Abrechnung transparent

ZE-Therapieteilschritte

Foto: K.-U. Häßler - stock.adobe.com

Bekanntermaßen ist vor der Umsetzung der prothetischen Versorgung vom behandelnden Zahnarzt ein Heil- und Kostenplan für die Bewilligung der Festzuschüsse zu erstellen. Dieser hat stets die ZE-Gesamtplanung zu enthalten. Nach dieser Gesamtplanung werden die befundbezogenen Festzuschüsse durch den Zahnarzt festgelegt und vor Behandlungsbeginn von der Krankenkasse genehmigt. Muss aus medizinischen Gründen die ZE-Gesamtplanung in begründeten Fällen in sinnvolle Therapieschritte unterteilt werden, gilt für das EBZ-Verfahren:

- Der Zahnarzt erstellt für jeden ZE-Therapieschritt einen Antragsdatensatz. Die Gesamtplanung muss sich aus der Summe der einzelnen Therapieschritte ergeben.
- Die Übermittlung der Antragsdatensätze der sämtlich geplanten Therapieschritte erfolgt immer zeitgleich (am selben Tag). Aus den übermittelten Datensätzen ist für die Krankenkasse ersichtlich, dass die unterschiedlichen Therapieschritte in einer „Gesamtplanung" erfolgen.
- Bei jedem Einzelantrag ist der Befund des Gesamtgebisses anzugeben.
- Angaben zur Therapieplanung erfolgen lediglich für die Zähne, die mit dem betreffenden Therapieschritt versorgt werden sollen.
- Bei jedem Einzelantrag sind im Datenfeld „Befunde für Festzuschüsse" diejenigen Befund-Nrn. anzugeben, die für den geplanten Therapieschritt angesetzt werden können.
- Im Feld „Nummer Therapieschritt" ist die laufende Nummer des Therapieschritts innerhalb der Gesamtplanung mit „1" für den ersten, „2" für den zweiten, „3" für den dritten oder „4" für den vierten Schritt anzugeben.
- Im Feld „Anzahl Therapieschritte" ist die Anzahl der insgesamt geplanten Therapieschritte anzugeben. Die Planung kann in max. vier Therapieschritten erfolgen.
- Fälle, in denen die Auszahlung der Festzuschüsse direkt von der Krankenkasse an den Patienten zu erfolgen hat, sind unter weitere Angaben mit dem Kennzeichen „Direktabrechnung" zu übermitteln. Bei Therapieteilschritten richtet sich der Abrechnungsweg der einzelnen Teilschritte nach der Gesamtplanung. Für Mischfälle (Regelleistungen und/oder gleichartige Leistungen in Verbindung mit andersartigen Leistungen) gilt, dass alle Therapieschritte mit „D" zu Kennzeichnen sind, wenn mehr als 50 Prozent des zahnärztlichen Honorars zum Zeitpunkt der Gesamtplanung für Leistungen der Andersartigkeit anfallen.
- Die Krankenkasse prüft den Antragsdatensatz der jeweiligen Therapieschritte und erstellt hierfür die Antwortdatensätze mit dem Vermerk, ob sie die Anträge genehmigt oder ablehnt.

Genehmigte ZE-Heil- und Kostenpläne (HKP) sind sechs Monate gültig, d. h. der entsprechende Zahnersatz muss innerhalb von sechs Monaten, gerechnet vom Datum der Genehmigung, eingegliedert worden sein. Diese Regelung gilt gleichermaßen für die bewilligten Therapieschritte. Kann 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. 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).

