

PRAXISORGANISATION

Korrekte Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen: Beherrschen Sie die Grundlagen?

| Die korrekte Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen ist komplex, muss aber gleichwohl beherrscht werden. Fehler in diesem Bereich können noch ein bis zwei Jahre später zu Rückfragen führen, die dann schwer zu beantworten sind, da die damalige Situation schwer zu rekonstruieren ist. Zudem sind derartige Recherchen sehr zeitaufwendig und kosten Zeit und Geld! Ziel muss es daher sein, von vornherein korrekte Abrechnungen zu erstellen. Das fängt aber nicht beim Umgang mit den Gebührenpositionen an, sondern mit grundlegendem Wissen. |

1. Punktwerte

Vertragsleistungen sind mit Punkten bewertet und werden anschließend mit Punktwerten multipliziert. Die Punktwerte sind von Kostenträger zu Kostenträger verschieden. Wichtig ist, immer die aktuellen Punktwerte anzusetzen. Eine entsprechende Punkwerttabelle ist bei der jeweiligen KZV zu erfragen. Bundeseinheitlich sind lediglich die Punktwerte für Zahnersatz (derzeit 0,8490 Euro) und für die Abrechnung von Leistungen mit der Berufsgenossenschaft (derzeit 1,12 Euro – außer bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen).

Unterschiedliche
Punktwerte
beachten

2. HKP Kieferbruch / Zahnersatz / PAR-Behandlung

Vor Kieferbruch- und PAR-Behandlungen sowie Behandlungen mit Zahnersatz ist jeweils ein Heil- und Kostenplan (HKP) bei der gesetzlichen Krankenkasse einzureichen, vor deren Genehmigung in der Regel mit der Behandlung nicht begonnen werden darf (individuelle Einzelfälle sind unter anderem den jeweiligen BEMA-Gebührenpositionen zu entnehmen). Heil- und Kostenpläne für Zahnersatz sind nach Genehmigung sechs Monate gültig.

Meist ist die
Genehmigung eines
HKP erforderlich

Reparaturen von Zahnersatz mit Festzuschüssen nach Befundklasse 6 sind in der Regel nicht genehmigungspflichtig, sondern sofort abzurechnen. Reparaturen von Suprakonstruktionen nach Befundklasse 7 hingegen sind bedingt genehmigungspflichtig. Hier sind die regionalen Vereinbarungen zu beachten.

■ Checkliste: Abrechnung von Versorgungsleistungen mit Zahnersatz und Zahnkronen

- Heil- und Kostenplan zur Krankenkasse schicken (ggf. zuzüglich Anhang bei gleich- und andersartiger Versorgung)
- Nach Genehmigung Behandlungsbeginn
 - **bei Regel- und gleichartiger Versorgung:** Abrechnung des Festzuschusses über die KZV und Rest als Eigenanteilsrechnung des Patienten;
 - **bei andersartiger Versorgung:** Gesamtrechnung als Direktabrechnung an den Patienten, der sich den Festzuschuss im Nachhinein von seiner Krankenkasse erstatten lässt.

■ Checkliste: Abrechnung PAR-Behandlung

- Antrag nach BEMA-Nr. 4 zur Krankenkasse schicken.
- Nach schriftlicher Zusage der Kostenübernahme von der Krankenkasse mit der Behandlung beginnen.
- Nach Behandlungsabschluss über „Blatt 2“ abrechnen bzw. eine elektronische Abrechnung vornehmen.
- Seit dem 1. April 2014 gilt: Eine Therapieergänzung im Sinne eines zusätzlichen offenen Vorgehens (chirurgische Therapie) ist auf dem Parodontalstatus (Blatt 1) zu vermerken und der Krankenkasse zu übermitteln. Soweit die Krankenkasse innerhalb von drei Wochen nach Eingang des Parodontalstatus (Blatt 1) kein Gutachterverfahren einleitet, gilt die Therapieergänzung als genehmigt. Eine Therapieergänzung kann nur innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten nach Durchführung des geschlossenen Vorgehens erfolgen.

Antrag nach
BEMA-Nr. 4

■ Checkliste: Abrechnung von Kieferbruch und Kiefergelenkserkrankungen

- Antrag nach BEMA-Nr. 2 (bei akuten Schmerzen auch ohne vorherige Genehmigung)
- Elektronische Abrechnung (gegebenenfalls keine tatsächlichen Materialkosten abrechenbar, sondern nur Pauschalen). Achtung: regionale Unterschiede beachten!

