

Ersatzkassenvertrag - Zahnärzte (EKVZ)

Zwischen der

Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, K.d.ö.R., in Köln
einerseits

und dem

Verband der Ersatzkassen e. V., in Berlin¹
andererseits,

wird über den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge gemäß § 82 Absatz 1
SGB V folgender Vertrag geschlossen:

Stand: 01.04.2014

¹ „Zum 1. Juli 2008 ist die Kompetenz zur Vereinbarung des Bundesmantelvertrags Zahnärzte nach § 82 Abs. 1 SGB V mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) übergegangen. Dies umfasst auch die Kompetenz zur Änderung von Bestimmungen in den derzeit noch geltenden BMV-Z und EKVZ.“

Ersatzkassenvertrag Zahnärzte in der Fassung 01.04.2014

Zuletzt geändert aufgrund einer

Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren für vertragszahnärztliche Leistungen sowie das Gutachterwesen

- **Allgemeiner Teil**
- **Kieferorthopädische Behandlung**
- **Systematische Behandlung von Parodontopathien**
- **Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen**
- **Implantologische Leistungen**

sowie einer Zusatzvereinbarung zur Neuregelung der Gutachterverfahren

Inhaltsverzeichnis

	Seite
§ 1	Zweck, Träger und Geltungsbereich des Vertrages 5
§ 2	Umfang und Inhalt der vertragszahnärztlichen Versorgung 6
§ 3	Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung 7
§ 4	Durchführung des Vertrages 7
§ 5	Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung 7
§ 6	Ermächtigung von Zahnärzten aus Mitgliedsstaaten der Europäischen Gemeinschaften (EG) zur Erbringung von Dienstleistungen 8
§ 7	Rechte und Pflichten der Vertragszahnärzte 9
§ 8	Persönliche Leistungserbringung 10
§ 8 a	Zweigpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft 10
§ 9	Verordnung von Arzneimitteln 12
§ 10	Verordnung von Sprechstundenbedarf 12
§ 11	Pflichten der Ersatzkassen 12
§ 12	Anspruchsberechtigung und Zahnarztwahl 13
§ 13	<i>aufgehoben</i>
§ 14	Krankenversichertenkarte, Behandlungsausweise, Behandlungsplanung und Abrechnungsvordrucke 14
§ 15	Vergütung der Vertragsleistungen 16
§ 16	Abrechnung zwischen Vertragszahnarzt und Kassenzahnärztlicher Vereinigung . 16
§ 17	Abrechnung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen 17
§ 18	Abrechnungsunterlagen und Datenträgeraustausch 18
§ 19	Wirtschaftlichkeitsprüfung 18
§ 20	Vertragsverletzungen 18
§ 21	Forderungen von Ersatzkassen 19
§ 22	Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren für vertragszahnärztliche Leistungen, Gutachterwesen 19
§§ 23 - 26	<i>aufgehoben mit Wirkung zum 01.04.2014.</i>
§ 27	Qualitätssicherung in der vertragszahnärztlichen Versorgung 21
§ 28	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden 21
§ 29	Arbeitsgemeinschaft Zahnärzte/Ersatzkassen 21
§ 30	Inkrafttreten und Kündigung 22
	Vereinbarung über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe): 23
	Beschluss des Bundesschiedsamtes für die vertragszahnärztliche Versorgung vom 13.12.1993 zur Gewährleistung bei Füllungen und Zahnersatz 26
	Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung 27
	Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung 38
	Ergänzende Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung 40

Richtlinien nach § 106 Abs. 2 b SGB V zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V (Zufälligkeitsprüfung)	42
Richtlinien nach § 106a Abs. 6 SGB V zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfungen nach § 106a Abs. 2 und 3 SGB V	45
Anlage 1 Abrechnung von Material- und Laboratoriumskosten	50
Anlage 2 Bestimmungen über die Gestaltung und die Ausfüllung der Planungsvordrucke und die edv-mäßige Erstellung der Abrechnung	51
Muster 2 Erfassungsschein bei Ruhen der Ansprüche	58
Muster 3 a Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch ..	59
Anlage 3 Vereinbarung über das Verfahren bei der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und Kiefergelenkserkrankungen	60
Anlage 4 Vereinbarung zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband nach § 87 Abs. 1a SGB V über die Versorgung mit Zahnersatz	61
Heil- und Kostenplan (Anlage 1)	65
Vereinbarung zum Heil- und Kostenplan für prothetische Leistungen, gültig ab 01.01.2012 (Ausfüllhinweise)	67
<i>Anlage 5 mit Wirkung zum 31.03.2014 aufgehoben.</i>	
Anlage 6 a Auftrag zur Begutachtung prothetischer Behandlung	76
Anlage 6 b Begutachtungsvordruck für prothetische Leistungen	79
Anlage 6 c Gutachten für kieferorthopädische Behandlung	84
Anlage 7 Richtlinien für die Verordnung von Arzneimitteln	85
Anlage 8a Kfo-Behandlungsplan	86
Anlage 8 b Mitteilung an den Patienten nach § 29 Abs. 1 SGB V	87
Anlage 8c Mitteilung über einen unplanmäßigen Verlauf der kieferorthopädischen Behandlung	88
<i>Anlagen 9 a und 9 b sind entfallen zum 01.01.2012 wegen elektronischer Abrechnung.</i>	
Anlage 10 a Parodontalstatus Blatt 1	90
Anlage 10 b Parodontalstatus Blatt 2	91
Anlage 11 Beratungsverfahren bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen	92
Anlage 12 Vereinbarung zur Sicherstellung der überbezirklichen zahnärztlichen Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen sowie als Rahmen zur Umsetzung von § 83 Satz 1 SGB V	93
<i>Anlagen 13 – 14 gegenstandslos</i>	
Anlage 15 Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der kieferorthopädischen Behandlung	99
Anlage 16 Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der systematischen Behandlung von Parodontopathien..	103
Anlage 17 Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen	106
Anlage 18 Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei implantologischen Leistungen	111
Beschlüsse und Feststellungen der Arbeitsgemeinschaft KZBV-VdAK/AEV gem. § 22 (ab 01.01.2005: § 29) des Vertrages in der ab 01.01.2005 gültigen Fassung	115

§ 1

Zweck, Träger und Geltungsbereich des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag regelt den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge über die vertragszahnärztliche Versorgung, die den Versicherten seitens der Ersatzkassen zusteht.
- (2) Vertragspartner sind:
Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung K.d.ö.R.
(im Folgenden KZBV genannt)
und
der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.
(im Folgenden VdAK genannt)
der AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.
(im Folgenden AEV genannt)
- (3) Dieser Vertrag gilt für die Ersatzkassen, die dem VdAK oder dem AEV als Mitglieder angehören. Der VdAK und der AEV teilen der KZBV die Ersatzkassen mit.
- (4) Der Vertrag erstreckt sich auf den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches. Soweit sich Regelungen nur auf das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet beziehen, wird im Folgenden dafür der Begriff "neue Bundesländer" verwendet.
- (5) Die nachfolgenden Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages:

Anlage A	Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen
Anlage B	Zuordnung der Leistungs-Nummern von Teil 1 und 2 des BEMA
Anlage 1	Abrechnung von Material- und Laboratoriumskosten
Anlage 2	Bestimmungen über die Gestaltung und die Ausfüllung der Planungs- und Abrechnungsvordrucke und die edv-mäßige Erstellung der Abrechnung
Anlage 3	Vereinbarung über das Verfahren bei der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und Kiefergelenkserkrankungen
Anlage 4	Heil- und Kostenplan Muster 1 Muster 2 Muster 3
Anlage 5	<i>entfallen ab 01.04.2014</i>
Anlage 6a	Auftrag zur Begutachtung prothetischer Behandlung
Anlage 6b	Begutachtung
Anlage 6c	Begutachtung Kieferorthopädie
Anlage 7	Abschnitt V – Verordnung von Sprechstundenbedarf
Anlage 8a	Kieferorthopädischer Behandlungsplan
Anlage 8b	Mitteilung an den Patienten nach § 29 Absatz 1 SGB V
Anlage 8c	Mitteilung über einen unplanmäßigen Verlauf der kieferorthopädischen Behandlung
Anlage 9a	KFO-Abrechnungsschein
Anlage 9b	Abrechnung für kieferorthopädische Behandlung (EDV-Abrechnung)
Anlage 10a	Parodontalstatus Blatt 1

Anlage 10b	Parodontalstatus Blatt 2
Anlage 11	Beratungsverfahren bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen
Anlage 12	Vereinbarung zur Sicherstellung der überbezirklichen zahnärztlichen Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen sowie als Rahmen zur Umsetzung von § 83 Satz 1 SGB V
Anlage 13	<i>nicht besetzt</i>
Anlage 14	<i>nicht besetzt</i>
Anlage 15	Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der kieferorthopädischen Behandlung
Anlage 16	Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der systematischen Behandlung von Parodontopathien
Anlage 17	Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen
Anlage 18	Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei implantologischen Leistungen

§ 2

Umfang und Inhalt der vertragszahnärztlichen Versorgung

- (1) Die vertragszahnärztliche Versorgung umfasst:
1. die zahnärztliche Behandlung gemäß § 28 Absatz 2 Satz 1 SGB V,
 2. die Versorgung mit Zahnersatz gemäß § 55 SGB V,
 3. die kieferorthopädische Behandlung gemäß §§ 28 Absatz 2 und 29 SGB V,
 4. implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion gemäß § 28 Absatz 2 Satz 9 SGB V,
 5. Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) gemäß § 22 SGB V,
 6. Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gemäß § 26 Absatz 1 Sätze 2 und 3 SGB V,
 7. die zahnärztliche Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, von Krankentransporten, von Krankenhausbehandlung,
 8. die zahnärztliche Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit,
 9. die Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, welche die Ersatzkassen oder der Medizinische Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder welche die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen,
 10. die in Notfällen ambulant ausgeführten zahnärztlichen Leistungen durch nicht an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende Zahnärzte.
- (2) Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung sind auch die zahntechnischen Leistungen.
- (3) Vertragsleistungen sind die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen - BEMA - (Anlage A) aufgeführten Leistungen.

(Siehe auch Feststellung Nr. 92 der Arbeitsgemeinschaft gem. fjetzt: § 29 EKVZ vom 31.07.1980)

- (4) Die Vertragsleistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Vertragszahnärzte im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht bewirken und die Ersatzkassen nicht bewilligen.

Der Vertragszahnarzt hat insbesondere darauf zu achten, dass der Behandlungsaufwand in einem sinnvollen Verhältnis zur Prognose und zur erreichbaren Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten steht. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Die zahnärztlichen Leistungen müssen angemessen vergütet werden.

- (5) Die vertragszahnärztliche Versorgung umfasst keine Leistungen, für welche die Ersatzkassen nicht leistungspflichtig sind. Dies gilt insbesondere für Leistungen, die nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 92 SGB V) nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallen. Nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehören Leistungen, für die andere Kostenträger (z. B. Träger der Unfallversicherung) zuständig sind. Die vertragszahnärztliche Versorgung umfasst auch keine Leistungen, die von anderen Leistungserbringern (z. B. Vertragsärzten oder Heil- und Hilfsmittelerbringern) erbracht werden.
- (6) Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind Bestandteil des Vertrages. Die Ersatzkassen informieren ihre Versicherten, die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Vertragszahnärzte, die Vertragszahnärzte im Einzelfall die Versicherten über den durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelten Umfang des Versorgungsanspruchs.

§ 3

Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung

- (1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (im Folgenden KZVen genannt) und die KZBV stellen die vertragszahnärztliche Behandlung der Versicherten der Ersatzkassen sicher. Die Sicherstellung umfasst auch einen ausreichenden Notdienst.
- (2) Die KZBV und die KZVen übernehmen gegenüber den Ersatzkassen und ihren Verbänden die Gewähr dafür, dass die vertragszahnärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht.

§ 4

Durchführung des Vertrages

- (1) Der Vertrag wird von den KZVen, den Ersatzkassen und den Gliederungen des VdAK/AEV durchgeführt, soweit im Vertrag nichts Anderes bestimmt ist.
- (2) Bei Meinungsverschiedenheiten über die Durchführung des Vertrages soll vor Inanspruchnahme der Arbeitsgemeinschaft (§ 29) eine örtliche Verständigung angestrebt werden.

§ 5

Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung

- (1) An der vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen nehmen teil:
1. zugelassene Zahnärzte und Kieferorthopäden (Vertragszahnärzte),
 2. ermächtigte Zahnärzte und Kieferorthopäden gemäß § 31 Absatz 2 der Zulassungsverordnung für Zahnärzte,

3. ermächtigte Zahnärzte und zahnärztlich geleitete Einrichtungen gemäß § 31 Absätze 1 und 3 und § 31a der Zulassungsverordnung für Zahnärzte,
4. nach § 311 Absatz 2 Sätze 1 und 2 SGB V zugelassene Einrichtungen (neue Bundesländer),
5. ermächtigte Zahnärzte zur vorübergehenden Erbringung von Dienstleistungen auf Grund europarechtlicher Bestimmungen (siehe § 6 dieses Vertrages).

Die für Vertragszahnärzte getroffenen Regelungen gelten auch für zugelassene Einrichtungen sowie ermächtigte Zahnärzte und ermächtigte zahnärztlich geleitete Einrichtungen, soweit nichts Anderes bestimmt ist.

