



Achtung Zahnersatz!

Wissenswertes für gesetzlich Krankenversicherte

Zahnersatz ist der Sammelbegriff für den Ersatz und die Reparatur von Zähnen durch z.B. Kronen, Brücken, Prothesen oder Teleskopversorgungen. Mit Zahnersatz soll das „Kauorgan“ wieder hergestellt werden. Zahnerhaltende Maßnahmen wie Füllungen aus Amalgam, Kunststoffverbindungen oder anderen Materialien sind in dieser Information nicht berücksichtigt.

Für die Versorgung mit Zahnersatz bekommt der gesetzlich versicherte Patient auf Antrag bei seiner Krankenkasse einen Zuschuss. Dieser Zuschuss wird „befundorientierter Festzuschuss“ genannt. Gesetzlich Versicherte haben einen Anspruch auf die sogenannte „Regelversorgung“. Der Zuschuss der Kasse soll dabei ca. 50 % der Kosten dieser Versorgung abdecken.

Das, was der Zahnarzt im Mund als behandlungsbedürftig feststellt, kann sehr unterschiedlich versorgt werden: Einfach oder sehr aufwändig, kostengünstig oder sehr teuer. Aber unabhängig davon, für welche Versorgung sich der Patient entscheidet, ist der Zuschuss der Kasse immer gleich hoch. Je teurer also die Versorgung wird, desto größer wird der Anteil, den der Patient privat zu zahlen hat.

Es gibt besondere Regelungen, z.B.:

- **Bonusregelung:** Wer regelmäßig mindestens einmal im Jahr zum Zahnarzt geht, bekommt einen höheren Zuschuss von der Kasse.
- **Härtefallregelung:** Für Personen, die durch die Kosten der Versorgung unzumutbar belastet würden und z.B. Arbeitslosengeld II oder Grundsicherung bekommen, übernimmt die Kasse auf Antrag die gesamten Kosten für die Regelversorgung.

Hinweise:

- Wir verwenden abwechselnd die weibliche und männliche Schreibweise, der Text gilt für beide Geschlechter.
- Alle genannten Zahlen beziehen sich auf den Stand dieser Info: Februar 2017

**GESUNDHEITSLADEN
MÜNCHEN e.V.**
Informations- und
Kommunikationszentrum

WALTHERSTRASSE 16A
80337 MÜNCHEN

TELEFON
089 / 77 25 65
Zentrales FAX
089 / 725 04 74
www.gl-m.de
E-Mail: mail@gl-m.de

Infothek:

Mo - Fr 10 - 13 h
Mo, Do 17 - 19 h

PatientInnenstelle München:

Tel: 089 / 77 25 65
Mo 10 - 13 und 16 - 19 h
Mi, Do, Fr 10 - 13 h
(Zu allen Zeiten telefonische
und persönliche Beratung.)

Online Beratung:
<https://gl-m.beranet.info>

Unabhängige Patientenberatung Schwaben:

Afrawald 7
86150 Augsburg
Tel. 0821/ 20 92 03 71
schwaben@gl-m.de
Mo 9 - 12 h
Mi 13 - 16 h
(Zu beiden Zeiten telefoni-
sche und persönliche Bera-
tung.)

Spendenkonto:

Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE51 7002 0500
0008 8878 00
BIC: BFSWDE33MUE

Versorgungsmöglichkeiten und ihre Abrechnung

Bei den Versorgungsmöglichkeiten wird unterschieden in **Regelversorgung**, **gleichartige Versorgung** und **andersartige Versorgung**. Die Wahl der Versorgungsform hat unmittelbare Auswirkungen auf die jeweilige Höhe der eigenen Kosten und die Art der Abrechnung.

Kurze Beschreibung und Beispiele

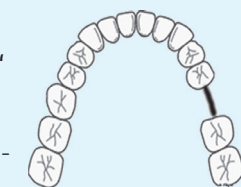
Ausgangssituation ist der Befund:

„Zahnbegrenzte Lücke, ein Zahn fehlt“

im nicht-sichtbaren Bereich. (Zahnbegrenzt heißt: Die Lücke ist von zwei Zähnen, die sich als Pfeiler für eine Brücke eignen, umschlossen).

