommenssituation oder auf Antrag der Kundschaft bei Vorlage der Zahnarztliquidation kann jedoch eine neue Entscheidung getroffen werden.

GR v.
13. 12. 2004,
Ziff. 3.2
Abs. 4

GR v.
13. 12. 2004,
Ziff. 3.2
Abs. 5, 6



Merke

Bei der Beurteilung, ob eine unzumutbare Belastung nach § 55 Abs. 2 Nr. 1 SGB V vorliegt, wird also in folgenden Schritten vorgegangen:

1. Feststellung des Familienverbunds
2. Beurteilung der monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt vom Familienverbund
3. Feststellung der Einkommensgrenze in Prozentsätzen der monatlichen Bezugsgröße, ggf. Erhöhung durch Anrechnung der berücksichtigungsfähigen Angehörigen
4. Vergleich der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt mit der Einkommensgrenze

Zum Lernbeispiel 1 von Seite 3

Prüfen Sie, ob für Markus Beil eine weitere Kostenübernahme möglich ist.

- Familienverbund:
Markus Beil + Ehefrau + drei Kinder
- monatliche Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt:
2.950 €
- Einkommensgrenze:
40 % + 15 % + 10 % + 10 % + 10 % = 85 %
3.745 € × 85 % = 3.183,25 €
- Vergleich monatliche Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt mit Einkommensgrenze:
2.950 € < 3.183,25 €

Die Einkommensgrenze ist höher als die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Markus Beil hat Anspruch auf die Kosten in Höhe der Regelversorgungsleistung von 1.011,83 € (883,29 € + 128,54 €).

4a
Leistung
bewilligen

3.2.5.2 Gleitende Härtefallregelung

Ist der Kunde bzw. die Kundin nicht nach § 55 Abs. 2 SGB V unzumutbar belastet, übernimmt die AOK ggf. dennoch einen zusätzlichen Teil des vom Kunden bzw. von der Kundin zu tragenden Kostenanteils. Sie übernimmt den Betrag, um den der Festzuschuss nach § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V das Dreifache der Differenz zwischen den Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Erbringung der Kosten der Regelversorgung nach § 55 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V maßgebenden Einkommensgrenze übersteigt. Die Kostenübernahme umfasst höchstens einen Betrag in Höhe der Regelversorgungsleistung nach § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§ 55 Abs. 3
SGB V



GR v. 13. 12. 2004, Ziff. 3.3 Abs. 5

Wegen der möglicherweise notwendigen Begrenzung auf die tatsächlichen Kosten kann die Feststellung des evtl. zusätzlichen Zuschusses erst nach Vorlage der Rechnung vorgenommen werden. Dabei sind grundsätzlich die Bruttoeinnahmen des Monats vor der Eingliederung des Zahnersatzes maßgebend.

Beispiel

Ihr Kunde Rainer Sommer ist verheiratet und hat vier Kinder (die gesamte Familie ist bei der AOK versichert). Vor einigen Wochen haben Sie seinen Zahnersatz (2 x den Festzuschuss 4.6 mit zehn Jahren Bonus) genehmigt und die Kostenübernahme in Höhe der Regelversorgungsleistung wegen zu hohem Einkommen abgelehnt. Familie Sommer hat monatliche Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt in Höhe von 3.583,50 €. Der gesamte Zahnersatz kostet 1.655,36 €.

1. monatliche Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt 3.583,50 €
2. Einkommensgrenze nach § 55 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V
3745,00 € x 95 % = 3.557,75 €
3. Unterschiedsbetrag (Differenz zwischen Nr. 1 und Nr. 2)
3.583,50 € - 3.557,75 € = 25,75 €
4. Unterschiedsbetrag (Ergebnis Nr. 3) x 3 = zumutbare Belastung
25,75 € x 3 = 77,25 €
5. Festzuschuss ohne Bonus nach § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V
395,29 € x 2 = 790,58 €
6. gesamter Festzuschuss wird direkt mit KZV abgerechnet
494,11 € x 2 = 988,22 €
7. zusätzlicher Zuschuss der Krankenkasse (Nr. 5 – Nr. 4) = „vorläufige“ Erstattung im Rahmen des gleitenden Härtefalls
790,58 € – 77,25 € = 713,33 €

8. Gesamtzuschuss der Krankenkasse (Summe Nr. 6 + Nr. 7)
988,22 € + 713,33 € = 1.701,55 €
9. Kosten der Regelversorgungsleistung
658,81 € x 2 = 1.317,62 €
10. Vergleich Gesamtzuschuss mit doppeltem Festzuschuss (Vergleich Nr. 8 und Nr. 9)
1.701,55 € > 1.317,62 €
Höchstzuschuss der Krankenkasse 1.317,62 €
11. Erstattung im Rahmen des gleitenden Härtefalls (Nr. 9 – Nr. 6)
1.317,62 € – 988,22 € = 329,40 €

Folge

Rainer Sommer erhält im Rahmen des gleitenden Härtefalls eine zusätzliche Erstattung in Höhe von 329,40 €.

3.3 Leistungserbringung im Wege der Kostenerstattung

Kostenerstattung anstelle der Sach- oder Dienstleistung

Hat die Kundschaft die Kostenerstattung anstelle von Sach- und Dienstleistungen gewählt, sind Abschläge für Verwaltungskosten von den Festzuschüssen in Abzug zu bringen.

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 13 Abs. 2 SGB V, Satzung, GR v. 13. 12. 2004, Ziff. 4.3.1

Kostenerstattung bei Behandlung in anderen Mitgliedstaaten der EG und des EWR

Nimmt der Kunde oder die Kundin Zahnersatzleistungen nach einer anerkannten Methode in EU- oder EWR-Staaten in Anspruch, ist vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan zur Genehmigung vorzulegen.

§ 13 Abs. 4 SGB V, GMG-Empf, Ziff. 4.2.6



Erkundigen Sie sich in Ihrer AOK, welche Informationen Ihr Beratungsgespräch noch beinhalten sollte. Nach Eingliederung des Zahnersatzes werden die genehmigten Festzuschüsse – höchstens die tatsächlichen Kosten – abzüglich eines Abschlags für Verwaltungskosten erstattet (vgl. Lernbrief zum Thema „Anträge auf Auslandserstattung bearbeiten“).

3.4 Leistungsbegrenzung für bestimmte Personengruppen

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 27 Abs. 2
SGB V

Bestimmte Personengruppen haben nur Anspruch auf Versorgung mit Zahnersatz, wenn sie unmittelbar vor Eintritt der Behandlungsbedürftigkeit mindestens ein Jahr lang bei einer Krankenkasse versichert waren. Zu diesem Personenkreis gehören Versicherte, die

- sich nur vorübergehend im Inland aufhalten,
- zur Ausreise verpflichtete Ausländer, deren Aufenthalt aus völkerrechtlichen, politischen oder humanitären Gründen geduldet wird (z.B. Bürgerkriegsflüchtlinge),
- asylsuchende Ausländer, deren Asylverfahren noch nicht unanfechtbar abgeschlossen ist,
- Vertriebene im Sinne des § 1 Abs. 2 Nr. 2 und 3 BVFG sowie Spätaussiedler im Sinne des § 4 BVFG, ihre Ehegatten, Lebenspartner und Abkömmlinge im Sinne des § 7 Abs. 2 BVFG.

