

Wurde die prothetische Behandlung in verschiedenen Behandlungsabschnitten durchgeführt und eingegliedert, so ist das letzte Eingliederungsdatum maßgebend und einzutragen.

Es muss unbedingt darauf geachtet werden, dass die Eingliederung innerhalb von sechs Monaten, gerechnet vom Datum der Zuschussfestsetzung der Krankenkasse, erfolgt. Wird dieser Zeitraum, gleichgültig, aus welchen Gründen, überschritten, muss der Heil- und Kostenplan der Krankenkasse zur Verlängerung der Kostenzusage vorgelegt werden. Es empfiehlt sich dringend, bereits vor Behandlungsbeginn abzuklären, ob die Eingliederung des Zahnersatzes noch vor Fristablauf der Kostenzusage erfolgen kann. Sofern dies nicht möglich ist, sollte unbedingt auch zu einem früheren Zeitpunkt (z.B. ein bis zwei Monate vor Fristablauf) eine Fristverlängerung veranlasst werden. Falls im Versicherungsverhältnis des Patienten eine Veränderung eingetreten sein sollte, besteht möglicherweise die Gefahr, dass die Krankenkasse die Kostenübernahme verweigert, da die Zusage durch Fristablauf hinfällig geworden ist.

3.1.13.2 Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes

In diesem Feld ist der Herstellungsort bzw. das Herstellungsland des Zahnersatzes einzutragen.

3.1.13.3 Datum und Unterschrift des Zahnarztes

Im Feld „Unterschrift des Zahnarztes“ bestätigt der Zahnarzt durch seine Unterschrift, dass der Zahnersatz in der vorgesehenen Weise eingegliedert wurde.

3.2 Heil- und Kostenplan Teil 2

Der Heil- und Kostenplan Teil 2 ist vom Zahnarzt nur bei gleich- und andersartigen Versorgungen, dann aber verpflichtend auszufüllen und nicht als freiwillige Anlage vorgesehen.

Die Ausgestaltung erfolgte auf Basis eines Kompromissvorschlages der KZBV und soll dabei neben der Sicherheit für den Vertragszahnarzt durch die Versichertenunterschrift – wie auch auf Teil 1 des Heil- und Kostenplans – auch Transparenz für den Versicherten durch die Information über die Kosten der Regelversorgung bieten.

Der Heil- und Kostenplan Teil 2 ist aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht maschinenlesbar. Er kann auch individuell per EDV erstellt werden, hierbei dürfen Inhalt, Aufbau und Struktur nicht verändert werden.

3.2.1 Zahnarzt (Briefkopf), Patient (Adresse)

Zahnarzt (Briefkopf)
Patient (Adresse)

Der Bereich „Zahnarzt (Briefkopf)“ und „Patient (Adresse)“ ist für den Eindruck des Briefkopfs des Zahnarztes sowie der Adresse des Patienten freigehalten.

3.2.2 Anlage zum Heil- und Kostenplan vom ...

Anlage zum Heil- und Kostenplan vom
--

In das Feld „Anlage zum Heil- und Kostenplan vom“ wird das Erstellungsdatum des Heil- und Kostenplanes eingetragen. Dieses Datum ist mit dem auf dem Heil- und Kostenplan Teil 1 in „III Kostenplanung“ angegebenen Erstellungsdatum identisch.

3.2.3 Gebühren- und Kostenaufstellung

Für Ihre prothetische Behandlung werden entsprechend nachfolgender Aufstellung voraussichtlich folgende Kosten/Eigenanteile anfallen:

Zahn/Gebiet	GOZ	Leistungsbeschreibung	Anzahl	Betrag EUR

Zahnärztliches Honorar GOZ (entsprechend Zeile III/3 HKP): EUR

Zahnärztliches Honorar BEMA (entsprechend Zeilen III/1 und 2 HKP): EUR

Material und Laborkosten (entsprechend Zeile III/4 HKP): EUR

Gesamtkosten (entsprechend Zeile III/5 HKP): EUR

abzüglich Festzuschüsse: EUR

Ihr voraussichtlicher Eigenanteil wird hiernach betragen EUR

Kosten für allgemeine und konservierend-chirurgische Leistungen nach der GOZ sind in den Beträgen nicht enthalten. Unvorhersehbare Leistungen, die sich im Rahmen der Behandlung ergeben, werden gesondert berechnet. Unvorhersehbare Veränderungen der Schwierigkeit sowie des Zeitaufwandes der einzelnen Leistungen, der Umstände bei der Ausführung oder der Methode können zu Kostenveränderungen führen.

