

Abrechnung transparent

Wie lange sind bewilligte Heil- und Kostenpläne gültig?

Das Antrags- und Bewilligungsverfahren für vertragszahnärztliche Leistungen ist für die Bema-Teile 2 bis 5 in den Anlagen zum Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z) beschrieben. Doch wie lange sind die bewilligten Behandlungspläne gültig? In diesem Abrechnungstipp geben wir Ihnen die Antwort.

Antrags- und Genehmigungsverfahren

Für die Bema-Teile 2 bis 5 gilt, dass vor Beginn der Behandlung vom Behandler ein Heil- und Kostenplan bzw. Behandlungsplan zu erstellen und dieser zur Bewilligung bei der Krankenkasse vorzulegen ist. Die Krankenkasse sendet bei einer Kostenübernahme die Zusage dem Vertragszahnarzt zu.

Bema-Teil 2 (KB, KGL, UKPS)

- Leistungen nach Bema-Nr. K1 müssen vor Behandlungsbeginn von der Krankenkasse genehmigt sein. Zur Linderung akuter Ereignisse können Aufbissbehelfe nach Bema-Nr. K2 angezeigt sein. Die notwendige Genehmigung der Leistung kann in solchen Fällen nach Leistungserbringung eingeholt werden.
- Eine geplante Kieferbruchbehandlung ist der Krankenkasse anzuzeigen. Die Anzeige umfasst alle Leistungen, die im unmittelbarem Zusammenhang mit der Behandlung erfolgen sollen, beispielsweise Verbandsplatten, Schienungen, Aufbissbehelfe und ggf. konservierend-chirurgische Leistungen. Bei nachträglicher Änderung der Anzeige ist eine neue Anzeige erforderlich. Im Feld „Verarbeitungs-

kennzeichen“ ist anzugeben, dass es sich um die Änderung einer Anzeige handelt.

- Die Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene (UKPS) ist nicht genehmigungspflichtig (eine Veranlassung eines Vertragsarztes mit Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ oder mit Berechtigung zur Polysomnographie ist ausreichend. Für diese Verordnungen gibt es keine zeitliche Begrenzung).

Bema-Teil 3 (KFO)

- Bei einer Therapieänderung oder -verlängerung ist ein neuer Antragsdatensatz mit dem entsprechenden Kennzeichen (Art des Behandlungsplans: Therapieänderung oder Verlängerungsantrag) an die Krankenkasse zur Genehmigung zu übermitteln.
- Bei einem Antrag auf Therapieänderung oder auf Verlängerung der Therapie sind alle Leistungen anzugeben, die ab dem Zeitpunkt der Therapieänderung oder -verlängerung erbracht werden sollen.
- Therapieänderung: Die Zusage für Leistungen nach den Bema-Nrn. 119/120 bleibt bis zum Ende des Quartals bestehen, in dem die Therapieänderung genehmigt wird. Somit können diese entweder auf den ursprünglichen Behandlungsplan oder den Therapieänderungsplan abgerechnet werden.
- Kieferorthopädische Leistungen (einschließlich der zahntechnischen Leistungen), die ohne Therapieänderung über die ursprünglich geplanten hinausgehen, sind der Krankenkasse anzuzeigen. Die Krankenkasse kann

diese Leistungen innerhalb von vier Wochen begutachten lassen. Eine Antwort erfolgt nur, wenn die Krankenkasse den zusätzlich erforderlichen Leistungen nicht zustimmt.

Bema-Teil 4 (PAR)

- Die Genehmigung bzw. die Kostenübernahmeerklärung schließt Maßnahmen der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) für einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren ein.
- Eine Verlängerung der UPT-Maßnahmen über diesen Zeitraum hinaus ist vom Vertragszahnarzt möglichst zeitnah nach Erbringung der letzten UPT-Leistung bei der Krankenkasse zu beantragen.
- Der UPT-Verlängerungsantrag ist in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der letzten UPT-Leistung zu stellen. Der Verlängerungszeitpunkt beginnt mit dem Tag der Kostenübernahmeerklärung, frühestens jedoch am Tag nach Ablauf der zweijährigen UPT-Phase.
- Die modifizierte PAR-Behandlungsstrecke gemäß Behandlungsrichtlinie ist anzeigepflichtig.

Bema-Teil 5 (ZE)

- Der HKP hat die Gesamtplanung zu enthalten.
- Im Ausnahmefall kann die Versorgung in medizinisch begründeten und sinnvoll durchführbaren Therapieteilschritten beantragt werden.
- Vereinfachtes Verfahren: Für die Ersatzkassen und Regionalkassen gilt, dass die Befund-Nrn. 6.0 bis 6.9 sowie 7.3, 7.4 und 7.7 ohne Genehmigung durch die Krankenkasse abrechenbar sind. Cave: Sollte der Bonus nicht