Ablauf bei „Sonstigen Kostenträgern“

Unter dem Begriff „Sonstige Kostenträger“ sind Institutionen zusammengefasst, die nicht zur Gesetzlichen Krankenversicherung zählen. Zu sonstigen Kostenträgern gehören die Polizei des Landes, die Bundespolizei, die Bundeswehr, die Berufsgenossenschaft, Sozialhilfeträger und ausländische Sozialversicherungsträger, die Ansprüche nach EG-Recht oder auf der Basis eines bilateralen Abkommens über soziale Sicherheit gewähren. Für jeden dieser Kostenträger besteht ein gesonderter Vertrag. Im zahnärztlichen Bereich sind vor allem folgende Besonderheiten zu beachten:

- Bundespolizei und Bundeswehr haben eigene HKP zur Beantragung von Zahnkronen und Zahnersatz. Das rosa Formular der gesetzlichen Krankenkassen kann hier nicht verwendet werden.
- Für die Abrechnungen von Zahnersatz und Zahnkronen über die Berufsgenossenschaft werden keine BEMA-Leistungen angesetzt, hier existiert ein eigenes Gebührenverzeichnis.
- Bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen bekommen die Patienten Festzuschüsse von deren gesetzlichen Kostenträgern. Keine Festzuschüsse erhalten Patienten von Bundespolizei, Bundesgrenzschutz und Bundeswehr sowie Patienten, deren Versorgung über die Berufsgenossenschaft abgerechnet wird. Hier werden die Kosten als Sachleistung zu 100 Prozent übernommen.

Eigener HKP für
Bundespolizei und
Bundeswehr

3. Terminabrechnungen

Die Leistungen aus den verschiedenen Behandlungsbereichen sind zu dem von der KZV bestimmten Termin getrennt voneinander abzurechnen. Die KZV gibt Stichtage an, an denen beispielsweise die Abrechnungen für Zahnersatz (ZE), Kieferbruch (KB) und Parodontose (PA) eingereicht werden müssen. Besonders

KZV gibt Stichtage
für Abrechnungen
vor

wichtig bei solchen Abrechnungen sind die Vorbereitung und Kontrollen. Dazu gehören zum Beispiel regelmäßige Prüfläufe mit dem Prüfmodul, Kontrolle der vollständig eingelesenen Versichertenkarten, HVM-Statistiken usw. Eigenlaborpreise und die von gewerblichen Laboren gilt es regelmäßig einzupflegen, da es sonst zu Verlusten bei der Abrechnung kommen kann.

Diese Maßnahmen sollten bereits vor dem Einreichtermin durchgeführt werden – am besten mehrfach. Optimal wäre in den ersten zwei Monaten des laufenden Quartals eine monatliche Durchführung; im dritten und letzten Monat sollte – je nach Praxisgröße – die Frequenz noch auf bis zu einmal wöchentlich gesteigert werden. Dabei können bereits angezeigte Fehler im Prüfmodul ausgeglichen und eventuelle EDV-Probleme, die in diesem Zusammenhang stehen, geklärt werden.

Werden diese Schritte erst am Tag der Quartalsabrechnung vorgenommen, dauert die Abrechnung unnötig lange, weil die bereits in der Vergangenheit entstandenen Fehler und Unklarheiten zusätzlich beseitigt werden müssen. Sollten Abrechnungsfragen oder Unklarheiten durch das Prüfmodul entstehen, ist es oft besonders schwierig, bei der zuständigen KZV und dem Softwarehersteller Hilfe zu bekommen, da diese an solchen Tagen meist überlaufen sind und hier oft kein Kontakt hergestellt werden kann. Weiterhin ist es kaum möglich, die noch fehlenden Versichertenkarten an diesem Tag einzulesen.

Das regelmäßige Einlesen der EDV-Updates sollte auch unbedingt beachtet werden. Aktuelle Programmversionen sind in der Regel die Grundlage zur reibungslosen Abrechnungsübermittlung an die KZV. Allerdings sind Updates hin und wieder mit Fehlern behaftet, die in den Softwarehäusern trotz umfangreicher Kontrollen nicht direkt auffallen. Manche Fehler werden erst durch die Handhabung in der Praxis entdeckt. Solche Fehler sollten aber Praxisinhaber nicht davon abhalten, regelmäßig die Updates durchzuführen. In der Summe steht er sich mit regelmäßigen Updates besser.