Diese Regelung soll die Versicherten-gemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung vor Aufwendungen für Zahnersatzversorgungen schützen, wenn die Behandlungsbedürftigkeit schon vor Beginn der Versicherung entstanden ist, entsprechende Maßnahmen jedoch noch nicht durchgeführt wurden.

Diese Personengruppen können die Kostenübernahme jedoch auch nach dem SGB XII (beim Sozialamt) oder dem BVFG (beim Amt für soziale Angelegenheiten) beantragen. Deren Leistungen sind jedoch von der Bedürftigkeit der betroffenen Person abhängig.

3.5 Zahnersatzversicherung, Wahltarife und weitere AOK-Angebote

Generelles zur Kundenberatung

Die AOK bietet zu günstigen Konditionen Zusatzversicherungen – auch für den Zahnersatz – über ihre Partner in der privaten Krankenversicherung an. Hierdurch kann die Kundschaft ihre Eigenbeteiligung am Zahnersatz reduzieren. Erkundigen Sie sich nach den Tarifen.

Einige AOKs bieten Angebotsvergleiche (z.B. www.Zahngesbot.de) an. Erkundigen Sie sich in Ihrer AOK nach evtl. Angeboten.

3.6 Vertragliche Beziehungen und Vergütung

3
leistungsrechtliche Prüfung

Für die Vergütung zahnärztlicher Behandlungen gibt es in Deutschland zwei verschiedene Gebührenverzeichnisse:

- Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA)
- Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Der einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) ist die Basis für die Abrechnung von zahnärztlichen Leistungen mit der gesetzlichen Krankenversicherung. Hier sind die Behandlungen aufgelistet, deren Kosten die Krankenkassen im Rahmen ihrer Leistungspflicht ganz oder teilweise übernehmen.

§ 87 Abs. 1
Satz 1 SGB V,
§ 22 BMV-Z

4.8 · Anträge auf Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung bearbeiten



Auszug aus dem BEMA-Kurzverzeichnis

Geb.-Nr.	Abkürzung	Leistungsbeschreibung	Bewertungs- zahl
Teil 1		konservierend und chirurgische Leistungen/Röntgenleistungen	
Ä 1	Ber	Beratung eines Kranken, auch fernmündlich	9
01	U	eingehende Untersuchung ZMK	18
...			
Ä 925 a	Rö2	Röntgendiagnostik der Zähne bis 2 Aufnahmen	12
Ä 925 b	Rö5	Röntgendiagnostik der Zähne bis 5 Aufnahmen	19
...			
13		Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschließlich einer erforderlichen Unterfüllung, dem Anlegen einer Matrize oder der Benutzung anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung sowie dem Polieren	
13 a	F1	plastische Füllung, einflächig	32
13 b	F2	plastische Füllung, zweiflächig	39
...			
44	X2	Entfernen mehrwurzeligen Zahn inkl. Wundversorgung	15
...			
107	Zst	Entfernen harter Zahnbeläge, je Sitzung	16
...			
FU 2		zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung eines Kindes vom 34. bis zum vollendeten 72. Lebensmonat	25

(Stand: 01. 01. 2025)



Der BEMA weist für jeden Behandlungsschritt eine bestimmte Punktzahl aus. Der Wert eines Punktes wird jedes Jahr neu festgelegt. Für die konservierend/chirurgischen Leistungen und der kieferorthopädischen Behandlung wird für jedes Bundesland separat der Punktwert festgelegt. Für die Leistungen bei Zahnersatz und Kronen gilt ein bundeseinheitlicher Punktwert. 2025 beträgt dieser 1,1304 €.

Preis der Behandlung bzw. Honorar des Zahnarztes:

Punktezahl x Punktwert

Beispiel

Luise Stemmler (45 Jahre) hat bei Dr. dent. Achim Schrey ihre jährliche zahnärztliche Untersuchung. Ebenso wird eine eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich Beratung sowie eine Zahnsteinentfernung durchgeführt.

Folge

Dr. dent. Achim Schrey rechnet folgende Untersuchungen ab:

- entfernen harter Zahnbeläge, je Sitzung 16 Punkte
- eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, einschließlich Beratung 18 Punkte

Der Punktwert für die zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung beträgt 1,4362 € und für die restlichen konservierend/chirurgischen Leistungen 1,1304 €.

Preis der Behandlung (= zahnärztliches Honorar):

18 Punkte x 1,4362 €	=	25,85 €
16 Punkte x 1,1304 €	=	18,08 €
Gesamtsumme		43,93 €

Allerdings sind die Ausgaben der Krankenkassen begrenzt. Überschreiten die Kosten, die die Ärzte und Zahnärzte den Krankenkassen für ihre Behandlungen in Rechnung stellen, diese Budgetgrenzen, werden die Honorare entsprechend gekürzt. Dies soll wirtschaftliche Anreize in der vertragszahnärztlichen Versorgung setzen. Außerdem berücksichtigt der BEMA nicht den individuellen Aufwand der Zahnärzte für die Behandlung, sondern die Punktwerte sind Durchschnittswerte aus leichten und schweren Fällen, aus materialaufwendigen und geräteintensiven Diagnose- und Therapieverfahren.

Die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) gilt für alle Leistungen, die mit den Patienten privat vereinbart werden. Sie wird also für die Abrechnung mit Privatpatienten ebenso genutzt wie für den Fall, dass gesetzlich Krankenversicherte Leistungen in Anspruch nehmen, die die Krankenkasse nicht übernimmt. Die GOZ enthält einen umfangreichen Leistungskatalog, zu dem neben Standardleistungen auch aufwendigere Diagnose- und Therapiemethoden gehören. Die Abrechnung erfolgt direkt zwischen Patient/-in und Zahnarzt bzw. Zahnärztin. Die private Gebührenordnung weist für jede Behandlung einen Basisbetrag zur Kalkulation des Honorars aus, den Einzelsatz. Die GOZ ermöglicht aber den Zahnärzten, den individuellen Zeitaufwand und Schwierigkeitsgrad einer Behandlung bei der Abrechnung zu berücksichtigen. Dazu sind Steige-



rungsfaktoren angegeben, mit denen der Einzelsatz multipliziert wird. Für eine Behandlung ohne Komplikationen gilt der Steigerungsfaktor 2,3 als



Richtwert. Für schwierige Behandlungen kann der Faktor bis zu 3,5 betragen, in Ausnahmefällen sogar darüber liegen.

