www.gl-m.de

Gesundheitsladen Info 14

Achtung Zahnersatz!

Wissenswertes für gesetzlich Krankenversicherte

Zahnersatz ist der Sammelbegriff für den Ersatz und die Reparatur von Zähnen durch z.B. Kronen, Brücken, Prothesen oder Teleskopversorgungen.

Mit Zahnersatz soll das „Kauorgan" wiederhergestellt werden.

Zahnerhaltende Maßnahmen wie Füllungen aus Kunststoffverbindungen, Zementverbindungen oder anderen Materialien sind in dieser Information nicht berücksichtigt. (Die Verwendung von Amalgam ist übrigens ab 2025 untersagt.)

Für die Versorgung mit Zahnersatz bekommt die gesetzlich versicherte Patient*in auf Antrag bei der Krankenkasse einen Zuschuss. Dieser Zuschuss wird „befundorientierter Festzuschuss" genannt.
Gesetzlich Versicherte haben einen Anspruch auf die sogenannte „Regelversorgung". Der Zuschuss der Kasse soll dabei 60 % der Kosten dieser Versorgung abdecken.

Das, was die Zahnärzt*in im Mund als behandlungsbedürftig feststellt, kann sehr unterschiedlich versorgt werden: Einfach oder sehr aufwändig, kostengünstig oder sehr teuer. Aber unabhängig davon, für welche Versorgung sich die Patient*in entscheidet, ist der Zuschuss der Kasse immer gleich hoch. Je teurer also die Versorgung wird, desto größer wird der Anteil, den die Patient*in privat zu zahlen hat.

Es gibt besondere Regelungen, z.B.:

- **Bonusregelung:** Wer regelmäßig mindestens einmal im Jahr zur Zahnärzt*in geht, bekommt einen höheren Zuschuss von der Kasse.
- **Härtefallregelung:** Für Personen, die durch die Kosten der Versorgung unzumutbar belastet würden und z.B. Bürgergeld oder Grundsicherung bekommen, übernimmt die Kasse auf Antrag die gesamten Kosten für die Regelversorgung.

Hinweis: Wir verwenden in dieser Information keine einheitliche Schreibweise für die geschlechtliche Form. Wenn nicht ausdrücklich anders erwähnt, sind immer alle Geschlechter (w/m/d) gemeint. Ziel ist eine gute Lesbarkeit und Berücksichtigung aller Geschlechter im Text.

GESUNDHEITSLADEN MÜNCHEN e.V.
Informations- und Kommunikationszentrum
ASTALLERSTR. 14
80339 MÜNCHEN

TELEFON
089 / 77 25 65
Zentrales FAX
089 / 725 04 74

www.gl-m.de
E-Mail: mail@gl-m.de

Infothek:
Mo, Mi - Fr 10 - 13 h
Mo 17 - 19 h

Patient*innenstelle München:
Tel: 089 / 77 25 65
Mo 10 - 13 und 16 - 19 h
Mi, Do, Fr 10 - 13 h
(Zu allen Zeiten telefonische und persönliche Beratung.)

Online Beratung:
www.gl-m.de

Unabhängige Patient*innenberatung Schwaben:
Afrawald 7
86150 Augsburg
Tel. 0821/ 20 92 03 71
schwaben@gl-m.de
Mo 9 - 12 h
Mi 13 - 16 h
(Zu beiden Zeiten telefonische und persönliche Beratung.)

Spendenkonto:
Kreissparkasse München Starnberg Ebersberg
IBAN: DE43 7025 0150 0029 6052 27
BIC: BYLADEM1KMS

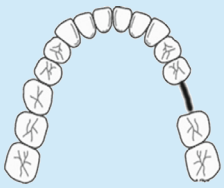
50 Cent

Versorgungsmöglichkeiten und ihre Abrechnung

Bei den Versorgungsmöglichkeiten wird unterschieden in **Regelversorgung**, **gleichartige Versorgung** und **andersartige Versorgung**. Die Wahl der Versorgungsform hat unmittelbar Auswirkungen auf die jeweilige Höhe der eigenen Kosten und die Art der Abrechnung.