Der Festzuschuss ohne Bonus ist für

alle Versorgungsarten gleich und beträgt **336,50 €**.



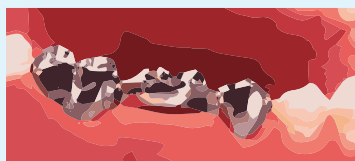
Befund: „Zahnbegrenzte Lücke, ein Zahn fehlt“

Die Regelversorgung zum o.g. Befund ist die „**metallische Endpfeilerbrücke**“. Die Abrechnungsgrundlage für diese Versorgung ist der „Bema“ (s. Kasten Begriffserklärungen).

Der Festzuschuss wird über die Kassenzahnärztliche Vereinigung mit dem Zahnarzt direkt abgerechnet.

Den Anteil des Patienten

rechnet die Zahnärztin nach Bema mit dem Patienten ab.



Metallische Endpfeilerbrücke

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

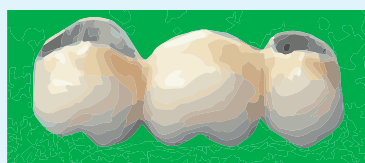
Für o.g. Befund wäre eine gleichartige Versorgung z.B. eine **metallische Endpfeilerbrücke mit vollständiger Verblendung**.

Eine Verblendung ist laut Richtlinien im Backenzahnbereich nicht notwendig und wirtschaftlich und wird als

Mehrkosten dem Versicherten privat in Rechnung gestellt.

Die Abrechnungsgrundlage der Regelversorgung ist die „Bema“.

Die Abrechnungsgrundlage der Mehrkosten ist aber die GOZ (s. Kasten Begriffserklärungen). Der Festzuschuss wird über die Kassenzahnärztliche Vereinigung abgerechnet. Die **Mehrkosten*** bekommt die Patientin privat in Rechnung gestellt.



Metallische Endpfeilerbrücke mit vollständiger Verblendung

***Wichtig zu Mehrkosten:** Wählen Versicherte aufwändigeren Zahnersatz als notwendig, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. Hierüber ist **vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung** zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen (§ 4 Abs. 5 c 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 mehr beinhaltet.

Eine andersartige Versorgung für o.g. Befund wäre z.B. ein **Implantat**.

Hier stellt der Zahnarzt dem Patienten für die Gesamtleistung eine Privatrechnung auf der Grundlage der GOZ. Der Patient zahlt den gesamten Betrag dem Zahnarzt und hat gegenüber seiner Kasse einen Anspruch auf Zahlung des bewilligten Festzuschusses.



Implantat

Achtung:

Geht die Behandlung über die starr definierte Standardtherapie der Regelversorgung hinaus, hat der Patient die über den Festzuschuss hinaus gehenden Kosten auf der Grundlage der GOZ **komplett privat zu zahlen**.

Die Kasse zahlt unabhängig von der vorgenommenen Versorgung immer nur den zugesagten Festzuschuss.

Mehrkosten sind alleine vom Patienten zu zahlen.

Begriffserklärungen

Regelversorgung

ist die Versorgung mit Zahnersatz, die allen gesetzlich Versicherten aufgrund der Gesetzeslage und den entsprechenden Richtlinien zusteht und den Kriterien **„ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“** (§ 12 SGB V) entspricht. Der Festzuschuss der Kasse soll ca. 50 % der Kosten dieser Versorgung abdecken.

Alle Zahnärzte, die gesetzlich Versicherte über die Krankenversichertenkarte behandeln, sind verpflichtet, diese Leistung zu erbringen. Alle zusätzlichen Leistungen sind Mehrleistungen, denen der Versicherte schriftlich vor Behandlungsbeginn zustimmen muss.

G-BA Gemeinsamer Bundesausschuss

ist das Gremium in Deutschland, das festlegt, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der gesetzlichen Krankenkasse erstattet werden müssen.

