



Zahnersatz 2005: Befundorientierte Festzuschussregelung

Zahnersatz bezeichnet den Ersatz und die Reparatur von Zähnen durch Kronen, Brücken und Modellgussprothesen sowie Implantaten. Ziel ist, das „Kauorgan“ wieder herzustellen. Füllungen aus Amalgam, Kunststoff oder anderen Materialien sind nicht gemeint. Sie werden weiterhin zu 100% von Ihrer Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) getragen. Seit dem 1.1.05 wird der Zahnersatz von gesetzlich Versicherten nicht mehr prozentual bezuschusst. Aufgrund gesetzlicher Vorgaben beschloss die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen im Gemeinsamen Bundesausschuss „befundorientierte Festzuschüsse“.

Zurückgenommen wurde die ursprünglich geplante Zahnersatzpauschale mit der Verpflichtung, Zahnersatz entweder bei der GKV oder einer Privaten Versicherung selbst zu versichern.

Die wesentlichen Punkte der neuen Regelung sind in Kürze:

- ★ Die Versorgung mit Zahnersatz bleibt Teil des Leistungskatalogs der GKV.
- ★ Für jeden Befund gibt es einen Festzuschuss, der durchschnittlich 50% der Regelversorgungskosten abdecken soll.
- ★ Diese Festzuschüsse können auch für Nicht-Kassen-Leistungen verwendet werden.
- ★ Ab 1.7.2005 wird zusätzlich zum Kassenbeitrag ein einkommensabhängiger Zahnersatzbeitrag von 0,4% von den Versicherten erhoben. Dieser Zusatzbeitrag ist verpflichtend für alle GKV-Versicherten. Dadurch bleibt der Beitrag für Zahnersatz einkommensabhängig.
- ★ Gleichzeitig soll der allgemeine Beitragssatz der GKV mindestens um diesen Zusatzbeitrag sinken.
- ★ Zahnersatz ist ab Juli 2005 nicht mehr paritätisch finanziert, d.h. die Beitragszahlungen für Zahnersatz gehen zu 100% zu Lasten der ArbeitnehmerInnen.

(Wir verwenden abwechselnd die weibliche und männliche Schreibweise, der Text gilt für beide Geschlechter)

BUNDESARBEITS-
GEMEINSCHAFT
DER
PATIENTINNEN-
STELLEN UND
-INITIATIVEN
(BAGP)

Auenstr. 31
80469 München
TELEFON
089 / 76 75 51 31
FAX
089 / 725 04 74

internet:
patientenstellen.de
mail@
patientenstellen.de

Sprechzeiten:
Mo - Do
13 - 14 Uhr
und AB

50 Cent

Befundorientierter Festzuschuss

Wie geplant gibt es ab 1.1.2005 auf der Basis sogenannter „befundorientierter Festzuschüsse“ ein neues Zuschuss-System, verbunden mit spürbaren Änderungen in der Kostenbeteiligung der GKVen. Während die Krankenkassen bisher einen prozentualen Anteil der genehmigten Versorgung mit Zahnersatz übernommen haben, gibt es jetzt nur noch einen am Befund, also der vorliegenden Ausgangssituation des Gebisses, orientierten festen Zuschuss. Für einen Befund – z.B. Zahnlücke über zwei Zähne – zahlt die Kasse den Festzuschuss, wobei es keine Rolle mehr spielt, wie die Lücke tatsächlich versorgt wird. Ob mit einer festen Brücke, einer herausnehmbaren Teilprothese oder durch zwei Implantate, der Festzuschuss bleibt gleich und deckt lediglich eine Regelversorgung ab. Neu ist hier u.a., dass es den Festzuschuss auch gibt, wenn eine Versorgung mit Implantaten durchgeführt wird. Der individuelle Befund – festgestellt durch den Zahnarzt – wird einem Befund der Festzuschussrichtlinien zugeordnet, der dann den Festzuschuss auslöst. Dieser Festzuschuss deckt ca. 50% der durchschnittlichen Regelversorgungskosten vergleichbarer Fälle ab. Dazu wurde eine so genannte Regelversorgung festgelegt, die eine Art statistisch ermittelte Standardtherapie beschreibt. Die Krankenkassen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung einigten sich im Gemeinsamen Bundesausschuss auf 52 Regelversorgungen für Befunde, die als Grundlage für die Bezuschussung zu Zahnersatz gelten, und legten die dazugehörigen Festzuschüsse fest. (Diese sind nachzulesen unter: www.g-ba.de).