- (2) Über Ermächtigungen gemäß § 5 Absatz 1 Nr. 2 entscheiden die Zulassungsausschüsse.
- (3) Alle nach § 311 Absatz 2 SGB V zugelassenen Einrichtungen, die am 31.12.2003 noch bestanden, nehmen in dem Umfang an der vertragszahnärztlichen Versorgung teil, in welchem sie zu diesem Zeitpunkt Leistungen im Sinne von § 2 dieses Vertrages erbracht haben.
- (4) Die Rechtsstellung der Vertragszahnärzte, die vor dem 01.01.1977 an der vertragszahnärztlichen Versorgung der Ersatzkassenversicherten beteiligt waren, bleibt unberührt.

Die Rechtsstellung der Vertragszahnärzte, die am 31.12.1992 nach § 2 Nr. 2 des Zahnarzt-/Ersatzkassenvertrages in der am 31.12.1992 geltenden Fassung für den Bereich der Kieferorthopädie beteiligt waren, bleibt unberührt.

§ 6

Ermächtigung von Zahnärzten aus Mitgliedsstaaten der

Europäischen Gemeinschaften (EG) zur Erbringung von Dienstleistungen

- (1) Zahnärzte, die als Angehörige eines der anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Gemeinschaften nach Maßgabe der europarechtlichen Bestimmungen zahnärztliche Leistungen ohne Begründung einer Niederlassung in der Bundesrepublik Deutschland (Dienstleistungen) erbringen wollen, werden auf ihren Antrag gemäß § 31 Absatz 5 Zahnärzte-ZV von den Zulassungsausschüssen, in deren Bereich die Leistungen durchgeführt werden sollen, hierzu ermächtigt, wenn
 1. der Antragsteller auf Grund einer Anzeige an die zuständige Behörde in der Bundesrepublik Deutschland berechtigt ist, als Dienstleistungserbringer vorübergehend den zahnärztlichen Beruf im Geltungsbereich des Zahnheilkundegesetzes auszuüben.
 2. der Antragsteller die persönlichen Voraussetzungen erfüllt, die ein Vertragszahnarzt nach seinem Berufsrecht, den Bestimmungen dieses Vertrages und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses erfüllen muss, um die gleichen Leistungen zu erbringen.
 3. in der Person des Antragstellers keine Gründe vorliegen, die bei einem Vertragszahnarzt den Entzug der Zulassung zur Folge haben würden, und
 4. die Dienstleistungen, welche der Antragsteller erbringen will, Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung nach § 2 dieses Vertrages sind.
 5. die Dienstleistungen in einem nicht gesperrten Planungsbereich erbracht werden sollen.
- (2) Die Ermächtigung berechtigt den Vertragszahnarzt zur Erbringung der zahnärztlichen Leistungen nach Maßgabe der für Vertragszahnärzte geltenden Bestimmungen.

- (3) Für die Erbringung von Dienstleistungen in Notfällen durch Zahnärzte aus anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Gemeinschaften finden die für die Behandlung im Notfall durch nicht an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende Zahnärzte geltenden Bestimmungen Anwendung. Der Dienstleistungserbringer hat die Notfallbehandlung unverzüglich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung anzuzeigen, in deren Bereich die Behandlung durchgeführt worden ist.

§ 7

Rechte und Pflichten der Vertragszahnärzte

- (1) Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, die Versorgung der Versicherten nach den Bestimmungen dieses Vertrages durchzuführen.
- (2) Dem Vertragszahnarzt steht die Wahl der therapeutischen Mittel frei. Er hat bei seiner zahnärztlichen Tätigkeit die Regeln der zahnärztlichen Kunst und den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu berücksichtigen und hierauf seine Behandlungs- und Ordnungsweise einzurichten.
- (3)¹ Der Vertragszahnarzt hat die Befunde, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung mit Zahnbezug fortlaufend in geeigneter Weise zu dokumentieren. Die zahnärztlichen Aufzeichnungen und sonstigen Behandlungsunterlagen, Kiefermodelle, ggf. Fotografien, und bei kieferorthopädischen Maßnahmen HNO-Befund, dessen Einholung der Vertragszahnarzt bei Mundatmung veranlassen kann, sind vier Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht andere Aufbewahrungsfristen vorgeschrieben sind.

Kiefermodelle nach Nr. 7 von Teil 2 des BEMA sind von der Aufbewahrungspflicht ausgenommen, wenn diese Modelle aus Gründen der Wirtschaftlichkeit auch zur Herstellung von Behandlungsgeräten Verwendung finden.

Kiefermodelle für die Anwendung von Analysen, insbesondere in Verbindung mit der Nr. 117 von Teil 3 BEMA, sowie Anfangsmodelle unterliegen jedoch ausnahmslos der Aufbewahrungspflicht.

- (4) Die vertraglich vereinbarten Vordrucke sind zu verwenden und vollständig auszufüllen. Eine gesonderte Gebühr ist nur abrechenbar, wenn dies vereinbart ist. Im Übrigen gilt der BEMA.
- (5) Der Vertragszahnarzt unterrichtet die Ersatzkasse schriftlich, wenn die kieferorthopädische Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen wurde bzw. einen unplanmäßigen Verlauf nimmt (Anlage 8 c). Über den Abbruch einer kieferorthopädischen Behandlung ist die Ersatzkasse unter Angabe der Gründe ebenfalls schriftlich zu unterrichten.

(Siehe auch Beschluss Nr. 65 der Arbeitsgemeinschaft gem. [jetzt: § 29 EKVZ vom 15.06.1977; gültig ab 01.08.1997, geändert mit Wirkung vom 01.01.1981)

- (6) Der Vertragszahnarzt darf die Behandlung eines Versicherten nur in begründeten Fällen ablehnen. Er ist berechtigt, die Ersatzkasse unter Mitteilung der Gründe zu informieren.
- (7) Der Vertragszahnarzt rechnet gegenüber dem Versicherten die Eigenanteile an den Kosten der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sowie der kieferorthopädischen Behandlung ab.

Darüber hinaus darf der Vertragszahnarzt von einem Versicherten eine Vergütung für Leistungen, die im BEMA enthalten sind, nur fordern, wenn der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich wünscht, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen. Der Vertragszahnarzt soll sich den Wunsch des Versicherten, die Behandlung

¹ § 7 Abs. 3 in der Fassung gültig ab 01.12.2007

auf eigene Kosten durchführen zu lassen, schriftlich bestätigen lassen. Die gesetzlichen Mehrkostenregelungen bleiben unberührt.

§ 8

Persönliche Leistungserbringung

- (1) Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, die vertragszahnärztliche Tätigkeit gemäß § 2 Absatz 1 des Vertrages persönlich auszuüben. Persönliche Leistungen sind auch zahnärztliche Leistungen durch genehmigte Assistenten und angestellte Zahnärzte gemäß § 32 b Zahnärzte-ZV.
- (2) Für die Tätigkeit eines Assistenten oder Vertreters trägt der Vertragszahnarzt die Verantwortung.
- (3)¹ Der Vertragszahnarzt kann im Rahmen der allgemeinen zulassungsrechtlichen Bestimmungen Zahnärzte zur Tätigkeit an seinem Vertragszahnarztsitz anstellen. Der Vertragszahnarzt ist auch in diesem Falle weiterhin zur persönlichen Praxisführung verpflichtet. Die von angestellten Zahnärzten erbrachten Leistungen gegenüber Versicherten stellen Leistungen des Vertragszahnarztes dar, die er als eigene gegenüber der KZV abzurechnen hat. Der Vertragszahnarzt hat die angestellten Zahnärzte bei der Leistungserbringung persönlich anzuleiten und zu überwachen. Unter diesen Voraussetzungen können am Vertragszahnarztsitz 2 vollzeitbeschäftigte Zahnärzte, bzw. bis zu 4 halbzzeitbeschäftigte Zahnärzte angestellt werden. Bei Teilzulassung gem. § 19a Abs. 2 ZV-Z können entweder 1 vollzeitbeschäftigter Zahnarzt, 2 halbzzeitbeschäftigte Zahnärzte oder 4 Zahnärzte mit insgesamt höchstens vollzeitiger Beschäftigungsdauer angestellt werden.

§ 8 a²

Zweigpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft

- (1) Der Vertragszahnarzt darf außerhalb seines Vertragszahnarztsitzes Zweigpraxen an weiteren Orten betreiben, wenn und soweit
 1. dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und
 2. die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragszahnarztsitzes nicht beeinträchtigt wird.

Sofern die weiteren Orte im Bezirk der KZV liegen, in der der Vertragszahnarzt Mitglied ist, ist für die Tätigkeit in einer Zweigpraxis die vorherige Genehmigung der KZV erforderlich. Soweit die weiteren Orte außerhalb des Bezirks der KZV liegen, in der der Vertragszahnarzt Mitglied ist, ist für den Betrieb einer Zweigpraxis eine Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss erforderlich, in dessen Bezirk die Zweigpraxis liegt.

Eine Verbesserung der Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten im Sinne von Satz 1 liegt insbesondere dann vor, wenn in dem betreffenden Planungsbereich eine bedarfsplanungsrechtliche Unterversorgung vorliegt. Eine Verbesserung ist in der Regel auch dann anzunehmen, wenn unabhängig vom Versorgungsgrad in dem betreffenden Planungsbereich regional bzw. lokal nicht oder nicht im erforderlichen Umfang angebotene Leistungen im Rahmen der Zweigpraxis erbracht werden und die Versorgung auch nicht durch andere Vertragszahnärzte sichergestellt werden kann, die räumlich und zeitlich von den Versicherten mit zumutbaren Aufwendungen in Anspruch genommen werden können. Dies gilt auch, wenn in der Zweigpraxis spezielle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angeboten werden, die im Planungsbereich nicht im erforderlichen Umfang angeboten werden. Die ordnungsgemäße Versorgung der

¹ § 8 Absatz 3 gültig ab 01.07.2007

² § 8a gültig ab 01.07.2007

Versicherten am Ort des Vertragszahnarztsitzes wird in der Regel dann nicht beeinträchtigt, wenn die Dauer der Tätigkeit des Vertragszahnarztes in der oder den Zweigpraxen ein Drittel seiner Tätigkeit am Vertragszahnarztsitz nicht übersteigt.

Soweit sich die Zweigpraxis im Bezirk einer anderen Kassenzahnärztlichen Vereinigung als der befindet, bei der der Vertragszahnarzt Mitglied ist, kann der Vertragszahnarzt für die Tätigkeit an seinem Vertragszahnarztsitz angestellte Zahnärzte beschäftigen. Er kann außerdem Zahnärzte für die Tätigkeit in der Zweigpraxis nach Maßgabe der Vorschriften anstellen, die für ihn als Vertragszahnarzt gelten würden, wenn er an dem weiteren Ort zugelassen wäre. Die Dauer der Tätigkeit der am Vertragszahnarztsitz angestellten Zahnärzte in der oder den Zweigpraxen darf ein Drittel der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit am Vertragszahnarztsitz nicht überschreiten. Am Ort der Zweigpraxis kann ein Zahnarzt angestellt werden. Die Dauer dessen Tätigkeit in der Zweigpraxis darf die Dauer der Tätigkeit des Vertragszahnarztes in der Zweigpraxis um höchstens 100 v. H. überschreiten. § 8 Abs. 3 gilt entsprechend.

Im Falle der Ermächtigung zur Tätigkeit in einer Zweigpraxis in einem Ort außerhalb des Bezirkes der KZV, bei der der Vertragszahnarzt Mitglied ist, erfolgt die Abrechnung nach den gesamtvertraglichen Regelungen am Ort der Zweigpraxis. In diesem Fall hat sich der Vertragszahnarzt mit einer Übermittlung seiner Abrechnungsdaten hinsichtlich der Zweigpraxis durch die KZV, in deren Bezirk die Zweigpraxis liegt an diejenige KZV, bei der er Mitglied ist, für Zwecke der Leistungs- und Abrechnungskontrolle und der Honorarverteilung einverstanden zu erklären.

- (2) Die gemeinsame Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit an einem gemeinsamen Vertragszahnarztsitz (örtliche Berufsausübungsgemeinschaft) oder an unterschiedlichen Vertragszahnarztsitzen (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft) bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses nach näherer Maßgabe des § 33 Abs. 2 und 3 ZV-Z. Zur Durchführung des Genehmigungsverfahrens ist dem Zulassungsausschuss von den beteiligten Vertragszahnärzten der schriftliche Gesellschaftsvertrag der Berufsausübungsgemeinschaft vorzulegen. Der Zulassungsausschuss hat auf dieser Grundlage zu prüfen, ob eine gemeinsame Berufsausübung oder lediglich ein Anstellungsverhältnis bzw. eine gemeinsame Nutzung von Personal- und Sachmitteln vorliegt. Eine gemeinsame Berufsausübung setzt die auf Dauer angelegte berufliche Kooperation selbständiger, freiberuflich tätiger Zahnärzte voraus. Erforderlich ist hierfür eine Teilnahme aller Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft, an deren unternehmerischem Risiko und an unternehmerischen Entscheidungen sowie eine gemeinschaftliche Gewinnerzielungsabsicht. Für die Genehmigung KZV-bezirksübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften ist die Abgabe einer schriftlichen Erklärung aller Mitglieder dieser Berufsausübungsgemeinschaft erforderlich, wonach sich diese allen Bestimmungen in Satzungen, Verträgen oder sonstigen Rechtsnormen der gem. § 33 Abs. 3 ZV-Z gewählten KZV hinsichtlich der Vergütung, der Abrechnung sowie zu den Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen, unterwerfen.
- (3) Mitglieder überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften können ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit auch an den Vertragszahnarztsitzen der übrigen Mitglieder dieser Berufsausübungsgemeinschaft ausüben, wenn die Erfüllung der Versorgungspflicht des Mitgliedes an seinem Vertragszahnarztsitz unter Berücksichtigung der Mitwirkung angestellter Zahnärzte weiterhin im erforderlichen Umfang gewährleistet ist. Dies ist dann der Fall, wenn die Tätigkeit an anderen Vertragszahnarztsitzen der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft ein Drittel der Zeit der vertragszahnärztlichen Tätigkeit des Vertragszahnarztes an seinem Vertragszahnarztsitz nicht überschreitet. Dies gilt entsprechend für die Tätigkeit der am Vertragszahnarztsitz angestellten Zahnärzte des Vertragszahnarztes an anderen Vertragszahnarztsitzen der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft. Soweit überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften, die Mitglieder in mehreren KZVen haben ihre Wahlentscheidung hinsichtlich desjenigen Vertragszahnarztsitzes, der maßgeblich für die auf die Leistungserbringung der Gemeinschaft anzuwendenden ortsgebundenen Regelungen gem. § 33 Abs. 3 Satz 3 ZV-Z sein

soll, ändern, ist dies nur zum Quartalsende durch schriftliche Erklärungen gegenüber allen beteiligten KZVen möglich, die diesen mindestens sechs Monate vor Wirksamkeit der geänderten Wahlentscheidung zuzugehen haben.

