

**Tragende Gründe zum Beschluss
des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Festzu-
schuss-Richtlinie:**

Fortschreibung gemäß § 56 Abs. Abs. 2 Satz 11 SGB V

Vom 7. November 2007

Inhaltsverzeichnis

Verzeichnis

1.	Rechtsgrundlagen	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
3.	Verfahrensablauf	4

1. Rechtsgrundlagen

Gemäß § 56 Abs. 2 S. 11 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss den Inhalt und den Umfang der prothetischen Regelversorgungen in geeigneten Zeitabständen zu überprüfen und an die zahnmedizinische Entwicklung anzupassen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

zu I.

Versicherte haben gemäß § 55 Abs. 1 Satz 1 SGB V nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 SGB V anerkannt ist.

Nach der Gesetzesbegründung zu § 55 SGB V sind an die Stelle der bisherigen prozentualen Bezuschussung befundbezogene Festzuschüsse getreten. Danach stellen die befundbezogenen Festzuschüsse nicht auf die medizinisch notwendige Versorgung im Einzelfall, sondern auf prothetische Regelversorgungen bei bestimmten Befunden ab. Unabhängig von der tatsächlichen durchgeführten Versorgung erhalten Versicherte einen Festzuschuss, der sich auf die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Befunde bezieht. Auf diesem Wege wird sichergestellt, dass sich Versicherte für jede medizinisch anerkannte Versorgungsform mit Zahnersatz entscheiden können, ohne den Anspruch auf den Kassenzuschuss zu verlieren.

Gemäß § 56 Abs. 1 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Befunde bestimmt, für die Festzuschüsse nach § 55 SGB V gewährt werden und diesen prothetische Regelversorgungen zugeordnet. Dem zahnmedizinischen Befund wurde unter Berücksichtigung der Zahnersatz-Richtlinien ein Befund der Festzuschuss-Richtlinien zugeordnet.

Ausweislich des gesetzgeberischen Auftrages und der weiteren Gesetzesbegründung zu § 56 Abs. 2 SGB V bildet die jeweilige Regelversorgung eine konkrete Versorgung ab, die in der Mehrzahl der Fälle bei dem entsprechenden Befund unter Beachtung der gesetzlich genannten Kriterien zur Behandlung geeignet ist.

Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Nr. 2 des Allgemeinen Teils stellt vor diesem Hintergrund sicher, dass ein Versicherter unabhängig davon, für welche Versorgung er sich im Einzelfall konkret entscheidet, auf Basis des bei ihm vorliegenden zahnmedizinischen Befundes immer den gleichen Festzuschuss, der sich allein an der Regelversorgung orientiert, erhält und die Art der vom Versicherten gewählten Versorgung sich entsprechend dem Willen des Gesetzgebers keine Auswirkungen auf die Höhe des Festzuschusses im Einzelfall hat.

zu II. 1., 2., 5., 7., 8., 11., 12., 13.

Die Änderungen erfolgten mit dem Ziel einer redaktionellen Vereinheitlichung der Befundbeschreibungen.

zu II. 3.

Wenn bei einem ein- oder beiderseitigen Fehlen des Zahnes 7 keine Versorgungsnotwendigkeit besteht, kann Befundklasse 2 vorliegen. Dies gilt nicht, wenn unter Einbeziehung eines fehlenden Zahnes 7 in dem betreffenden Kiefer mehr als 4 Zähne fehlen. Die Freundsituation führt dazu, dass die Regelversorgung keinen festsitzenden Zahnersatz vorsieht. Der anzusetzende Befund ist dann 3.1. Dies wird mit der neuen Formulierung nochmals klargestellt.

zu II. 4.

Grundsätzlich haben die Partner im Gemeinsamen Bundesausschuss eine Erweiterung der Regelversorgung bei Befund 3.2 Teleskopkronen als sinnvoll angesehen. Dabei wurde gleichzeitig klargestellt, dass der Begriff „Notwendigkeit“ bei 3.2 auf die Regelversorgung abstellt und der Patient seinen Anspruch auf den Festzuschuss nach Befund 3.2 nicht verliert, wenn andere Kombinationselemente als Teleskopkronen oder eine Suprakonstruktion eingegliedert werden.

Sieht die Regelversorgung eine Kombinationsversorgung vor, ist nur die Teleskopkrone Regelversorgung, andere Verbindungselemente sind gleichartig.

Hierbei ist auf Nr. 35 der Zahnersatz-Richtlinien und „Anlage 3 zum BMV-Z, Vereinbarung zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen nach § 87 Abs. (1a) SGB V über die Versorgung mit Zahnersatz“ zu verweisen, wonach „zusätzliche Verbindungselemente an Kombinationszahnersatz (Teleskopkrone, Konuskrone, Geschiebe, Anker, Riegel, Steg u.ä.) als gleichartige Versorgung gelten, wenn die jeweilige Befundsituation eine Regelversorgung mit Teleskopkronen vorsieht (Befunde 3.2a bis 3.2c).