Auszug aus der GOZ

Nr.	Leistung	Gebühr in €		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
1000	Erstellen eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, Dauer mindestens 25 Minuten	11,25	25,87	39,37
...				
2150	Einlagefüllung, einflächig	64,17	147,60	224,60
2160	Einlagefüllung, zweiflächig	76,26	175,41	266,93
2170	Einlagefüllung, mehr als zweiflächig	96,12	221,07	336,41
...				
4050	Entfernung harter und weicher Zahnbeläge einschließlich Polieren, je Zahn	0,56	1,29	1,97
6190	beratendes und belehrendes Gespräch mit Anweisungen zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten und Dysfunktionen	7,87	18,11	27,56

Warum überhaupt zwei Gebührenordnungen?

Das zweigleisige Honorarsystem in Deutschland ist historisch gewachsen. Für die GKV gilt, dass nur Behandlungen gezahlt werden, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind (§ 12 SGB V). Daher beinhaltet der BEMA ein „schlankeres“ Leistungsverzeichnis. Grundsätzlich aber gilt: Gesetzlich krankenversicherte Patienten erhalten alle medizinisch notwendigen Behandlungen.

Wer aufwendigere Behandlungen wünscht, kann sie auf der Grundlage der privaten Abrechnung erhalten. Die Versicherten haben über die GOZ Zugang zu weiteren Versorgungsangeboten, welche erst einmal das Maß des Notwendigen überschreiten. Ein bekanntes Angebot ist hier z.B. die professionelle Zahnreinigung.



4 Kieferorthopädische Behandlung

Lernbeispiel 2

Stefan Stein und seine Kinder Benedikt (04. 01. 2013) und Elena (05. 12. 2018) sind bei der AOK versichert. Benedikt Stein war vor einigen Tagen wegen seinen Zahnfehlstellungen beim Kieferorthopäden Dr. Spangenthal.

Sie erhalten den kieferorthopädischen Behandlungsplan (vgl. Vordruck auf der Seite 24) von Benedikt Stein.

1a
schriftliche
Anträge

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§ 28 Abs. 2
Satz 1
SGB V

Sie wissen bereits, dass die Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Kieferkrankheiten Bestandteil der zahnärztlichen Behandlung ist. Zusätzlich übernimmt die AOK auch Kosten für eine kieferorthopädische (KFO-) Behandlung ihrer Kundschaft. Solche Behandlungen werden von Zahnärzten durchgeführt, die im Rahmen einer Zusatzqualifikation zu Kieferorthopäden ausgebildet wurden. Kieferorthopädische Behandlungen dauern in der Regel mehrere Jahre. Zunächst werden die Zahn- und Kieferfehlstellungen mit aktiven Behandlungsapparaturen (herausnehmbar und/oder feststehend) in die gewünschte Position gebracht und anschließend dort gesichert (Retentionsphase). Dauer und Erfolg der Behandlung hängen im Wesentlichen von dem Verständnis und der Mitarbeit der Patienten ab. Deshalb ist bei Kindern die Unterstützung und Anleitung durch die Eltern zwingende Voraussetzung für einen Erfolg. Weiterhin kann mangelnde Mundhygiene die Behandlung gefährden. Ohne die entsprechende Motivation und Mitarbeit kann eine kieferorthopädische Behandlung (selbst wenn die medizinische Notwendigkeit hierfür vorliegt) zum Abbruch der Behandlung führen.

4.1 Voraussetzungen

Voraussetzung für die Kostenübernahme für eine kieferorthopädische Behandlung durch die AOK ist, dass eine Zahn- oder Kieferfehlstellung vorliegt, die das

- Kauen,
- Beißen,
- Sprechen oder
- Atmen

erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht. Außerdem muss die Fehlstellung mit Aussicht auf Erfolg ganz oder teilweise behoben, zumindest aber gebessert oder ihre Verschlimmerung verhütet werden können. Zahnkorrekturen alleine aus kosmetischen Gründen stellen keine medizinische Indikation dar, für sie kann die AOK keine Kosten übernehmen.

Ob medizinische oder kosmetische Gründe für die kieferorthopädische Behandlung ausschlaggebend sind, wird nach einem befundbezogenen objektiv überprüfbares Indikationssystem beurteilt. In die Bewertung fließen verschiedene Faktoren ein, wie die Zahl der zu bewegenden Zähne bzw. Zahngruppen, die Größe der Bewegung und die zu erwartende Reaktionsweise. Damit die AOK die Kosten übernimmt, ist eine Einstufung mindestens in den Behandlungsbedarfsgrad 3 der Indikationsgruppen erforderlich. Sehen Sie sich dazu die Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung (KoBh-RL) an.

Die Kostenübernahme erstreckt sich sowohl auf die zahnärztlichen Leistungen als auch auf die Material- und Laborkosten für die Halteapparate.

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§ 29 Abs. 1
SGB V

§ 29 Abs. 4
SGB V,
KoBh-RL,
Ziff. B. Pkt. 2

4.8 · Anträge auf Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung bearbeiten



§ 28 Abs. 2
Satz 6, 7
SGB V

Allerdings ist dieser Anspruch für einige Kunden ausgeschlossen: Kunden, die das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben, können in der Regel keine kieferorthopädische Behandlung zulasten der AOK beginnen. Bereits laufende Behandlungen sind jedoch von dieser Einschränkung nicht betroffen.

Die Kostenübernahme für kieferorthopädische Behandlungen Erwachsener ist nur in Ausnahmefällen möglich: Dazu müssen Kieferanomalien vorliegen, die so ausgedehnt und schwerwiegend sind, dass sie sowohl kieferchirurgische als auch kieferorthopädische Behandlung erfordern.

GR v.
09. 12. 1992,
Ziff. 10.2

Schwere Kieferanomalien liegen vor bei angeborenen Missbildungen des Gesichts und des Kiefers (z.B. Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte) oder bei verletzungsbedingten Kieferfehlstellungen. In diesen Fällen übernimmt die AOK die Kosten vollständig im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung.

Das können Sie als zahnmedizinische Laien natürlich nicht beurteilen. Aus diesem Grund schaltet die AOK Gutachter ein, die entscheiden, ob solche Ausnahmeindikationen vorliegen.