§ 9

Verordnung von Arzneimitteln

- (1) Die Verordnung von apothekenpflichtigen Arzneimitteln nach § 31 Absatz 1 SGB V liegt allein in der Verantwortung des Vertragszahnarztes; sie ist auf dem jeweils dafür vorgesehenen Verordnungsvordruck vorzunehmen.
- (2) Die Genehmigung von Arzneimittelverordnungen durch die Ersatzkassen ist unzulässig.
- (3) Der Vertragszahnarzt soll bei der Verordnung von Arzneimitteln die Preisvergleichslisten nach § 92 Absatz 2 SGB V beachten. Er soll auf dem Verordnungsvordruck kenntlich machen, ob die Apotheke ein preisgünstigeres wirkstoffgleiches Arzneimittel an Stelle des verordneten Mittels abgeben darf.
- (4) Verordnet der Vertragszahnarzt ein Arzneimittel, dessen Preis den Festbetrag nach § 35 SGB V überschreitet, soll er den Versicherten auf die Verpflichtung zur Übernahme von Mehrkosten hinweisen.
- (5) Arzneimittel, die von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen oder für die Behandlung nicht notwendig sind, dürfen zu Lasten der Ersatzkassen nicht verordnet werden.

Verlangt ein Versicherter der Ersatzkassen die Verordnung von Arzneimitteln, die aus der Leistungspflicht der Ersatzkassen ausgeschlossen oder für die Behandlung nicht notwendig sind, ist dafür ein Privatrezept zu verwenden.

- (6) Die Versicherten sind sowohl von der Ersatzkasse allgemein als auch von dem verordnenden Vertragszahnarzt im konkreten Fall darüber aufzuklären, dass der Versicherte die Kosten für nicht verordnungsfähige Arzneimittel selbst zu tragen hat.
- (7) Bei der Anwendung von Medizinprodukten sind die Anforderungen des Medizinproduktegesetzes zu beachten.

§ 10

Verordnung von Sprechstundenbedarf

Für die Verordnung von Sprechstundenbedarf gilt Anlage 7 dieses Vertrages. Die Vertragspartner werden über eine Änderung der Regelung verhandeln.

§ 11

Pflichten der Ersatzkassen

- (1) Die Ersatzkassen informieren die Versicherten über die Ansprüche aus diesem Vertrag in geeigneter Weise.

Die Ersatzkassen haben die Versicherten in geeigneter Weise zu verpflichten, dem Vertragszahnarzt bei Behandlungsbeginn und bei Fortdauer der Behandlung zu Beginn eines neuen Kalendervierteljahres unaufgefordert die Krankenversichertenkarte vorzulegen, in dringenden Fällen die Krankenversichertenkarte spätestens innerhalb einer Frist von 10 Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachzureichen, auf Verlangen des Vertragszahnarztes ihre Identität mit der auf der Krankenversichertenkarte benannten Person nachzuweisen.

- (2) Die Ersatzkassen unterrichten im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Behandlungen bzw. systematischen Behandlungen von Parodontopathien die Versicherten über die mit der Behandlung übernommenen Pflichten.
- (3) Der Versicherte soll den Vertragszahnarzt innerhalb eines Kalendervierteljahres - bei kieferorthopädischer Behandlung oder der Behandlung von Parodontopathien bis zu deren Abschluss - nur bei Vorliegen eines triftigen Grundes wechseln.
- (4) Die Vertragskasse wird den Vertragszahnarzt auf dessen Wunsch dabei unterstützen, dass der Versicherte die Krankenversichertenkarte dem Vertragszahnarzt nachträglich vorlegt.
- (5)¹ Für Kosten einer Behandlung, die auf Grund einer vorgelegten falschen Krankenversichertenkarte oder der unrechtmäßigen Vorlage der Krankenversichertenkarte statt des Gebrauchs des Leistungsnachweises gem. § 16 Abs. 3a SGB V bei Ruhen der Ansprüche erfolgte, haftet die Ersatzkasse dem Vertragszahnarzt gegen Abtretung seines Vergütungsanspruches. Das Nähere regeln die Partner der Gesamtverträge.
- (6) Bei kieferorthopädischen Behandlungen bzw. systematischen Behandlungen von Parodontopathien wird der Vertragszahnarzt über das Erlöschen des Leistungsanspruches unterrichtet.

§ 12

Anspruchsberechtigung und Zahnarztwahl

- (1) Anspruchsberechtigt nach diesem Vertrag sind alle Versicherten der Ersatzkassen. Der Versicherte weist seinen Anspruch auf vertragszahnärztliche Versorgung durch Vorlage der Krankenversichertenkarte nach. Die Vereinbarung zur Gestaltung und bundesweiten Einführung der Krankenversichertenkarte in der jeweils geltenden Fassung ist Bestandteil des Vertrages.
- (2) Solange die Krankenversichertenkarte nicht vorgelegt oder die Anspruchsberechtigung auf andere Weise nicht nachgewiesen worden ist, darf der Vertragszahnarzt eine Privatvergütung für die Behandlung verlangen. Wird die Krankenversichertenkarte oder die Anspruchsberechtigung innerhalb einer Frist von 10 Tagen nach der ersten Inanspruchnahme vorgelegt, so muss die entrichtete Vergütung zurückgezahlt werden.
- (3) Die Versicherten haben die freie Wahl unter den Vertragszahnärzten und den weiteren in § 5 Absatz 1 dieses Vertrages genannten Leistungserbringern und dürfen hierbei nicht beeinflusst werden. Dies gilt auch, wenn der Vertragszahnarzt und der Versicherte Vereinbarungen nach § 7 dieses Vertrages schließen.
- (4) Die Ersatzkassen geben ihren Versicherten die Vertragszahnärzte in geeigneter Weise bekannt.
- (5) Versicherte können nach Maßgabe von § 13 Absatz 2 SGB V an Stelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen.

§ 13 aufgehoben zum 01.01.2013 durch Gesetz vom 20.12.2012, Vereinbarung vom 23.04.2013

¹ § 11 Abs. 5 in der Fassung gültig ab 01.12.2007

§ 14

Krankenversichertenkarte, Behandlungsausweise, Behandlungsplanung und Abrechnungsvordrucke

(1) BEMA-Teil 1:

1. Behandlungsfall im Sinne des Vertrages ist bei Leistungen nach dem BEMA-Teil 1 die gesamte von demselben Vertragszahnarzt innerhalb des selben Kalendervierteljahres vorgenommene Behandlung.
2. Für die Abrechnung konservierend-chirurgischer Leistungen gilt Anlage 2.

(2) BEMA-Teil 2:

1. Für das Verfahren bei der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und Kiefergelenkserkrankungen gilt Anlage 3.
2. Für die Abrechnung von Leistungen bei der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und Kiefergelenkserkrankungen gilt Anlage 2.
Für die Abrechnung von Material- und Laboratoriumskosten gilt Anlage 1.

(3) BEMA-Teil 3:

1.-4. *aufgehoben zum 01.04.2014*

5. Die Abrechnung von kieferorthopädischen Leistungen sowie von Leistungen, die im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Leistungen anfallen, erfolgt auf dem Vordruck "KFO-Abrechnungsschein" (Anlage 9 a), soweit nicht die Abrechnung mittels EDV erfolgt. Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, die vorgesehenen Felder sorgfältig auszufüllen und alle ausgeführten Leistungen unter Berücksichtigung der vertraglichen Bestimmungen vollständig und leserlich einzutragen. Bei der Frühbehandlung nach Nr. 5 der Abrechnungsbestimmung zu den Nrn. 119 und 120 von BEMA-Teil 3 ist die Nummer der Abschlagszahlung mit „F“ zu kennzeichnen. Bei der Abrechnung von Verlängerungszahlungen ist die Nummer der Abschlagszahlung mit „V“ zu kennzeichnen. Bei Ersatzanfertigung von Behandlungsgeräten nach den Nrn. 126a, 126b, 127a, 128a, 128b, 130 oder 131 a bis c von BEMA-Teil 3 ist die Nummer der Abschlagszahlung mit „E“ zu kennzeichnen.

Im Zahnarztlabor erbrachte zahntechnische Leistungen können auf dem Abrechnungsschein eingetragen werden. Die Beifügung eines gesonderten Zahnarztlaborbeleges ist in diesem Falle entbehrlich, soweit nicht die KZVen und die Gliederungen des VdAK/AEV etwas anderes vereinbaren.

Der Vordruck der Anlage 9 a wird den Vertragszahnärzten von den KZVen als Dreifach-Durchschreib-Satz (Blatt 1: Ausfertigung für die Abrechnung; Blatt 2: Ausfertigung für den Versicherten mit Erläuterung der Gebühren-Nummern auf der Rückseite; Blatt 3: Ausfertigung für den Vertragszahnarzt) zur Verfügung gestellt.

Die Abrechnung mittels EDV für kieferorthopädische Behandlung erfolgt individuell nach dem Vorbild von Anlage 9 b. Der Ausdruck kann drucker- und programmbedingte Abweichungen enthalten, ohne den Aufbau und die Struktur von Anlage 9 a zu verändern.

In Feld 1 kann die Anschrift des Mitgliedes eingedruckt werden. Feld 2 enthält die Daten der Krankenversichertenkarte. Feld 3 enthält die Daten des Zahnarztstempels und ggf. die Bankverbindung des Vertragszahnarztes.

Für die Abrechnung von Material- und Laboratoriumskosten gilt Anlage 1.

(4) BEMA-Teil 4:

1. *aufgehoben zum 01.04.2014*

2. Die Abrechnung der parodontologischen Leistungen erfolgt nach dem Abschluss der geplanten Behandlung auf dem Parodontalstatus (Blatt 2).

Wenn sich im Laufe der Durchführung einer systematischen PAR-Behandlung der Punktwert ändert, dann ist bei der Abrechnung des Behandlungsfalles durch den Vertragszahnarzt dem bisherigen Punktwert die Hälfte der Differenz zwischen diesem und dem neuen Punktwert hinzuzurechnen.

PAR-Fälle, für die die Ersatzkassen die Kostenübernahmeerklärung vor dem Wechsel des Punktwertes abgegeben hat und mit deren Behandlung erst nach In-Kraft-Treten des neuen Punktwertes begonnen worden ist, werden in vollem Umfang nach dem neuen Punktwert abgerechnet; bei der Abrechnung gibt der Vertragszahnarzt das Datum des Behandlungsbeginns an.

(5) BEMA-Teil 5:

1. *aufgehoben zum 01.04.2014*

2. Die Abrechnung der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen erfolgt auf dem Heil- und Kostenplan (Anlage 4). Der Abrechnung ist vom Vertragszahnarzt die Laborrechnung beizufügen, aus der alle abgerechneten zahntechnischen Leistungen zu ersehen sind.

Für die Abrechnung von Material- und Laboratoriumskosten gilt Anlage 1.

3. Für die Abrechnung des Vertragszahnarztes gelten bei der Neufestsetzung der Gebühren die geänderten Gebührensätze bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen für alle vom Tage des In-Kraft-Tretens an ausgestellten Heil- und Kostenpläne.

(6) *aufgehoben zum 01.04.2014*

(7) *aufgehoben zum 01.04.2014*

- (8) Der Vertragszahnarzt kann, wenn erforderlich, den Versicherten zur Durchführung bestimmter zahnärztlicher Leistungen oder zur Weiterbehandlung einem anderen Vertragszahnarzt, Vertragsarzt, einer nach § 311 Absatz 2 Sätze 1 und 2 SGB V zugelassenen Einrichtung, einem ermächtigten Zahnarzt oder einer ermächtigten zahnärztlich geleiteten Einrichtung schriftlich überweisen. Die Überweisung zur Weiterbehandlung an einen anderen Vertragszahnarzt ist nur in Ausnahmefällen zulässig

Eine Überweisung kann - von begründeten Ausnahmefällen abgesehen - nur dann vorgenommen werden, wenn dem überweisenden Vertragszahnarzt eine Krankenversicherungskarte entsprechend § 12 Absatz 1 dieses Vertrages vorgelegen hat. Für die Ausstellung der Überweisung gilt Anlage 2, Nr. 1.3.

- (9) Für die Verordnung von Krankenhausbehandlung gilt Absatz 8 entsprechend. Krankenhausbehandlung soll nur verordnet werden, wenn sie wegen Art oder Schwere der Krankheit erforderlich ist. Die Notwendigkeit ist zu begründen, falls sie sich nicht aus der Art der Erkrankung ergibt.

