

Grundlagen des Bema

Dr. Maximilian Wimmer über das Regelwerk der vertragszahnärztlichen Abrechnung



Der Einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (Bema) dient als Basis für die Abrechnung von Behandlungen in Zahnarztpraxen mit der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Zugleich ist er Grundlage für das vertragszahnärztliche Honorar. Das Regelwerk wird durch den sogenannten Bewertungsausschuss festgelegt, der von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) gebildet und paritätisch besetzt wird.

Der Bema gliedert sich im Kern in fünf Teile:

Teil 1: Konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen

Teil 2: Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe) und obstruktiver Schlafapnoe (Unterkieferprotrusionsschiene)

Teil 3: Kieferorthopädische Behandlung

Teil 4: Systematische Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen

Teil 5: Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen

Im Bema werden Behandlungen aufgelistet, deren Kosten die Kassen im Rahmen ihrer gesetzlichen Leistungspflicht für ihre Versicherten ganz oder teilweise übernehmen. Auch andere Kostenträger nutzen den Bema für die Abrechnung ver-

tragszahnärztlicher Behandlungen. Dazu zählen Versorgungsämter, Bundes- und Landespolizei, die Bundeswehr sowie Einrichtungen der Sozialhilfe. Jährlich werden über den Bema in Bayern insgesamt rund 18 Millionen zahnärztliche Behandlungsfälle abgerechnet. Der weitaus größte Teil sind konservierend-chirurgische Behandlungen.

Warum sind bestimmte Leistungen im Bema, andere hingegen nicht?

Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass die Solidargemeinschaft nicht alle Behandlungen finanziert, die in einer Zahnarztpraxis möglich sind. Gesetzlich Versicherte erhalten durch den Bema vielmehr alle

medizinisch notwendigen Behandlungen und somit eine regelhafte GKV-Versorgung, die in Deutschland – auch im internationalen Vergleich – ein außergewöhnlich hohes Niveau hat. Wer darüber hinaus – etwa aus Gründen der Ästhetik oder des Komforts – eine aufwendigere Versorgung wünscht, sollte darüber mit seiner Zahnärztin oder seinem Zahnarzt im Vorfeld der Behandlung sprechen. Haben sich Patient und Zahnarzt dann gemeinsam auf das angestrebte Therapieziel verständigt, erfolgt die gewünschte Versorgung auf Grundlage einer privaten Abrechnung – falls die gewählte Behandlung von der Leistungspflicht der Krankenkasse nicht gedeckt ist. Die Basis für eine solche Abrechnung ist in diesen Fällen dann die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Das Zusammenspiel beider Gebührenordnungen – Bema und GOZ – hat sich bewährt und sollte aus Sicht der Zahnärzteschaft im Interesse einer qualitativ hochwertigen, flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung auch künftig erhalten werden. In der Zahnmedizin gibt es für eine Befundsituation oft mehrere wissenschaftlich abgesicherte Therapiealternativen, die sich in Hinblick auf die Kosten erheblich unterscheiden können. GKV-Leistungen (Bema) und außervertragliche Leistungen (GOZ) sollten abrechenbar sein, um Patienten jederzeit das gesamte Leistungsspektrum der Zahnmedizin anbieten zu können, aus dem diese nach Aufklärung und Beratung entsprechend ihrer Bedürfnisse eine Therapie auswählen können.

Wie werden Leistungen nach dem Bema vergütet?

In Bayern wird nach dem System der Einzelleistungsvergütung abgerechnet. Der Bema weist hierbei für jede Abrechnungsposition eine bestimmte Punktzahl aus, zum Beispiel 32 für eine einflächige Füllung im Frontzahnzahnbereich. Durch Multiplikation mit dem sogenannten Punktwert ergibt sich dann der Preis der Behandlung und somit auch das zahnärztliche Honorar in Euro und Cent. Der Punktwert wird auf Ebene der Länder

zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) und den Krankenkassen jährlich neu verhandelt – mit Ausnahme von Teil 5 des Bema, also der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen. Hier gilt ein bundeseinheitlicher Punktwert, der jedes Jahr in Verhandlungen zwischen der KZBV und dem GKV-SV festgelegt wird.