Heil- und Kostenplan

Auch 2005 ist die Voraussetzung für den Zuschuss der Kasse ein genehmigter Heil- und Kostenplan. Unabhängig davon, welche Versorgungsform beabsichtigt ist, hat der Zahnarzt einen Heil- und Kostenplan zu erstellen, der vor Behandlungsbeginn von der Kasse zu prüfen und zu genehmigen ist. Im Heil- und Kostenplan hat der Zahnarzt auf einem dazu vorliegenden Vordruck den Befund, die Regelversorgung und die tatsächlich geplante Versorgung nach Art, Umfang und Kosten darzulegen. Der Heil- und Kostenplan ist kostenlos vom Zahnarzt aufzustellen und in der Regel dem Patienten auszuhändigen, der ihn bei seiner Kasse einreicht. Die Kasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen.

Neu ist u.a., dass auch Angaben zum Herstellungsort des Zahnersatzes zu machen sind.

Bonusregelung

Eine Bonusregelung bleibt auch bei der Zahnersatzneuregelung bestehen. Deshalb sollten gesetzlich Versicherte unbedingt ihr Bonusheft, das gültig bleibt, weiterführen. Für 5 Jahre ununterbrochenen Nachweis der jährlichen Kontrolluntersuchung gibt es einen Bonus von 20% und bei 10-jährigem Nachweis der Kontrolluntersuchungen einen Bonus von 30%. Berechnungsgrundlage für den Bonus ist der Festzuschuss.

Beispiel: Der Festzuschuss für eine metallische Vollkrone im Seitenzahnbereich beträgt 115,27 €, mit Bonus von 20% beträgt er 138,32 € und mit Bonus von 30% beträgt er 149,85 €.

Härtefallregelung

PatientInnen, die durch den Eigenanteil unzumutbar belastet würden (die unzumutbare Belastung ist beschrieben im § 55 Abs. 2 SGB V), erhalten auf Antrag und mit detailliertem Nachweis über ihre finanzielle Lage gegenüber der Kasse den **doppelten Festzuschuss**. Reicht bei einem Härtefall und **ausschließlicher Regelversorgung (!)** der doppelte Festzuschuss nicht aus, sind die Kassen verpflichtet, auch die Kosten zu übernehmen, die die doppelte Festzuschusshöhe überschreiten. Hierbei ist zu beachten, dass lediglich die Kosten für Nichtedelmetall-Legierungen (NEM) berücksichtigt werden. Mehrkosten für Edelmetalle (z.B. Gold), die hierüber hinausgehen, sind vom Härtefall-Patienten selbst zu tragen.

Unter diese Härtefallregelung fallen z.B. Sozialhilfe- und Arbeitslosengeld II-bzw. Harz IV-Empfänger, Bezieher von Grundsicherung, Bafög-Empfänger... und Personen, deren monatliche Bruttoeinnahmen den Grenzbetrag von 966,00 € (gilt für 2005) nicht übersteigen. Diese Einkommensgrenze erhöht sich für den letztgenannten Personenkreis um 362,25 € (für 2005) für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen und für jeden weiteren um 241,50 € (für 2005).

Beispiel: Der Grenzbetrag für das Jahr 2005 für einen Versicherten, verheiratet mit 2 Kindern wäre somit: 966,00 € + 362,25 € (Freibetrag für die Ehefrau) + 2 x 241,50 € (Freibetrag für die beiden Kinder) = 1811,25 €.

►►► **Versorgungsmöglichkeiten und ihre Kosten**

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 Abrechnungsmodalität.

Im Folgenden eine kurze Beschreibung und ein Beispiel für die jeweilige Versorgungsform. Ausgangssituation ist der Befund: **>Zahnbegrenzte Lücke, ein Zahn fehlt<** im nicht-sichtbaren Bereich. (Zahnbegrenzt heißt, dass die Lücke unmittelbar von zwei Zähnen umschlossen ist, die sich als Pfeiler für eine Brücke eignen.) Der Festzuschuss ohne Bonus ist für alle Versorgungsarten gleich und beträgt 273,30 €.

