

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

60 % Kosten-
abdeckung

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.

Eigenanteil

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.

Härtefall-
patienten

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.

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.

Erhöhung des
Festzuschusses

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.