



Abrechnung transparent

Foto: K.-U. Häfner - stock.adobe.com

Krankenkassenwechsel während der PAR-Behandlung: So behalten Sie den Überblick bei der Beantragung

Wechselt ein Patient während einer laufenden PAR-Behandlung seine Krankenkasse, so kann das für die Praxis zur Herausforderung werden. Denn es gilt das EBZ-Verfahren gemäß den Bestimmungen des Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z) zu beachten. In diesem Artikel sind diese zusammengefasst und Sie erfahren, was zu beachten ist.

Elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Bei Krankenkassenwechsel muss die neue Kasse zu Beginn der Leistungspflicht eine neue eGK ausstellen und den Versicherten über die Vorlage in der Praxis sowie die Folgen bei Nichtbeachtung informieren. Steht bei Beginn der Leistungspflicht keine eGK zur Verfügung, muss dem Versicherten ein Anspruchsnachweis ausgestellt werden. Die vorherige Krankenkasse muss die eGK einziehen oder sperren (Anlage 10, BMV-Z).

Genehmigungsverfahren (EBZ)

Wechselt der Versicherte während einer genehmigungspflichtigen PAR-Behandlung die Krankenkasse, informiert die bisherige Kasse den Zahnarzt über das Enddatum der Genehmigung. Dies geschieht durch einen Widerruf mit dem Vermerk „Beendigung einer Genehmigung durch die Krankenkasse wegen Ende des Leistungsanspruchs“. Der Zahnarzt

übernimmt diese Information in seinem Praxisverwaltungssystem (PVS). Beim nächsten Termin ist von der Praxis die aktuelle eGK des Patienten einzulesen. Anschließend wird die Genehmigung bei der neuen Krankenkasse mittels EBZ-Verfahren eingeholt. Demzufolge übermittelt der Zahnarzt unverzüglich an die neue Krankenkasse:

- Den von der vorherigen Kasse zuletzt genehmigten PAR-Status mit Ausstelldatum des ursprünglichen Behandlungsplan oder Verlängerung der UPT.
- Das Institutionskennzeichen der vorherigen Krankenkasse.
- Die Kennzeichnung „Krankenkassenwechsel“.
- Die neue Antragsnummer und ein Verweis auf die ursprüngliche Antragsnummer (vom PVS zugewiesen).
- PAR-Leistungen, welche über die vorherigen Krankenkasse abgerechnet werden.
- Die Nummer der zuletzt erbrachten UPT: Es werden nur die erbrachten UPT-Schritte, nicht die UPT-Leistungen gezählt. Wurde noch keine UPT erbracht, so ist die Ziffer „0“ anzugeben.
- Eine UPT-Behandlung kann nur einmal verlängert werden. Dies gilt auch, wenn der Patient seine Krankenkasse wechselt. Bei einem UPT-Verlängerungsantrag ist die Nummer des

zuletzt abgerechneten UPT-Schritts anzugeben.

Die neue Krankenkasse teilt dem Zahnarzt die Kostenübernahme und das Datum, ab wann die Leistungen übernommen werden, mit. Eine erneute inhaltliche Prüfung der Behandlungsplanung findet insoweit nicht statt. Die laufende Behandlung muss nicht unterbrochen werden.

Anzeigepflichtige PAR-Behandlung

Bitte beachten Sie: Die Behandlung von Parodontitis bei Versicherten nach § 22a SGB V ist nur anzeigepflichtig, wenn keine systematische PAR-Therapie durchgeführt wird. Ändert sich während der laufenden Behandlung die Krankenkasse, teilt die Kasse dem Zahnarzt das Enddatum der Leistungspflicht mit und es muss die ursprüngliche Anzeige an die neue Kasse mit zusätzlichen Daten übermittelt werden:

- Die Kennzeichnung „Krankenkassenwechsel“.
- Die Antragsnummer und Verweis auf die ursprüngliche Antragsnummer wird vom PVS zugewiesen.
- PAR-Leistungen, welche mit der vorherigen Krankenkasse abgerechnet werden.
- Das Datum der ersten UPT-Leistung.

Barbara Zehetmeier, KZVB Abrechnungswissen