Kurze Beschreibung und Beispiele

Ausgangssituation ist der Befund:
„Zahnbegrenzte Lücke, ein Zahn fehlt" im nicht-sichtbaren Bereich. (Zahnbegrenzt heißt: Die Lücke ist von zwei Zähnen, die sich als Pfeiler für eine Brücke eignen, umschlossen).


Befund: „Zahnbegrenzte Lücke, ein Zahn fehlt"

Der Festzuschuss ohne Bonus ist für alle Versorgungsarten gleich und beträgt **552,96 €**.

Die Regelversorgung zum o.g. Befund ist die **„metallische Endpfeilerbrücke"**. Die Abrechnungsgrundlage für diese Versorgung ist der „BEMA" (s. Kasten Begriffserklärungen).
Der Festzuschuss wird über die Kassenzahnärztliche Vereinigung mit dem Zahnarzt direkt abgerechnet.

Metallische Endpfeilerbrücke

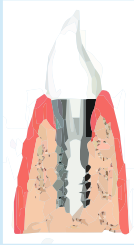
Den Anteil des Patienten rechnet die Zahnärztin nach BEMA mit dem Patienten ab.

Unter **gleichartiger Versorgung** versteht man eine Zahnersatzversorgung, die zwar als Regelversorgung erbracht, aber durch weitere Leistung(en) ergänzt ist.
Für o.g. Befund wäre eine gleichartige Versorgung z.B. eine **metallische Endpfeilerbrücke mit vollständiger Verblendung**.
Eine Verblendung ist laut Richtlinien im Backenzahnbereich nicht notwendig und wirtschaftlich und wird als Mehrkosten dem Patienten privat in Rechnung gestellt. Die Abrechnungsgrundlage der Regelversorgung ist die „BEMA". Die Abrechnungsgrundlage der Mehrkosten ist aber die GOZ (s. Kasten Begriffserklärungen) . Der Festzuschuss wird über die Kassenzahnärztliche Vereinigung abgerechnet. Die **Mehrkosten*** bekommt die Patientin privat in Rechnung gestellt.

Metallische Endpfeilerbrücke mit vollständiger Verblendung

***Wichtig zu Mehrkosten**: Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung hinausgehenden aufwändigeren Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen (Anlage 2 BMV-Zahnärzte, Vereinbarung nach § 87 Absatz 1a SGB V über die Versorgung mit Zahnersatz" Stand 1.4.2025).

Andersartige Versorgung meint, dass ein Zahnersatz gemacht wird, der die für den jeweiligen Befund festgelegte Regelversorgung nicht mehr beinhaltet.
Eine andersartige Versorgung für o.g. Befund wäre z.B. ein **Implantat**.
Hier stellt der Zahnarzt dem Patienten für die Gesamtleistung eine Privatrechnung auf der Grundlage der GOZ. Der Patient zahlt den gesamten Betrag dem Zahnarzt und hat gegenüber seiner Kasse einen Anspruch auf Zahlung des bewilligten Festzuschusses.


Implantat

Achtung:
Geht die Behandlung über die starr definierte Standardtherapie der Regelversorgung hinaus, hat der Patient die über den Festzuschuss hinaus gehenden Kosten auf der Grundlage der GOZ **komplett privat zu zahlen**.
Die Kasse zahlt unabhängig von der vorgenommenen Versorgung immer nur den zugesagten Festzuschuss.
Mehrkosten sind allein von den Patient*innen zu zahlen.

Begriffserklärungen

Regelversorgung
ist die Versorgung mit Zahnersatz, die allen gesetzlich Versicherten aufgrund der Gesetzeslage und den entsprechenden Richtlinien zusteht und den Kriterien **„ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich"** (§ 12 SGB V) entspricht. Der Festzuschuss der Kasse soll ca. 60 % der Kosten dieser Versorgung abdecken.
Alle Zahnärzte, die gesetzlich Versicherte über die Krankenversichertenkarte behandeln, sind verpflichtet, diese Leistung zu erbringen. Alle zusätzlichen Leistungen sind Mehrleistungen, denen der Versicherte schriftlich vor Behandlungsbeginn zustimmen muss.

G-BA Gemeinsamer Bundesausschuss
ist das Gremium in Deutschland, das festlegt, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der Gesetzlichen Krankenkasse erstattet werden müssen.

BEMA = Bewertungsmaßstab
ist die zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen und den Kassenzahnärzten vereinbarte Gebührenliste und damit die Abrechnungsgrundlage aller Kassenleistungen.

