

Tit. 2.10 RdSchr. 04q

Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen der Neuregelungen im Zahnersatzbereich ab 1.1.2005

Tit. 2 – Befundbezogene Festzuschüsse

Titel: Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen der Neuregelungen im Zahnersatzbereich ab 1.1.2005

Normgeber: Bund

Redaktionelle Abkürzung: RdSchr. 04q

Gliederungs-Nr.: [keine Angabe]

Normtyp: Rundschreiben

Tit. 2.10 RdSchr. 04q – Bewilligung und Abrechnung

(1) Bei bestehender Versorgungsnotwendigkeit bewilligt die Krankenkasse die Festzuschüsse nach § 55 Abs. 1 und 2 SGB V entsprechend dem im Heil- und Kostenplan ausgewiesenen Befund. Nach Abschluss der Behandlung rechnet der Vertragszahnarzt die von der Krankenkasse bewilligten Festzuschüsse mit Ausnahme der Fälle des § 55 Abs. 5 SGB V (andersartige Versorgung) mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab (§ 87 Abs. 1 a SGB V).

(2) Die Abrechnung kann erst nach Eingliederung des Zahnersatzes erfolgen. Bei nicht vollendeten Behandlungen sind lediglich die hierfür vorgesehenen Festzuschüsse für Teilleistungen abrechenbar.

(3) Der verbleibende Eigenanteil des Versicherten ist ihm gegenüber für diejenigen Leistungen, die der Regelversorgung entsprechen,

- für die zahnärztlichen Leistungen nach dem BEMA und
- für die zahntechnischen Leistungen auf der Grundlage des BEL II 2004

abzurechnen.

(4) Wählt der Versicherte aufwendigeren Zahnersatz als notwendig (gleichartigen Zahnersatz), hat er die Mehrkosten selbst zu tragen. Hierüber ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Vertragszahnarzt und dem Versicherten zu treffen (§ 4 Abs. 5 Buchst. b BMV-Z bzw. § 7 Abs. 7 EKV-Z). Abrechnungsgrundlage für die Mehrkosten sind für die zahnärztlichen Leistungen die GOZ und für zahntechnische Leistungen die bundeseinheitliche Benennungsliste (BEB).

(5) In Fällen, in denen Versicherte eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 SGB V abweichende, andersartige Versorgung wählen, werden die gesamten Zahnersatzkosten dem Versicherten in Rechnung gestellt; die Krankenkasse erstattet ihm nach Eingliederung des Zahnersatzes die bewilligten Festzuschüsse, höchstens jedoch die tatsächlich entstandenen Kosten. Abrechnungsgrundlage für die Gesamtkosten einer von der Regelversorgung abweichenden, andersartigen Versorgung nach § 55 Abs. 5 SGB V ist - vorbehaltlich der in Abschnitt 2.7.2 beschriebenen Ausnahmefälle - für die zahnärztlichen Leistungen die GOZ und für die zahntechnischen Leistungen die BEB.

(6) Zum Abrechnungsweg (über Kassenzahnärztliche Vereinigung bzw. im Wege der Kostenerstattung) in sog. "Mischfällen", in denen Regelversorgungsleistungen und Leistungen der gleichartigen bzw. andersartigen Versorgung zusammentreffen, werden noch Festlegungen auf der Ebene der Bundesmantelvertragspartner erfolgen. Diese Ergebnisse werden in das Gemeinsame Rundschreiben zur vertragszahnärztlichen Versorgung einfließen.

(7) Begleitleistungen wie Anästhesien, Röntgenaufnahmen, parodontologische und konservierende Leistungen, die bei Versorgungsleistungen nach § 56 Abs. 2 SGB V (Regelversorgung) erbracht werden, sind als vertragszahnärztliche Leistungen über Krankenversichertenkarte abzurechnen. Dies gilt bei einer

gleichartigen bzw. andersartigen Versorgung ebenfalls für die der Regelversorgung zuzuordnenden Begleitleistungen. Wählen Versicherte eine gleichartige bzw. eine andersartige Versorgung, so werden die ausschließlich durch die Wahlleistungen bedingten Begleitleistungen - ebenso wie die Wahlleistungen selbst - nicht von der Krankenkasse übernommen. Diese Begleitleistungen werden auf der Grundlage der GOZ dem Versicherten vom Zahnarzt in Rechnung gestellt.