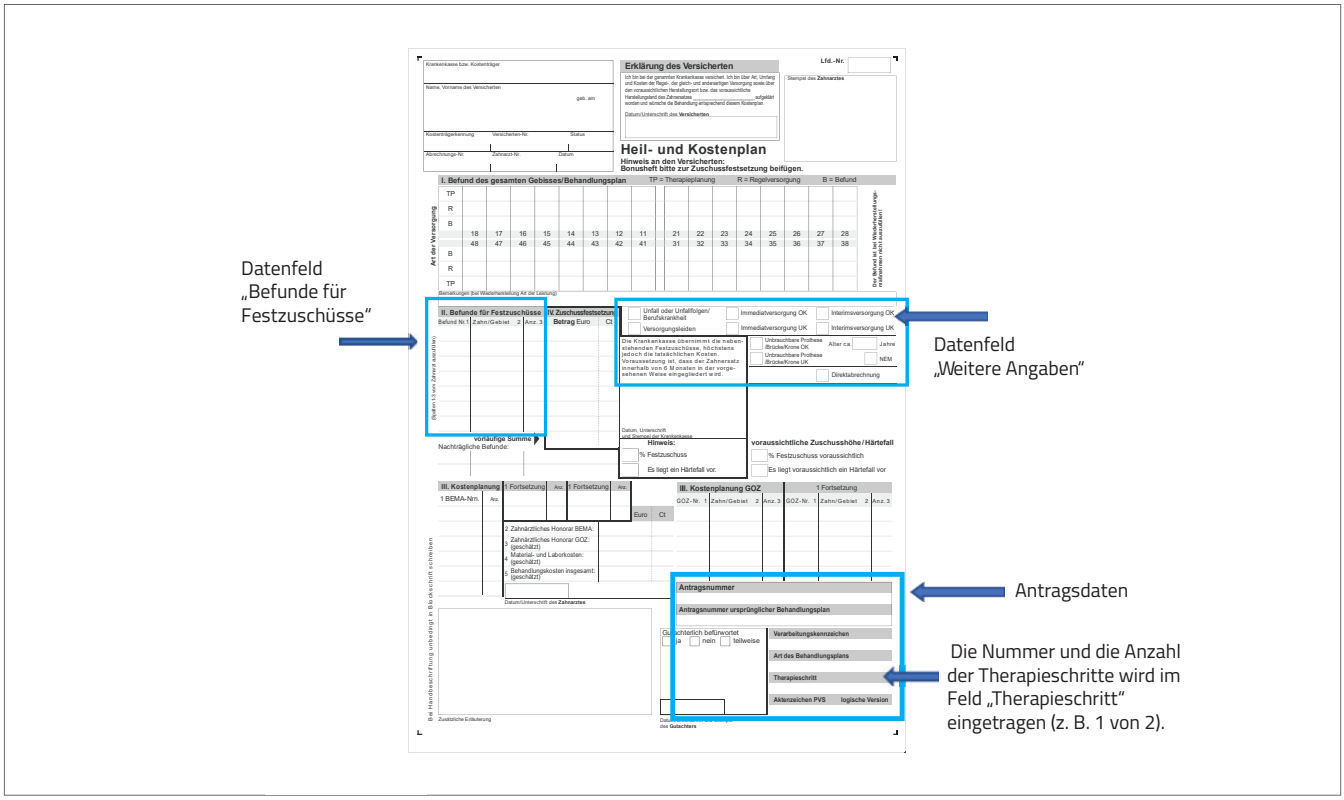
Können Festzuschüsse nur auf Basis von Gesamtplanungen gewährt werden?

Ja. Die Festzuschüsse werden befundbezogen auf Basis, der im Einzelfall tatsächlich eingliederungsfähigen Regelversorgungen ermittelt und erst dann gewährt, wenn die Versorgung wie geplant eingegliedert ist, sodass keine weitere Versorgungsnotwendigkeit besteht.

Unter welchen Voraussetzungen kann ich in Therapieschritte unterteilt planen und versorgen?

Der Ausnahmefall muss immer medizinisch begründet sein. Diese Begründung ist genau zu dokumentieren. Alle Teilschritte müssen medizinisch sinnvoll und durchführbar sein. Finanzielle Engpässe bei Versicherten zählen nicht zu den Ausnahmefällen.