GOZ = Gebührenordnung für Zahnärzte
ist die Abrechnungsgrundlage für die Berechnung und Vergütung von privatzahnärztlich erbrachten Leistungen.

Pat

Befundorientierter Festzuschuss

Seit 2005 zahlt die Gesetzliche Krankenkasse auf der Basis sogenannter „befundorientierter Festzuschüsse" einen festen Zuschuss für die Versorgung mit Zahnersatz. Das heißt, die Krankenkassen zahlen ihren Versicherten einen am Befund - also der vorliegenden Ausgangssituation des Gebisses - orientierten Zuschuss. Für einen Befund (z.B. „**zahnbegrenzte Lücke mit einem fehlenden Zahn**") bekommt der Versicherte den Festzuschuss, wobei es keine Rolle mehr spielt, wie diese Lücke tatsächlich versorgt wird: ob mit einer festen Brücke, einer herausnehmbaren Teilprothese oder einem Implantat. Der Festzuschuss bleibt in allen Fällen gleich hoch und soll 60 % der Kosten der **Regelversorgung** (s. Kasten S. 2) abdecken.

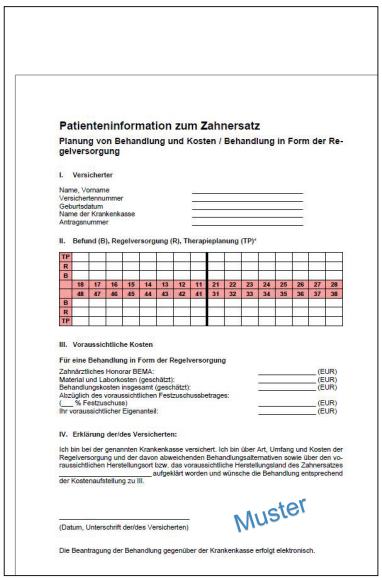
Die Regelversorgung wurde von den Krankenkassen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung im **Gemeinsamen Bundesausschuss** (s. S. 2) festgelegt. Dieses Gremium einigte sich auf rund 50 Einzelbefunde als Grundlage für die Bezuschussung zu Zahnersatz und beschloss auch die dazugehörigen Festzuschüsse (https://www.g-ba.de/richtlinien/27/).

Heil- und Kostenplan

Die **Voraussetzung für den Zuschuss der Kasse ist ein genehmigter Heil- und Kostenplan**.
Unabhängig davon, welche Versorgungsform beabsichtigt ist, hat die Zahnärztin einen (für Sie kostenfreien) Heil- und Kostenplan zu erstellen. Dieser ist **vor Behandlungsbeginn** von der Kasse zu prüfen und zu genehmigen.

Elektronisches Beantragungs- und Genehmigungsverfahren – Zahnärzte (EBZ)

Seit dem 1.1.2023 müssen alle Zahnärzte die Heil- und Kostenpläne über ein elektronisches Verfahren an die Kasse schicken und genehmigen lassen. Antragstellung mit Papiervordrucken entfällt bis auf nur wenige Ausnahmen.



Patienteninformation zum Zahnersatz

Planung von Behandlung und Kosten / Behandlung in Form der Regelversorgung

I. Versicherter

Name, Vorname _____
Versichertennummer _____
Geburtsdatum _____
Name der Krankenkasse _____
Antragsnummer _____

II. Befund (B), Regelversorgung (R), Therapieplanung (TP)[1]

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

III. Voraussichtliche Kosten

Für eine Behandlung in Form der Regelversorgung

Zahnärztliches Honorar BEMA: _____ (EUR)
Material und Laborkosten (geschätzt): _____ (EUR)
Behandlungskosten insgesamt (geschätzt): _____ (EUR)
Abzüglich des voraussichtlichen Festzuschussbetrages:
(____ % Festzuschuss) _____ (EUR)
Ihr voraussichtlicher Eigenanteil: _____ (EUR)

IV. Erklärung der/des Versicherten:

Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kosten der Regelversorgung und der davon abweichenden Behandlungsalternativen sowie über den voraussichtlichen Herstellungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsland des Zahnersatzes aufgeklärt worden und wünsche die Behandlung entsprechend der Kostenaufstellung zu III.