Bema = Bewertungsmaßstab

ist die zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen und den Kassenzahnärzten vereinbarte Gebührenliste und damit die Abrechnungsgrundlage aller Kassenleistungen.

GOZ = Gebührenordnung für Zahnärzte

ist die Abrechnungsgrundlage für die Berechnung und Vergütung von privat Zahnärztlich erbrachten Leistungen.

Befundorientierter Festzuschuss

Seit dem 1.1.2005 zahlt die Gesetzliche Krankenkasse auf der Basis sogenannter „befundorientierter Festzuschüsse“ nur noch einen festen Zuschuss für die Versorgung mit Zahnersatz.

Während die Krankenkassen bis dahin einen prozentualen Anteil der genehmigten Versorgung mit Zahnersatz übernommen hatten, gibt es seitdem nur noch einen am Befund -also der vorliegenden Ausgangssituation des Gebisses- orientierten Zuschuss. Für einen Befund (z.B. „**zahnbegrenzte Lücke mit einem fehlenden Zahn**“) zahlt die Kasse den Festzuschuss, wobei es keine Rolle mehr spielt, wie diese Lücke tatsächlich versorgt wird: ob mit einer festen Brücke, einer herausnehmbaren Teilprothese oder einem Implantat. Der Festzuschuss bleibt in allen Fällen gleich hoch und soll ca. 50 % der Kosten der **Regelversorgung** (s. Kasten S. 2) abdecken.

Die Regelversorgung wurde von den Krankenkassen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung im **Gemeinsamen Bundesausschuss** (s. Kasten S. 2) festgelegt. Dieses Gremium einigte sich auf rund 50 Einzelbefunde als Grundlage für die Bezuschussung zu Zahnersatz und beschloss auch die dazugehörigen Festzuschüsse. (Nachzulesen unter: www.g-ba.de).

Heil- und Kostenplan

Das Formular 'Heil- und Kostenplan' ist in mehrere Abschnitte unterteilt:

- I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan:** Ein Diagramm zur Darstellung der Zahnstellung mit den Spalten TP (Therapieplanung), R (Regelversorgung) und B (Befund).
- II. Befunde für Festzuschüsse:** Eine Tabelle zur Erfassung von Befunden, die für Festzuschüsse in Anspruch genommen werden können.
- III. Kostenschlüssel:** Ein Diagramm zur Darstellung der Kostenstruktur, unterteilt in Zahnersatz, Zahntechnik und Zahntechnik.
- IV. Zahnärztliche Anträge:** Ein Bereich für die Erfassung von Zahnärztlichen Anträgen.
- V. Zahnärztliche Anträge (Zusatz):** Ein Bereich für die Erfassung von Zahnärztlichen Anträgen (Zusatz).
- VI. Zahnärztliche Anträge (Zusatz):** Ein Bereich für die Erfassung von Zahnärztlichen Anträgen (Zusatz).
- VII. Zahnärztliche Anträge (Zusatz):** Ein Bereich für die Erfassung von Zahnärztlichen Anträgen (Zusatz).

1. Seite Heil- und Kostenplan

Regelversorgung und die Therapieplanung nach Art, Umfang und Kosten darzulegen.

Der Heil- und Kostenplan ist **kostenlos** vom Zahnarzt auszustellen und dem Patienten auszuhändigen, der ihn bei seiner Kasse einreicht. Er muss auch Angaben über den voraussichtlichen Herstellungsort oder das Herstellungsland des Zahnersatzes enthalten.

Die Kasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen.

Die Voraussetzung für den Zuschuss der Kasse ist ein genehmigter Heil- und Kostenplan.

Unabhängig davon, welche Versorgungsform beabsichtigt ist, hat der Zahnarzt einen Heil- und Kostenplan zu erstellen.

Dieser ist **vor Behandlungsbeginn** von der Kasse zu prüfen und zu genehmigen.