Gleiches gilt, wenn statt einer Konus- oder Teleskopkrone der Regelversorgung (Befunde 3.2a bis 3.2c) ein anderes der oben genannten Verbindungselemente verwendet wird.“

zu II. 6.

Bei Vorliegen der Befundsituation nach Befund 4.6 ist dieser Befund auch ansetzbar, wenn tatsächlich eine Suprakonstruktion ohne Teleskopkronen eingegliedert wird. Es ist zu beurteilen, ob bei Durchführung der Regelversorgung die Notwendigkeit einer dentalen Verankerung durch Teleskopkronen gemäß der Nr. 35 der Zahnersatz-Richtlinien besteht. Sieht die Regelversorgung eine Kombinationsversorgung vor, ist nur die Teleskopkrone Regelversorgung, andere Verbindungselemente sind gleichartig. Werden andere Verbindungselemente als Teleskopkronen für eine dentale Verankerung verwendet, ist die Indikation besonders sorgfältig zu stellen. Die befundbezogene Regelversorgung

muss eingliederungsfähig sein. Dieser Grundsatz gilt einheitlich bei allen Befunden.

zu II.9.

Die Abrechnung der Nummern 96a-c BEMA wird durch die Zahl der fehlenden Zähne bestimmt, soweit eine Versorgung in einem Gebiet erfolgt. Die zutreffende Regelversorgung soll daher dem jeweiligen Befund 5.1 bis 5.3 entsprechen.

Für die Ansetzbarkeit des Befundes 5.4 ist die Notwendigkeit einer Interimsversorgung bei zahnlosem Kiefer ausschlaggebend. Die Ermittlung der durchschnittlichen Kosten beinhaltet eine Interims-Totalprothese. Die Zahl der zahn-technisch ersetzten Zähne spielt für die Ansetzbarkeit des Befundes 5.4 keine Rolle.

zu II. 10.

Für die Art einer Wiederherstellungsmaßnahme (Regelversorgung, gleich- oder andersartige Versorgung) ist nicht die Art der Versorgung, die wiederherzustellen ist, maßgeblich, sondern allein die jeweilige Befundbeschreibung innerhalb der Befundklasse 6. Dies ergibt sich auch aus der Präambel der Festzuschuss-Richtlinien, wonach „dem zahnmedizinischen Befund unter Berücksichtigung der Zahnersatz-Richtlinien ein Festzuschuss-Befund zugeordnet wird.“, sowie aus Nummer A 1 der Festzuschuss-Richtlinien, wonach „die dem zahnmedizinischen Befund zugeordneten Befunde von Teil B der Festzuschuss-Richtlinie nur ansetzbar sind, wenn die in den Beschreibungen der nachfolgenden Befunde geregelten Voraussetzungen vorliegen.“

zu II. 14.

Bei der Wiederbefestigung eines Sekundärteleskopes bzw. mehrerer Teleskope ist der Festzuschuss 6.3 je Prothese nur einmal ansetzbar (Maßnahme(n) im gegossenen Metallbereich).

Die jetzige Formulierung bedeutet, dass Satz 1 zur Folge hat, dass bei jeder Wiederbefestigung von Sekundärteleskopen, unabhängig von der Topographie, der Festzuschuss 6.3 anzusetzen ist. Dies ist damit begründet, dass der Schwerpunkt hier auf die Wiederherstellung der Prothese zu legen ist.

In Fällen, in denen keine Befunde nach 3.2 oder 4.6 vorliegen, ist das Erneuern von Primär- oder Sekundärteleskopen als gleichartige Versorgung einzustufen, die jedoch einen Zuschuss nach Befundklasse 6.10 auslöst. Soweit ein Primärteleskop erneuert werden muss (z. B. nach Verlust), besteht außerdem eine zwingende Versorgungsnotwendigkeit, die nicht vom Vorliegen der Befundsituationen 3.2 oder 4.6 abhängig sein kann.

3. Verfahrensablauf

Der fachlich zuständige Unterausschuss "Richtlinien-Festzuschüsse" hat in seinen Sitzungen am 8. August, 26. September und 19. Oktober 2007 einen Beschlussentwurf zur Fortschreibung der der Festzuschuss-Richtlinie gemäß § 56

Abs. 2 Satz 11 SGB V erarbeitet. Zusätzlich wurde eine AG "Richtlinien-Festzuschüsse" eingesetzt, welche am 19. September 2007 tagte.

Dem Verband der Deutschen Zahntechniker-Innungen (VDZI) wurde mit Schreiben vom 18. Oktober und 26. Oktober 2007 sowie in der Sitzung des G-BA am 7. November 2007 gemäß § 56 Abs. 3 SGB V Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben.

Siegburg, den 7. November 2007

Gemeinsamer Bundesausschuss

gem. § 91 Abs. 6 SGB V

Der Vorsitzende

Genzel