Ich wünsche eine Versorgung entsprechend
des Heil- und Kostenplans nebst dieser Anlage

.....
Unterschrift Zahnarzt

.....
Datum/Unterschrift Versicherter

3.2.3.1 Zahn/Gebiet

In die Spalte „Zahn/Gebiet“ sind die Zahnbezeichnung(en), bei Brückenversorgungen das jeweils zu versorgende Gebiet und bei Teil- oder Totalprothesen der jeweils zu versorgende Kiefer einzutragen, die bei gleich- und andersartiger Versorgung eine Berechnung der zahnärztlichen Leistungen nach der GOZ auslösen.

3.2.3.2 GOZ, Leistungsbeschreibung, Anzahl

In die Spalten „GOZ, Leistungsbeschreibung und Anzahl“ sind die entsprechenden GOZ-Nrn. mit Leistungsbeschreibung und jeweiliger Anzahl einzutragen.

3.2.3.3 Betrag EUR

In der Spalte „Betrag EUR“ ist das jeweilige Honorar in volle Euro kaufmännisch gerundet anzugeben.

3.2.3.4 Kostenaufstellung

Die Kostenaufstellung gliedert sich in die Angabe

- des zahnärztlichen Honorars GOZ
- des zahnärztlichen Honorars BEMA
- der Material- und Laborkosten
- der Gesamtkosten
- der Festzuschüsse
- des voraussichtlichen Eigenanteils des Patienten.

Im Rahmen der Kostenaufstellung erhält der Patient den ausdrücklichen Hinweis, dass Kosten für allgemeine und konservierend-chirurgische Leistungen nach der GOZ in den Beträgen nicht enthalten sind, dass unvorhersehbare Leistungen, die sich im Rahmen der Behandlung ergeben, gesondert berechenbar sind und dass unvorhersehbare Veränderungen der Schwierigkeit sowie des Zeitaufwandes der einzelnen Leistungen, der Umstände bei der Ausführung oder der Methode zu Kostenveränderungen führen.

Die Kostenaufstellung wird vom Zahnarzt durch Unterschrift bestätigt und vom Patienten bzw. seinem gesetzlichen Vertreter nach erfolgter Aufklärung spätestens vor Behandlungsbeginn unterschrieben. Damit erklärt der Patient, dass er eine prothetische Versorgung entsprechend des Heil- und Kostenplans nebst dieser Anlage wünscht.

Während das zahnärztliche Honorar GOZ und BEMA, die Material- und Laborkosten und die Gesamtkosten aus dem Heil- und Kostenplan Teil 1 Abschnitt „III Kostenplanung“ in die Kostenaufstellung übernommen werden können (die Angaben müssen identisch sein), hat der Zahnarzt die Festzuschüsse selbst zu ermitteln. Hierzu dient die jeweils aktuelle Tabelle der Höhe der Festzuschüsse in Abschnitt 8 des Festzuschusskompendiums der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung.

Bei der Ermittlung der Höhe der Festzuschüsse ist jedoch zu beurteilen, ob der Patient Anspruch nach § 55 Abs. 1 SGB V auf einen Bonus oder nach § 55 Abs. 2 SGB V (Härtefall) auf einen Betrag jeweils in gleicher Höhe der Festzuschüsse, angepasst an die Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten hat, wenn er ansonsten unzumutbar belastet würde (siehe 3.1.9 „IV. Zuschussfestsetzung“).

Während schon die Höhe des tatsächlich zu gewährenden Bonus nach § 55 Abs. 1 SGB V (20 %, 30 %) nur im (für den Zahnarzt nicht überprüfbar) Fall

eines korrekt geführten Bonusheft des Patienten ermittelt werden kann, ist die Feststellung, ob ein Härtefall nach § 55 Abs. 2 SGB V vorliegt, dem Zahnarzt überhaupt nicht möglich. Hierzu müsste er die Einkommensverhältnisse des Patienten kennen und nach § 55 Abs. 2 SGB V beurteilen können.

Die Ermittlung der Höhe der Festzuschüsse, die originäre Aufgabe der Krankenkassen ist, wird den Zahnarzt deshalb in Einzelfällen vor erhebliche Schwierigkeiten stellen. Ggf. ist die Zeile „abzüglich Festzuschüsse“ nach der Zuschussfestsetzung der Krankenkasse zu korrigieren und die Zeile „Ihr voraussichtlicher Eigenanteil wird hiernach betragen“ neu zu berechnen.

Dies setzt allerdings voraus, dass der Versicherte die Erklärung „Ich wünsche eine Versorgung entsprechend des Heil- und Kostenplans nebst dieser Anlage“ nach Korrektur erneut unterschreibt.

