

Bürgerinformationen

Festzuschüsse beim Zahnersatz

Stand: 1. Januar 2010

Seit dem 1. Januar 2005 haben gesetzlich Versicherte im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung mit Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen, implantatgestützter Zahnersatz) Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse. Der Leistungsanspruch richtet sich nach § 55 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

An die Stelle des früheren prozentualen Anteils der gesetzlichen Krankenkassen an den Kosten für Zahnersatz sind nach den Regelungen des GKV-Modernisierungsgesetzes befundbezogene Festzuschüsse zur im Einzelfall notwendigen Versorgung getreten. Befundbezogene Festzuschüsse stellen nicht auf die medizinisch notwendige Versorgung im Einzelfall, sondern auf prothetische Regelversorgungen bei bestimmten Befunden ab. Prothetische Regelversorgungen sind dabei die Versorgungen, die in der Mehrzahl der Fälle bei dem entsprechenden Befund zur Behandlung geeignet sind.

Mit der Einführung befundbezogener Festzuschüsse wurde sichergestellt, dass sich Versicherte für jede medizinisch anerkannte Versorgungsform mit Zahnersatz entscheiden können, ohne den Anspruch auf den Festzuschuss zu verlieren. Dies gilt beispielsweise für die Versorgung mit implantatgestütztem Zahnersatz (Suprakonstruktionen).

Gemeinsamer Bundesausschuss

Nach den Vorgaben des Gesetzgebers bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien die Befunde, für die die gesetzlichen Krankenkassen Festzuschüsse gewähren und ordnet diesen prothetische Regelversorgungen zu (§ 56 SGB V). Die Regelversorgung hat sich an zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zu orientieren, die zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen bei einem Befund nach dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse gehören. Inhalt und Umfang der Regelversorgungen sind durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in geeigneten Zeitabständen zu überprüfen und an die zahnmedizinische Entwicklung anzupassen.

Bei dem Gemeinsamen Bundesausschuss handelt es sich um ein Gremium, an dem Vertreter der Krankenkassen, der Zahnärzteschaft und die Interessenvertreter der Patientinnen und Patienten beteiligt sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss trifft seine Entscheidungen in eigener Verantwortung. Bei der Einschätzung der mit den gesetzlichen Bestimmungen

verbundenen medizinischen und sonstigen Fragen besteht für den Gemeinsamen Bundesausschuss ein Beurteilungs- und Wertungsspielraum. Sofern entsprechende Beurteilungen und Wertungen im Rahmen des geltenden Rechts liegen, respektiert das Bundesministerium für Gesundheit die Entscheidungen der Selbstverwaltung. Beanstandungen durch das Bundesministerium für Gesundheit kommen nur bei Verstößen gegen das geltende Recht in Betracht.

Anspruch der Versicherten

Nach den Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses haben Versicherte bei bestimmten Befunden Anspruch auf

- festsitzenden Zahnersatz (Kronen, Teilkronen, Brücken);
- herausnehmbaren Zahnersatz (Teil-/Totalprothesen, Interimsprothesen);
- kombinierten Zahnersatz (Kombination aus festsitzendem und herausnehmbarem Zahnersatz);
- implantatgestützten Zahnersatz (sogenannte Suprakonstruktionen);
- Wiederherstellungen (d. h. Reparaturen) und Erweiterungen an vorhandenem Zahnersatz.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in 8 Befundklassen insgesamt 52 Befunde definiert und diesen prothetische Regelversorgungen zugeordnet. Die zugeordneten Regelversorgungen entsprechen im Wesentlichen den Vertragsleistungen vor Inkrafttreten der Festzuschuss-Regelungen.

Die Festlegungen im Einzelnen wurden im Bundesanzeiger Nr. 242 vom 21. Dezember 2004 auf den Seiten 24463 bis 24473 bekannt gemacht. Die geltenden Richtlinien sowie die aktuellen Festzuschussbeträge können im Internet unter www.g-ba.de heruntergeladen oder unter der Telefon-Nummer 0228/58-0 beim Bundesanzeiger angefordert werden.

