

Thema des Monats September 2009

Gesetzliche Regelungen
zum Zahnersatz



Impressum:

Inhalte und Gestaltung: Marlen Holnick

Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz e. V., Kaiserstraße 62, 55116 Mainz

E-Mail: rheinland-pfalz@vdk.de

Internet: www.vdk.de/rheinland-pfalz

© Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz, August 2009

Die Inhalte wurden sorgfältig erarbeitet. Es kann jedoch keine Gewährleistung für Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit übernommen werden.

Die in dieser Informationsmappe verwendeten männlichen Bezeichnungen dienen ausschließlich der besseren Lesbarkeit und gelten ausdrücklich für beide Geschlechter. Eine Diskriminierung weiblicher Personen wird damit nicht beabsichtigt.

Inhaltsverzeichnis

I.	Allgemeines	4
II.	Versorgungsarten	4
1.	Regelversorgung.....	4
2.	gleichartige Versorgung	5
3.	andersartige Versorgung	6
4.	Suprakonstruktionen und Implantate als Zahnersatzformen	6
III.	Allgemeine Kostenfaktoren.....	7
IV.	Zahnzusatzversicherung	8
V.	Besondere Regelungen im Härtefall.....	8
VI.	Bedeutung des Heil- und Kostenplans	9
VII.	Vorteile durch die Bonusregelung.....	10
VIII.	Ausblick	11

I. Allgemeines

Seit 1. Januar 2005 gelten neue Abrechnungsregeln beim Zahnersatz. Gesetzliche Krankenkassen sind nun verpflichtet, je nach Untersuchungsergebnis – dem so genannten Befund – einen festen Zuschuss zu zahlen. Die Art der Versorgung spielt demnach keine Rolle.

Früher galt die prozentuale Bezuschussung je nach medizinisch notwendiger Versorgung und tatsächlicher Therapieform im Einzelfall.

Gesetzlich Krankenversicherte können seit der Neuregelung die Behandlungsmethode unabhängig von der Empfehlung des Zahnarztes wählen.

Der von der Krankenkasse zu erbringende Festzuschuss richtet sich nach dem Befund und der ihm zugeordneten Regelversorgung. Behandlungskosten, die über die so genannte Standardversorgung hinausgehen, müssen die Patienten selbst tragen. Lehnt beispielsweise ein Patient eine Metallkrone ab und wünscht eine höherwertige Versorgung mit einer Vollkeramikkrone, übernimmt die Kasse in jedem Fall die Kosten für die Metallkrone.

Soweit das Sozialgesetzbuch Fünf (SGB V) oder das Sozialgesetzbuch Neun (SGB IX) nichts Abweichendes vorsehen, erhalten Versicherte die Leistung als Sachleistung. Das bedeutet, dass die Krankenkasse die Kosten anstelle der Sachleistung nur erstatten darf, soweit es das Gesetz vorsieht.

Vorteil der Festzuschüsse ist, dass sich Versicherte für jede medizinisch anerkannte Versorgungsform entscheiden können, ohne den Anspruch auf den Kassenzuschuss zu verlieren.

II. Versorgungsarten

Implantate gelten zwar inzwischen als die bestmögliche Zahnersatzform. Es gibt allerdings auch zahlreiche Alternativen, die in vielen Situationen aus finanziellen oder gesundheitlichen Gründen vorteilhafter sein können.

Zu den klassischen Versorgungsarten zählen der festsitzende Zahnersatz (Brückenversorgung) und der herausnehmbare Zahnersatz (Teilprothese) sowie die Kombination aus beiden in Form von Voll- oder Totalprothesen.

1. Regelversorgung

Zahnärzte und Krankenkassen haben für jeden Befund eine Regelversorgung festgelegt. Die Befunde werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmt. In dem Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) ist allgemein verbindlich vorgeschrieben, welcher Betrag für eine bestimmte Leistung bei gesetzlich Versicherten abgerechnet werden darf. Der jeweilige Festbetrag wurde durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt und vom Bundesgesundheitsministerium genehmigt.

Die dem jeweiligen Befund zugeordnete Versorgung orientiert sich an den zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen, die für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Zahnersatz nach dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse notwendig sind.

Zur Kontrolle erhält der Patient vom Arzt nach der Behandlung eine Rechnung, in der die Höhe des Krankenkassenzuschusses und sein Eigenanteil aufgeführt sind. Die Festzuschüsse werden von den Krankenkassen demnach nur für vom Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannte zahnprothetische Versorgungsformen übernommen.

Begleitleistungen wie Anästhesien, Röntgenaufnahmen oder parodontologische Leistungen, die im Rahmen der Regelversorgung erbracht werden, sind als vertragszahnärztliche Leistungen abzurechnen.