Die Kostenverpflichtungserklärung gegenüber dem Krankenhaus bleibt der Ersatzkasse vorbehalten. Veranlasst der Vertragszahnarzt in Nottfällen ausnahmsweise von sich aus die Aufnahme in ein Krankenhaus, so hat er dieses in der Verordnung besonders zu begründen.

- (10) Die zur Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung erforderlichen Vordrucke – mit Ausnahme der von den KZVen zu schaffenden und von ihnen zu liefernden Vordru-

cke für die Abrechnung der Vertragszahnärzte – werden zwischen den Partnern dieses Vertrages vereinbart.

Für die Planungs- und Abrechnungsvordrucke gilt die Vordruckvereinbarung „Bestimmungen über die Gestaltung und die Ausfüllung der Planungs- und Abrechnungsvordrucke“ (Anlage 2).

Für den Heil- und Kostenplan bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen gilt Anlage 4 (einschließlich der Muster 1 bis 3).

Für den kieferorthopädischen Behandlungsplan gilt Anlage 8 a.

Für den Parodontalstatus gelten Anlagen 10 a und 10 b.

Der VdAK stellt den KZVen diese Vordrucke und die erforderlichen Verordnungsvordrucke zur Verfügung.

Der Heil- und Kostenplan, der kieferorthopädische Behandlungsplan und der Parodontalstatus können individuell mittels EDV erstellt werden. Hierbei dürfen Inhalt, Aufbau und Struktur nicht verändert werden. Die Änderung der Zeilenabstände ist mit Ausnahme des Krankenversicherten-Kartenfeldes zulässig.

Werden Vordrucke nach diesem Vertrag oder seinen Anlagen individuell mittels EDV erstellt, werden die Kosten von den Vertragskassen nicht übernommen.

§ 15

Vergütung der Vertragsleistungen

- (1) Die vertragszahnärztliche Versorgung wird auf der Grundlage der Gesamtverträge gemäß den §§ 82, 83 und 85 SGB V vergütet.
- (2) Der Vertragszahnarzt hat für Vertragsleistungen nach den BEMA-Teilen 1, 2 und 4 einen Vergütungsanspruch gegen die KZV.
- (3) Für Vertragsleistungen nach den BEMA-Teilen 3 und 5 hat der Vertragszahnarzt einen Vergütungsanspruch gegen die KZV in Höhe der Zuschussfestsetzung der Ersatzkasse.

§ 16

Abrechnung zwischen

Vertragszahnarzt und Kassenzahnärztlicher Vereinigung

- (1) Leistungen nach den BEMA-Teilen 1 und Zuschüsse zur kieferorthopädischen Behandlung (BEMA-Teil 3) hat der Vertragszahnarzt vierteljährlich, Leistungen nach den BEMA-Teilen 2 und 4 und Zuschüsse zu Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5) monatlich zu dem von der KZV bestimmten Termin, getrennt voneinander abzurechnen. Der Abrechnung sind die ordnungsgemäß ausgefüllten Abrechnungsvordrucke beizufügen. Die Abrechnung muss für jede Ersatzkasse gesondert und getrennt nach den Personenkreisen Mitglieder (M), Familienangehörige der Mitglieder (F) sowie Rentner und ihre Familienangehörigen (R) aufgestellt werden.
- (2) Mit der Abrechnung der BEMA-Teile 1 bis 5 bestätigt der Vertragszahnarzt, dass die abgerechneten Leistungen persönlich erbracht worden sind (§ 8 dieses Vertrages) und dass die Abrechnung sachlich richtig ist.

Die Bestätigung beinhaltet auch, dass

- a) die abgerechneten Material- und Laborkosten der gewerblichen Laboratorien tatsächlich entstanden sind, und dass er Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten an die Ersatzkasse weitergibt,

- b) die zahntechnischen Leistungen des Zahnarztlabors tatsächlich von diesem erbracht worden sind.

Es dürfen nur abgeschlossene Leistungen abgerechnet werden, außer Leistungen, die wegen Ausbleibens oder Weigerung des Versicherten nicht abgeschlossen werden konnten. Leistungen, die am Ende eines Kalendervierteljahres nicht abgeschlossen worden sind, werden im nächsten Kalendervierteljahr abgerechnet.

- (3) Bei kieferorthopädischer Behandlung sind die bis zum Ende eines Kalendervierteljahres durchgeführten Leistungen und angefallenen Material- und Laborkosten auf dem Abrechnungsvordruck (Anlage 9 a) abzurechnen.
- (4) Kommt eine kieferorthopädische Behandlung nach diesem Vertrag nicht zur Durchführung, so können die Kosten für diagnostische Leistungen nach den Vertragsätzen abgerechnet werden.
- (5) Kommt eine systematische Behandlung von Parodontopathien nach diesem Vertrag nicht zur Durchführung, so können die Kosten für diagnostische Leistungen und Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen nach den Vertragsätzen abgerechnet werden.
- (6) Wird die kieferorthopädische Behandlung abgebrochen oder entfällt die Leistungspflicht der Ersatzkasse, so erhält der Vertragszahnarzt die bis zum Zeitpunkt des Behandlungsabbruchs bzw. des Wegfalls der Leistungspflicht fällig gewordene Vergütung.
- (7) Versäumt der Vertragszahnarzt den Abrechnungstermin für Leistungen nach den BEMA-Teilen 1 bis 5, so kann die KZV die Abrechnung bis zum nächsten Abrechnungstermin zurückstellen.

Die Abrechnung von vertragszahnärztlichen Leistungen ist nach Ablauf eines Jahres vom Ende des Kalendervierteljahres an gerechnet, in dem sie erbracht worden sind, abgeschlossen.

- (8) Der Vertragszahnarzt kann die Abrechnung nur solange ergänzen oder ändern, als sie nicht bereits von der KZV an die Ersatzkasse weitergeleitet worden ist.
- (9) Nicht ordnungsgemäß erstellte Abrechnungen können von der laufenden Abrechnung ausgeschlossen werden.
- (10) Die KZV erteilt dem Vertragszahnarzt vierteljährlich einen Bescheid über seinen Honoraranspruch. Der Honorarbescheid steht unter dem Vorbehalt rechtswirksamer Prüfungen auf Richtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bis zu diesem Zeitpunkt sind die Zahlungen der KZV an den Vertragszahnarzt aufrechnungsfähige und ggf. rückzahlungspflichtige Vorschüsse.
- (11) Bei Tod, Verzug und Aufgabe der Praxis ist die KZV verpflichtet, weitere Zahlungen an den Vertragszahnarzt bzw. dessen Erben ganz oder teilweise solange auszusetzen, bis festgestellt wird, ob Prüfungen auf Richtigkeit und Wirtschaftlichkeit anhängig oder Schadenersatzforderungen gemäß § 21 dieses Vertrages geltend gemacht worden sind. Ist dies der Fall, so hat die KZV den rechtswirksamen Abschluss der Prüfungen oder die Feststellung einer Schadenersatzforderung abzuwarten und nach dem Ergebnis dieser Verfahren die Abrechnung mit dem Vertragszahnarzt bzw. dessen Erben durchzuführen.
- (12) Ergänzende Regelungen in den Gesamtverträgen sind zulässig.

§ 17

Abrechnung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen

- (1) Die KZV überprüft die Abrechnungen der Vertragszahnärzte rechnerisch und gebühreordnungsmäßig und stellt sie richtig. Danach übersendet die KZV die Abrechnungen an die Ersatzkassen. Teilrechnungen und Vorbehaltsvermerke sind unzulässig.

Berichtigungen von Fehlern bei der Anwendung des BEMA, von Rechenfehlern und sonstigen offenbaren Unrichtigkeiten sind binnen sechs Monaten nach Eingang der

Rechnung bei der Ersatzkasse von dieser bei der KZV geltend zu machen. Berichtigungsanträge, die nicht innerhalb von sechs Monaten bearbeitet worden sind, berechtigen die Ersatzkasse zur Einbehaltung von 75 v.H. der mit den Berichtigungsanträgen geltend gemachten Forderungen. Berichtigungsanträge, die nicht innerhalb von weiteren zwölf Monaten bearbeitet worden sind, berechtigen die Ersatzkassen zur Einbehaltung von weiteren 25 v.H..

- (2) Die Abrechnungen sind nach den Personenkreisen Mitglieder (M), Familienangehörige der Mitglieder (F) sowie Rentner und ihre Familienangehörigen (R) aufzugliedern. Zusätzlich sind die Abrechnungen nach den BEMA-Teilen 2 bis 5 nach Honorar und Material- und Laborkosten aufzugliedern.
- (3) Im Falle einer vereinbarten Einzelleistungsvergütung zahlen die Ersatzkassen am Ersten jeden Monats an die KZVen eine Abschlagszahlung für die Leistungen des vorangegangenen Monats nach BEMA-Teilen 1 und 3. Die Abschlagszahlung beträgt 25 v.H. der gesamten Rechnungssumme des vorletzten, dem Abrechnungsquartal vorangegangenen Quartals. Sofern andere Vergütungssysteme vereinbart wurden, können die Gesamtvertragspartner abweichende Zahlungsmodalitäten vereinbaren.

Ergibt sich bei der Schlussabrechnung des Kalendervierteljahres dennoch eine Überzahlung zu Gunsten der Ersatzkasse, so erfolgt ihre Verrechnung bei der nächsten Abschlagszahlung. Die Ersatzkassen zahlen den Restbetrag der Vierteljahresabrechnung innerhalb von 10 Tagen nach Eingang der Abrechnungen an die KZVen.

- (4) Nach den BEMA-Teilen 2 und 4 abgerechnete Leistungen sowie Zuschüsse zu Leistungen nach BEMA-Teil 5 zahlen die Ersatzkassen innerhalb von 10 Tagen nach Eingang der Abrechnung an die KZV. Die Zahlungsfrist verlängert sich bei Teilleistungen nach BEMA-Teil 5 von 10 auf 30 Tage.
- (5) Bei Verzug können Verzugszinsen in Höhe von 4 v.H. (§ 246 BGB) gefordert werden.
- (6) Im Übrigen sind abweichende Regelungen in den Gesamtverträgen zulässig.

§ 18

Abrechnungsunterlagen und Datenträgeraustausch

Hinsichtlich der Aufbereitung der Abrechnungsunterlagen gilt der Vertrag zum Datenträgeraustausch in seiner jeweils gültigen Fassung.

§ 19

Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Die vertragszahnärztliche Tätigkeit wird im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der vertragszahnärztlichen Versorgung durch Prüfungseinrichtungen nach § 106 SGB V überwacht.
- (2) Das Nähere regeln die Prüfungsvereinbarungen.

§ 20

Vertragsverletzungen

- (1) Bei Verstößen gegen vertragszahnärztliche Pflichten finden die Disziplinarbestimmungen der KZVen (§ 81 Absatz 5 SGB V) Anwendung.
Die Möglichkeit des Zulassungsentzugs wegen gröblicher Vertragsverletzungen bleibt unberührt (§ 95 Absatz 6 SGB V).

- (2) Der VdAK/AEV ist berechtigt, bei der zuständigen KZV die Eröffnung eines Disziplinarverfahrens anzuregen.

Hat der VdAK/AEV ein Disziplinarverfahren gegen einen Vertragszahnarzt angeregt, so ist der VdAK/AEV über das Ergebnis, ggf. über die Nichteröffnung oder Einstellung des Verfahrens unter Angabe der Gründe zu benachrichtigen.

- (3) Die rechtskräftige Anordnung des Ruhens der Zulassung ist dem VdAK/AEV binnen zwei Wochen nach Eintritt der Rechtskraft mitzuteilen.

§ 21

Forderungen von Ersatzkassen

- (1) Forderungen aus diesem Vertrag von Ersatzkassen gegen einen Vertragszahnarzt, die durch die KZV oder die Prüfungseinrichtungen anerkannt worden sind, werden bei der nächsten Abrechnung von der KZV gegenüber dem Vertragszahnarzt und der Ersatzkasse gegenüber der KZV abgesetzt. Sie ist jedoch von der Ersatzkasse schadlos zu halten, wenn sie belegt, dass sie ohne eigenes Verschulden die Forderungen gegen den Vertragszahnarzt oder seiner Rechtsnachfolger nicht durchsetzen kann.
- (2) Auch Ansprüche von Ersatzkassen gegen einen Vertragszahnarzt auf Grund mangelhafter prothetischer und kieferorthopädischer Leistungen werden von der KZV festgestellt. Absatz 1 gilt entsprechend.
- (3) Sind auf Grund fehlerhafter Abrechnungen eines Vertragszahnarztes von den Ersatzkassen Leistungen vergütet worden, auf deren Vergütung ein Anspruch nicht bestand, so haftet die KZV auf Rückerstattung der Überzahlungen nach Maßgabe von Absatz 1.

