

Abrechnung transparent

ZE-Heil- und Kostenplan: Sechs Monate Gültigkeit – ohne Wenn und Aber

Von der Krankenkasse genehmigte ZE-Heil- und Kostenpläne (HKP) haben bekanntlich eine Gültigkeit von exakt sechs Monaten. Das heißt in Folge, eine genehmigte Zahnersatzversorgung muss

vor Ablauf der sechs Monate, gerechnet vom Datum der Genehmigung, eingegliedert worden sein, um abgerechnet zu werden. Diese Regelung gilt gleichermaßen für die drei Versorgungsformen

Regelversorgung, gleichartige Versorgung und andersartige Versorgung. Kann - unabhängig vom Grund - eine Eingliederung innerhalb der Sechsmonatsfrist sicher oder voraussichtlich nicht erfolgen, so ist **zwingend** ein Verlängerungsantrag vor Ende der Sechsmonatsfrist bei der zuständigen Krankenkasse zu stellen. (vgl. auch KZVB Rundschreiben Nr. 1 vom 01.02.2017)

Diese Regelung ergibt sich aus Nummer 4 und 5 der Anlage 2 zum BMV-Z (Vereinbarung nach § 87 Absatz 1a SGB V über die Versorgung mit Zahnersatz zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband in der Fassung vom 25.04.2018, in Kraft getreten am 01.07.2018)

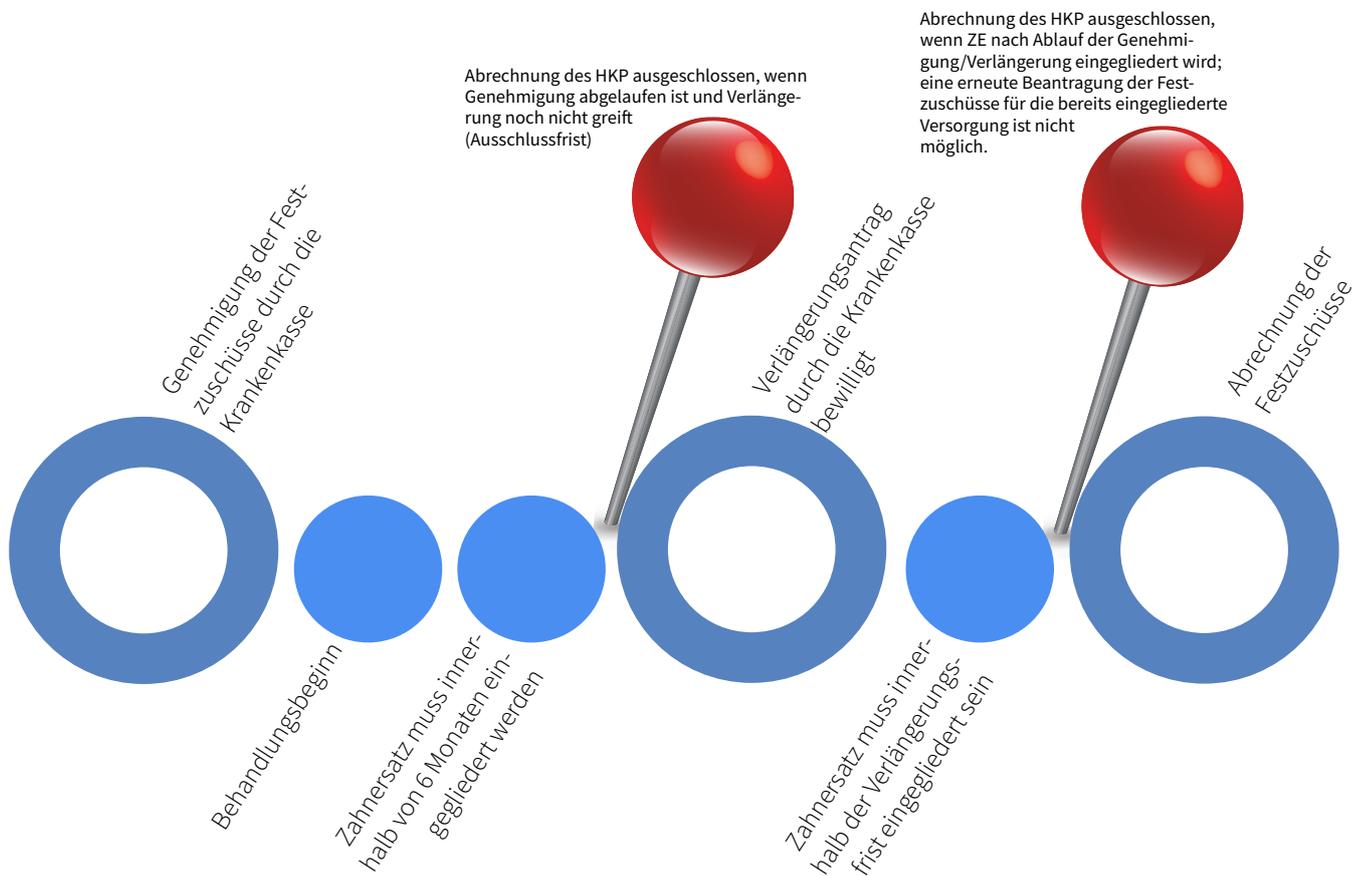
④ Der Heil- und Kostenplan (Teil 1 und Teil 2 / Vordruck 3a und 3b) ist der Krankenkasse vorzulegen. Die Krankenkasse hat den Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung insgesamt zu prüfen. Die Krankenkasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen.