Zu beachten ist, dass sich die Festzuschüsse grundsätzlich auf die Durchschnittskosten einer vergleichbaren Behandlung der Regelversorgung und nicht auf die tatsächlich anfallenden Kosten beziehen. Aus diesem Grund entsteht für Versicherte häufig ein Kostenanteil von mehr als 50 Prozent der Gesamtkosten des Zahnersatzes.

2. gleichartige Versorgung

Unter einer gleichartigen Versorgung sind medizinische Leistungen zu verstehen, die der Standardversorgung gleichen, sich aber in der zahntechnischen Herstellung unterscheiden. Wählt ein Patient eine Versorgung, die aufgrund der zusätzlichen Leistungen über die Standardvariante hinausgeht, steigt auch sein Eigenanteil.

Bei der gleichartigen Versorgung wird als Grundleistung eine Regelversorgung erbracht. Allerdings kommen weitere Leistungen und damit auch für Versicherte zusätzliche Kosten zum üblichen Eigenanteil hinzu. Bei einer Krone mit Keramikverblendung steuern die Kassen beispielsweise nur den Festzuschuss für die Regelversorgung, d.h. für die Vollgusskrone, hinzu. Der Zahnarzt rechnet jedoch den Mehraufwand für den Keramiküberzug nach dem teureren Abrechnungsmodus für Privatpatienten (Gebührenordnung für Zahnärzte – GOZ) ab.

Sowohl bei dem gleichartigen Zahnersatz als auch bei der Regelversorgung wird der gewährte Festzuschuss nicht an den Patienten, sondern an die Kassenärztliche Vereinigung der Zahnärzte überwiesen, welche den Betrag dann nach sachlicher und rechnerischer Prüfung an die betreffende Praxis weiterleitet. Grund hierfür ist, dass die Krankenkassen im Rahmen der Regelversorgung voll leistungspflichtig sind. Den Restbetrag zahlt der Versicherte direkt – nach Rechnungszustellung – an seine Praxis.

3. andersartige Versorgung

Eine dritte Versorgungsart ist die andersartige Versorgung, welche besonders auf die individuellen Bedürfnisse und Ansprüche der Versicherten ausgerichtet ist. Hier werden andere Leistungen als bei der Regelversorgung angeboten, zum Beispiel unter bestimmten Voraussetzungen Brücken, herausnehmbarer Zahnersatz, Kombinationsversorgungen oder Suprakonstruktionen (implantatgestützter Zahnersatz). Wenn ein Versicherter statt der Regelversorgung eine andersartige Versorgung wählt, rechnet der Zahnarzt komplett nach der GOZ ab. Versicherte erhalten auf Antrag lediglich den jeweiligen Festzuschuss von ihrer Kasse. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn ein Patient anstelle einer herausnehmbaren Prothese ein Implantat wählt.

Sowohl bei der andersartigen als auch bei der gleichartigen Versorgung übernimmt die Krankenkasse nur die Kosten für die der Regelversorgung zuzuordnenden Begleitleistungen. Die ausschließlich durch die Wahlleistungen bedingten Begleitleistungen sowie die Wahlleistungen selbst übernehmen die Kassen nicht. Vielmehr werden diese auf der Grundlage der GOZ in Rechnung gestellt.

4. Suprakonstruktionen und Implantate als Zahnersatzformen

Versicherte haben sowohl einen Anspruch auf Festzuschüsse für Zahnersatz und Zahnkronen als auch für Suprakonstruktionen, wie beispielsweise eine (Implantat)Krone, eine Totalprothese oder eine Brücke.

Für Suprakonstruktionen nach Erstversorgung mit Implantaten hat der Versicherte einen Anspruch auf den Festzuschuss zur Versorgung der Befundsituation, die vor dem Setzen der Implantate bestand.

In folgenden Ausnahmefällen gehören Suprakonstruktionen zur Regelversorgung:

- bei zahnbegrenzten Einzelzahnlücken, wenn keine parodontale Behandlungsbedürftigkeit besteht, die Nachbarzähne kariesfrei sind und nicht überkronungsbedürftig bzw. überkront sind
- bei atrophierter zahnloser Kiefer (Kieferschwund).