§ 22¹

Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren für vertragszahnärztliche Leistungen, Gutachterwesen

- (1) Für das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterverfahren gelten:
- (a) bei der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und Kiefergelenkserkrankungen (BEMA-Teil 2) Anlage 7a zum BMV-Z/Anlage 3 zum EKV-Z,
 - (b) bei kieferorthopädischen Maßnahmen (BEMA Teil 3) Anlage 15 zum BMV-Z/Anlage 15 zum EKV-Z,
 - (c) bei der Behandlung von Parodontopathien (BEMA-Teil 4) Anlage 16 zum BMV-Z/Anlage 16 zum EKV-Z,
 - (d) bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA Teil 5) Anlage 17 zum BMV-Z/Anlage 17 zum EKV-Z,
 - (e) für implantologische Maßnahmen bei Ausnahmeindikationen gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V Anlage 18 zum BMV-Z/Anlage 18 zum EKV-Z.
- (2) ¹Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen bzw. die Ersatzkassen können Vertragszahnärzte als Gutachter für die Durchführung von vertraglich vereinbarten Gutachten vorschlagen. ²Die vorgeschlagenen Personen müssen die in Abs. 5 normierten Qualifikationskriterien erfüllen.
- (3) ¹Im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Ersatzkassen bestellt jede KZV Gutachter und Zahnersatz-Obergutachter in der erforderlichen Anzahl. ²Die Obergutachter für kieferorthopädische und parodontologische Behandlungsfälle sowie Gutachter und Obergutachter für implantologische Leistungen bestellt die KZBV im

¹ § 22 geändert auf Grund einer Vereinbarung vom 03.02.2014, gültig ab 01.04.2014

Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband. ³Das Einvernehmen kann aus wichtigem Grund verweigert werden. ⁴Die Bestellung der Gutachter und Obergutachter erfolgt jeweils für vier Jahre und kann – außer im Falle der erstmaligen Bestellung – nur einvernehmlich widerrufen werden. ⁵Auf der Gesamtvertragebene können abweichende Amtsperioden für die dort bestellten Gutachter vereinbart werden. ⁶Bei erstmaliger Bestellung des Gutachters kann das Einvernehmen innerhalb des ersten Jahres von jeder Seite widerrufen werden. ⁷Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können hierbei nur gemeinsam und einheitlich handeln. ⁸Sofern das Widerrufsrecht nicht ausgeübt wird, gilt der erstmalig bestellte Gutachter für seine laufende Amtsperiode als bestellt.

- (4) Zahnärzte, die vor dem 17.10.2006 hauptamtlich bei den Krankenkassen und deren Verbänden als Gutachter für Zahnersatz und Zahnkronen tätig waren, gelten weiterhin als einvernehmlich bestellt.
- (5) ¹Die Gutachter sollen über eine zum Beststellungszeitpunkt mindestens seit vier Jahren ununterbrochen bestehende vertragszahnärztliche Zulassung verfügen. ²Sie sollen in dem Leistungsbereich, für den sie bestellt werden, über eine ausreichende Erfahrung verfügen und eine angemessene Anzahl an Behandlungsfällen vorweisen können. ³Gutachter und Obergutachter für Kieferorthopädie sollen die Anerkennung als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie besitzen. ⁴Die Gutachter sind verpflichtet, an den Gutachter- bzw. Obergutachtertägungen der sie bestellenden KZV/KZBV teilzunehmen und gegenüber dieser jährlich die Teilnahme an fachbezogenen Fortbildungsmaßnahmen in dem jeweiligen Leistungsbereich nachzuweisen. ⁵Die Gutachter haben bei der Bestellung zu versichern, dass sie ihre Tätigkeit fachlich unabhängig und weisungsungebunden ausüben werden. ⁶Im ersten Jahr der Tätigkeit als Gutachter werden die erstellten Gutachten der KZV bzw. dem von ihr bestellten Fachberater zur Beratung hinsichtlich einer kontinuierlichen Qualitätssicherung vorgelegt.
- (6) ¹Die Tätigkeit der Gutachter und Zahnersatz-Obergutachter soll in der Regel auf den jeweiligen KZV-Bereich beschränkt sein. ²In Ausnahmefällen, z. B. bei Wohnortwechsel des Versicherten oder in grenznahen Gebieten, kann hiervon abgewichen werden. ³Bei der Auswahl der Gutachter und Obergutachter sollen die Ortsnähe zum Versicherten und der jeweilige KZV-Bereich berücksichtigt werden. ⁴Dabei soll auf eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Gutachtenfälle auf alle Gutachter für eine schnellstmögliche Erledigung der Gutachten geachtet werden.
- (7) ¹An den Gutachter- und Obergutachtertägungen auf der Bundesebene können Vertreter des GKV-Spitzenverbandes teilnehmen. ²Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen bzw. Vertreter der Ersatzkassen und ggf. Vertreter des GKV-Spitzenverbandes können an den Gutachtertägungen auf der Landesebene teilnehmen.
- (8) Das Nähere über die Bestellung der Gutachter und Zahnersatz-Obergutachter vereinbaren die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Ersatzkassen.
- (9) ¹Wenn und solange die in den Anlagen beschriebenen Gutachterverfahren in einem KZV-Bereich nach übereinstimmender Bewertung der Gesamtvertragspartner aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen nicht praktiziert werden, sind die Krankenkassen berechtigt, andere sachverständige Zahnärzte mit der Erstellung entsprechender Gutachten zu beauftragen. ²Die Bestimmungen der §§ 275, 276 SGB V und § 100 SGB X bleiben durch das vertraglich geregelte Gutachterverfahren unberührt.

Protokollnotiz:¹

¹Die Partner der Bundesmantelverträge werden zeitnah über die Einführung eines elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahrens vertragszahnärztlicher Leistungen sowie über den Austausch elektronischer Dokumente in Verhandlungen eintreten. ²Sofern entsprechende Verfahren seitens der Krankenkassen bereits vor Abschluss einer einschlägigen Vereinbarung

¹ Protokollnotiz eingefügt auf Grund einer Vereinbarung vom 03.02.2014, gültig ab 01.04.2014

praktiziert werden, haben die Krankenkassen die Verwendung qualifizierter elektronischer Signaturen i.S.d. Signaturgesetzes sicherzustellen.

§§ 23 - 26 aufgehoben mit Wirkung zum 01.04.2014.

§ 27

Qualitätssicherung in der vertragszahnärztlichen Versorgung

- (1) Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, wie in der Berufsordnung geregelt, sich beruflich fortzubilden und dadurch seine Kenntnisse dem jeweiligen Stand der zahnärztlichen Wissenschaft anzupassen.
- (2) Zahnärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die ihrer Eigenart nach besondere Kenntnisse und Erfahrungen voraussetzen, dürfen in der vertragszahnärztlichen Versorgung nur ausgeführt werden, wenn der Vertragszahnarzt die vorgeschriebenen Qualifikationserfordernisse erfüllt. Diese werden, unbeschadet der Regelung nach § 28 dieses Vertrages (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) unter Berücksichtigung des Weiterbildungsrechts von den Vertragspartnern anerkannt. Für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Sinne des § 135 Absatz 1 SGB V gelten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.
- (3) Die Qualifikation ist gegenüber der KZV nachzuweisen. Diese teilt dem VdAK/AEV mit, welcher Vertragszahnarzt die Qualifikation erfüllt.
- (4) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt durch Richtlinien Kriterien zur Qualitätsbeurteilung gemäß § 136 Absatz 2 SGB V sowie Verfahren zur Qualitätssicherung der vertragszahnärztlichen Versorgung gemäß § 136 b SGB V. Diese Richtlinien sind in der vertragszahnärztlichen Versorgung verbindlich.

§ 28

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 135 Absatz 1 SGB V dürfen als vertragszahnärztliche Leistung nur dann abgerechnet werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien deren Anerkennung empfohlen hat und sie in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen wurden (vgl. § 27 Absatz 3 dieses Vertrages).

§ 29

Arbeitsgemeinschaft Zahnärzte/Ersatzkassen

- (1) Die Vertragspartner bilden eine Arbeitsgemeinschaft, die aus sieben Vertretern der KZBV und aus sechs Vertretern des VdAK sowie einem Vertreter des AEV besteht. Jeder Partner ernennt Stellvertreter.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft hat die Aufgabe,
 1. Bestimmungen des Vertrages verbindlich auszulegen sowie die sich aus der Durchführung des Vertrages ergebenden grundsätzlichen Fragen zu klären,
 2. die BEMA-Teile verbindlich auszulegen, wobei die Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu berücksichtigen sind,
 3. bis zur Beschlussfassung durch den Bewertungsausschuss über die Berechnungsfähigkeit solcher Leistungen zu entscheiden, die noch nicht im Einheitlichen Bewertungsmaßstab enthalten sind.
- (3) Die Arbeitsgemeinschaft entscheidet durch "Feststellungen" oder "Beschlüsse".

Feststellungen sind Auslegungen bestehender Regelungen und finden grundsätzlich auch für die Vergangenheit Anwendung. Beschlüsse gelten für die Zukunft vom Zeitpunkt des Inkrafttretens an.

- (4) Die Arbeitsgemeinschaft bestimmt den Zeitpunkt des Inkrafttretens ihrer Beschlüsse. Diese und die Feststellungen sind in "Zahnärztliche Mitteilungen" und in "Die Ersatzkasse" zu veröffentlichen.

§ 30

Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Diese Neufassung des Vertrages tritt am 01. Januar 2005 in Kraft.
- (2) Die Kündigung ist schriftlich unter Einhaltung einer Frist von einem Jahr zum Schluss eines Kalenderjahres zulässig.

Die
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
und der
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)
sowie
der Arbeiter-Ersatzkassenverband e.V. (AEV)
schließen als Anlage zum Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte
die nachstehende
Vereinbarung
über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen
(Individualprophylaxe):

in der Fassung der Änderungsvereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004

§ 1

Allgemeines

- (1) Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) sind nach Maßgabe dieses Vertrages Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung.
- (2) Für die Durchführung von Maßnahmen der Individualprophylaxe gelten die Individualprophylaxe-Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen.

§ 2

Nachweis der Anspruchsberechtigung

- (1) Versicherte, die das 6., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf Maßnahmen der Individualprophylaxe.
- (2) Die Krankenkassen haben die Versicherten und die Erziehungsberechtigten anzuhalten,
- a) den Vertragszahnarzt während eines laufenden Prophylaxeprogramms nur aus triftigem Grund zu wechseln,
- b) dem Vertragszahnarzt das Bonusheft gem. § 3 unaufgefordert vorzulegen.

§ 3

Bonusheft

- (1) Das Bonusheft zum Nachweis von Zahngesundheitsuntersuchungen dient dem Versicherten als Nachweis für den Anspruch auf erhöhte Zuschüsse zum Zahnersatz gem. § 30 SGB V.
- (2) Der Vertragszahnarzt händigt jedem Versicherten, der das 12. Lebensjahr vollendet hat, ein Bonusheft aus. Die Ausgabe des Bonusheftes vermerkt er in den Patientenaufzeichnungen. Bei Versicherten, die das 12. Lebensjahr vollendet haben, trägt er für jedes Kalenderhalbjahr das Datum des Mundhygienestatus (Nr. IP 1) ein. Bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, trägt er jährlich das Datum einer zahnärztlichen Untersuchung gem. § 30 Abs. 2 SGB V ein. Die Eintragungen sind mit Zahnarzt-Stempel und Unterschrift zu versehen.
- (3) Legt der Versicherte das Bonusheft nicht vor, so kann der Vertragszahnarzt dem Versicherten eine Ersatzbescheinigung über die Durchführung des Mundhygienestatus bzw. der zahnärztlichen Untersuchung ausstellen. In die Ersatzbescheinigung sind Name und Vorname des Versicherten einzutragen.

§ 4

Abrechnung

(1) Die Abrechnung der Individualprophylaxe-Leistungen erfolgt quartalsweise nach den für die Abrechnung konservierend-chirurgischer Leistungen geltenden Bestimmungen.

(2) *gestrichen durch Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004*

(3)¹ Der erste Behandlungsabschnitt bei Beginn eines dreijährigen Individualprophylaxeprogramms besteht aus der Erstellung des Mundhygienestatus und - soweit angezeigt - aus der Mundgesundheitsaufklärung und ggf. der ersten Fluoridierung. Die weiteren Behandlungsabschnitte sollen sich in etwa halbjährlichen Abständen anschließen; sie bestehen aus der Erstellung des Mundhygienestatus und - soweit angezeigt - einer Mundgesundheitsaufklärung und ggf. einer Fluoridierung. Um den dauerhaften Erfolg der Individualprophylaxe zu gewährleisten, sollte der Zeitraum zwischen der Erstellung von zwei Mundhygienestatus möglichst vier Monate nicht unterschreiten. Fissurenversiegelungen können auch unabhängig von einem laufenden Individualprophylaxeprogramm erbracht werden.

(4) Die Anspruchsberechtigung eines Versicherten endet mit Vollendung des 18. Lebensjahres.

(5) *Wird die Behandlung abgebrochen, können die bereits erbrachten Leistungen abgerechnet werden.*

¹⁾ *geändert aufgrund einer Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004*

§ 5

Vergütung

(1) *gestrichen durch Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004*

(2) Die für die Individualprophylaxe zu entrichtende Vergütung wird von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung für den Versicherten und gegenüber dem Vertragszahnarzt an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gezahlt.

(3) Bei der Bestimmung der Gesamtvergütung gem. § 85 Abs. 3 a Satz 5 SGB V werden Mehrausgaben für Leistungen nach § 22 SGB V für 6- bis 11jährige Versicherte, für Fissurenversiegelungen sowie der Zuwachs der Leistungsausgaben für 12- bis 19jährige Versicherte gegenüber 1992 zusätzlich berücksichtigt.

§ 6

Vordrucke

(1) Das Bonusheft erhält die aus Anlage 2 ersichtliche Fassung¹.

(2) Die Kosten der Vordrucke tragen die Krankenkassen

§ 7¹

Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2004 in Kraft.

¹⁾ *geändert aufgrund einer Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004*

Köln, Siegburg, 16.10.2003

¹ *Vom Abdruck des Bonusheftes wurde abgesehen.*

Protokollnotiz
zum Vertrag über die Individualprophylaxe vom 17. 3. 93

1. Die KZBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen werden die Entwicklung der Ausgaben für die Maßnahmen nach diesem Vertrag sorgfältig beobachten und wissenschaftlich begleiten. Hierzu werden sie die Individualprophylaxe-Leistungen gesondert statistisch erfassen. Sie werden die Individualprophylaxe auf der Grundlage gemeinsam anerkannter Ergebnisse weiterentwickeln.