Im Heil- und Kostenplan hat der Zahnarzt auf einem einheitlichen Vor- druck den Befund, die

Bonusregelung

- Wer **5 Jahre** mindestens einmal im Jahr zur Kontrolluntersuchung beim Zahnarzt war und dieses nachweist, bekommt einen **um 20 % höheren Festzuschuss (Bonus)**,
- bei **10 Jahren** einen **um 30 % höheren Festzuschuss**.

Das Formular 'Bonusheft' ist ein Nachweis für die Versicherten der Gesetzlichen Krankenkassen. Es enthält Felder für:

- Name:
- Vorname:
- Geburtsdatum:
- Straße:
- PLZ/Wohnort:

Bonusheft

Beispiel:

Der Festzuschuss für eine metallische Vollkrone im Seitenzahnbereich beträgt **142,22 €**,

- mit Bonus von 20 % beträgt er **170,66 €** und
- mit Bonus von 30 % beträgt er **184,89 €**.

Härtefallregelung

Versicherte, die durch den Eigenanteil „unzumutbar belastet würden“ (die unzumutbare Belastung ist beschrieben im § 55 Abs. 2 Sozialgesetzbuch V), sind härtefallberechtigt. Sie erhalten **auf Antrag bei ihrer Kasse** und mit detailliertem Nachweis ihrer finanziellen Lage den doppelten Festzuschuss.

Sonderregelung Regelversorgung

Reicht bei einem Härtefall und ausschließlicher Regelversorgung (!) der doppelte Festzuschuss zur Kostendeckung nicht aus, übernehmen die Kassen auf Antrag auch die Kosten, die die doppelte Festzuschusshöhe überschreiten (**Spitzbetragsregelung**). Hierbei ist zu beachten, dass lediglich die Kosten für Nichtedelmetall (sogenannte NEM-Legierungen) berücksichtigt werden. Mehrkosten für Edelmetalle (z.B. Gold) sind vom Versicherten immer selbst zu bezahlen.

Härtefallberechtigte

Unter die Härtefallregelung fallen Personen, deren monatliche Bruttoeinnahmen den Grenzbetrag von **1.190 €** nicht übersteigen. Diese Einkommensgrenze erhöht sich für Angehörige, die im gemeinsamen Haushalt leben:

- um **446,25 €** für den ersten Angehörigen und
- für jeden weiteren Angehörigen um **297,50 €**.

Berechnungsbeispiel

Der Grenzbetrag für das Jahr 2017 für einem Versicherten, verheiratet, mit 2 Kindern beträgt somit:

$$\begin{aligned}
 & 1.190,00 \text{ €} \\
 + & 446,25 \text{ € (Freibetrag für die Ehefrau)} \\
 + & 595,00 \text{ € (Freibetrag für die beiden Kinder)} \\
 \hline
 & = \underline{\underline{2.231,25 \text{ €}}}
 \end{aligned}$$

Hilfebedürftige Versicherte mit Anspruch auf z.B. **Sozialhilfe, Arbeitslosengeld II, Grundsicherung, BAföG...** sind härtefallberechtigt.

Gleitende Härtefallregelung

Gering Verdienende, deren Einkommen etwas über dem Grenzbetrag (s. S. 3) liegen und daher die Voraussetzungen für den doppelten Festzuschuss verfehlen, fallen möglicherweise unter die **gleitende Härtefallregelung** (§ 55 Abs. 3 Sozialgesetzbuch V). Sie sollten über ihre Kasse prüfen lassen, ob sie zu ihrem einfachen Festzuschuss (ohne Bonusserhöhung) einen Anspruch auf einen zusätzlichen Zuschuss haben.

Dieser zusätzliche Zuschuss kann nicht höher als der einfache Festzuschuss sein und wird maximal bis zur Höhe der tatsächlich entstehenden Kosten ausbezahlt.

Liegen also die monatlichen Bruttoeinnahmen der o.g. Beispielfamilie mit **2.250,00 €** geringfügig über dem Grenzbetrag von **2.231,25 €**, gibt es eine Formel, um die sogenannte „zumutbare Belastung dieser Familie“ festzustellen. Mit der zumutbaren Belastungsgrenze kann dann - je nach Festzuschusshöhe - ein möglicher zusätzlicher Zuschuss der Krankenkasse gewährt werden.