_____
(Datum, Unterschrift der/des Versicherten)

Muster

Die Beantragung der Behandlung gegenüber der Krankenkasse erfolgt elektronisch.

tienteninformation zur Regelversorgung

Sie als Patient*in bekommen einen **Papierausdruck**. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der darauf geplanten Versorgung zu. Der Zahnarzt übermittelt den **elektronischen Kostenplan** an Ihre Kasse. Sie bekommen von Ihrer Kasse eine schriftliche Mitteilung über die Genehmigung und die Zuschusshöhe. Danach kann die Versorgung beginnen.
Die Kasse kann aber auch den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen.

Bonusregelung

- Wer seit **5 Jahren** mindestens einmal im Jahr zur Kontrolluntersuchung beim Zahnarzt war und dieses nachweist, bekommt **70 %** der Kosten für die Regelversorgung,
- bei **10 Jahren 75 % der** Kosten für die Regelversorgung als Zuschuss von der Kasse.

Bonusheft
- Nachweis von Zahngesundheitsuntersuchungen -
für die Versicherten der Gesetzlichen Krankenkassen

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Straße:
PLZ/Wohnort:

Bonusheft **(wird digital)**

Beispiel:

Der Festzuschuss für eine Krone auf einen weitgehend zerstörten Zahn beträgt ab Januar 2026: **239,03 €,**
- mit Nachweis über 5 Jahre: **278,36 €** und
- mit Nachweis über 10 Jahre: **298,79 €**.

Härtefallregelung

Versicherte, die durch den Eigenanteil „unzumutbar belastet würden" (die unzumutbare Belastung ist beschrieben im § 55 Abs. 2 Sozialgesetzbuch V), sind härtefallberechtigt. Sie erhalten **auf Antrag bei ihrer Kasse** und mit detailliertem Nachweis ihrer finanziellen Lage den 100% Festzuschuss.

Sonderregelung Regelversorgung

Reicht bei einem Härtefall und ausschließlicher Regelversorgung (!) der 100% Festzuschuss zur Kostendeckung nicht aus, übernehmen die Kassen auf Antrag auch die Kosten, die diese Festzuschusshöhe überschreiten (Spitzbetragsregelung). Hierbei ist zu beachten, dass lediglich die Kosten für Nichtedelmetall (sogenannte NEM-Legierungen) berücksichtigt werden. Mehrkosten für Edelmetalle (z.B. Gold) sind vom Versicherten immer selbst zu bezahlen.

Härtefallberechtigte

Unter die Härtefallregelung fallen **Personen, deren monatliche Bruttoeinnahmen den Grenzbetrag von 1.582 € (im Jahr 2026) nicht übersteigen.** Diese Einkommensgrenze erhöht sich für Angehörige, die im gemeinsamen Haushalt leben:
- **um 593,25 € für den ersten Angehörigen** und
- **für jeden weiteren Angehörigen um 395,50 €.**

Berechnungsbeispiel
Der Grenzbetrag für das Jahr 2026 für einem Versicherten, verheiratet, mit 2 Kindern beträgt somit:

1.582,00 €
+ 593,25 € (Freibetrag für die Ehefrau)
+ 791,00 € (Freibetrag für die beiden Kinder)
= 2.966,25 €

Hilfebedürftige Versicherte mit Anspruch auf z.B. **Sozialhilfe, Bürgergeld, Grundsicherung, BAFöG...** gelten ohne weitere Prüfung als härtefallberechtigt.

Gleitende Härtefallregelung

Gering Verdienende, deren Einkommen etwas über dem Grenzbetrag (s. S. 3) liegen und daher die Voraussetzungen für den 100% - Festzuschuss für die Regelversorgung verfehlen, fallen möglicherweise unter die **gleitende Härtefallregelung** (§ 55 Abs. 3 Sozialgesetzbuch V). Diese sollten über ihre Kasse prüfen lassen, ob sie zu ihrem einfachen Festzuschuss (ohne Bonuserhöhung) einen Anspruch auf einen zusätzlichen Zuschuss haben.

Dieser zusätzliche Zuschuss kann nicht höher als der 100% - Festzuschuss sein und wird maximal bis zur Höhe der tatsächlich entstehenden Kosten ausbezahlt.

