

Tit. 5.5.2.1 RdSchr. 11d

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

Tit. 5.5 – Planung/Genehmigung und Abrechnung von Leistungen von Leistungen bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Bema-Teil 5) -> Tit. 5.5.2 – Abrechnung

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. 5.5.2.1 RdSchr. 11d – Abrechnung zahnärztlicher Leistungen/Festzuschüsse

(1) Bisher erfolgte die Abrechnung von Leistungen bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen auf dem Heil- und Kostenplan. Mit der Einführung der Vereinbarung zur papierlosen Abrechnung zum 01.01.2012 erfolgt die Abrechnung dieser Leistungen grundsätzlich im Wege der elektronischen Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern (Anlage 2 zum BMV-Z / EKVZ in der Fassung vom 01.01.2012). Die Abrechnung der Leistungen durch den Zahnarzt hat nun nicht mehr auf dem vereinbarten Heil- und Kostenplan zu erfolgen. Daher entfällt auch die Verpflichtung die Abrechnungsvordrucke in Papierform durch den Zahnarzt an die KZVen und von den KZVen an die Krankenkassen zu übermitteln. Der für die Planung und Genehmigung erstellte Heil- und Kostenplan verbleibt nach der Genehmigung durch die Krankenkassen beim Zahnarzt.

(2) Der DTA-Vertrag regelt die Aufbereitung der Abrechnungsdaten durch die KZVen. Gemäß § 6 "Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für Zahnersatzleistungen nach § 55 SGB V " des DTA-Vertrages erstellen die KZVen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistung (Einzelfallnachweis).

(3) Der Abrechnungsdatensatz enthält die folgenden Basisinformationen:

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

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

- Ausstellungsdatum des Heil und Kostenplanes,
- Eingliederungsdatum und Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes,
- Angabe Unfall oder Unfallfolge/Berufskrankheit,

- Angabe Versorgungsleiden,
- Kennzeichnung bei Verwendung von Nichtedelmetall (NEM),
- Kennzeichen im Falle von Teilleistungen und ggf. Erklärung, warum es nicht zur Vollendung der vorgesehenen Leistungen gekommen ist,
- Angabe des/der Befunde(s) für die Festzuschüsse (gemäß HKP II) einschließlich der Zahn-/Gebietsbezeichnung einschließlich der Festzuschussbeträge in Euro
- für nachträgliche Befunde gilt ebenso die Angabe des/der Befunde(s) für die Festzuschüsse (gemäß HKP II) einschließlich der Zahn-/Gebietsbezeichnung einschließlich der Festzuschussbeträge in Euro
- Angabe Bonus in Prozent bzw. Härtefall,
- Kennzeichen, dass keine GOZ -Leistungen enthalten sind,
- Gesamtsumme (entsprechend der Zeile 7 aus Abschnitt V des HKPs)
- Festzuschuss der Kasse in Euro,
- Versichertenanteil in Euro.
- In allen Behandlungsfällen sind:
 - ◆ das Zahnarzt Honorar entsprechend Abschnitt V Zeile 1 des HKPs,
 - ◆ das Zahnarzt Honorar zusätzliche Leistungen entsprechend Abschnitt V Zeile 2 des HKPs sowie
 - ◆ die Versandkosten entsprechend Abschnitt V Zeile 6 des HKPs anzugeben.
 - ◆ In allen Härtefällen und in allen Fällen der nicht bewilligungsbedürftigen Wiederherstellungen/Erweiterungen sind darüber hinaus die Kosten des Eigenlabors und des Fremdlabors in Euro anzugeben.

(5) Diese durch den elektronischen Datenaustausch von der KZV zur Verfügung gestellten Abrechnungsdaten enthalten die zuvor mit der Papierrechnung übermittelten Informationen, die im Zusammenhang mit einer Leistung des Bema-Teils 5 angefallen sind.

(6) Im Rahmen der Abrechnung übermitteln die KZVen einen Gesamtrechnungsdatensatz für jede Krankenkasse mit den folgenden Inhalten:

- Fallzahl,
- Summe der Versichertenanteile,
- Summe der abgerechneten Festzuschüsse/Kosten
- Teilrechnungen für besondere Personenkreise nach Kennzeichnung 4, 6, 7 und 8 auf dem Versicherungsnachweis (Abschnitt 3.3)
- Teilrechnungen nach dem Status M, F, R und für fehlenden Status
- Datum der Rechnung

(7) 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.

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

(9) Abrechnung der Altfälle

In der Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung ist in § 4 Abs. 3 geregelt, dass alle Leistungen die nach dem 31.12.2011 erbracht werden, elektronisch gegenüber der Krankenkasse abgerechnet werden müssen. Rein praktisch ist dies so zu verstehen, dass alle Heil- und Kostenpläne, die mit einem Eingliederungsdatum des Jahres 2012 versehen sind, elektronisch abgerechnet werden. Mit dem Datum der Eingliederung gelten die Leistungen als erbracht. Dies gilt also auch für Heil- und Kostenpläne bei denen die Behandlung 2011 begonnen (z. B. Präparation von Zähnen) und im Jahr 2012 (Eingliederung des Zahnersatzes) abgeschlossen wurde.

(10) Etwas anders ist die Situation bei Heil- und Kostenplänen, bei denen der Zahnersatz im Jahr 2011 eingegliedert wurde, d. h. die Leistungen im Jahr 2011 erbracht wurden, die aber erst im Januar 2012 zur Abrechnung eingereicht werden. Solche Heil- und Kostenpläne sind noch in Papierform gegenüber der

Krankenkasse abzurechnen.