Alle Leistungen im Zusammenhang mit den Implantaten, wie die Implantate selbst, notwendig werdende Implantataufbauten oder implantatbedingte Verbindungselemente, gehören allerdings nicht zur Suprakonstruktion. Die Versorgung in Form von Implantatbehandlungen fällt unter die Rubrik „andersartiger Zahnersatz“, wo die Kassenanteile bei der Behandlung nicht direkt vom Zahnarzt mit der Krankenkasse verrechnet werden. Für diese werden sowohl bei der Erstversorgung als auch bei der Erneuerung oder Wiederherstellung keine Kosten übernommen. Vielmehr wird der gewährte Festzuschuss von der Krankenkasse direkt an den Patienten erstattet. Zahnimplantate sind demnach reine Privatleistungen, sie sind nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten.

Erstattungsfähig sind sie jedoch bei privat Versicherten. Aufgrund der Vielzahl von Tarifen und unterschiedlichen Erstattungssystemen unter den privaten Versicherun-

gen sollten die Verträge vorher genau geprüft werden.

Nur in Ausnahmefällen dürfen die gesetzlichen Krankenkassen sowohl Implantate als auch den Zahnersatz auf diesen Implantaten übernehmen. Hierfür muss eine spezielle Begutachtung erfolgen, inwieweit eine Ausnahme in Form einer schweren Erkrankung vorliegt.

Diese Ausnahmefälle, bei denen die Kosten sowohl der prothetischen als auch der Implantatversorgung als Sachleistung von der Krankenkasse im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung zu tragen sind, lauten wie folgt:

- größere Kiefer- oder Gesichtsdefekte, die ihre Ursache z.B. in Tumoroperationen, angeborenen Kieferfehlbindungen oder Unfällen haben
- dauerhaft bestehende extreme Mundtrockenheit, insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung
- generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen
- nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich, z. B. bei Spastiken.

Darüber hinaus darf eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich sein. Die Kasse ist zur Übernahme der gesamten Behandlung verpflichtet, sofern sie wirtschaftlich ist.

Durch die Einführung der Festzuschüsse werden auch diejenigen begünstigt, die sich für eine Versorgung mit Implantaten entscheiden. Somit wird zumindest ein Grundbetrag zur Verfügung gestellt.

III. Allgemeine Kostenfaktoren

Generell bestimmen die Kosten beim Zahnersatz immer mehrere Faktoren wie:

- zahnärztliches Honorar (bei Regelleistungen ausschließlich nach der BEMA, bei gleichartiger Versorgung nach BEMA und GOZ, bei andersartigen Formen nach GOZ)
- Kosten für die zahntechnische Anfertigung (Laborkosten)
- Materialkosten
- Höhe des Bonus
- Vorliegen eines Härtefalles.

Eine pauschale Kostenaufstellung ist aus diesem Grund nicht möglich.

Kraft Gesetz können auch noch völlig „private Vereinbarungen“ getroffen werden. Eine solche Vereinbarung ist vor Beginn der Behandlung schriftlich zwischen dem Vertragszahnarzt und dem Berechtigten zu treffen.

Sind Regelversorgung, gleichartiger oder andersartiger Zahnersatz Gegenstand der Vereinbarungen, läuft der Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung allerdings Gefahr, seine Festzuschussansprüche zu verlieren. Dies kann der Fall sein, wenn der vereinbarte Heil- und Kostenplan nicht verwendet wird und der Krankenkasse damit nicht Gelegenheit gegeben wird, vor Beginn der Behandlung eine Be-

willigung auszusprechen. Macht ein Versicherter von seinem Wahlrecht Gebrauch, erfolgt die Behandlung nach der GOZ.

IV. Zahnzusatzversicherung

Aufgrund der steigenden Eigenanteilskosten bei Zahnersatz und Zahnbehandlungen kann eine Zahnzusatzversicherung sehr sinnvoll sein.

Für folgende Situationen lohnt sie sich besonders:

- bei Parodontose, da mit Zahnverlusten zu rechnen ist
- bei vielen wurzelbehandelten Zähnen, da hier mit Zahnverlusten zu rechnen ist
- bei vielen stark gefüllten Zähnen, aufgrund möglicherweise bevorstehender Restaurationsmaßnahmen
- bei bereits vielen vorhandenen Kronen und Brücken aufgrund ihrer begrenzten Haltbarkeit.

Bei dem Abschluss einer Zahnzusatzversicherung sollte darauf geachtet werden, dass keine zusätzlichen Leistungen „mitverkauft“ werden.

