

Tit. 5.3.2 RdSchr. 11d

Gemeinsames Rundschreiben zum papierlosen Datenaustausch zwischen den Krankenkassen und den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen aus vertragsrechtlicher Sicht

Tit. 5 – Einzelne Leistungsbereiche -> Tit. 5.3 – Planung/Genehmigung und Abrechnung von Leistungen bei kieferorthopädischen Behandlungen (Bema-Teil 3)

Titel: Gemeinsames Rundschreiben zum papierlosen Datenaustausch zwischen den Krankenkassen und den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen aus vertragsrechtlicher Sicht

Normgeber: Bund

Redaktionelle Abkürzung: RdSchr. 11d

Gliederungs-Nr.: [keine Angabe]

Normtyp: Rundschreiben

Tit. 5.3.2 RdSchr. 11d – Abrechnung

(1) Die Abrechnung von kieferorthopädischen Leistungen sowie von Leistungen, die im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Leistungen anfallen, erfolgt grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.

(2) Die Abrechnungsdaten, die Bestandteil des Kfo-Abrechnungsscheines für kieferorthopädische Leistungen (Muster 4 der Anlage 2 zum BMV-Z /Anlage 9a zum EKVZ - alt -) sind, werden vom Zahnarzt an die KZV grundsätzlich elektronisch oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt. Der DTA-Vertrag regelt die Aufbereitung der Abrechnungsdaten durch die KZVen; damit entfällt die Übermittlung der vereinbarten Abrechnungsvordrucke in Papierform sowohl für den Vertragszahnarzt an die KZV als auch die Übermittlung der KZV an die Krankenkasse. Somit werden alle ab dem 01.01.2012 erbrachten und abgerechneten kieferorthopädischen Leistungen - abgesehen von den zulässigen Einzelfällen bei Handabrechnern in der Übergangsphase - elektronisch übermittelt. Vereinbarungsgemäß umfassen diese Daten folgende Basisinformationen:

- KZV-Nummer
- Institutionskennzeichen der Krankenkasse
- Krankenversichertennummer (ggf. Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten bei Ersatzverfahren)
- Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis (sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren)
- Zahnarztnummer (verschlüsselt)
- Abrechnungsquartal
- Leistungsquartal
- Fallnummer

(3) Damit soll eine eindeutige Zuordnung der abgerechneten kieferorthopädischen Leistungen (Einzelfallnachweis) zu den von den Krankenkassen genehmigten Leistungen im Sinne einer dauerhaften Fallführung ermöglicht werden. Die KZVen erstellen hierzu für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen entsprechenden Datensatz, der die Basisinformationen um folgende Detailangaben ergänzt:

- Ausstellungsdatum des Behandlungsplanes bzw. des Verlängerungsantrages, Datum des Beginns der Behandlung
- Abschlagskennzeichen (Regel-, Früh-, Verlängerungsbehandlung) und - nummer oder Leerquartalszeichen oder Notfallvertretungskennzeichen oder Kennzeichen, falls nur Diagnostik bzw. Einzelmaßnahmen außerhalb der Kfo-Behandlung

- ◆ Bei der Frühbehandlung nach Nummer 5 der Abrechnungsbestimmungen zu den Bema-Nummern 119 und 120 Bema-Teil 3 ist die Nummer der Abschlagszahlung mit "F" zu kennzeichnen.
- ◆ Bei der Verlängerungsbehandlung ist die Nummer der Abschlagszahlung mit "V" zu kennzeichnen.
- Begleitleistungen bzw. Einzelmaßnahmen außerhalb der Kfo-Behandlung (abgerechnete Gebührennummern für konservierend chirurgische Leistungen einschließlich FU/IP des Bema , der GOÄ einschließlich des Tages der Behandlung und ggf. des Zahnbezuges, bei Füllungen einschließlich der Angabe der Füllungslage, gesondert abrechenbare Kosten einschließlich der Art der Kosten)
- Kosten der Begleitleistungen (in Punkten oder Euro)
- Abgerechnete Gebührennummern des Bema für kieferorthopädische Leistungen einschließlich eines Kennzeichens für nicht genehmigungspflichtige außerplanmäßige Leistungen (ggf. mit Zahnbezug) und deren Punktsumme mit Angabe des Punktwertes
 - ◆ Bei Ersatzanfertigungen von Behandlungsgeräten sind die Bema-Nummern 126a, 126b, 127a, 128a, 128b, 130 oder 131a bis c als außerplanmäßig zu kennzeichnen
- Kosten des Eigenlabors in Euro sowie ggf. deren Einzelangaben (abgerechnete BEL-Nummern einschließlich Kosten je Materialbezeichnung) sofern gesamtvertraglich nicht anders vereinbart
- Kosten des Fremdlabors in Euro (sofern gesamtvertraglich nicht anders vereinbart, ist die spezifizierte Rechnung unter Herstellung des Versichertenbezuges beizufügen)
- Kosten der kieferorthopädischen Leistungen, errechnet aus den abgerechneten Gebührennummern des Bema , den Kosten des Eigenlabors und den Kosten des Fremdlabors sowie Kassen- und Versichertenanteile einschließlich des zugrundeliegenden Kassenzuschusses in Prozent
- Fallwert (Kosten der Begleitleistungen und Kosten der kieferorthopädischen Leistungen in Euro nach Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit durch die KZV), Punktsummen und jeweils gültigen Punktwert, getrennt nach kieferorthopädischen, individualprophylaktischen/Früherkennungsmaßnahmen und konservierend/chirurgischen Leistungen **
- Kennzeichen für spezielle Abrechnungsverträge
- Kennzeichen zur Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V gemäß Punkt 1.4.10 der Anlage 2 zum BMV-Z / EKVZ
- Höhe der einbehaltenen Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V in Euro