⑤ Bei bestehender Versorgungsnotwendigkeit bewilligt die Kranken-

Kurzübersicht, welche ZE-Versorgungen vorab eine Genehmigung durch die Krankenkasse erfordern und welche nicht

GENEHMIGUNG DER KRANKENKASSE ERFORDERLICH	OHNE GENEHMIGUNG ABRECHENBAR
Neuversorgung nach Befundklasse 1 bis 5	AOK Bayern: Interims nach Befund-Nr. 5.1 Dies gilt nicht für Patienten mit Härtefallanspruch sowie bei Versicherungsstatusergänzung 4, 6, 7, 8 oder 9*
Erneuerung der Suprakonstruktion nach Befund-Nrn. 7.1, 7.2 und 7.5 ggf. in Verbindung mit 7.6	
Befund-Nr. 6.10	
Wiederherstellungsmaßnahmen an Interimprothesen (vgl. KZVB Rundschreiben Nr. 3 vom 11.05.2017)	
Patient mit Härtefallanspruch sowie bei Versicherungsstatusergänzung 4, 6, 7, 8 oder 9*: Wiederherstellung nach FeZ-Befundklasse 6	Wiederherstellung nach FeZ-Befundklasse 6
Patient mit Härtefallanspruch sowie bei Versicherungsstatusergänzung 4, 6, 7, 8, oder 9*: Wiederherstellung Suprakonstruktion nach den Befund-Nrn. 7.3, 7.4, 7.7	Wiederherstellung Suprakonstruktion nach den Befund-Nrn. 7.3, 7.4, 7.7

*) In Bayern werden derzeit noch keine elektronischen Gesundheitskarten für diesen Personenkreis eingeführt. Die Abrechnung erfolgt mit Anspruchsberechtigungsschein über die Sozialhilfeträger.



Schematische Darstellung des Genehmigungs- und Bewilligungsverfahrens gemäß § 87 Abs. 1a SGB V

kasse die Festzuschüsse. Nach der Genehmigung sind Änderungen des Befundes oder der tatsächlich geplanten Versorgung der Krankenkasse zur Neufestsetzung der Festzuschüsse mitzuteilen. Die Festzuschüsse werden gezahlt, wenn der Zahnersatz in der bewilligten Form innerhalb von sechs Monaten eingegliedert wird. Die Gesamtvertragspartner können Regelungen zur Vereinfachung des Bewilligungsverfahrens für Wiederherstellungen/Erweiterungen vereinbaren.

Im oben genannten Antrags- und Genehmigungsverfahren findet sich keine detaillierte Vereinbarung zur Verlängerung einer Genehmigung. Verzögert sich die Behandlung, ist der HKP innerhalb der sechs Monate erneut bei der Krankenkasse einzureichen, damit dieser verlängert werden kann. Nach Ansicht der KZVB würde eine Verlängerung für weitere sechs Monate gelten.

Doch Achtung: Nicht alle Kassen verlängern um sechs Monate. Manche Kassen verlängern nur um drei Monate oder andere Zeiträume. Wie lange also die Verlängerung gelten soll, liegt im (oft

willkürlichen) Ermessen der Krankenkasse. Bitte beachten Sie, wenn die Genehmigung der Krankenkasse abgelaufen ist oder noch nicht (wieder) gilt (Intervall zwischen abgelaufener Genehmigung und Beginn der Verlängerung), ist eine Abrechnung der Festzuschüsse **ausgeschlossen** (sogenannte Ausschlussfrist). Mit anderen Worten: Die Kasse bezahlt keinerlei Festzuschuss an ihren Versicherten und die Praxis bleibt in der Regel auch auf den Kosten sitzen. Da sich aber mit Eingliederung des Zahnersatzes der Befund verändert hat – wenn Sie denn den Zahnersatz (und auch noch nach der Ausschlussfrist) eingegliedert haben -, ist es auch nach Ansicht von Krankenkassen nicht möglich, nach dieser Ausschlussfrist den gleichen Zahnersatz erneut zu beantragen. Einige Krankenkassen haben sich in der Vergangenheit geweigert in solchen Einzelfällen, die Zahlungen für den Festzuschuss zu leisten. Da es sich aber sowohl bei Genehmigung als auch der Festzuschussfestsetzung um eine Rechtsbeziehung zwischen Krankenkasse und Versichertem handelt, sind sowohl der KZVB als auch der Praxis hier die Hände gebunden. Wir können weder Ihren Patienten noch Ihnen an

dieser Stelle helfen (vgl. auch KZVB Rundschreiben Nr. 5 vom 20.07.2018). Nur der Patient könnte mit Rechtsmitteln gegen die Krankenkasse vorgehen.

- Beginnen Sie also **niemals** mit der GKV-Zahnersatz-Behandlung vor Genehmigung, wie groß das Drängen der Patienten und die Versuchung auch sei!
- Gliedern Sie **niemals** Zahnersatz ohne Genehmigung, auch nicht zwischen zwei auseinanderliegenden Genehmigungsintervallen, ein!
- Überprüfen Sie streng und formalistisch die (Ausschluss-)Fristen, denn die Krankenkassen tun dies akribisch!



Barbara Zehetmeier
(ZMV, Betriebswirtin)
Leiterin Projektgruppe
Abrechnungswissen der KZVB