Die Höhe der befundbezogenen Festzuschüsse ist für die Versicherten aller Krankenkassen bundesweit gleich hoch. Die bundeseinheitlichen Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der für die zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Herstellung getrennt festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung.

Bonus

Die Bonusregelungen bleiben in früherem Umfang erhalten, sind allerdings an das Festzuschuss-System angepasst. Die in § 55 Absatz 1 SGB V vorgesehene Bonusregelung ermöglicht es, dass sich die Festzuschüsse für Versicherte ab Vollendung des 18. Lebensjahres bei eigenen Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne um 20 vom Hundert erhöhen. Die Festzuschüsse erhöhen sich um weitere 10 Prozentpunkte, wenn Versicherte ihre Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die erforderliche zahnärztliche Untersuchung mindestens einmal in jedem Kalenderjahr ohne Unterbrechung in Anspruch genommen haben. Daraus folgt, dass bei Vorliegen der Voraussetzungen 60 bzw. 65 vom Hundert der Beträge für die jeweilige Regelversorgung von der gesetzlichen Krankenkasse zu zahlen sind.

Härtefälle

Mit den Regelungen in § 55 Absatz 2 und 3 SGB V bleiben die Härtefallregelungen für den Bereich Zahnersatz für die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen erhalten. Versicherte haben in Fällen einer unzumutbaren Belastung Anspruch auf den doppelten Festzuschuss, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgung tatsächlich entstandenen Kosten. Damit erhalten sie die Regelversorgung kostenfrei. Darüber hinaus ermöglicht die sogenannte gleitende Härtefall-Regelung, dass Versicherte einen über den Festzuschuss hinausgehenden zusätzlichen Betrag erhalten, der bis zur Grenze des doppelten Festzuschusses reichen kann. Die Höhe des zusätzlichen Zuschusses im Einzelfall hängt von der Einkommenshöhe ab.

Heil- und Kostenplan sowie Rechnungslegung

Der Zahnarzt hat vor Beginn der Behandlung einen kostenfreien Heil- und Kostenplan zu erstellen, der den Befund, die Regelversorgung und die tatsächlich geplante Versorgung mit Zahnersatz nach Art, Umfang und Kosten beinhaltet. Mit diesen Angaben wird die Transparenz für den Versicherten erhöht sowie eine eigenverantwortliche Entscheidung über die individuelle Zahnersatzversorgung ermöglicht.

Im Heil- und Kostenplan sind Angaben zum Herstellungsort des Zahnersatzes zu machen. Mit dieser Regelung wird gewährleistet, dass Versicherte und Krankenkassen über den Herstellungsort bzw. das Herstellungsland der abrechnungsfähigen zahntechnischen (Teil-) Leistungen informiert werden. Dadurch wird Abrechnungsmanipulationen mit zum Beispiel im Ausland hergestelltem Zahnersatz zu Lasten Versicherter und Krankenkassen entgegengewirkt.

Der Heil- und Kostenplan ist vor Beginn der Behandlung von der zuständigen Krankenkasse insgesamt zu prüfen. Die Krankenkasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen. Bei bestehender Versorgungsnotwendigkeit

bewilligt die Krankenkasse die Festzuschüsse entsprechend dem im Heil- und Kostenplan ausgewiesenen Befund.

Nach Abschluss der Behandlung rechnet der Zahnarzt die von der Krankenkasse bewilligten Festzuschüsse mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. Im Übrigen erfolgt die Abrechnung direkt zwischen Zahnarzt und Versicherten. Die Abrechnung über die Kassenzahnärztliche Vereinigung erfolgt nicht in den Fällen, in denen Versicherte einen von der Regelversorgung abweichenden, andersartigen Zahnersatz erhalten (§ 55 Absatz 5 SGB V).

Soweit die tatsächlich durchgeführte Zahnersatzversorgung der Regelversorgung entspricht, rechnet der Zahnarzt gegenüber dem Versicherten die zahnärztlichen Leistungen beim Zahnersatz nach dem in der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) ab; die bewilligten Festzuschüsse sind in Abzug zu bringen. Über die Regelversorgung hinausgehende oder andersartige Leistungen werden nach der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte abgerechnet (Näheres siehe Mehrkostenregelung).