Die Ausgaben für Individualprophylaxe-Leistungen werden bei der Analyse der Mengenentwicklung der zahnärztlichen Behandlung als gesetzliche Leistungsausweitungen gem. § 85 Abs. 3 SGB V gesondert gewertet.

Die Vertragspartner werden gemeinsam unter Einbeziehung der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleituntersuchung besondere Verfahren der Prüfung der Individualprophylaxe-Leistungen entwickeln. Dabei werden sie berücksichtigen, daß Versicherte gem. § 22 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen Anspruch auf regelmäßige Durchführung der Individualprophylaxe-Leistungen haben.

2. Auf die Angabe von Behandlungsdaten für Individualprophylaxe-Leistungen auf dem Krankenschein wird übergangsweise aus Platzgründen verzichtet. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass ein neu zu erstellender Krankenschein auch die Datumsangaben regeln muss.
3. Arzneimittel (Lack, Gel o. ä.) zur lokalen Fluoridierung (Nr. IP 4) sind als Sprechstundenbedarf zu verordnen. Der Bezug dieses Sprechstundenbedarfs soll insbesondere bei pharmazeutischen Unternehmen und Großhändlern (Dentaldepots) gem. § 47 Abs. 1 Nr. 7 Arzneimittelgesetz erfolgen. Der Zahnarzt hat dafür Sorge zu tragen, dass diese Mittel wirtschaftlich - insbesondere in entsprechenden Packungsgrößen - bezogen werden.

Beschluss des Bundesschiedsamtes
für die vertragszahnärztliche Versorgung vom 13.12.1993
zur Gewährleistung bei Füllungen und Zahnersatz

Der Ausnahmekatalog nach § 135 Abs. 4 Satz 5 SGB V¹ wird wie folgt gefasst:

"Nach § 76 Abs. 4 SGB V ist der Zahnarzt dem Versicherten gegenüber zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts verpflichtet. Die höchstrichterliche Rechtsprechung hat die Verpflichtung nach Dienstvertragsrecht beurteilt. Entsprechend § 135 Abs. 4 Satz 5 SGB V⁹ werden die Ausnahmen von der 2jährigen Gewähr wie folgt bestimmt:

1. Füllungen

Wiederholungsfüllungen innerhalb von zwei Jahren können zu Lasten der Krankenkassen abgerechnet werden bei

- Milchzahnfüllungen,
- Zahnhalsfüllungen,
- mehr als dreiflächigen Füllungen,
- Eckenaufbauten im Frontzahnbereich unter Einbeziehung der Schneidekanten,
- Fällen, in denen besondere Umstände (z. B. Bruxismus oder Vorerkrankungen) vorliegen, die der Zahnarzt auf dem Krankenblatt festhält.

Wiederholungsfüllungen können nicht abgerechnet werden, wenn ein Verschulden des Zahnarztes festgestellt wird.

2. Zahnersatz

Die Antragsfrist bei dem Prothetik-Einigungsausschuss bzw. der zuständigen Stelle beträgt 24 Monate. Diese klären die Verschuldensfrage im Einzelfall."

Zum Beschluss des Bundesschiedsamtes für die vertragszahnärztliche Versorgung vom 13.12.1993 wird folgende Protokollnotiz vereinbart:²

"Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die Gewährleistungsregelung nach Nr. 2 auch auf die ab 01.01.2004 in den Bewertungsmaßstab einbezogenen Adhäsivbrücken Anwendung findet."

¹ (ab 01.07.2008) § 137 Abs. 4 Satz 5 SGB V

² Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004

Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)

und

**der Spitzenverband Bund der Krankenkassen
(GKV-Spitzenverband)**

vereinbaren als Bestandteil der Bundesmantelverträge den nachstehenden

Vertrag

**über den Datenaustausch auf Datenträgern
oder im Wege elektronischer Datenübertragung**

Abschnitt 1

Abrechnungsunterlagen

§ 1

**Allgemeines
zu Art und Inhalt
der Abrechnungsunterlagen**

- (1) Die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen durch die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte und zahnärztlich geleiteten Einrichtungen erfolgt nach den Bestimmungen des Bundesmantelvertrages-Zahnärzte im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern mit den Krankenkassen. Die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen über Art und Umfang der Daten sind zu beachten.
- (2) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung überprüft die gesamte vertragszahnärztliche Abrechnung. Die Gesamtvertragspartner sollen vereinbaren, dass die sachliche und gebührenordnungsmäßige Richtigkeit der abgerechneten Leistungen durch Einsatz der Prüfregelein des BEMA-Moduls in der Zahnarztpraxis und/oder in der Kassenzahnärztlichen Vereinigung unterstützt wird.

Das BEMA-Modul wird von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen erstellt.

Protokollnotiz:

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung informiert den GKV-Spitzenverband schriftlich über die Inhalte und Änderungen des BEMA-Moduls. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen informieren die Krankenkassen schriftlich über den Einsatz des BEMA-Moduls.

- (3) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermitteln die nach § 295 Abs. 2 SGB V vorgesehenen Daten an die Krankenkassen nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Vertrages.

Protokollnotiz:

Soweit andere Vergütungsregelungen als auf der Basis von Einzelleistungsvergütungen gemäß § 85 Abs. 2 SGB V durch die Gesamtvertragspartner getroffen werden, kann Abweichendes über Art und Umfang der Datenübermittlung vereinbart werden.

- (4) Die Regelungen zu § 85 Abs. 4b SGB V werden auf der Landesebene getroffen.

§ 2
Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen
für konservierend chirurgische Leistungen
einschließlich FU/IP

- (1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). Dieser enthält folgende Angaben:
1. KZV-Nummer,
 2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen,
 3. Krankenversichertennummer (bei Ersatzverfahren Name und Geburtsdatum des Versicherten),
 4. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren,
 5. Zahnarztnummer (verschlüsselt),
 6. Abrechnungsquartal,
 7. Leistungsquartal,
 8. Fallnummer,
 9. Abgerechnete Gebührennummern des BEMA, der GOÄ einschließlich des Tages der Behandlung und ggf. des Zahnbezuges, bei Füllungen einschließlich der Angabe der Füllungslage, gesondert abrechenbare Kosten einschließlich Art der Kosten je Behandlungsfall.

Protokollnotiz:

Die Vertragspartner sind sich einig, dass bei der Abrechnung von vertragszahnärztlichen Leistungen nach BEMA-Teil 1 auf die gesonderte Angabe des Befundes grundsätzlich verzichtet wird, weil sich der Befund aus den bei der Abrechnung anzugebenden Gebührennummern ergibt.

10. Kosten der Behandlung (Fallwert in Punkten oder EUR nach Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit durch die KZV),
11. Röntgenbegründung,
12. Art der Inanspruchnahme (z. B. Notfall),
13. Angabe Unfall / Unfallfolge,

Nrn. 14 und 15 aufgehoben zum 01.01.2013 durch Gesetz vom 20.12.2012, Vereinbarung vom 23.04.2013

- (2) Die Verschlüsselung der Zahnarztnummer gemäß Absatz 1 Nr. 5 legt die Kassenzahnärztliche Vereinigung fest.
- Dabei ist sicherzustellen, dass auf Verlangen einer Krankenkasse die zahnarztbezogene Zuordnung der zurückliegenden Abrechnungsquartale (bis zu zwölf Quartale) erfolgt.
- (3) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse eine Gesamtrechnung bestehend aus:
1. Fallzahl,
 2. Punktsummen und jeweils gültigem Punktwert,
 3. Summen der gesondert abgerechneten Kosten in EUR,
 4. Gesamtbetrag, errechnet aus 2. und 3.,
 5. Teilrechnungen für besondere Personenkreise nach Kennzeichnung 4, 6, 7 und 8 auf dem Versicherungsnachweis (analog zu 1. bis 4.),
 6. Teilrechnungen nach dem Status M, F, R und für fehlenden Status (analog zu 1. bis 4.),

7. aufgehoben zum 01.01.2013 durch Gesetz vom 20.12.2012, Vereinbarung vom 23.04.2013
8. Rechnungsbetrag, errechnet aus 4. und 7.,
9. Datum der Rechnungsstellung.

§ 3

Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für Leistungen bei Kieferbruch und Kiefergelenkerkrankungen

- (1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). Dieser enthält folgende Angaben:
 1. KZV-Nummer,
 2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen,
 3. Krankenversichertennummer (bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten),
 4. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren,
 5. Zahnarztnummer (verschlüsselt),
 6. Monat der Abrechnung,
 7. Fallnummer,
 8. Ausstellungsdatum des Behandlungsplanes,
 9. Abgerechnete Gebührennummern des BEMA für Leistungen bei Kieferbruch und Kiefergelenkerkrankungen einschließlich des Tages der Behandlung und ggf. des Zahnbezuges sowie gesondert abrechenbare Kosten einschließlich Art der Kosten,
 10. Kosten des Eigenlabors in EUR sowie deren Einzelangaben (abgerechnete BEL-Nrn. einschließlich Kosten je Materialbezeichnung),
 11. Kosten des Fremdlabors in EUR (Sofern gesamtvertraglich nicht anders vereinbart ist die spezifizierte Rechnung unter Herstellung des Versichertenbezuges beizufügen.),
 12. Kosten der Behandlung (Fallwert in Punkten oder EUR nach Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit durch die KZV),

- (2) Die Verschlüsselung der Zahnarztnummer gemäß Absatz 1 Nr. 5 legt die Kassenzahnärztliche Vereinigung fest.

Dabei ist sicherzustellen, dass auf Verlangen einer Krankenkasse die zahnarztbezogene Zuordnung der zurückliegenden Abrechnungsquartale (bis zu zwölf Quartale) erfolgt.

- (3) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse eine Gesamtrechnung bestehend aus:
 1. Fallzahl,
 2. Punktsommen und jeweils gültigem Punktwert,
 3. Summen in EUR getrennt nach Kosten für das Fremdlabor und Eigenlabor sowie der gesondert abgerechneten Kosten,
 4. Rechnungsbetrag (Gesamtbetrag errechnet aus 2. und 3.),
 5. Teilrechnungen für besondere Personenkreise nach Kennzeichnung 4, 6, 7 und 8 auf dem Versicherungsnachweis (analog zu 1. bis 4.),
 6. Teilrechnungen nach dem Status M, F, R und für fehlenden Status (analog zu 1. bis 4.),
 7. Datum der Rechnungsstellung.

§ 4
Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen
für kieferorthopädische Leistungen

- (1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). Dieser enthält folgende Angaben:
1. KZV-Nummer,
 2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen,
 3. Krankenversichertennummer (bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten),
 4. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren,
 5. Zahnarztnummer (verschlüsselt),
 6. Abrechnungsquartal,
 7. Leistungsquartal,
 8. Fallnummer,
 9. Ausstellungsdatum des Behandlungsplanes bzw. des Verlängerungsantrages, Datum des Beginns und des Endes der Behandlung,
 10. Abschlagskennzeichen (Regel-, Früh-, Verlängerungsbehandlung) und -nummer oder Leerquartalszeichen oder Notfallvertretungskennzeichen oder Kennzeichen, falls nur Diagnostik bzw. Einzelmaßnahmen außerhalb der Kfo-Behandlung,
 11. Begleitleistungen bzw. Einzelmaßnahmen außerhalb der Kfo-Behandlung (abgerechnete Gebührennummern für konservierend chirurgische Leistungen einschließlich FU/IP des BEMA, der GOÄ einschließlich des Tages der Behandlung und ggf. des Zahnbezuges, bei Füllungen einschließlich der Angabe der Füllungslage, gesondert abrechenbare Kosten einschließlich Art der Kosten),
 12. Kosten der Begleitleistungen (in Punkten oder EUR),
 13. abgerechnete Gebührennummern des BEMA für kieferorthopädische Leistungen einschließlich eines Kennzeichens für nicht genehmigungspflichtige außerplanmäßige Leistungen (ggf. mit Zahnbezug) und deren Punktsumme mit Angabe der Punktwertes,
 14. Kosten des Eigenlabors in EUR sowie ggf. deren Einzelangaben (abgerechnete BEL-Nrn. einschließlich Kosten je Materialbezeichnung) sofern gesamtvertraglich nicht anders vereinbart,
 15. Kosten des Fremdlabors in EUR (Sofern gesamtvertraglich nicht anders vereinbart, ist die spezifizierte Rechnung unter Herstellung des Versichertenbezuges beizufügen.),
 16. Kosten der kieferorthopädischen Leistungen, errechnet aus 13., 14. und 15. sowie Kassen- und Versichertenanteile einschließlich des zugrundeliegenden Kassenzuschusses in Prozent,
 17. Fallwert (Summe aus 12. und 16.) in EUR nach Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit durch die KZV),
 18. Kennzeichen für spezielle Abrechnungsverträge,
- Nrn. 19 und 20 aufgehoben zum 01.01.2013 durch Gesetz vom 20.12.2012, Vereinbarung vom 23.04.2013*
- (2) Die Verschlüsselung der Zahnarztnummer gemäß Absatz 1 Nr. 5 legt die Kassenzahnärztliche Vereinigung fest.
- Dabei ist sicherzustellen, dass auf Verlangen einer Krankenkasse die zahnarztbezogene Zuordnung der zurückliegenden Abrechnungsquartale (bis zu zwölf Quartale) erfolgt.