Aufgrund der bisherigen Erfahrungen und Erkenntnisse ist generell von der Aufteilung einer Gesamtplanung in Therapie-



teilschritte abzuraten. Sollte dennoch eine Aufgliederung in Teilschritte aus medizinischen Gründen erfolgen müssen, steht die Wiederherstellung der Stützzonen im Vordergrund. Die Voraussetzungen für die Gesamtplanung in Therapieteilschritten ergibt sich aus der Protokollnotiz zu den Festzuschuss-Richtlinien (Abschnitt A. 2.) und sind somit bindend:

„In begründeten Ausnahmefällen kann die Wiederherstellung einer ausreichenden Funktion des Kauorgans bzw. die Verhinderung einer Beeinträchtigung des Kauorgans auch in medizinisch sinnvollen Therapieschritten erfolgen. Die Festzuschüsse werden auf der Basis des Gesamtbefundes ermittelt und in diesen Fällen entsprechend dem durchgeführten Therapieschritt gewährt, ohne zu insgesamt höheren Festzuschüssen zu führen, als sie bei einer Behandlung gemäß des Gesamtbefundes entstanden wären. Die Krankenkasse kann den Befund und den geplanten Therapieschritt begutachten lassen."

Die geschilderte Vorgehensweise für die Beantragung der Therapieteilschritte ist im BMV-Z geregelt und liegt nicht im direkten Einflussbereich der KZVB. Grundsätzlich ist die EBZ-Umstellung als sinnvolle, funktionierende Nutzung der Telematik Infrastruktur anzusehen. Dennoch sollten auf Bundesebene noch notwendige Anpassungen im Bereich der Beantragung von Therapieteilschritte erfolgen.

Barbara Zehetmeier
KZVB-Projektgruppe Abrechnungswissen

DAS WICHTIGSTE AUF EINEN BLICK

- Nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann die Gesamtplanung in Therapieteilschritten beantragt und durchgeführt werden.
- Ist die Versorgung des Gesamtbefundes in mehreren Therapieschritten geplant, steht die Wiederherstellung der Stützzonen in Vordergrund.
- Die Krankenkasse kann dem Versicherten den richtigen Festzuschuss ausschließlich auf Basis des Gesamtbefundes gewähren. Daher ist eine Gesamtplanung in jedem Falle und immer erforderlich.
- Genehmigte ZE-Heil- und Kostenpläne sind sechs Monate gültig. Ist eine Eingliederung innerhalb dieser Frist nicht sicher bzw. möglich, so ist die Verlängerung des HKP vor Ablauf der Frist als Mitteilungsdatensatz an die zuständige Krankenkasse zu übermitteln.

ANTRAGSDATEN

- Die eindeutige 30-stellige Antragsnummer wird vom PVS zugewiesen und kann nicht mehrmals verwendet werden.
- Bei einer Planänderung ist ein neuer Antragsdatensatz mit dem Verarbeitungskennzeichen für Änderungsantrag und mit Verweis auf die ursprüngliche Antragsnummer zu erstellen und an die Krankenkasse zu übermitteln.
- Im Feld „Verarbeitungskennzeichen" ist laut Schlüsselverzeichnis der Technischen Anlage einzutragen bei
  - Erstplanung: „10 - erstmalige Übermittlung"
  - Planänderung zu einem bereits gestellten Antrag: „21 - Änderung eines Antrags oder einer Mitteilung durch den Zahnarzt" einzutragen
- Im Feld „Art des Behandlungsplans" ist laut Schlüsselverzeichnis der Technischen Anlage einzutragen bei
  - Erst- bzw. Neuversorgung – ggf. mit Anteilen von Wiederherstellungen und Erweiterungen: „06 - Heil- und Kostenplan bei ZER"
  - Wiederherstellungen oder Erweiterungen: „08 - Wiederherstellung/Erweiterung bei ZER"
- Wird die Behandlung in Therapieteilschritte geplant, so ist die laufende Nummer des Therapiesteilschritts innerhalb der Gesamtplanung (Ziffer „1" bis „4") und die Anzahl der insgesamt geplanten Therapieschritte anzugeben (Ziffer „2" bis „4").