

Die Festzuschussregelung der gesetzlichen Krankenkassen

Jeder gesetzlich Versicherte erhält seit 2005 bei der Zahnersatzversorgung befundorientierte Festzuschüsse.

Festzuschuss

Festzuschuss bedeutet, dass die Krankenkasse seit 2005 für einen bestimmten Befund einen festen Betrag der Zahnersatzkosten übernimmt. Der Zuschuss erhöht sich bei Vorlage des Bonusheftes. Diesen Betrag bezahlt die Krankenkasse unabhängig davon, für welche Art des Zahnersatzes sich der Patient entscheidet.

Für einen fehlenden Zahn zum Beispiel wird ein Betrag x übernommen. Der Patient kann nun eine fest verankerte Brücke, einen herausnehmbaren Zahnersatz oder eine implantatgestützte Versorgung wählen, die Kasse steuert immer den Betrag x bei. Die restlichen Kosten muss der Patient selbst übernehmen.

Regelversorgung

Der Festzuschuss richtet sich nach der „Regelversorgung“. So wird die Versorgungsform bezeichnet, die medizinisch „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ ist. Für welche Regelversorgung welcher Befund vorliegen muss, wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegt.

Hinweis: „Befund“ und „Regelversorgung“ stellen reine versicherungsmathematische Rechengrößen dar, damit der Festzuschuss errechnet werden kann. **Zahnarzt und Zahntechniker werden weiterhin bei jedem Patienten auf die individuelle Situation eingehen und ihn nach seinen Wünschen individuell und bestmöglich versorgen.**

Heil- und Kostenplan

Bevor der Zahnarzt mit einer Zahnersatzbehandlung bei einem Patienten beginnt, muss er einen Heil- und Kostenplan erstellen. Dieser muss den Befund, die Regelversorgung und die tatsächlich geplante Versorgung mit Zahnersatz nach Art, Umfang und Kosten beinhalten. Diese Angaben ermöglichen dem Versicherten eine eigenverantwortliche Entscheidung über die individuelle Zahnersatzversorgung.

Im Heil- und Kostenplan muss auch der Herstellungsort des Zahnersatzes genannt werden. Dadurch wird sichergestellt, dass Versicherte und Krankenkassen über den Herstellungsort und das Herstellungsland der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen informiert werden. Abrechnungsmanipulationen, mit zum Beispiel im Ausland hergestelltem Zahnersatz zu Lasten von Versicherten und Krankenkassen, können so besser vermieden werden.

Der Heil- und Kostenplan wird vor Beginn der Behandlung von der zuständigen Krankenkasse geprüft. Sie kann den Befund, die Notwendigkeit der zahnmedizinischen Behandlung und die geplante Versorgung begutachten lassen. Ist die Behandlung notwendig, bewilligt die Krankenkasse die Festzuschüsse entsprechend dem im Heil- und Kostenplan ausgewiesenen Befund. Es werden einfache Sätze bis hin zum 2,3-fachen Satz genannt.

Der 2,3-fache Satz ist ein Hebesatz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) im privat Zahnärztlichen Bereich. Die Festzuschüsse beziehen sich auf die Regelversorgung im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung. Dort wird nach dem einheitlichen

Bewertungsmaßstab (BEMA) abgerechnet. Der 2,3-fache Satz hat also nichts mit dem Festzuschuss zu tun, könnte nur bei privaten Zusatzleistungen zur Anwendung kommen.

Die Bonusregelung

Die Bonusregelungen bleiben in bisherigem Umfang erhalten, werden allerdings an das Festzuschuss-System angepasst. In § 55 Absatz 1 SGB V werden die Bonusregelungen normiert: Für diejenigen, die in den letzten fünf Jahren einmal jährlich eine Kontrolluntersuchung nachweisen können, erhöht sich der Festzuschuss um 20 Prozent. Und wer diese für die letzten zehn Jahre nachweisen kann, erhält sogar einen um 30 Prozent höheren Festzuschuss. So erhöht sich zum Beispiel ein Festzuschuss in Höhe von 100 Euro auf 120 Euro (um 20 Prozent) oder auf 130 Euro (um 30 Prozent).

Daraus folgt, dass auch mit der Einführung der befundbezogenen Festzuschüsse bei Vorliegen der Voraussetzungen eine gleich hohe Bezuschussung wie bislang durch die Krankenkassen gewährleistet ist, nämlich 60 bis 65 Prozent zu den Kosten für die jeweilige Regelversorgung.

Wie ist es bei Minderjährigen mit dem Bonus?

Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind grundsätzlich von Zuzahlungen befreit. Das gilt auch für notwendigen Zahnersatz. Dennoch sollten auch Kinder schon ein Bonusheft führen. Für Kinder ab dem 6. Lebensjahr und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr gibt es ein spezielles Vorsorge-Programm, das unterschiedliche Aktivitäten zur Verhütung von Zahnerkrankungen beinhaltet. Es erfordert von den Kindern und Jugendlichen zweimal im Jahr einen Besuch beim Zahnarzt. Die Untersuchung bzw. die Prophylaxe-Maßnahme ist an einen festgelegten Zeitrhythmus gebunden. Die Kosten für diese Vorsorgebehandlungen werden von der Krankenkasse übernommen.

Quelle: http://www.zahnersatz-spezial.de/cms/front_content.php?idcatart=41&lang=1&client=1