Der Zahnarzt hat bei Rechnungslegung eine Durchschrift der Rechnung des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über zahntechnische Leistungen und die Erklärung nach Anhang VIII der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Medizinprodukte in der jeweils geltenden Fassung beizufügen. Mit der Erklärung nach europäischem Medizinprodukterecht erhält der Versicherte eine Bestätigung darüber, dass der Zahnersatz, unabhängig davon, ob dieser im In- oder Ausland hergestellt wurde, den grundlegenden Anforderungen der einschlägigen EU-Richtlinie entspricht.

Mehrkostenregelung

Für Zahnersatz gibt es eine Mehrkostenregelung in § 55 Absatz 4 SGB V, die im Wesentlichen dem bisherigen Recht entspricht. Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten der zusätzlichen über die Regelversorgung hinausgehenden Leistungen selbst in vollem Umfang zu tragen. Gleichartig ist Zahnersatz, wenn er die Regelversorgung umfasst, jedoch zusätzliche Leistungen aufweist (z. B. Verblendungen im hinteren Seitenzahnggebiet, zusätzliche Verbindungselemente an kombiniertem Zahnersatz). Die Mehrkosten sind nach der Gebührenordnung für Zahnärzte direkt gegenüber dem Versicherten abzurechnen.

In den Fällen, in denen Versicherte gemäß § 55 Absatz 5 SGB V eine andersartige Versorgung mit Zahnersatz wählen (z. B. implantatgestützter Zahnersatz statt Brücke), haben sie gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Erstattung der bewilligten Zuschüsse. Eine andersartige Versorgung liegt vor, wenn eine andere Versorgungsform (Brücke,

herausnehmbarer Zahnersatz, Kombinationsversorgung, Suprakonstruktion) als die, welche in den Regelleistungen für den jeweiligen Befund beschrieben ist, gewählt wird. Die Rechnungslegung des Zahnarztes erfolgt in diesen Fällen gegenüber dem Versicherten nach der für Privatbehandlungen geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte.

Zu den Mehrkosten gehören auch die Kosten für Edelmetall-Legierungen, die die Versicherten wie bisher grundsätzlich selbst zu tragen haben. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss definierten Regelversorgungen enthalten wie bisher nur die Kosten für Nichtedelmetall (NEM) bzw. Nichtedelmetall-Legierungen (NEM-Legierungen).

Versorgung im europäischen Ausland

Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen.

Soweit gesetzlich Versicherte Zahnersatz nach einer anerkannten Methode im europäischem Ausland anfertigen lassen, besteht gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse Anspruch auf Erstattung des im Inland geltenden befundbezogenen Festzuschusses abzüglich zusätzlicher Verwaltungskosten und Abschlägen für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen sowie abzüglich der gesetzlichen Zuzahlungen einschließlich der Praxisgebühr. Der Anspruch besteht jedoch höchstens in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten. Über die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine Versorgung Versicherter mit Zahnersatz im europäischen Ausland informiert die zuständige gesetzliche Krankenkasse.

Krankenkassen beraten über Zahnersatz

Das Bundesministerium für Gesundheit rät, sich vor jeder Zahnersatzbehandlung den Heil- und Kostenplan vom Zahnarzt geben zu lassen und diesen von der Krankenkasse prüfen zu lassen. Die Krankenkassen sind zur Beratung verpflichtet. Sie informieren über die Regelversorgung und prüfen die Kosten für den Zahnersatz. Sie informieren auch über die Höhe der zu erwartenden Festzuschüsse und die verbleibenden Restkosten.

Wichtig ist: Wer sich für die Regelversorgung entscheidet, erhält eine gute zahnmedizinische Versorgung und muss grundsätzlich nicht mehr zahlen als zuvor. Denn die Krankenkasse übernimmt nach wie vor einen Teil der Kosten in Höhe des Festzuschusses. Den Differenzbetrag trägt der Versicherte wie bisher auch schon selbst. Versicherte sollten daher nichts voreilig unterschreiben und sich in jedem Fall vor ihrer Entscheidung von ihrer Krankenkasse beraten lassen.