4.8 · Anträge auf Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung bearbeiten



Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK		<input checked="" type="checkbox"/> KFO-Behandlungsplan		<input type="checkbox"/> Behandlerwechsel Planübernahme (Einstieg in die Behandlung)	
Name, Vorname des Versicherten Stein, Benedikt geb. am 04.01.2013		<input type="checkbox"/> KFO-Therapieänderung		<input type="checkbox"/> Behandlerwechsel Neuplanung	
Kostenträgerkennung 8018779 Versicherten-Nr. K771552553 Status 3000000		<input type="checkbox"/> KFO-Verlängerungsantrag		<input type="checkbox"/> Kassenwechsel	
Vertragszahnarzt-Nr. 02/618425 Datum 13.01.		Behandlungsbeginn Quartal 16 Beginn der Verlängerung Quartal 16 Voraussichtliche Dauer Quartale 16		<input type="checkbox"/> Unfall	
KIG-Einstufung U 4					

Anamnese Anamnestisch unauffällig, kein Hinweis auf Genese der Dysgnathie

Diagnose

OK lückige Front; Frontzähne prokliniert; Nichtanlage der Zähne 15, 25; Milchzahn 55 tief zerstört Mesiorotation 16; retrognather anteinklinierter OK

UK lückige Front; Nichtanlage der Zähne 35, 45; Milchzahn 75 tief zerstört; Rotation 34, 43, 44, 46 retrognather UK mit anteriorer Rotationstendenz

Bisslage skelettale Klasse-I mit Klasse-III-Tendenz; Okklusion rechts 1PB distal; links ½ PB distal; Mittenabweichung des UK nach rechts; Vergrößerte sagittale Frontzahnstufe

Therapie Frühbehandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 a-c) ☐ Frühe Behandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 d) ☐ Erwachsenenbehandlung ☐

OK Lückenschluss in der Front; Verbesserung der Achsenstellung der Frontzähne; Exzitation Wurzelrest 55; Exzitation Milchzahn 65; Versuch des Lückenschlusses regio Nichtanlagen der Zähne 15, 25; Derotation 16

UK Lückenschluss in der Front; Exzitation der Milchzähne 75 und 85 und Versuch des Lückenschlusses regio Nichtanlagen 35, 45; Derotation 34, 43, 44, 46

Bisslage Versuch der Einstellung in gesicherte Klasse-I-Okklusion beidseits; Behandlung der mandibulären Schwenkung; Reduktion der sagittalen Frontzahnstufe;
Epikrise: Ein vollständiger Lückenschluss wird angestrebt, es können jedoch Restlücken verbleiben

Verwend. Geräte aktive Platten; OK/UK-Multiband; intermaxilläre Gummizüge; Umkehrgesichtsbogen; Retentionsgeräte

Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen (Zahl eintragen, ggf. ankreuzen)

A 925 a				A 928				A 934 a				A 935 a				5				7 a				12				116			
a	b	c	d	a	b	c	d	a	b	c	d	a	b	c	d	a	b	c	d	a	b	c	d	a	b	c	d				
117	118	128 a	b	127 a	b	128 a	b	130	131 a	b	c	130	131 a	b	c	130	131 a	b	c	130	131 a	b	c	130	131 a	b	c				
3	2	20	4	24	2	2	12	2	14			2	14			2	14			2	14			2	14						

	I	II	III	IV	V	Summe	Buchst.
OK 119	3	5	5	2	3	18	d
UK 119	3	5	5	2	3	18	d
120	5	3	3	3	X	14	d

Sonstige Leistungen:

Geb.-Nr.	Anz.
900,00	3.160,30
Geschätzte Material u. Laborkosten EUR	voraussichtl. Gesamtkosten EUR

Antragsnummer 0033474382307LKP13312ABCDEF25

Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan

Verarbeitungskennzeichen 10 - erstmalige Übermittlung

Kassenwechsel voriges IK Abschlagsnummer Akt.-Z. PVS 197

Behandlerwechsel ab Quartal Version 1.4.0 Seite 1 von 1

Datum, Unterschrift und Stempel des 9998 anka

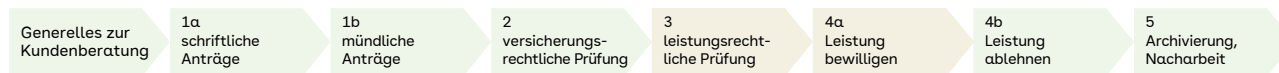
Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Dr. med. dent. Josef Spangenthal
Mittelbacher Str. 5
99988 Unterbach
Tel: 09999 922-0
13.01.

Entscheidung der Krankenkasse

Der Zuschuss zu den aufgeführten Leistungen (Honorar- und Mat- und Laborkosten) beträgt: %

Anspruch besteht ab Quartal



3
leistungsrecht-
liche Prüfung

Wie läuft's in der Praxis? Stellt ein Zahnarzt oder eine Zahnärztin fest, dass ein Patient bzw. eine Patientin eine kieferorthopädische Behandlung braucht, und ist er bzw. sie auch Kieferorthopäde, wird die entsprechende Behandlung eingeleitet. Ansonsten ist eine Überweisung zu einem Kollegen bzw. zu einer Kollegin mit Zusatzbezeichnung „Kieferorthopäde“ notwendig.

Zunächst wird ein Behandlungsplan erstellt, der Auskunft über die derzeitigen Kiefer- und Zahnverhältnisse, die geplanten Behandlungsmaßnahmen und ihre Dauer sowie über den späteren Soll-Zustand gibt.

Dieser Behandlungsplan wird über einen elektronischen Datenaustausch von der Praxis der AOK übermittelt. Nach Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen wird die Behandlung genehmigt. In Zweifelsfällen kann die AOK Gutachter einschalten, um die Behandlungsart, ihre Notwendigkeit bzw. Erfolgsaussichten feststellen zu lassen. Vorher darf die Behandlung nicht auf Vertragsbasis begonnen werden.

Zum Lernbeispiel 2 von Seite 22

Folgende Anspruchsvoraussetzungen werden erfüllt:

- Benedikt Stein ist AOK-versichert und zwölf Jahre alt.
- Er benötigt lt. kieferorthopädischen Behandlungsplan wegen einer Zahnfehlstellung eine kieferorthopädische Behandlung. Es wurde die Indikationsgruppe 4 festgestellt.

Benedikt Stein hat Anspruch auf die kieferorthopädische Behandlung.

4a
Leistung
bewilligen

Merke

Die AOK übernimmt die Kosten für medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlungen durch Kieferorthopäden. Kunden, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben, können diesen Zuschuss von der AOK nur in Ausnahmefällen erhalten.

4.2 Höhe/Eigenanteil

Die AOK übernimmt den größten Anteil der medizinisch notwendigen Kosten. Kunden, auch Kinder, beteiligen sich lediglich mit 20 % daran. Befinden sich mehrere Kinder einer Familie in kieferorthopädischer Behandlung, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ermäßigt sich dieser Eigenanteil auf je 10 % für das zweite und jedes weitere Kind.

Mit dieser Regelung soll erreicht werden, dass Familien nicht über Gebühr mit Eigenbeteiligungen für die kieferorthopädischen Behandlungen ihrer Kinder belastet werden.

Für die kieferorthopädische Behandlung des zweiten und jedes weiteren Kindes sind vom Beginn der zeitgleichen Behandlung an lediglich 10 % Eigenanteil zu tragen.

Die restlichen 20 bzw. 10 % der Kosten trägt die versicherte Person (bei Kindern: die Eltern) zunächst selbst. Wird die Behandlung erfolgreich und wie geplant abgeschlossen, erstattet die AOK auch diesen Restbetrag.