Berechnungsbeispiel:

$$\begin{aligned} & 2.250,00 \text{ € (Bruttoeinnahmen)} \\ & - 2.231,25 \text{ € (Grenzbetrag)} \\ & = 18,75 \text{ € (Unterschiedsbetrag) } \times 3 \\ & = \mathbf{56,25 \text{ € (zumutbare Belastungsgrenze)}} \end{aligned}$$

Beträgt der Festzuschuss (ohne Bonus) für die geplante Versorgung **600 €**, bekäme die Familie einen **weiteren Zuschuss von 543,75 €** (= 600 € minus 56,25 € als zumutbare Belastung).

Für diese Versorgung mit Zahnersatz bekäme die Beispielfamilie also insgesamt einen Zuschuss von (600 € + 543,75 € =) **1143,75 €** von ihrer Kasse.

Tipp:

Diese Berechnung müssen nicht Sie vornehmen. Sprechen Sie Ihre Krankenkasse auf die gleitende Härtefallregelung an und lassen Sie diese berechnen.

Bitte beachten

- PatientInnen haben das **Recht auf Aufklärung und Information** durch den Zahnarzt.
- Die Leistung der Krankenkasse richtet sich nicht nach der individuell durchgeführten Therapie, sondern nach einer für den jeweiligen Befund vorgesehenen Regelversorgung.
- Die Regelversorgung beschreibt die statistisch ermittelte, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Zahnersatz.
- Kostenunterschiede von gleich- und andersartigen Versorgungsmöglichkeiten zur Regelversorgung können erheblich sein.

- **Härtefallberechtigte mit einem Anspruch auf den doppelten Festzuschuss bekommen (auf Antrag) die Regelversorgung komplett von der Kasse bezahlt.**

Tipps:

- **Bestehen Sie auf eine gründliche, für Sie verständliche Aufklärung!** Sowohl für die medizinische, wie auch für die Kostenseite sind ZahnärztInnen dazu verpflichtet.
- Lassen Sie sich genau erklären, wie die Regelversorgung, auf die sich der Festzuschuss bezieht, aussieht!
- Wenn der Zahnarzt die Regelversorgung nicht für ausreichend hält, lassen Sie sich erklären warum nicht und wie hoch der Preisunterschied durch eine gleich- oder andersartige Versorgung wird!
- Lassen Sie sich beraten, welche Versorgungsalternativen es 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 teure Privatbehandlungen.
- Lassen Sie sich ausreichend Zeit für Ihre Entscheidung!
- Beachten Sie: Bei Zweifeln oder bleibenden Unklarheiten holen Sie sich eine **weitere zahnärztliche Meinung ein und /oder fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse oder einer PatientInnenstelle nach!**
- Fangen Sie erst mit der Behandlung an, wenn alles geklärt und der Heil- und Kostenplan genehmigt ist!
- Führen Sie regelmäßig das Bonusheft, dann bekommen Sie einen höheren Zuschuss zum Zahnersatz.
- Klären Sie gegebenenfalls mit Ihrer Kasse, ob Sie härtefallberechtigt sind.

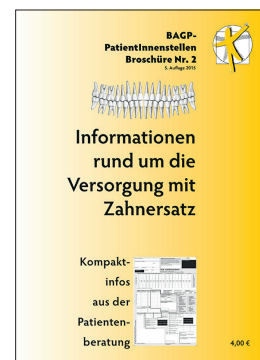
Weiterführende Informationen

rund um die Versorgung mit Zahnersatz bietet die Broschüre der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen. Diese ist für 5 Euro (Schutzgebühr und Versand)

im Gesundheitsladen zu bestellen:

Tel: 089/772565

oder per Mail: mail@gl-m.de



Quellen:

- Festzuschuss-Richtlinien (Gemeinsamer Bundesausschuss: www.g-ba.de)
- Sozialgesetzbuch V
- Bundesmantelvertrag-Zahnärzte, Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte