Inhalt

Vorwort 4
Autorenverzeichnis 5

1 Rechtliche und kaufmännische Grundlagen 7
1.1 Werkvertrag 8
1.2 Gewährleistungspflicht 11
1.3 Laborkostenvoranschlag 15
1.4 Anforderungen an eine Laborrechnung 17
1.5 Rabatte 18

2 Laborkosten und die gesetzliche Krankenversicherung 23
2.1 Wirtschaftlichkeitsgebot 26
2.2 Elektronischer Datenaustausch – XML 29
2.3 Leistungsanspruch bei Zahnersatz 31
2.4 BEL II – Kommentierung Einleitende Bestimmungen 48
2.5 Regelversorgungen und zugehörige BEL-II-Leistungen 64

3 Laborkosten bei privater Rechnungslegung 101
3.1 Wann Kasse, wann privat? 102
3.2 Rechtliche Grundlagen privater Rechnungslegung 104
3.3 Private Leistungsverzeichnisse 108
3.4 Kalkulation 109
3.5 Eigene Leistungen 112
3.6 Sachkostenliste 118

4 Befundklassen 121
4.1 Befundklasse 1 – Erhaltungswürdiger Zahn 126
4.2 Befundklasse 2 – Zahnbegrenzte Lücken von höchstens vier fehlenden Zähnen je Kiefer bei ansonsten geschlossener Zahnreihe unter der Voraussetzung, dass keine Freiendsituation vorliegt (Lückensituation I) 153
4.3 Befundklasse 3 – Zahnbegrenzte Lücken, die nicht den Befunden nach den Nrn. 2.1–2.5 und 4 entsprechen 196

4.4 Befundklasse 4 – Restzahnbestand bis zu drei Zähnen oder zahnloser Kiefer 211
4.5 Befundklasse 5 – Lückengebiss nach Zahnverlust in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist 257
4.6 Befundklasse 6 – Wiederherstellungs- und erweiterungsbedürftiger konventioneller Zahnersatz 279
4.7 Befundklasse 7 – Erneuerung und Wiederherstellung von Suprakonstruktionen 334
4.8 Befundklasse 8 – Nicht vollendete Behandlung (Teilleistungen) 365

5 Befundklassen – Beispiele 369
5.1 Beispiele zu Befund 1.1 382
5.2 Beispiele zu Befund 1.2 399
5.3 Beispiele zu Befund 1.3 405
5.4 Beispiele zu Befund 1.5 411
5.5 Beispiele zu Befund 2.1 414
5.6 Beispiele zu Befund 2.2 429
5.7 Beispiele zu Befund 2.3 438
5.8 Beispiele zu Befund 2.4 446
5.9 Beispiele zu Befund 2.5 453
5.10 Beispiele zu Befund 2.6 459
5.11 Beispiele zu Befund 2.7 462
5.12 Beispiele zu Befund 3.1 469
5.13 Beispiele zu Befund 3.2 475
5.14 Beispiele zu Befund 4.1 485
5.15 Beispiele zu Befund 4.2 491
5.16 Beispiele zu Befund 4.3 498
5.17 Beispiele zu Befund 4.4 504
5.18 Beispiele zu Befund 4.5 511
5.19 Beispiele zu Befund 4.6 515
5.20 Beispiele zu Befund 4.7 519
5.21 Beispiel zu Befund 4.8 523
5.22 Beispiel zu Befund 4.9 525
5.23 Beispiele zu Befund 5.1 527
5.24 Beispiele zu Befund 5.2 530

5.25 Beispiele zu Befund 5.3 532
5.26 Beispiele zu Befund 5.4 534
5.27 Beispiele zu Befund 6.1 537
5.28 Beispiele zu Befund 6.2 541
5.29 Beispiele zu Befund 6.3 544
5.30 Beispiele zu Befund 6.4 550
5.31 Beispiele zu Befund 6.4.1 551
5.32 Beispiele zu Befund 6.5 553
5.33 Beispiele zu Befund 6.5.1 556
5.34 Beispiele zu Befund 6.6 559
5.35 Beispiele zu Befund 6.7 561
5.36 Beispiele zu Befund 6.8 564
5.37 Beispiele zu Befund 6.8.1 567
5.38 Beispiele zu Befund 6.9 569
5.39 Beispiele zu Befund 6.10 574
5.40 Beispiele zu Befund 7.1 576
5.41 Beispiele zu Befund 7.2 581
5.42 Beispiele zu Befund 7.3 588
5.43 Beispiele zu Befund 7.4 591
5.44 Beispiele zu Befund 7.5 594
5.45 Beispiele zu Befund 7.6 599
5.46 Beispiele zu Befund 7.7 603

Informationen zum Download 607

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

dieses Buch richtet sich an zahntechnische Labore und beschäftigt sich ausführlich mit der korrekten und umfassenden zahntechnischen Abrechnung prothetischer Arbeiten für gesetzlich versicherte Patienten.

Von den rund 83 Millionen Menschen in Deutschland waren im Juli 2022 etwa 74 Millionen in der GKV versichert. Der gesetzlich versicherte Patient stellt somit die Regel dar. Daher ist es für Dentallabore besonders relevant, die korrekte prothetische Abrechnung unter Berücksichtigung der Vorgaben, aber auch unter Ausschöpfung der Potenziale zu beherrschen.

Die Abrechnung zahntechnischer Leistungen bei gesetzlich versicherten Patienten ist oftmals eine Herausforderung, denn insbesondere die zahlreichen und teilweise komplexen Vorschriften und Regelungen der GKV erfordern ein hohes Maß an Fachwissen und Erfahrung. Als professionell arbeitendes Dentallabor möchten Sie Ihren Kunden, den Zahnärzten, und damit den Patienten nicht nur eine hochwertige zahntechnische Arbeit, sondern auch eine korrekte Abrechnung gewährleisten.

Dieser Leitfaden unterstützt Sie dabei, um bei der zahntechnischen Abrechnung bei gesetzlich versicherten Patienten den Durchblick zu behalten.

Neben umfassendem Basiswissen zur zahntechnischen Abrechnung bei gesetzlich versicherten Patienten erwartet Sie eine ausführliche Erläuterung aller Festzuschüsse. Alle denkbaren Versorgungen werden eingeordnet, da zu jedem befundorientierten Festzuschuss nicht nur mögliche Regelversorgungen, sondern auch gleich- sowie andersartige Versorgungen dargestellt werden. Es wird darüber hinaus auch darauf eingegangen, in welchen Fällen ein gesetzlich versicherter Patient keinen Festzuschuss erhält und daher außerhalb der GKV-Richtlinien versorgt wird.

Ein umfassender Beispielteil hält zahlreiche Fälle zur korrekten Abrechnung zahntechnischer Leistungen bei der prothetischen Versorgung gesetzlich versicherter Patienten für Sie bereit. Diese Beispiele sollen Sie dabei unterstützen, die komplexen Vorschriften und Regelungen leicht zu verstehen und erfolgreich in Ihrer täglichen Berufspraxis anzuwenden.

Dieses Nachschlagewerk soll Ihnen ein wertvoller Begleiter bei Ihrer täglichen Arbeit sein.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre und eine erfolgreiche, effiziente Abrechnung.

Beate Kirch
im März 2023

Autorenverzeichnis



Beate Kirch

2007	Abitur
2007–2009	Ausbildung zur Zahnmedizinischen Fachangestellten
Seit 2009	Praxismanagerin einer zahnärztlichen Gemeinschaftspraxis
2013	Gründung Cocodent – Coaching und Consulting für Zahnarztpraxen
Seit 2013	Freiberufliche Tätigkeit
2015	Abschluss Bachelor of Arts „Service Management“
Seit 2017	Referenten- und Seminartätigkeit
2018	Abschluss Master of Arts „Workplace Health Management“
Seit 2018	Mitglied im Prüfungsausschuss der Zahnärztekammer Nordrhein
Seit 2019	Autorentätigkeit

60 % Kostenabdeckung

Mit den Festzuschüssen sollen für den gesetzlich krankenversicherten Patienten sechzig Prozent der durchschnittlichen zahnärztlichen und zahntechnischen Kosten abgedeckt werden, die für die Regelversorgung anfallen.

Eigenanteil

Das bedeutet, dass der Versicherte entsprechend den gesetzlichen Grundlagen auch für eine Regelversorgung einen Eigenanteil zu bezahlen hat – es sei denn, der Eigenanteil würde ihn unzumutbar belasten (vgl. SGB V § 55 Abs. 2). Patienten, auf die diese Regelung zutrifft, werden auch als „Härtefallpatienten“ bezeichnet.

Härtefallpatienten

Patienten, auf die die „Härtefallregelung“ zutrifft, haben Anspruch auf eine vollständige Erstattung der tatsächlich anfallenden Kosten, sofern sie die Regelversorgung erhalten. Da die Gesetzgebung bis Oktober 2020 vorsah, dass die Festzuschüsse die Hälfte der durchschnittlichen zahnärztlichen und zahntechnischen Kosten der Regelversorgung abdecken, wurde die volle Kostenerstattung bei Regelversorgung häufig auch als „doppelter Festzuschuss“ bezeichnet.

Seit Oktober 2020 wurden die Festzuschüsse der gesetzlichen Krankenversicherungen erhöht. Sie decken (statt vorher 50 %) nun etwa 60 % der zu erwartenden Kosten bei Inanspruchnahme der Regelversorgung.

Erhöhung des Festzuschusses

Der Festzuschuss kann sich auch dann erhöhen, wenn der Patient regelmäßige zahnärztliche Kontrolluntersuchungen nachweisen kann. Kann der Patient nachweisen, mindestens in den letzten fünf Jahren vor Behandlung regelmäßig einmal pro Jahr eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen zu haben, erhöht sich der Festzuschuss auf 70 %. Kann sogar für die letzten zehn Jahre vor Beginn der Behandlung die regelmäßige Inanspruchnahme von Kontrolluntersuchungen nachgewiesen werden, wird der Festzuschuss auf 75 % erhöht.

Mit flächendeckender Einführung des Elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens für Zahnärzte (EBZ) zum 01.01.2023 ist das Vorlegen eines Bonusheftes nicht mehr notwendig. Die vermutete Bonushöhe wird von der Zahnarztpraxis elektronisch übermittelt, die Bestätigung bzw. Korrekturen in Bezug auf die Bonushöhe erfolgen durch die Krankenkasse ebenfalls digital per Antwortdatensatz.

Für die Ermittlung der Bonushöhe gilt:

- Die „Kalenderjahre vor Beginn der Behandlung“ sind relevant. Das laufende Kalenderjahr wird bei der Ermittlung des Bonus nicht mitgezählt.
- Für Kinder und Jugendliche müssen zwei Inanspruchnahmen pro Jahr nachgewiesen werden.
- Bei Erwachsenen gilt eine erfolgte Kontrolluntersuchung pro Jahr als ausreichend.

Gleich- und andersartige Versorgung

Der Patient kann, abgesehen von der Regelversorgung, die in § 56 SGB V definiert wird, einen gleich- oder andersartigen Zahnersatz wählen. Gleich- oder andersartige Versorgungen werden von der Zahnarztpraxis teilweise oder vollständig nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abgerechnet. Die private Berechnungsgrundlage gilt dann entsprechend auch für zahntechnische Laborkosten, die den Umfang einer Regelversorgung überschreiten. Die gegenüber der Regelversorgung entstehenden Mehrkosten hat der Patient zu tragen.

!

Festzuschüsse werden immer nur befundorientiert errechnet. Dabei sind bestimmte Regularien zu beachten. Krankenkassen müssen keinen Festzuschuss bezahlen, wenn der Versicherte vor Behandlungsbeginn keinen Heil- und Kostenplan zur Genehmigung einreicht. Es gibt aber darüber hinaus auch Fälle, in denen keine Festzuschüsse gewährt werden.

2.3.1 Regelversorgung

Abrechnungsgrundlage für die zahntechnischen Leistungen bei einer Regelversorgung ist das Bundeseinheitliche Leistungsverzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen nach § 88 Abs. 1 SGB V (BEL II) in der jeweils gültigen Fassung.