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§ 29 Abs. 2
Satz 1, 3
SGB V

BE v.
14./15. 10. 1992

§ 29 Abs. 3
Satz 2 SGB V

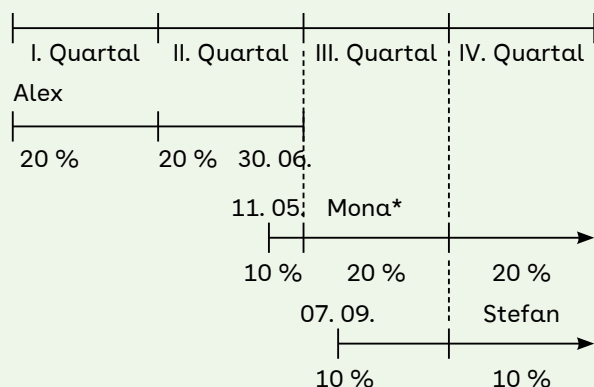


Beispiel

Elke Schmidt ist Kundin Ihrer AOK. Sie hat drei Kinder, die alle nach § 10 SGB V versichert sind. Die kieferorthopädische Behandlung von Alex (17 Jahre) wurde am 30.06. erfolgreich beendet. Bei Mona (zwölf Jahre) beginnt die Behandlung am 11.05. Außerdem wird Stefan (neun Jahre) ab 07.09. wegen seiner Zahnfehlstellung behandelt.

Folge

Eigenanteil an den kieferorthopädischen Behandlungen:



* Hinweis

Ab Beginn des dritten Quartals erhöht sich der Eigenanteil für Mona, weil die Behandlung von Alex abgeschlossen ist und Mona „erstes“ Kind i.S.d. § 29 Abs. 2 Satz 1 SGB V ist.

Die Abrechnung der zahnärztlichen Leistungen findet zwischen dem Kieferorthopäden und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung statt.

§ 29 Abs. 3 Satz 1 SGB V

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung wiederum erhält die Rechnungsbeträge in Quartalsabschlägen von der jeweiligen AOK. Sie sind bereits um den Anteil der Kunden (20 bzw. 10 %) gemindert.

Zur Abgrenzung der Leistungspflicht bei Wechsel der Krankenkasse während der laufenden kieferorthopädischen Behandlung lesen Sie sich das Übereinkommen der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 14. 02. 1974 (KfoÜbk) durch.

Ist die Behandlung planmäßig und erfolgreich abgeschlossen, erstattet die AOK den Kostenanteil der Kunden in Höhe von 20 bzw. 10 %. Dazu genügt eine formlose Bestätigung des Zahnarztes bzw. der Zahnärztin über den Behandlungsabschluss.

GR v. 09. 12. 1988 zu § 29 SGB V, Ziff. 4.5

Wird die Behandlung allerdings vorzeitig abgebrochen, trägt die Kundschaft ihren Kostenanteil selbst.

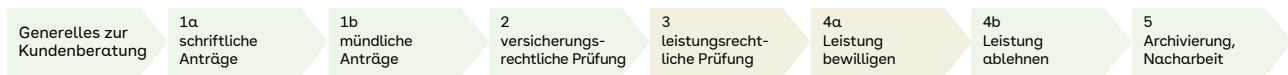
GR v. 09. 12. 1988 zu § 29 SGB V, Ziff. 5

Wechselt der Kunde bzw. die Kundin während der Behandlung die Krankenkasse, erstattet die neue Krankenkasse nach erfolgreichem Abschluss den gesamten Kostenanteil, der während der Behandlung angefallen ist. Eine teilweise Rückforderung von der oder den vorherigen Krankenkassen findet nicht statt. Ebenso wenig verweist die nun zuständige Krankenkasse die Kundschaft an die vorherige(n) Krankenkasse(n).

GR v. 09. 12. 1988 zu § 29 SGB V, Ziff. 6

§ 29 Abs. 2 Satz 2 SGB V

Sind im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung konservierend-chirurgische Maßnahmen (z.B. Entfernung eines überzähligen „Weisheitszahns“) oder Röntgenleistungen (z.B. des Kieferknochens) notwendig, übernimmt die AOK deren Kosten als Sachleistung. Sie werden dann über die eGK in voller Höhe abgerechnet und der Kunde bzw. die Kundin braucht sich an diesen Kosten nicht zu beteiligen.



Merke

Die Leistung der kieferorthopädischen Behandlung der AOK beträgt 80 % der Behandlungskosten. Befinden sich mehrere Kinder gleichzeitig in kieferorthopädischer Behandlung, erhöht sich diese unter bestimmten Voraussetzungen auf 90 %.

Vertragszahnarzt/Vertragszahnärztin bzw. Kassenzahnärztliche Vereinigung einerseits und AOK andererseits rechnen die Kosten der medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlung untereinander ab.

Der Kostenanteil der Versicherten in Höhe von 20 bzw. 10 % wird zusätzlich erstattet, wenn die Behandlung erfolgreich abgeschlossen worden ist.

- Familie Stein erhält über den Eigenanteil eine Rechnung vom Kieferorthopäden.
- Nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung sind eine Bestätigung sowie die Eigenanteilsrechnungen bei der AOK zur Erstattung einzureichen.

In den letzten Jahren bieten Kieferorthopäden Behandlungsmethoden und -geräte an, die die Zahnpflege erleichtern (z.B. miniaturisierte Brackets), eine geringere optische Beeinträchtigung mit sich bringen (z.B. zahnfarbene Brackets) oder die weniger Tragedisziplin erfordern (sogenannte Non-Compliance-Geräte). Diese Angebote gehören jedoch nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen, sondern müssen entweder teilweise oder vollständig von den Patienten selbst bezahlt werden.

Zum Lernbeispiel 2 von Seite 22

Ermitteln Sie die Kosten der kieferorthopädischen Behandlung von Benedikt Stein. Schildern Sie das weitere Vorgehen.

- Benedikt Stein ist als einziges Kind der Familie Stein in kieferorthopädischer Behandlung.

Es werden 80 % der Kosten übernommen. Nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung wird der Eigenanteil erstattet.

- Der AOK-Anteil wird quartalsweise vom Kieferorthopäden über die KZV direkt mit der AOK abgerechnet.

Nehmen Patienten beispielsweise Mehrleistungen in Anspruch, werden die Kosten für die Regelversorgung über die jeweilige KZV gegenüber der AOK abgerechnet, die Mehrkosten sind von Versicherten oder deren Sorge-/Vertretungsberechtigten selbst zu tragen.

§ 29 Abs. 5
SGB V

Über diese Behandlungsalternativen und die daraus entstehenden Mehrkosten hat der behandelnde Kieferorthopäde vor Beginn der Behandlung mündlich aufzuklären und eine schriftliche bzw. elektronische Vereinbarung mit der versicherten Person zu treffen.