- (3) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse eine Gesamtrechnung bestehend aus:
1. Fallzahl,
 2. Punktsummen und jeweils gültigem Punktwert, getrennt nach kieferorthopädischen, individualprophylaktischen/Früherkennungsmaßnahmen und konservierend/chirurgischen Leistungen,
 3. Summen in EUR getrennt nach Kosten für das Fremdlabor und Eigenlabor sowie der gesondert abgerechneten Kosten,
 4. Gesamtbetrag, errechnet aus 2. und 3.,
 5. Teilrechnungen für besondere Personenkreise nach Kennzeichnung 4, 6, 7 und 8 auf dem Versicherungsnachweis (analog zu 1. bis 4.),
 6. Teilrechnungen nach dem Status M, F, R und für fehlenden Status (analog zu 1. bis 4.),
 7. *aufgehoben zum 01.01.2013 durch Gesetz vom 20.12.2012, Vereinbarung vom 23.04.2013*
 8. Rechnungsbetrag, errechnet aus 4. und 7.,
 9. Datum der Rechnungsstellung.

§ 5

Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für PAR-Leistungen

- (1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). Dieser enthält folgende Angaben:
1. KZV-Nummer,
 2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen,
 3. Krankenversichertennummer (bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten),
 4. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren,
 5. Zahnarztnummer (verschlüsselt),
 6. Monat der Abrechnung,
 7. Fallnummer,
 8. Ausstellungsdatum des Behandlungsplanes sowie Datum des Endes der Behandlung,
 9. Therapieergänzungskennzeichen,
 10. Geplante und abgerechnete Gebührennummern des BEMA für Leistungen zur systematischen Behandlung von Parodontopathien,
 11. Ggf. gesondert abrechenbare Kosten in EUR,
 12. Kosten der Behandlung (Fallwert in Punkten oder EUR nach Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit durch die KZV).
- (2) Die Verschlüsselung der Zahnarztnummer gemäß Absatz 1 Nr. 5 legt die Kassenzahnärztliche Vereinigung fest.
- Dabei ist sicherzustellen, dass auf Verlangen einer Krankenkasse die zahnarztbezogene Zuordnung der zurückliegenden Abrechnungsquartale (bis zu zwölf Quartale) erfolgt.
- (3) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse eine Gesamtrechnung bestehend aus:

1. Fallzahl,
2. Punktsummen und jeweils gültigem Punktwert,
3. Summen der gesondert abgerechneten Kosten in EUR,
4. Rechnungsbetrag (Gesamtbetrag errechnet aus 2. und 3.),
5. Teilrechnungen für besondere Personengruppen nach Kennzeichnung 4, 6, 7 und 8 auf dem Versicherungsnachweis (analog zu 1. bis 4.),
6. Teilrechnungen nach dem Status M, F, R und für fehlenden Status (analog zu 1. bis 4.),
7. Datum der Rechnungsstellung.

§ 6

Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für Zahnersatz-Leistungen nach § 55 SGB V

- (1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). Dieser enthält folgende Angaben:

1. KZV-Nummer,
2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen,
3. Krankenversichertennummer (bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten),
4. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren,
5. Zahnarztnummer (verschlüsselt),
6. Monat und ggf. Nummer der Abrechnung,
7. Fallnummer,
8. Ausstellungsdatum des Heil und Kostenplanes,
9. Eingliederungsdatum und Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes,
10. Angabe Unfall oder Unfallfolge / Berufskrankheit,
11. Angabe Versorgungsleiden,
12. Kennzeichnung bei Verwendung von Nichtedelmetall (NEM),
13. Kennzeichen im Falle von Teilleistungen und ggf. Erklärung, warum es nicht zur Vollendung der vorgesehenen Leistungen gekommen ist,
14. Angabe des/der Befunde(s) für die Festzuschüsse (gemäß HKP II) einschließlich der Zahn-/Gebietsbezeichnung einschließlich der Festzuschussbeträge in EUR,
15. dto. für nachträgliche Befunde,
16. Angabe Bonus in Prozent bzw. Härtefall,
17. Kennzeichen, dass keine GOZ-Leistungen enthalten sind,
18. Gesamtsumme entsprechend der Zeile 7 aus Abschnitt V des HKPs,
19. Festzuschuss der Kasse in EUR (höchstens Wert wie in Nr. 18),
20. Versichertenanteil in EUR (Differenz Nr. 18 abzüglich Nr. 19).
21. In allen Behandlungsfällen sind das Zahnarztthonorar entsprechend Zeile 1, das Zahnarztthonorar zusätzliche Leistungen entsprechend Zeile 2, sowie die Versandkosten entsprechend Zeile 6 des Abschnittes V des Heil- und Kostenplans anzugeben.

In allen Härtefällen und in allen Fällen der nicht bewilligungsbedürftigen Wiederherstellungen/Erweiterungen sind darüber hinaus die Kosten des Eigenlabors und des Fremdlabors in EUR anzugeben.

Bis zur Umsetzung einer papierlosen Regelung mit den gewerblichen Laboratorien und einer entsprechenden Regelung für Eigenlabore sind bei der Abrechnung von Leistungen in Härtefällen oder zum Zweck von nicht bewilligungsbedürftigen Wiederherstellungen/Erweiterungen, Kopien der Rechnungen für die zahntechnischen

Leistungen unter Herstellung des Versichertenbezuges beizufügen. Diese können auch als elektronische Dokumente, beispielsweise in Form von PDF Dateien, mit versandt werden.

Protokollnotiz:

Aus datenschutzrechtlichen Gründen wird der Versichertenbezug dadurch sichergestellt, dass in der Papierabrechnung Kopien der Zahntechnik-Rechnung oder der Eigenbelege fest mit dem Heil- und Kostenplan verbunden werden. Die Vertragspartner werden hierüber neu verhandeln, wenn die Papierformulare bei der Abrechnung wegfallen.

- (2) Die Verschlüsselung der Zahnarztnummer gemäß Absatz 1 Nr. 5 legt die Kassenzahnärztliche Vereinigung fest.
Dabei ist sicherzustellen, dass auf Verlangen einer Krankenkasse die zahnarztbezogene Zuordnung der zurückliegenden Abrechnungsquartale (bis zu zwölf Quartale) erfolgt.
- (3) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse eine Gesamtrechnung bestehend aus:
 1. Fallzahl,
 2. Summe der Versichertenanteile in EUR,
 3. Rechnungsbetrag in EUR (Summe der abgerechneten Festzuschüsse/Kosten),
 4. Teilrechnungen für besondere Personengruppen nach Kennzeichnung 4, 6, 7 und 8 auf dem Versicherungsnachweis (analog zu 1. bis 3.),
 5. Teilrechnungen nach dem Status M, F, R und für fehlenden Status (analog zu 1. bis 3.),
 6. Datum der Rechnungsstellung.

§ 7 aufgehoben zum 01.01.2013 durch Gesetz vom 20.12.2012, gem. Vereinbarung vom 23.04.2013

§ 8 Übermittlung der Datensätze

- (1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermitteln den jeweiligen Krankenkassen oder den von ihnen benannten Stellen im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern die jeweiligen Gesamtrechnungen gemäß den Absätzen 3 der §§ 2 bis 6 dieses Vertrages zusammen mit den jeweiligen Einzelfallnachweisen gemäß den Absätzen 1 der §§ 2 bis 6 dieses Vertrages.
- (2) Die Weiterleitung der Daten nach Absatz 1 kann unter Beachtung der Vorschriften des § 80 SGB X auch unmittelbar an eine von der Krankenkasse mit der Datenverarbeitung beauftragte Stelle erfolgen.

§ 9 Verbot der Zusammenführung der Daten

- (1) *aufgehoben zum 01.01.2013 durch Gesetz vom 20.12.2012, Vereinbarung vom 23.04.2013*
- (2) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen liefern in Einzelfällen den Krankenkassen auf Anforderung unter Angabe des Verwendungszwecks in Form von Begründungsnummern gemäß vereinbartem Katalog laut Anlage die unverschlüsselte Zahnarztnummer des Zahnarztverzeichnisses nach § 11 dieses Vertrages.

- (3) Zu den Anforderungen nach Absatz 2 hat die Krankenkasse folgende Daten aus dem jeweiligen Einzelfallnachweis nach § 2 Absatz 1 dieses Vertrages anzugeben:
1. KZV-Nummer,
 2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse.
 3. Krankenversichertennummer (bei Ersatzverfahren Name und Geburtsdatum des Versicherten),
 4. Abrechnungsquartal,
 5. Leistungsquartal,
 6. Fallnummer,
 7. Zahnarztnummer (verschlüsselt).
- (4) Die Voraussetzungen der Begründungsnummer 601 der Anlage zu § 9 Abs. 2 dieses Vertrages sind dann erfüllt, wenn in begründeten Fällen seitens der Krankenkasse konkrete Anhaltspunkte für Fehlrechnungen oder Vertragsverletzungen aufgezeigt werden.

Abschnitt 2
Zufälligkeitsprüfung
nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V

§ 10
Art und Inhalt der Prüfunterlagen

- (1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermitteln den Prüfungsstellen nach § 106 Abs. 4a SGB V im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern quartalsweise eine Liste der Vertragszahnärzte, die gemäß § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V in die Zufälligkeitsprüfung einbezogen werden, und aus den Abrechnungen dieser Vertragszahnärzte je Zahnarzt folgende Daten:
1. Leistungsquartal,
 2. KZV-Nummer,
 3. Zahnarztnummer,
 4. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse,
 5. Krankenversichertennummer (bei Ersatzverfahren Name und Geburtsdatum des Versicherten),
 6. Abgerechnete Gebührennummern des BEMA, der GOÄ je Behandlungsfall einschließlich des Tages der Behandlung und des Zahnbezugs (ohne IP-Positionen).

Protokollnotiz:

Die Vertragspartner sind sich einig, dass bei der Abrechnung von vertragszahnärztlichen Leistungen nach BEMA-Teil 1 auf die gesonderte Angabe des Befundes grundsätzlich verzichtet wird, weil sich der Befund aus den bei der Abrechnung anzugebenden Gebührennummern ergibt.

Die Daten sind jeweils für den Zeitraum eines Jahres zu übermitteln.

- (2) Die Krankenkassen übermitteln den Prüfungsstellen nach § 106 Abs. 4a SGB V im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern von den in die Prüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V einbezogenen Vertragszahnärzten quartalsweise je Zahnarzt folgende Daten:
1. Zahnarztnummer,
 2. Verordnungsquartal,
 3. Institutionskennzeichen (IK),
 4. Krankenversichertennummer (bei Ersatzverfahren Name und Geburtsdatum des

- Versicherten),
5. Status (M/F/R),
 6. Zahl der zahnärztlich verordneten Arzneimittel (inkl. Verbandmittel) und SSB, gesamt und getrennt nach Arznei- bzw. Verbandmittel und SSB,
 7. Bruttowert der zahnärztlich verordneten Arzneimittel (inkl. Verbandmittel), gesamt und getrennt nach Arznei- und Verbandmittel.

Die Daten sind jeweils für den Zeitraum eines Jahres zu übermitteln.

- (3) Die versichertenbezogene Übermittlung von Angaben über zahnärztliche und zahnärztlich verordnete Leistungen an die Prüfungsstellen nach § 106 Abs. 4a SGB V ist nur zulässig, soweit die Wirtschaftlichkeit oder Qualität der zahnärztlichen Behandlungs- oder Ordnungsweise im Einzelfall zu beurteilen ist.
- (4) Daten nach Absatz 1 über zahnärztliche und Daten nach Absatz 2 über zahnärztlich verordnete Leistungen dürfen, soweit sie versichertenbezogen sind, auf maschinell verwertbaren Datenträgern bei den Prüfungsstellen nach § 106 Abs. 4a SGB V nur zusammengeführt werden, soweit dies zur Durchführung der Prüfungen nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V erforderlich ist.

Abschnitt 3 Zahnarztverzeichnis

§ 11 Art, Inhalt und Übermittlung

- (1) Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung stellt dem GKV-Spitzenverband eine Datei mit einem bundesweiten Verzeichnis der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte und zahnärztlich geleiteten Einrichtungen gemäß § 293 Abs. 4 SGB V auf maschinell verwertbaren Datenträgern zur Verfügung.
- (2) Das Nähere regelt die Technische Anlage.
- (3) Die Weiterleitung der Daten nach Abs. 1 kann unter der Beachtung der Vorschriften des § 80 SGB X gemäß besonderer Regelungen nach Anlage zu diesem Vertrag unmittelbar an eine von dem GKV-Spitzenverband mit der Datenverarbeitung beauftragte Stelle erfolgen.

Abschnitt 4 Nutzung, Speicherung und Löschung von Daten

§ 12 Nutzung, Speicherung und Löschung von Daten

- (1) Die nach diesem Vertrag rechtmäßig erhobenen versichertenbezogenen Daten dürfen jeweils nur zu den Zwecken verwendet werden, zu denen sie rechtmäßig erhoben worden sind, für andere Zwecke nur, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist.
- (2) Die Krankenkasse speichert die Daten der Einzelfallnachweise gemäß § 2 Abs. 1 dieses Vertrages für einen Zeitraum von höchstens drei Jahren, beginnend nach dem Ende des jeweiligen Geschäftsjahres. Nach Ablauf von zwölf Quartalen werden die Daten von der Krankenkasse quartalsweise fortlaufend gelöscht.

- (3) Daten sind entsprechend § 304 SGB V zu löschen, wenn ihre Kenntnis für die speichernde Stelle zur Erfüllung der in ihrer Zuständigkeit liegenden Aufgaben nicht mehr erforderlich ist.