V. Besondere Regelungen im Härtefall

Jeder Versicherte hat beim Zahnersatz Anspruch auf Kostenerstattung in Höhe von rund 50 Prozent der Regelversorgung, welche im Heil- und Kostenplan vermerkt ist. Versicherte, deren monatliche Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt 40 Prozent der monatlichen Bezugsgröße (Bezugsgröße im Jahr 2009 = 2520 €) nicht überschreiten, haben unter bestimmten Voraussetzungen gegenüber ihrer Krankenkasse Anspruch auf umfassende Kostenübernahme. Stehen einem Versicherten also nicht mehr als derzeit **1008 €** monatliches Bruttoeinkommen zur Verfügung, ist eine so genannte Härtefallregelung vorgesehen, um eine unzumutbare Belastung zu vermeiden. Für den ersten im gemeinsamen Haushalt mit dem Versicherten lebenden Angehörigen erhöht sich die Einkommensgrenze um 15 Prozent (das ergibt derzeit **1386 €**), für jeden weiteren um 10 Prozent (derzeit also jeweils **252 €**) der monatlichen Bezugsgröße. Die Prüfung ist prinzipiell für jeden Versicherten getrennt durchzuführen.

Eine weitere unzumutbare Belastung liegt vor, wenn:

- der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Grundsicherungsleistungen, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II oder Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz erhält
- die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer vergleichbaren Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.

Grundrenten nach dem Bundesversorgungsgesetz, Renten oder Beihilfen nach dem Bundesentschädigungsgesetz gehören nicht zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt.

Bei Geringverdienern gewährt die Krankenkasse somit einen doppelten Festzuschuss zur Regelversorgung. Ist es dem Betroffenen auch dann nicht möglich, den noch verbleibenden Eigenanteil für die Standardversorgung zu leisten, übernehmen die Kassen die notwendigen Kosten, sofern entsprechende Nachweise hierzu erfolgen. Wird in diesen Fällen allerdings von den Versicherten eine über die Regelversorgung hinausgehende gleichartige oder andersartige Versorgung gewählt, gewährt die Krankenkasse dennoch nur den doppelten Festzuschuss. Die restlichen Kosten haben die Versicherten selbst zu tragen.

Entsprechend der gleitenden Härtefallregelung hat die Krankenkasse bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen einen weiteren Betrag zu übernehmen. Dieser soll die Differenz zwischen monatlichem Einkommen und tatsächlichen Kosten für Zahnersatz begleichen. Sofern Versicherte keine Ansprüche aufgrund ihres Einkommens herleiten können, gibt es noch eine weitere Sonderregelung. Die Krankenkasse erstattet ihnen den Betrag, um den die Festzuschüsse das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung eines zweifachen Festzuschusses maßgebenden Einnahmegrenze übersteigen. Die Kostenübernahme insgesamt darf höchstens einen Betrag in Höhe der zweifachen Festzuschüsse umfassen, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

Betroffene sollten sich bei ihrer Kasse erkundigen, unter welchen Umständen für sie die so genannte gleitende Härtefallregelung gilt.

In jedem Fall ist es wichtig, dass der von der Härtefallregelung betroffene Zahnersatzpatient rechtzeitig vor dem Behandlungsbeginn seine Krankenkasse über die notwendigen Maßnahmen informiert. Andernfalls können durchaus Probleme mit der Beantragung bzw. Bezuschussung entstehen. Zudem ist es notwendig, dass der Versicherte einen Nachweis über seine finanzielle Lage gegenüber der Krankenkasse erbringt.

VI. Bedeutung des Heil- und Kostenplans

Die Vertragszahnärzte sind verpflichtet, vor der Behandlung einen kostenlosen Heil- und Kostenplan zu erstellen. Dieser muss vor Behandlungsbeginn von der Kasse genehmigt werden. Hierfür kann die Kasse den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit sowie die geplante Versorgung begutachten lassen. Diese Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung erfolgt allerdings nicht mehr nach wirtschaftlichen, sondern nur noch unter fachlichen und formaljuristischen Gesichtspunkten. Die Wirtschaftlichkeit ist bereits durch den Begriff der Regelversorgung definiert. In der Regel wird der Plan direkt von der Zahnarztpraxis an die jeweilige Kasse geschickt, um den Ablauf zu vereinfachen. Der genehmigte Plan hat eine Gültigkeit von sechs Monaten.

Im Heil- und Kostenplan sind der Befund, die Regelversorgung sowie die einzelnen Leistungen im Rahmen der tatsächlich geplanten Versorgung nach Art, Umfang und Kosten darzulegen, sodass der Versicherte diese prüfen kann. Zudem ist der Herstellungsort des Zahnersatzes anzugeben.

Der Heil- und Kostenplan dient ausschließlich für die Zahnersatzbehandlung und nicht für etwaige dabei im Zusammenhang stehende Zahnfleischbehandlungen oder andere vorbereitende Maßnahmen.