Die **Regelversorgung** ist eine **metallische Endfeilerbrücke**, welcher der Festzuschuss zugeordnet ist. Die Abrechnungsgrundlage für diese Versorgung ist der „Bema“. Der Festzuschuss wird über die Kassenzahnärztliche Vereinigung abgerechnet. Den Anteil des Patienten rechnet die Zahnärztin nach Bema direkt mit dem Patienten ab.

Unter **gleichartiger Versorgung** versteht man eine Grundleistung, die als Regelversorgung erbracht und durch weitere Leistung(en) ergänzt wird.

Für o.g. Befund wäre eine gleichartige Versorgung z.B. eine **metallische Endfeilerbrücke mit vollständiger Verblendung**. Eine Verblendung ist (laut Richtlinien) im Seitenzahnbereich nicht notwendig und wirtschaftlich und wird als Mehrkosten dem Versicherten vom Zahnarzt privat in Rechnung gestellt. Abrechnungsgrundlage der Regelversorgung ist die „Bema“, die Abrechnungsgrundlage der Mehrkosten ist **aber** die GOZ. Der Festzuschuss wird über die Kassenzahnärztliche Vereinigung abgerechnet. Die Mehrkosten bekommt die Patientin privat in Rechnung gestellt.

Wichtig zu Mehrkosten: Wählt der Versicherte aufwendigeren Zahnersatz als notwendig (gleichartiger Zahnersatz), hat er die Mehrkosten selbst zu tragen. Hierüber ist vor Beginn der Behandlung eine **schriftliche** Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen (laut: § 4 Abs. 5 Buchst. b Bundesmantelvertrag der Zahnärzte bzw. § 7 Abs. 7 Ersatzkassenvertrag der Zahnärzte).

Andersartige Versorgung meint, dass ein Zahnersatz eingesetzt wird, der die für den jeweiligen Befund festgelegte Regelversorgung nicht beinhaltet. Eine andersartige Versorgung für o.g. Befund wäre z.B. ein Implantat. Hier stellt der Zahnarzt für die Gesamtleistung, die in diesem Fall eine reine Privatleistung ist, eine Privatrechnung auf der Grundlage der GOZ. Die Abrechnung geht direkt an die PatientInnen. Diese haben gegenüber ihrer Kasse einen Anspruch auf Erstattung des bewilligten Festzuschusses im Nachhinein.

Zu beachten ist deshalb besonders:

Geht die Behandlung über die starr definierte Standardtherapie der Regelversorgung hinaus, hat die Patientin die über den Festzuschuss hinausgehenden Kosten auf der Grundlage der GOZ zu tragen. Das bedeutet wiederum, dass die Differenz zu den Kosten der Regelversorgung ggf. recht groß werden kann.

Grundsätzliches

REGELVERSORGUNG =

die medizinische Behandlung die allen gesetzlich Versicherten zusteht aufgrund der Gesetzeslage und entsprechenden Richtlinien.

Alle Ärzte die gesetzlich Versicherte mit ihrer Chipkarte behandeln, sind verpflichtet, diese Leistungen zu erbringen. Alle zusätzlichen Leistungen sind private Vereinbarungen und bedürfen der ausdrücklichen, schriftlichen Zustimmung der Versicherten

Bema = Bewertungsmaßstab

Gebührenliste, die die Abrechnungsgrundlage zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung in Vertretung der Zahnärzte ist

GOZ =

Gebührenordnung für private Leistungen von Zahnärzten

In vielen Fällen ist die GOZ erheblich teurer als der Bema. Deswegen kann es wichtig sein, die korrekte Zuordnung zu überprüfen. Das gleichzeitige Abrechnen einer Leistung über Bema und GOZ ist nicht zulässig.

Gleitende Härtefallregelung:

Gering Verdienende, die nicht unter die Voraussetzungen des § 55 Abs. 2 SGB V fallen, können (zu ihrem Festzuschuss ebenfalls einen **zusätzlichen** Zuschuss bis zum doppelten Festzuschuss bekommen (§ 55 Abs. 3 SGB V). Maximal bis zur Höhe der tatsächlich entstehenden Kosten.

Lägen also die monatlichen Bruttoeinnahmen der o.g. Beispielfamilie mit 2000,00 € geringfügig über dem Grenzbetrag von 1811,25 € gibt es eine Formel, die zumutbare Belastung dieser Familie festzustellen, um dann je nach Festzuschusshöhe einen möglichen zusätzlichen Zuschuss der Krankenkasse zu errechnen.

Beispiel:

$$\begin{aligned} & 2000,00 \text{ € (Bruttoeinnahmen)} \\ & - 1811,25 \text{ € (Grenzbetrag)} \\ & = 188,75 \text{ € (Unterschiedsbetrag) } \times 3 \\ & = 566,25 \text{ € (zumutbare Belastungsgrenze)} \end{aligned}$$

Beträgt der Festzuschuss (ohne Bonus) für die geplante Versorgung 600 €, bekäme die Familie zu diesem einen weiteren Zuschuss von 33,75 € (= 600 € minus 566,25 € als zumutbare Belastung). Für diese Versorgung mit Zahnersatz bekäme die Beispielfamilie also insgesamt einen Zuschuss von 633,75 € von ihrer Kasse.

Versicherte mit geringem Einkommen sollten sich hier unbedingt vor Behandlungsbeginn an Ihre Kasse wenden.

Kurze Einschätzung der Neuregelung aus Sicht der PatientInnenberatung:

Die Neuregelung ist nicht nur für betroffene PatientInnen kompliziert, auch Zahnärzte und Sachbearbeiter der GKV haben noch Schwierigkeiten mit der Umsetzung.. Wir befürchten, dass viele Behandlungen in die Privatbehandlung abgedrängt werden und damit die Versicherten am Ende eine deutlich höhere Rechnung nach der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte erwartet.

Tipps:

- Führen Sie auch weiterhin das Bonusheft, die Bonusregelung bleibt auch 2005 erhalten.
- Bestehen Sie auf eine gründliche, für Sie verständliche Aufklärung! Sowohl für die medizinische wie auch für die Kostenseite sind ÄrztInnen hierzu verpflichtet.
- Lassen Sie sich genau erklären, wie die Regelleistung, auf die sich der Festzuschuss bezieht, aussieht!
- Wenn der Zahnarzt die Regelleistung nicht für ausreichend hält, lassen Sie sich erklären warum nicht und wie hoch der Preisunterschied durch eine gleich- oder andersartige Leistung wird!
- Lassen Sie sich beraten, welche Versorgungsalternativen es zu diesem Behandlungsvorschlag gibt! Welche Vor- und Nachteile haben diese? Wie hoch sind die Kosten?
- Unterschreiben Sie keine Vereinbarungen, ohne sie in Ruhe zu Hause geprüft zu haben – also nicht auf dem Behandlungsstuhl! So vermeiden Sie vorschnelle, nicht gewollte und kostenträchtige Privatbehandlungen.
- Bei größeren Planungen nehmen Sie vielleicht einen Angehörigen oder Bekannten mit!
- Lassen Sie sich nicht blenden: Auch wenn Sie Festzuschüsse auf gleich- und andersartige Leistungen anrechnen können, sind die Kostenunterschiede zur Regelleistung evtl. erheblich.
- Bei Zweifeln oder bleibenden Unklarheiten holen Sie sich eine zweite ärztliche Meinung ein und /oder fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse oder einer PatientInnenstelle nach!
- Fangen Sie erst mit der Behandlung an, wenn alles geklärt ist!

Stand dieser Info: Mai 2005

Quellen:

- „Ratgeber Zahnersatz“, MDK Rheinland Pfalz, Iatros Verlag 2004
- Festzuschuss-Richtlinien
- Gemeinsames Rundschreiben zur vertragszahnärztlichen Versorgung der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 21.12. 2004
- g-ba.de

Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen / Geschäftsstelle

Auenstr. 31 • 80469 München

Infotelefon: 089/76755131 (Mo-Do 13-14 Uhr und AB)

www.patientenstellen.de • mail@patientenstellen.de