4. Endodontische Behandlungen

Die Abgrenzung, wann eine endodontische Behandlung als Kassenleistung und wann sie auf rein privater Basis abzurechnen ist, ist nach wie vor schwierig. Generell gilt jedoch, dass eine Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bei Vorliegen folgender Bedingungen angezeigt ist:

- Die Aufbereikbaarheit und Möglichkeit der Füllung des Wurzelkanals bis bzw. bis nahe an die Wurzelspitze ist gegeben.
- Es werden biologisch verträgliche, erprobte, dauerhafte, randständige und röntgenpositive Wurzelfüllmaterialien verwendet.
- Die Wurzelkanalfüllung füllt das Kanallumen vollständig aus.

Eine Einschränkung enthält die endodontische Behandlung an Molaren. Diese ist in der Regel nur als Vertragsleistung abrechenbar, wenn

- damit eine geschlossene Zahnreihe erhalten werden kann,
- eine einseitige Freundsituation vermieden wird,
- der Erhalt von funktionstüchtigem Zahnersatz möglich wird.

Prüfläufe bereits vor dem Einreichtermin durchführen!

EDV-Updates durchführen!

Abgrenzung zwischen Kassen- und Privatleistung fällt schwer

Begleitende Röntgenuntersuchungen (diagnostische Aufnahmen, Messaufnahmen, Kontrollaufnahmen) sind abrechenbar; ebenso medikamentöse Einlagen zur Sicherung des Behandlungserfolges, wobei dies grundsätzlich auf drei Sitzungen beschränkt ist.

Begleitende
Röntgenuntersuchungen abrechenbar

5. Kalkulation von Materialkosten

Zuschläge auf Materialkosten sind nicht möglich, es muss also der tatsächliche Materialkostenpreis ermittelt werden (= Netto-Einkaufspreis + Umsatzsteuer).

Zuschläge nicht
möglich

Zu beachten ist, dass Verschnitte mit berechnet werden können. Das gilt auch für Material bei Provisorien, das in der Mischkanüle verbleibt.

6. Verordnung von Sprechstundenbedarf

Die Verordnung von Sprechstundenbedarf ist in § 34 des SGB V geregelt. Hierzu gibt es allerdings regional auch unterschiedliche Regelungen, sodass dies individuell bei der zuständigen KZV nachgefragt werden muss.

7. Verordnung von Narkose

Die Verordnung von Narkose bzw. deren Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenkasse ist in folgenden Fällen laut KZBV möglich:

- bei Kindern unter 12 Jahren, die nicht mit dem Zahnarzt zusammenarbeiten und deshalb unter örtlicher Betäubung nicht behandelt werden können;
- bei Patienten, die wegen mangelnder Kooperation bei geistiger Behinderung oder schweren Bewegungsstörungen eine Vollnarkose brauchen;
- bei Patienten, die schwere, ärztlich anerkannte Angstreaktionen zeigen und deshalb nicht unter örtlicher Betäubung behandelt werden können;
- bei Patienten, bei denen Beruhigungsmittel oder örtliche Betäubungsmittel wegen einer organischen Erkrankung oder Allergie nicht eingesetzt werden dürfen;
- bei Patienten, denen ein größerer chirurgischer Eingriff bevorsteht, der nicht unter örtlicher Betäubung durchgeführt werden kann.

8. Krankentransporte

Die Kostenübernahme für Krankentransporte ist im § 60 des SGB V geregelt. Eine Verordnung von Krankentransport kann nur dann erfolgen, wenn eine zwingende medizinische Notwendigkeit dafür vorliegt – was bei einer zahnärztlichen Behandlung nur selten der Fall ist. Solche besonderen Ausnahmefälle sind zum Beispiel, wenn durch die zahnärztliche Behandlung eine körperliche Beeinträchtigung des Patienten verursacht wird, die eine Beförderung sodann zwingend notwendig macht, oder bei Schwerbehinderten mit dem Markenzeichen „aG“ (außergewöhnlich gehbehindert), „H“ (besonders hilfebedürftig) oder „Bl“ (blind) sowie bei Angehörigen der Pflegestufen II und III. Die Verordnung kann formlos auf einem Kassenrezept erfolgen (Muster 16).

Verordnung durch
Zahnärzte eine
Seltenheit