§ 29 Abs. 7
SGB V

4a
Leistung
bewilligen



5 Zusammenfassende Selbstkontrolle

1. Sachverhalt

Sie arbeiten in der Kundenberatung der AOK. Heute erhalten Sie von Ihrer Kundin Lina Müller einen Heil- und Kostenplan über die Versorgung mit Zahnersatz. Danach betragen die voraussichtlichen Gesamtkosten 830,15 €. Die Kosten der Regelversorgung betragen 653,86 €, die verbleibenden 176,29 € sind Kosten für einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz.

Laut Bonusheft ließ sich Lina Müller in den letzten zwölf Jahren vor Beginn der Behandlung in jedem Kalenderjahr zahnärztlich untersuchen. Der Zustand ihrer Zähne lässt eine regelmäßige Zahnpflege erkennen.

Lina Müller ist am 31.10.1988 geboren und versicherungspflichtiges Mitglied der AOK.

Hinweis zu Aufgabe 1.1

Die Drei-Schritt-Methode ist anzuwenden.

Aufgabe 1.1

Hat Lina Müller Anspruch auf einen Zuschuss zu den Zahnersatzkosten, ggf. in welcher Höhe? Mit welchen Kosten hat Lina Müller zu rechnen?

Fortsetzung des Sachverhalts

Lina Müller ist alleinstehend und erhält aus ihrer Beschäftigung bei der Reiners KG ein monatliches Arbeitsentgelt in Höhe von 1.172 € brutto bzw. 988,61 € netto. Daneben pflegt sie ihre im Nachbarhaus lebende Mutter und erhält dafür deren monatliches Pflegegeld in Höhe von 599 €.

Hinweis zu Aufgabe 1.2

Die Lösung ist nicht zu begründen. Der Rechenweg ist nachvollziehbar darzustellen.

Aufgabe 1.2

Wie hoch ist der Zuschuss der AOK zu den Zahnersatzkosten unter Berücksichtigung der Einkommensverhältnisse von Lina Müller?

2. Sachverhalt

Sie sind Fachkraft in der Kundenberatung im AOK KundenCenter Untersteinbach. Heute (26.04.2025) kommt Nicole Meyer zu Ihnen und bittet um nochmalige Überprüfung der Kostenübernahme ihres Zahnersatzes.

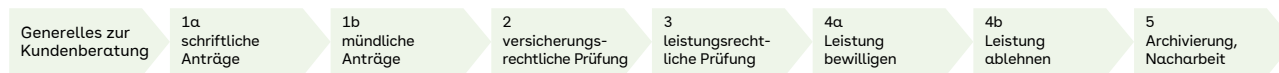
Sie ist seit Jahren bei der AOK versichert und vor einigen Wochen erhielt sie die Genehmigung ihres Zahnersatzes mit einem Festzuschuss von 60 % in Höhe von 1.780,75 €. Dieser Betrag wird vom Zahnarzt über die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) direkt mit der AOK abgerechnet.

Jetzt hat sie die Abrechnung vom Zahnarzt erhalten und legt Ihnen einen Auszug vor:

Gesamtkosten vom Zahnersatz	4.812,78 €
Gesamtkosten der Regelversorgung	2.967,92 €
Mehrkosten für zusätzliche Versorgung	1.844,86 €

Nicole Meyer ist alleinerziehend und lebt mit ihren zwei minderjährigen Kindern im gemeinsamen Haushalt. Außerdem betreut sie ihre, im Erdgeschoss wohnenden, pflegebedürftigen Eltern. Sie hat folgende monatlichen Einkommen:

4.8 · Anträge auf Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung bearbeiten



Arbeitsentgelt aus einer Teilzeitbeschäftigung	1.209 € brutto, 1.024,04 € netto
Kindergeld für die beiden Kinder	255 € + 255 €
Unterhalt vom leiblichen Vater der Kinder	1.031 €
Pflegegeld für die pflegebedürftige Mutter	347 € (Pflegegrad 2)
Pflegegeld für den pflegebedürftigen Vater	800 € (Pflegegrad 4)

In der EDV sehen Sie folgende Daten fürs Bonusheft:

ZAE Änd F 533572235 Meyer, Nicole, 05.01.2002

▼ Fall 1805870 Übersicht Bonusheft Masterzahnschema Notizen Protokoll Mitteilungsmanagement Übersicht DTA-Eingangsdaten

▼ (001) Zahnersatz

VO 17.03.2025 (offen)

Bonusheft

+ 10 Jahre + 5 Jahre

Kalenderjahr	Halbjahr	VU-Kennz.	Angelegt am	Angelegt von	Geändert am	Geändert von
2024		X	04.06.2024	CTDTWVDS	04.06.2024	CTDTWVDS
2021		X	04.06.2024	CTDTWVDS	04.06.2024	CTDTWVDS
2018		X	04.06.2024	CTDTWVDS	04.06.2024	CTDTWVDS
2018		X	04.06.2024	CTDTWVDS	04.06.2024	CTDTWVDS
2017		X	04.06.2024	CTDTWVDS	04.06.2024	CTDTWVDS
2013		X	04.06.2024	CTDTWVDS	04.06.2024	CTDTWVDS
2011		X	04.06.2024	CTDTWVDS	04.06.2024	CTDTWVDS

Ergebnis Bonusheft

Bonus zum Tagesdatum 60

Jahr Erfüllung Bonus I 01.01.2029

Jahr Erfüllung Bonus II 01.01.2034

Sonstiges

Aufgabe 2

Prüfen Sie die Möglichkeit einer zusätzlichen Übernahme der Zahnersatzkosten und berechnen Sie die evtl. Höhe einer zusätzlichen Erstattung.

3. Sachverhalt

Betty und Micha Wall sind elf bzw. 13 Jahre alt. Ihre Eltern sind geschieden und leben mit ihren jeweiligen neuen Lebenspartnern zusammen. Betty ist zu ihrem Vater gezogen, der Mitglied der IKK ist. Micha hat sich entschieden, bei seiner Mutter zu bleiben. Lotti Wall ist Kundin der AOK. Micha ist bereits seit mehr als einem Jahr in kieferorthopädischer Behand-

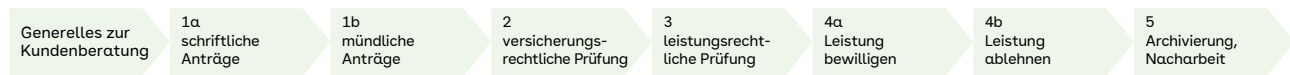
lung. Die Kosten hierfür trägt die AOK. Bettys behandelnder Zahnarzt hat in der letzten Woche festgestellt, dass auch für sie eine solche Behandlung notwendig ist. Die Kosten hierfür wird die IKK übernehmen.

Hinweis zu Aufgabe 3

Fassen Sie Lösung und Begründung ohne Angabe von Rechtsvorschriften zusammen.