3.2.3.5 Information über die Kosten der Regelversorgung

Information über die Kosten der Regelversorgung

Die Kosten für eine dem Befund entsprechende Regelversorgung liegen voraussichtlich in Höhe des doppelten Festzuschusses.

doppelter Festzuschuss EUR

abzüglich von der Kasse festgesetzter Festzuschüsse EUR

Ihr Eigenanteil würde im Falle der Regelversorgung daher voraussichtlich EUR zzgl. der möglicherweise anfallenden Edelmetallkosten betragen.

Das Feld „Information über die Kosten der Regelversorgung“ soll der Information und Aufklärung des Patienten dienen. Es soll einen Vergleich zwischen dem Eigenanteil für die tatsächlich geplanten Leistungen und dem Eigenanteil, der bei Wahl der entsprechend der Regelversorgung angefallen wäre, ermöglichen.

Dieses Feld ist vom Zahnarzt auszufüllen und nach der Festsetzung der Festzuschüsse durch die Krankenkasse vom Zahnarzt ggf. zu korrigieren. Der Patient hat Anspruch, von einer solchen Korrektur Kenntnis zu erhalten.

Die in der „Information über die Kosten der Regelversorgung“ getroffene Feststellung, dass die Kosten für eine dem Befund entsprechende Regelversorgung voraussichtlich in Höhe des doppelten Festzuschusses liegen, ist jedoch aus folgenden Gründen sehr kritisch zu betrachten:

Zur Ermittlung der Höhe der auf die jeweiligen Befunde zu gewährenden Festzuschüsse sind den Befunden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die nach BEMA und BEL unter Berücksichtigung der Zahnersatz-Richtlinien anfallenden zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zugeordnet worden. Das Ergebnis war eine abschließende Zusammenstellung der BEMA- und BEL-Leistungen, die bei einem Befund anfallen können. Darüber hinaus hat der G-BA diese Leistungen entsprechend ihrer Häufigkeit bei einer „durchschnittlichen Versorgung“ anhand einer statistischen Auswertung der

Daten von ca. 25.000 Versorgungsfällen bei einer „durchschnittlichen Versorgung“ gewichtet. Der auf die jeweiligen Befunde zu gewährende Festzuschuss beträgt somit 50 % der statistisch berechneten Kosten für eine „Durchschnittsversorgung“, und nicht 50 % der Kosten für die tatsächlich im Einzelfall anfallenden Kosten.

Der Zahnarzt und der Zahntechniker berechnen ihre Leistungen im individuellen Einzelfall jedoch unabhängig von den Kosten einer „Durchschnittsversorgung“ nach BEMA und BEL. Daher können im individuellen Einzelfall die tatsächlich entstehenden Kosten aus folgenden Gründen erheblich von den Kosten einer „Durchschnittsversorgung“ abweichen:

Zahnärztliches Honorar:

Notwendigkeit von der „Durchschnittsversorgung“ abweichender, insbesondere auch zusätzlicher zahnärztlicher Leistungen, wie z.B.

- Beseitigung grober Artikulations- und Okklusionsstörungen (BEMA-Nr. 89),
- Abformung mit individuellem Löffel (BEMA-Nr. 98a),
- erneute Anfertigung von provisorischen Kronen und Brücken (BEMA-Nrn. 19, 21),
- häufige Abnahme und Wiederbefestigung provisorischer Kronen und Brücken (BEMA-Nrn. 24c, 95d),
- u.v.m.

Zahntechnische Leistungen:

Notwendigkeit von der „Durchschnittsversorgung“ abweichender, insbesondere zusätzlicher zahntechnischer Leistungen, wie z.B. im Bereich

- der arbeitsvorbereitenden Leistungen (Anzahl und Art von Modellen, Notwendigkeit der Herstellung eines individuellen Löffels, Notwendigkeit der Herstellung von Formteilen zur Anfertigung provisorischer Kronen und Brücken, u.v.m.),
- des herausnehmbaren Zahnersatzes Modellguss (Anzahl und Art von Halte- und/oder Stützvorrichtungen, Metallzähnen, Metallkaufächen, u.v.m.),
- des herausnehmbaren Zahnersatzes Kunststoff (Anzahl und Art von Halte- und/oder Stützvorrichtungen, Verwendung von Sonder- oder Weichkunststoff, u.v.m.),
- u.v.m.

Darüber hinaus variieren die Kosten zahntechnischer Leistungen auch deshalb, da die Preise für zahntechnische Leistungen derzeit noch regional durch die Krankenkassenverbände und die Zahntechniker-Innungen für die ge-

werblichen Labors bzw. durch die Krankenkassenverbände und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen für die Praxislabors vereinbart werden und daher regional unterschiedliche Preise für zahntechnische Leistungen existieren.

Die in der „Information über die Kosten der Regelversorgung“ vom Zahnarzt verpflichtend einzutragenden Angaben können daher beim Patienten zu erheblicher Verunsicherung führen.