Auf der ersten Seite des Heil- und Kostenplans sind die für die Regelversorgung relevanten Basisdaten anzugeben. Die Anlage auf Seite zwei ist nur dann relevant, wenn eine gleichartige oder andersartige Versorgung bevorsteht. Neben der Gesamtsumme sind die Festzuschüsse der Kasse sowie die Eigenanteile der Patienten anzuführen. Über die Mehrkosten, die ein Versicherter zu tragen hat, wenn er einen aufwändigeren Zahnersatz als notwendig wählt, ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen ihm und dem Vertragszahnarzt zu treffen.

Eine genaue Kostenüberprüfung ist schwierig, da es für Zahnersatz keine Fixpreise gibt. Die Kosten hängen von einer Vielzahl von Faktoren ab, die nicht immer im Heil- und Kostenplan aufgelistet sind. Dies ist beispielsweise bei dem Steigerungswert der Fall, den Zahnärzte je nach Schwierigkeitsgrad der Behandlung für zusätzliche Leistungen nach der GOZ berechnen. Daher ist es ratsam, dass die Patienten nach einem Kostenvoranschlag des Labors oder dem verwendeten Steigerungsfaktor fragen. Zudem kann der Versicherte verlangen, dass der Heil- und Kostenplan von der zuständigen Krankenkasse überprüft wird, wenn diese nicht bereits eine solche Prüfung mit entsprechender Stellungnahme vorgenommen haben.

Es empfiehlt sich folgende Reihenfolge: Beratung, Heil- und Kostenplan, Kostenvoranschlag, Prüfung durch die Krankenkasse und Behandlung.

VII. Vorteile durch die Bonusregelung

Bei regelmäßiger Vorsorge können Versicherte einen Bonus auf den Festzuschuss beanspruchen. Ein Bonus steht weiterhin unverändert denjenigen zu, die nachweisen können, dass sie in den letzten fünf bzw. zehn Jahren mindestens einmal pro Jahr beim Zahnarzt waren.

Der Bonus wird jedoch nicht mehr aus den Gesamtkosten des Vertragszahnarztes errechnet. Grundlage ist nun der jeweilige Festzuschuss. Die Kassen zahlen statt 50 Prozent aufgrund der Bonusregelung 60 bzw. 65 Prozent der Standardversorgung.

Die Bonusregelung entfällt jedoch, wenn der Gebisszustand des Versicherten keine regelmäßige Zahnpflege erkennen lässt und nach Vollendung des 18. Lebensjahrs nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr eine zahnärztliche Untersuchung erfolgte. Versicherte, die das sechste, aber noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, müssen sich einmal in jedem Kalenderhalbjahr zahnärztlich untersuchen lassen.

Für die bereits angeführten Härtefälle hat die Bonusregelung keine Bedeutung, da die dort geregelte Verdopplung der Festzuschüsse die Regelversorgung vollständig abdeckt.

VIII. Ausblick

Die neue gesetzliche Regelung in Form eines Festzuschuss-Systems ist in jedem Fall ein guter Ansatz, da teurere Versorgung nun nicht mehr besser aus dem Sozialsystem bezuschusst werden als einfache Lösungen. Aufgrund der hohen Versorgungsqualität beim Zahnersatz in Deutschland wird jedoch weiterhin die Problematik bestehen bleiben, mit welchen Mitteln die verbleibenden Eigenanteile zu finanzieren sind.

Gesetzlich Versicherte sollten sich von ihrem Zahnarzt weitere Verfahren und Kosten - insbesondere der eigenen Anteile – darlegen lassen. In vielen Fällen ist die Regelversorgung als preiswerteste Variante ausreichend, sodass es nicht immer notwendig ist, sich für die teurere Versorgung zu entscheiden. Es kann zudem sinnvoll sein, bei einem zweiten Zahnarzt eine Diagnose einzuholen.

Patienten sollten sich an ihre Krankenkasse wenden und erfragen, ob diese eine spezielle Beratung für Zahnersatz anbietet. Viele Krankenkassen informieren und beraten ihre Versicherten zum Zahnersatz per Telefon, E-Mail oder in ihren Geschäftsstellen. Zudem können sich die Betroffenen auch an Patientenberatungsstellen wenden.

Bei folgenden Adressen sind hilfreiche Informationen zum Zahnersatz erhältlich:

Bundeszahnärztekammer: Tel.: 030 - 400 05 0

Kassenzahnärztliche Vereinigung: Tel.: 0221 - 4001 0

Patientenberatungsstelle der Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz: Tel.: 06131 - 9613670

Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz: 01805 - 60 75 60 40 (Informationstelefon Gesundheit)

Unabhängige Patientenberatung Deutschland: 0800 - 11 77 22