Aufgabe 3

Stellen Sie fest, in welcher Höhe die Eltern von Betty und Micha für die beiden Kinder Eigenbeteiligungen übernehmen müssen.



4. Sachverhalt

Karin Kull ist bei der AOK als Arbeitnehmerin versichert. Ihre zwei Kinder, Alexander (geb. 05. 01. 2015) und Mareike (geb. 15. 11. 2007) wohnen bei ihr im gemeinsamen Haushalt. Sie besuchen das Gymnasium in Oberstadt und sind bei ihr familienversichert.

Dr. Bohr stellt bei Alexander eine Zahn- und Kieferfehlstellung (Indikationsgruppe 4) fest, die das Kauen und Beißen erheblich beeinträchtigt. Eine kieferorthopädische Behandlung wird die Fehlstellung mit Aussicht auf Erfolg beseitigen. Die Behandlung beginnt am 29. 01. 2025. Dr. Bohr muss jedoch gleich zu Beginn der Behandlung zwei Seitenbackenzähne entfernen, damit ausreichend Platz im Kiefer geschaffen wird (konservierend/chirurgische Leistung).

Die kieferorthopädische Behandlung seiner Schwester Mareike wird im Juni 2025 nach fünf Jahren erfolgreich beendet.

Hinweis zu Aufgabe 4

Begründen Sie Ihre Lösung nach der Drei- Schritt-Methode.

Aufgabe 4

Beurteilen Sie, ob die AOK die Kosten der kieferorthopädischen Behandlung einschließlich der konservierend/chirurgischen Leistung von Alexander Kull übernimmt, ggf. in welcher Höhe.

5. Sachverhalt

Sie arbeiten in der Kundenberatung der AOK. Ihr Kunde Peter Löffler kommt heute mit dem Abrechnungsschreiben vom Kieferorthopäden Dr. Spangenthal (vgl. Abbildungen auf den Seiten 31 und 32) zu Ihnen.

Hinweis zu Aufgabe 5

Die KIVA-Formel ist anzuwenden (Kontakt-, Informations-, Verhandlungs- und Abschlussphase).

Aufgabe 5

Beraten Sie Peter Löffler.

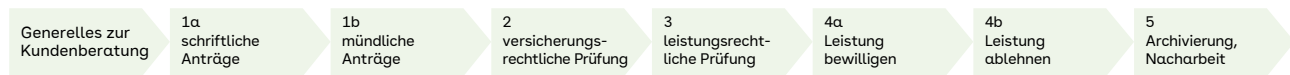
Hinweis zu Aufgabe 6

Eine Begründung sowie die Angabe von Rechtsvorschriften sind nicht erforderlich.

Aufgabe 6

Stellen Sie anhand der gesetzlichen Vorschriften die Voraussetzungen für den ermäßigten Eigenanteil bei kieferorthopädischer Behandlung fest.

4.8 · Anträge auf Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung bearbeiten



Meldezeiten des Privatkunden Peter Löffler geb. 19.03.1984

Versicherungszeiten

Anzahl:

VA	Gültig ab	GrdA..	Gültig bis	Grd A..	BGR	TTS	BNR/ VN
0101	01.07.2008	010			1111	723024211	60342212

FamiZeiten

Anzahl:

Nachname	Vorname	ORD Fami	Vart	Beginn	Zu...	Ende	Ab...	Dat.Anssp
Löffler	Laura	23040515L501	940	04.05.2015				10.02.2025
Löffler	Thomas	23290810L001	940	29.08.2010				10.02.2025

Leistungsübersicht T771111113 Löffler, Laura 04.05.2015

Variantengruppe: Leistungsübersicht Dental

TF-Art	Fallnummer	T...	Leistung	LES Status	LES von	LES bis	ZAHL von	ZAHL bis	Leistungserbringer
Kieferorthopädie	10370087259	001	Erstantrag	genehmigt	22.11.2025	31.12.2028			Dr. dent. Spangenthal
...

Leistungsübersicht K771222331 Löffler, Thomas 29.08.2010

Variantengruppe: Leistungsübersicht Dental

TF-Art	Fallnummer	T...	Leistung	LES Status	LES von	LES bis	ZAHL von	ZAHL bis	Leistungserbringer
Kieferorthopädie	10081287856	001	Erstantrag	genehmigt	15.09.2021	30.09.2025			Dr. dent. Spangenthal
...

4.8 · Anträge auf Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung bearbeiten



Kieferorthopäde Dr. med. dent. Josef Spangenthal

Dr. med. dent. Josef Spangenthal, Luisenstr. 2, 99988 Unterbach

Herrn
Peter Löffler
Waldweg 18
99988 Unterbach

Kieferorthopäde
Dr. med. dent. Josef Spangenthal
Luisenstr. 2, 99988 Unterbach
Telefon: 09999 2200-0 Telefax: 09999 2200-50
www.kfo-spangenthal.de
E-Mail: info@kfo-spangenthal.de

Bankverbindung:
Unterbacher Volksbank, BLZ 614 999 999
Konto Nr. 123 456 789

IK: 02/123457

29.09.2025

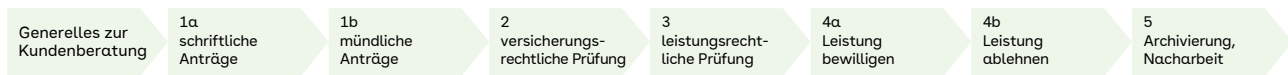
Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung von Thomas Löffler, geb. 29.08.2010 – Bescheinigung zur Vorlage bei der Krankenkasse –

Sehr geehrte Damen und Herren,

die kieferorthopädische Behandlung von Thomas Löffler wurde im dritten Quartal 2025 erfolgreich abgeschlossen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. dent. Josef Spangenthal



6 Lösungen zur zusammenfassenden Selbstkontrolle

Lösung zu 1.1

Lina Müller hat Anspruch auf einen Zuschuss zu den Zahnersatzkosten in Höhe von 490,40 €. Ihr entstehen Kosten i.H.v. 405,14 €.

Begründung

§ 55 Abs. 1 Sätze 1, 2 SGB V

[hier:]
Lina Müller ist Versicherte der AOK. Sie beantragt Zahnersatz. Die Kosten der Regelversorgung betragen 653,86 €.

[also:]
Es besteht Anspruch auf einen befundbezogenen Festzuschuss zum Zahnersatz in Höhe von grundsätzlich (60 % von 653,86 €) 392,32 €.

§ 55 Abs. 1 Satz 3 bis 5 SGB V

[hier:]
Der Gebisszustand von Lina Müller lässt regelmäßige Zahnpflege erkennen und sie hat in den letzten zehn Jahren vor Beginn der Behandlung und nach Vollendung des 18. Lebensjahres mindestens einmal jährlich eine zahnärztliche Untersuchung in Anspruch genommen.

[also:]
Der Festzuschuss erhöht sich auf 75 %.