(4) Im Rahmen der Abrechnung übermitteln die KZVen einen Gesamtrechnungsdatensatz für jede Krankenkassen, der aus folgenden Angaben besteht:

- Fallzahl
- Punktsummen, getrennt nach kieferorthopädischen, individualprophylaktischen/Früherkennungsmaßnahmen und konservierend/chirurgischen Leistungen **
- Summen in Euro getrennt nach Kosten für das Fremdlabor oder Eigenlabor sowie der gesondert abgerechneten Kosten
- Gesamtbetrag, ermittelt aus den zuvor genannten Punktsummen und Summen in Euro
- Teilrechnungen für besondere Personengruppen nach Kennzeichnung 4, 6, 7 und 8 auf dem Versicherungsnachweis (wie zuvor beschrieben)
- Teilrechnungen nach dem Status M, F, R und für fehlenden Status (wie zuvor beschrieben)
- Summe der einbehaltenen Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V
- Rechnungsbetrag (ermittelt aus dem Gesamtbetrag und der Summe der einbehaltenen Zuzahlung)
- Datum der Rechnung

(5) Diese umfassenden, von den KZVen elektronisch zur Verfügung gestellten Abrechnungsdaten beinhalten alle zuvor in Papierform übermittelten Informationen im Zusammenhang mit einer durchgeführten kieferorthopädischen Behandlung. Dabei wurde sichergestellt, dass eine eindeutige Zuordnung zum jeweiligen Leistungsfall auch ohne lesbaren Zahnarztbezug über die Versicherungsnummer bzw. den Namen und das Geburtsdatum erfolgen kann. Für Krankenkassen, die ohnehin mit unterstützenden Programmen eine elektronische Fallführung durchführen, stellt die Lieferung elektronischer Daten eine wesentliche Arbeitserleichterung dar, weil nunmehr die gelieferten Abrechnungsdaten unmittelbar den genehmigten Plandaten zugeführt und geprüft werden können. Bei Krankenkassen, die eine reine papiergebundene

Aktenführung praktizieren, besteht natürlich nach wie vor mittels Ausdruck der Abrechnungsdaten die Möglichkeit der Datenzusammenführung von Plan- und Abrechnungsdaten. Da schon in der Vergangenheit für Planung und Abrechnung getrennte Vordrucke verwendet wurden, ergibt sich aus der Neuerung kein Konflikt, es werden lediglich - von den aufgeführten Ausnahmen abgesehen - keine Einzelfallnachweise mehr in Papierform seitens der KZVen zur Verfügung gestellt.

(6) Eine sinnvolle Umsetzung dieser gesetzlichen und vertraglichen Regelung sowie der Verpflichtung zur Abrechnungsprüfung der Krankenkassen nach § 106a SGB V wäre es, die gelieferten Abrechnungsdaten von den Krankenkassen maschinell unterstützt zu prüfen, gerade auch im Bezug auf die genehmigten Leistungen.

(7) Bis auf die übergangsweise zu liefernde Gesamtrechnung in Papier gibt es zukünftig keine Papierabrechnung mehr, sondern diese erfolgt ausschließlich elektronisch.

**

Die Technische Anlage sieht für die papierlose Abrechnung ab 1. Januar 2012 für alle Bema -Teile nicht mehr die Lieferung des Punktwertes im Gesamtrechnungsdatensatz vor. Die Kosten der Behandlung werden somit nicht mehr aus der Punktsumme und dem Punktwert im Gesamtrechnungsdatensatz ausgewiesen sondern im Einzelfallnachweis.