Liegen also die monatlichen Bruttoeinnahmen der o.g. Beispielfamilie mit **3.190,25 €** über dem Grenzbetrag von **2.966,25 €**, gibt es eine Formel, um die sogenannte **„zumutbare Belastung dieser Familie"** festzustellen. Mit der zumutbaren Belastungsgrenze kann dann - je nach Festzuschusshöhe - ein möglicher zusätzlicher Zuschuss der Krankenkasse gewährt werden.

Berechnungsbeispiel:

3.190,25 € (Bruttoeinnahmen)
- 2.966,25 € (Grenzbetrag)
= 224,00 € (Unterschiedsbetrag) x 3
= **672,00 € (zumutbare Belastungsgrenze)**

Beträgt der Festzuschuss (ohne Bonus) für die geplante Versorgung **1.080 €**, bekäme die Familie einen **weiteren Zuschuss von 408 €** (= 1.080 € minus 672 €) als zumutbare Belastung).
Für diese Versorgung mit Zahnersatz bekäme die Beispielfamilie also insgesamt einen Zuschuss von (1.080 € + 408 € =) 1488 € von ihrer Kasse.

Tipp:
Diese Berechnung müssen nicht Sie vornehmen. Sprechen Sie Ihre Krankenkasse auf die gleitende Härtefallregelung an und lassen Sie sich diese berechnen.

Bitte beachten

- Patient*innen haben das Recht auf Aufklärung und Information durch den Zahnarzt.
- Die Leistung der Krankenkasse richtet sich nicht nach der individuell durchgeführten Therapie, sondern nach einer für den jeweiligen Befund vorgesehenen Regelversorgung.
- Die Regelversorgung beschreibt die statistisch ermittelte, „ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche" Versorgung mit Zahnersatz.
- Kostenunterschiede von gleich- und andersartigen Versorgungen zur Regelversorgung können erheblich sein.
- **Härtefallberechtigte mit einem Anspruch auf den 100% Festzuschuss bekommen die Regelversorgung komplett von der Kasse bezahlt.**

Tipps:

- **Bestehen Sie auf eine gründliche, für Sie verständliche Aufklärung**! Sowohl für die medizinische, wie auch für die Kostenseite sind ZahnärztInnen dazu verpflichtet.
- Lassen Sie sich genau erklären, wie die Regelversorgung, auf die sich der Festzuschuss bezieht, aussieht!
- Wenn der Zahnarzt die Regelversorgung nicht für ausreichend hält, lassen Sie sich erklären warum nicht und wie hoch der Preisunterschied durch eine gleich- oder andersartige Versorgung wird!
- Lassen Sie sich beraten, welche Versorgungsalternativen es gibt! Welche Vor- und Nachteile haben diese? Wie hoch sind die Kosten?
- **Unterschreiben Sie keine Vereinbarungen unter Druck und ohne sie verstanden zu haben** – also nicht auf dem Behandlungsstuhl! So vermeiden Sie vorschnelle, nicht gewollte und teure Privatbehandlungen.
- Lassen Sie sich ausreichend Zeit für Ihre Entscheidung!
- Beachten Sie: Bei Zweifeln oder bleibenden Unklarheiten holen Sie sich eine **weitere zahnärztliche Meinung ein und /oder fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse oder einer Patient*innenstelle nach**!
- Fangen Sie erst mit der Behandlung an, wenn alles geklärt und der Heil- und Kostenplan genehmigt ist!
- Gehen Sie regelmäßig (mind. 1x im Jahr) zu Kontrolluntersuchung, dann bekommen Sie über die Bonusregelung einen höheren Zuschuss zum Zahnersatz.
- Klären Sie gegebenenfalls mit Ihrer Kasse, ob Sie härtefallberechtigt sind.

Quellen und weiterführende Informationen

- Festzuschuss-Richtlinien des G-BA: https://www.g-ba.de/richtlinien/27/)
- Sozialgesetzbuch V
- Bundesmantelvertrag-Zahnärzte: https://www.kzbv.de/zahnaerzte/rechtsgrundlagen/gesetze-vertraege-richtlinien/bundesmantelvertrag/
- KZBV: https://www.kzbv.de/allgemeine-informationen.1573.de.html

Stand: Februar 2026

Mit freundlicher Unterstützung der
Landeshauptstadt München
Gesundheitsreferat