Berechnung:

$$653,86 \text{ €} \times 75 \% = 490,40 \text{ €}$$

Lina Müller erhält insgesamt einen Festzuschuss in Höhe von 490,40 €. Den Eigenanteil i.H.v. 163,46 € (653,86 € – 490,40 €) hat sie selbst zu tragen.

§ 55 Abs. 4 SGB V

[hier:]
Bei der Zahnersatzversorgung von Lina Müller entstehen Mehrkosten in Höhe von 176,29 € (830,15 € – 653,86 €) für einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz.

[also:]
Diese Mehrkosten sind alleine von Lina Müller zu tragen. Insgesamt entstanden ihr Kosten i.H.v. 339,75 € (163,46 € + 176,29 €).

Lösung zu 1.2

Der Zuschuss der AOK zu den Zahnersatzkosten unter Berücksichtigung der Einkommensverhältnisse von Lina Müller beträgt 653,86 €.

Berechnung:

1. maßgebende Einkommensgrenze für eine alleinstehende Person:

$$40 \% \text{ von } 3.745 \text{ €} = 1.498 \text{ €}$$

2. monatliche Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (Pflegegeld wird nicht angerechnet): 1.172 €

3. Vergleich:

$$1.498 \text{ €} > 1.172 \text{ €}$$

Die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt in Höhe von 1.172 € übersteigen die Einkommensgrenze von 1.498 € nicht. Da Lina Müller einen über die Regelversorgung hinausgehenden Zahnersatz (gleichartige Versorgung) gewählt hat, übernimmt die AOK die Kosten in Höhe der Regelversorgungsleistung.

4. Regelversorgungsleistung von der AOK: 653,86 €



Die Mehrkosten i.H.v. 176,29 € hat Li-na Müller selbst zu tragen.

Lösung zu 2

Prüfung der weiteren Kostenübernahme der Zahnersatzkosten

Kostenübernahme in Höhe von 100 % der standardisierten Regelversorgung wegen niedriger Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt:

- Einkommensgrenze für Versicherte mit zwei im Haushalt lebenden minderjährigen Kindern:

$$1.498 \text{ €} + 561,75 \text{ €} + 374,50 \text{ €} = 2.434,25 \text{ €}$$

- Monatliche Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt:

Arbeitsentgelt:	1.209 €
Unterhalt:	1.031 €
insgesamt:	2.240 €

(Kindergeld und Pflegegeld sind keine Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt)

- Vergleich Einkommensgrenze mit monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt:

$$2.434,25 \text{ €} > 2.240 \text{ €}$$

- Nicole Meyer hat Anspruch auf 100 % der standardisierten Regelversorgung, also auf 2.967,92 €
- Der genehmigte Festzuschuss von 60 % in Höhe von 1.780,75 € wird vom Zahnarzt über die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) direkt mit der AOK abgerechnet.
- Die Differenz zu 100 % der standardisierten Regelversorgung wird erstattet: $2.967,92 \text{ €} - 1.780,75 \text{ €} = 1.187,17 \text{ €}$

Lösung zu 3

Die IKK bzw. die AOK werden jeweils 80 % der Kosten der kieferorthopädischen Behandlungen für Micha und Betty Wall übernehmen. Die Eltern der Kinder müssen zunächst Eigenanteile in Höhe von 20 % übernehmen. Eine Absenkung auf 10 % für Betty ist nicht möglich, weil Betty und Micha nicht gemeinsam mit ihren Eltern in einem Haushalt leben.

Lösung zu 4

Die AOK übernimmt die Kosten für die konservierend/chirurgische Leistung in vollem Umfang und für die kieferorthopädische Behandlung in Höhe von 90 %, ab Juli 2025 in Höhe von 80 %.

Begründung

§ 29 Abs. 1, § 28 Abs. 2 Satz 6 SGB V, KoBh-RL Ziff. B, Pkt. 2

[hier:]

Alexander Kull ist zehn Jahre alt und bei der AOK familienversichert. Dr. Bohr stellt eine Zahn- und Kieferfehlstellung der Indikationsgruppe 4 fest.

[also:]

Alexander Kull hat Anspruch auf die Kostenübernahme für die kieferorthopädische Behandlung.

§ 29 Abs. 2 Satz 2 SGB V

[hier:]

Dr. Bohr muss zwei Seitenbackenzähne entfernen. Das ist eine konservierend/chirurgische Leistung.

[also:]

Die Kosten für die konservierend/chirurgische Leistung übernimmt die AOK in vollem Umfang.



§ 29 Abs. 2 Satz 1, 3 SGB V

[hier:]

Die kieferorthopädische Behandlung von Alexander Kull beginnt am 29. 01. 2025. Im Juni 2025 wird die kieferorthopädische Behandlung bei seiner Schwester Mareike erfolgreich beendet. Zu Beginn ihrer Behandlung war Mareike noch keine 18 Jahre alt.

[also:]

Die AOK übernimmt die Kosten für die kieferorthopädische Behandlung von Alexander Kull ab 29. 01. 2025 in Höhe von 90 %, ab Juli 2025 in Höhe von 80 %.

Lösung zu 5

Kontaktphase

- Begrüßen, vorstellen, Sitzplatz anbieten
- Blickkontakt, offene Mimik und Gestik
- Beziehungsebene herstellen, angenehme Atmosphäre schaffen

Informationsphase

- Fragen stellen
- aktiv zuhören
- Notizen machen
- Informationen zusammenfassen

Verhandlungsphase

1. kieferorthopädische Behandlung

- kieferorthopädische Behandlung von Thomas Löffler:

Erstattung der Eigenanteile, aktuelle Bankverbindung erfragen

Rechnungen der KFO-Eigenanteil werden für die Erstattung benötigt (falls Originalrechnungen

nicht vorliegen, Kopien vom Kieferorthopäden besorgen – evtl. kostenpflichtig, Kosten können **nicht** erstattet werden)

- kieferorthopädische Behandlung von Laura Löffler:

Ab 01. 10. 2025 Änderung der Kostenübernahme von bisher 90 % auf 80 % (Eigenanteil 20 %)

Erstattung der Eigenanteile nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung

2. weitere Leistungen

- evtl. Zusatzversicherung(en) anbieten

3. vertriebliche Chance nutzen

- Schulende von Thomas Löffler klären – Bewerbungstraining, etc. anbieten

Abschlussphase

- wiederholen und zusammenfassen
- noch offene Fragen klären
- Visitenkarte mitgeben und Produkte zur proaktiven Betreuung anbieten, z.B. AOK-Gesundheitsprogramm oder weitere aktuelle Aktionen
- freundlich verabschieden

Lösung zu 6

- Die Kinder sind krankenversichert.
- Sie leben gemeinsam mit ihren Erziehungsberechtigten in demselben Haushalt.
- Sie haben bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Die kieferorthopädischen Behandlungen verlaufen zeitgleich.