Der Bema stellt dabei nicht auf den individuellen Aufwand ab, der sich für Zahnärztinnen und Zahnärzte für die Behandlung eines Patienten im Einzelfall ergibt. Vielmehr bildet er einen Durchschnitt ab aus leichten und schweren Fällen, aus materialaufwendigen und geräteintensiven Diagnose- und Therapieverfahren sowie aus Behandlungen, die weniger kostspielige Materialien und geringeren Technikeinsatz erfordern.

Warum gibt es Budgets?

Der Gesetzgeber sieht vor, dass bei einem System der Einzelleistungsvergütung eine Obergrenze des jährlichen Ausgabenvolumens (das sogenannte Gesamtbudget) zu bestimmen ist. Dies bedeutet konkret, dass Kassen zwar zunächst die Einzelleistungen in voller Höhe bezahlen. Sollte jedoch bei einer Krankenkasse bzw. einem Krankenkassenverband das Gesamtbudget nach Abschluss aller Abrechnungen eines Jahres überschritten worden sein, so erhält die Kasse den entsprechenden Überschreibungsbetrag zurückerstattet. In diesem Fall muss der sogenannte Honorarverteilungsmaßstab der KZVB in Kraft treten. Dieser legt fest, wie die begrenzte Gesamtvergütung auf alle Vertragszahnärzte verteilt wird.

Während diese Budgetierung im vertragszahnärztlichen Bereich in den Jahren 2021 und 2022 coronabedingt ausgesetzt war, kehrt sie im Jahr 2023 durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz in verschärfter Form zurück. Verschärft wurde die Budgetierung insbesondere dadurch, dass der Gesetzgeber der Selbstverwaltung – in diesem Fall der KZVB und den Kassen – einen engen Rahmen für die Verhandlungen des Gesamtbudgets gesetzt hat.

Wie reagiert die KZVB darauf?

Die KZVB hat bereits im vergangenen Jahr einen umfangreichen Maßnahmenkatalog beschlossen, um die Auswirkungen der Wiedereinführung der Budgetierung möglichst abzumildern. So konnten beispielsweise durch einen verlängerten Einreichungstermin bis zum 31. Dezember 2022, 23:59 Uhr, sämtliche im Jahr 2022 erbrachten Leistungen noch unbudgetiert abgerechnet werden.

Weiterhin informiert das Budgetradar seit März 2023 die Mitglieder der KZVB fortlaufend über die tagesaktuelle Budgetausnutzung. So können die bayerischen Vertragszahnärzte jederzeit auf kzvb.de nachsehen, bei welchen Krankenkassen voraussichtlich genügend Budget auch im aktuellen Jahr 2023 vorhanden ist und bei welchen Krankenkassen es voraussichtlich zu Budgetüberschreitungen kommen wird. Zudem informiert das Budgetradar, wie hoch die Rückbelastung von HVM-Mehrleistungen bei den einzelnen Kassen voraussichtlich ausfallen wird. Dies ermöglicht den Zahnärzten, eine betriebswirtschaftlich fundierte Kosten- und Leistungsrechnung aufzustellen und die entsprechenden Erkenntnisse beispielsweise individuell bei der Planung von Terminen zu berücksichtigen.

In der bayernweiten Informationskampagne zum Thema Budgetierung, Honorarverteilung und Bema/GOZ informiert und diskutiert der Vorstand der KZVB vor Ort in allen bayerischen Regierungsbezirken mit den Mitgliedern der KZVB über die konkreten Auswirkungen der Budgetierung auf die Zahnarztpraxis.

Zudem unterstützt die KZVB die bundesweite Kampagne „Zähne zeigen“. Ziel dieser Kampagne ist es, ein öffentliches Bewusstsein für die Folgen der Wiedereinführung der Budgetierung zu schaffen, um weitere, möglicherweise noch einschneidendere „Spargesetze“ möglichst zu verhindern.

Dr. Maximilian Wimmer
Leiter des Geschäftsbereichs Abrechnung und Honorarverteilung