Abschnitt 5 Statistische Daten

§ 13 Übermittlung statistischer Daten auf Landesebene

- (1) Soweit die Partner der Gesamtverträge nichts Abweichendes vereinbaren, erhalten die Landesverbände der Krankenkassen/Verbände der Ersatzkassen für statistische Zwecke von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf maschinell verwertbaren Datenträgern, getrennt nach den einzelnen BEMA-Teilen (1 bis 4), für jede Kassenart und kassenartenübergreifend:
1. die Frequenzstatistik (Aufgliederung nach Gebührennummern) je Zahnarzt und insgesamt,
 2. die Anzahl der Behandlungsfälle,
 3. die Zahl der abgerechneten Punkte,
 4. die Vergütung, getrennt nach Honorar-, Material- und Laborkosten und
 5. die Zahl der Vertragszahnärzte.
- (2) Die Weiterleitung der Daten nach Absatz 1 kann unter Beachtung der Vorschriften des § 80 SGB X gemäß besonderer Regelungen nach Anlage zu diesem Vertrag auch unmittelbar an eine von den Krankenkassen mit der Datenverarbeitung beauftragten Stelle erfolgen.
- (3) Weitergehende Regelungen können vereinbart werden.

Abschnitt 6 Technische Durchführung des Vertrages

§ 14 Technische und organisatorische Form der Datenübermittlung

- (1) Die technische und organisatorische Form sowie die Kontroll- und Berichtigungsverfahren der Datenübermittlung werden in Anlagen zu diesem Vertrag geregelt. Sie sind Bestandteil dieses Vertrages.
- (2) Hinsichtlich der technischen und organisatorischen Form der Datenübermittlung sind Verschlüsselungsmaßnahmen gemäß der Anlage zu § 78 a SGB X zu treffen, die geeignet sind zu verhindern, dass bei der Übertragung der Daten sowie beim Transport von Datenträgern die Daten unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder gelöscht werden können (Transportkontrolle). In der Technischen Anlage wird hierzu festgelegt, welcher Mindeststandard für die Verschlüsselung der Daten erfolgt.
- (3) Die Vertragspartner streben für die Verschlüsselung ein Krypto-Verfahren an. Solange dieses Verfahren noch nicht realisiert ist, ist sicherzustellen, dass die übermittelnde Stelle einen geheimen Algorithmus verwendet. Für die Beachtung des Mindeststandards bei der Verschlüsselung ist die nach den gesamtvertraglichen Bestimmungen für die Übermittlung jeweils zuständige Stelle verantwortlich. Eine Datenübermittlung mittels Fern-

übertragung ist erst dann zulässig, wenn die Vertragspartner gemeinsam feststellen, dass ein geeignetes Verfahren zur Datenverschlüsselung zur Verfügung steht. Auf der Grundlage der Technischen Anlage zur Vereinbarung über den Risikostrukturausgleich vom 07.12.1994 werden zwischen den Vertragspartnern weitere Einzelheiten zur Technik der Datenträger und der Datenformate sowie der Datenübermittlung festgelegt.

Abschnitt 7 Inkrafttreten und Übergangsregelung

§ 15 Inkrafttreten

Dieser Vertrag tritt in seiner geänderten Fassung am 01.07.2010 in Kraft und wird von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband veröffentlicht.

§ 16 Übergangsregelung

Wenn und solange die Voraussetzungen für eine Abrechnung nach den Bestimmungen dieses Vertrages durch die Vertragspartner noch nicht erfüllt sind, gilt das jeweilige bisher vereinbarte Abrechnungsverfahren weiter.

Anlage zum Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern

Begründungsnummern zur Entschlüsselung der Zahnarztnummer des Einzelfallnachweises auf Anforderung gemäß § 9 Absatz 2

- | | | |
|-----|---|---|
| 500 | ■ | Prüfung auf sonstigen Schaden mit entsprechender Begründung

Auffälligkeiten/Missbrauch
- SGB X § 69 ff. - |
| 601 | ■ | begründeter Verdacht auf
Fehlabrechnungen/Vertragsverletzungen durch Vertragszahnärzte |
| 611 | ■ | Verdacht auf Leistungserschleichung durch Mitglieder/Patienten |

Köln, Berlin, 10.06.2010

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

GKV-Spitzenverband

**Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)
und
der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)
vereinbaren als Bestandteil der Bundesmantelverträge die nachstehende**

Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung

gültig ab dem 01.01.2012

Präambel

Die Vertragspartner haben mit dem Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung vom 01. Juli 2010 (DTA-Vertrag) die Voraussetzungen für eine elektronische Übermittlung der Abrechnungsdaten zwischen Kassenzahnärztlicher Vereinigung (KZV) und Krankenkasse in allen Leistungsbereichen geschaffen. Die technischen Voraussetzungen für eine Abrechnung nach den Bestimmungen des DTA-Vertrages sind zum 01. Januar 2012 erfüllt. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass ab diesem Zeitpunkt das bisher in den Bundesmantelverträgen vereinbarte Abrechnungsverfahren zwischen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen obsolet wird. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung hat darüber hinaus die Voraussetzungen geschaffen, um die Abrechnung zwischen Vertragszahnarzt und KZV ab dem 01. Januar 2012 grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübertragung zu gewährleisten. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass mit der Umsetzung des DTA-Vertrages auch die Abrechnung zwischen Vertragszahnarzt und Kassenzahnärztlicher Vereinigung grundsätzlich papierlos erfolgt. Vor diesem Hintergrund schließen die Vertragspartner zur Umsetzung des DTA-Vertrages folgende „Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung“ als Bestandteil des allgemeinen Inhalts der Gesamtverträge.

§ 1

Umsetzung des DTA-Vertrages

Die Umsetzung des DTA-Vertrages vom 01. Juli 2010 erfolgt ab dem 01. Januar 2012. Ab diesem Zeitpunkt erfolgt die Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen zwischen KZV und Krankenkasse nach den Regelungen des DTA-Vertrages, der Technischen Anlage zum DTA-Vertrag und den nachfolgenden Bestimmungen. Mit der Umsetzung des DTA-Vertrages erfolgt die Abrechnung zwischen Vertragszahnarzt und KZV ab dem 01. Januar 2012 grundsätzlich elektronisch nach Maßgabe folgender Regelungen.

§ 2

Bestimmungen über die edv-mäßige Erstellung der Abrechnung

- (1) Die Abrechnungsdaten, die Bestandteil der Abrechnungsvordrucke für konservierend-chirurgische Leistungen (Muster 1: Erfassungsschein kons./chir.), für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch (Muster 3 b: Abrechnungsförmular für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch) gemäß Anlage 2 zum BMV-Z/EKVZ in der Fassung vom 01. Januar 2004 sind, werden vom Zahnarzt an die KZV grundsätzlich elektronisch oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt. Gleiches gilt für die Abrechnungsdaten, die Bestandteil des Kfo-Abrechnungsscheines für kieferorthopädische Leistungen gemäß Muster 4 der Anlage 2 zum BMV-Z/ Anlage 9 a EKVZ sind und für die Abrechnungsdaten auf Blatt 2 des Parodontalstatus gemäß Anlage 10 b BMV-Z/EKVZ, sowie die Abrechnungsdaten unter Abschnitt V des Heil- und Kostenplanes gemäß der Vereinbarung zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband nach § 87 Abs. 1 a SGB V über die Versorgung mit Zahnersatz (Anlage 3 zum BMV-Z/Anlage 4 EKVZ). Im Übrigen richten sich die zu übermittelnden Daten nach dem zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband geschlossenen DTA-Vertrag vom 01. Juli 2010.

- (2) Für die edv-mäßige Erstellung der Abrechnung zwischen Vertragszahnarzt und KZV gilt grundsätzlich die Anlage 2 zum BMV-Z/EKVZ in der Fassung vom 01. Januar 2012 als Bestandteil dieser Vereinbarung. Die datenschutzrechtlichen Vorschriften für Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten sind zu beachten.
- (3) Die Verpflichtung des Vertragszahnarztes, der Abrechnung die ordnungsgemäß ausgefüllten Abrechnungsvordrucke beizufügen (vgl. § 16 Abs. 1 EKVZ), entfällt. Ebenso entfällt die Verpflichtung der KZVen, diese Abrechnungsunterlagen an die Krankenkassen zu übermitteln (vgl. § 27 BMV-Z, § 17 Abs. 1 EKVZ). Für die Aufbereitung der Abrechnungsdaten durch die KZVen gilt der DTA- Vertrag in seiner jeweils gültigen Fassung.

§ 3

Elektronische Abrechnung von Material- und Laborkosten der Leistungsbereiche BEMA-Z Teile 2, 3 und 5

- (1) Die Vertragszahnärzte übermitteln die abrechnungsrelevanten Daten des zahntechnischen Labors bzw. des praxiseigenen Labors grundsätzlich im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern.
- (2) Die Anlage 1 des EKVZ bzw. die bestehenden gesamtvertraglichen Regelungen im Primärkassenbereich zur Abrechnung von Material- und Laborkosten bleiben unberührt. Sie ist den Erfordernissen eines papierlosen Abrechnungsverfahrens anzupassen.

§ 4

Übergangsregelungen

- (1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen können für Fälle, in denen die Übermittlung von Abrechnungsdaten durch den Vertragszahnarzt an die KZV gemäß § 2 Abs. 1 dieser Vereinbarung nicht elektronisch oder maschinell auf Datenträgern erfolgt das Verfahren der Datenlieferung bestimmen.
- (2) Kosten des Eigenlabors und des Fremdlabors in EUR sowie deren Einzelangaben (abgerechnete L-Nrn, einschließlich Kosten je Materialbezeichnung) sind den Krankenkassen ab dem 01. Januar 2012 grundsätzlich im Wege der elektronischen Datenübertragung zu übermitteln. Eine gesonderte Übertragung der Rechnungsdaten des gewerblichen Labors auf maschinell verwertbaren Datenträgern, auch als Bilddokument, ist als Übergangsregelung möglich, wenn diese Daten den übrigen Abrechnungsdaten versichertenbezogen elektronisch zugeordnet werden. Eine Übertragung der Rechnungsdaten des gewerblichen Labors in Papierform ist nur noch in Ausnahmefällen möglich, wenn in der Abrechnung eine versichertenbezogene Zuordnung mit den sonstigen Abrechnungsdaten gewährleistet ist.
- (3) Die Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung gilt für alle vertragszahnärztlichen Leistungen, die nach dem 31. Dezember 2011 erbracht und abgerechnet werden.

§ 5

Inkrafttreten

Dieser Vertrag tritt am 1. Januar 2012 in Kraft.

Köln, Berlin 12.07.2011

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

GKV-Spitzenverband

Ergänzende Vereinbarung
zur Einführung der papierlosen Abrechnung entsprechend des Vertrags über
den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Abrechnung

zwischen der
Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, K. d. ö. R. (KZBV), Köln
und
dem GKV-Spitzenverband, Berlin

Die KZBV und der GKV-Spitzenverband haben am 12.07.2011 eine Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung ab dem 01.01.2012 geschlossen.
Die vereinbarungsgemäße Umsetzung zum 01.01.2012 kann im Bereich der Monatsabrechnungen KBR, PAR und ZE nicht realisiert werden. Für die quartalsgebundene Abrechnung Kieferorthopädie kommt es zu keiner Verschiebung.

Die nachfolgende Vereinbarung ergänzt die zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge abgeschlossene Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung vom 12.07.2011.:

1. Abweichend von dem in § 1 der Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung vom 12.07.2011 genannten Termin erfolgt die Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen für die Bema-Teile 2, 4 und 5 zwischen KZV und Krankenkasse ab dem 01.02.2012, d. h. mit der Monatsabrechnung Februar 2012 der Zahnärzte, nach den Regelungen des zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband geschlossenen Vertrags über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung (DTA-Vertrag) in der Fassung vom 01.07.2010 sowie der Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung vom 12.07.2011. Für den Bema-Teil 3 bleibt es bei dem im DTA-Vertrag vereinbarten Beginn ab dem 01.01.2012.

Als Monatsabrechnung wird der Zeitraum definiert, in dem die Zahnärzte für den jeweiligen Monat zu den vertraglich vereinbarten Terminen ihre Abrechnung bei der KZV einzureichen haben.

Für die im Rahmen der Monatsabrechnung Januar 2012 an die Krankenkassen übermittelten Papierabrechnungen gilt, dass diese in Inhalt und Umfang dem bis Dezember 2011 gelieferten Rahmen zu entsprechen haben.

2. Bei den Monatsabrechnungen für Februar und März 2012 können Zahnarztpraxen hinsichtlich nicht zu verarbeitender XML-Dateien die Rechnungsdaten des gewerblichen Laboratoriums in Papierform an die KZV übermitteln.
3. Die jeweilige KZV erfasst für jede Krankenkasse mindestens 50 Prozent der in Papierform übermittelten Rechnungen der gewerblichen Laboratorien elektronisch nach und überführt diese Daten in den entsprechenden Abrechnungsdatensatz. Alle Abrechnungsdatensätze werden dann zu den vertraglich vereinbarten Terminen an die Krankenkasse bzw. die Datenannahmestelle weitergeleitet. Für die Bestimmung von Berichtigungsfristen ist der Eingang der Datenlieferungen im vertraglich vereinbarten Umfang bei der Datenannahmestelle der jeweiligen Krankenkasse maßgebend. In Fällen, in denen Laborrechnungen in Pa-

perform übermittelt werden, wird der Versichertenbezug entsprechend der Protokollnotiz zu § 6 des DTA-Vertrags hergestellt.

4. Ab der Monatsabrechnung für April 2012 werden von den KZVen sämtliche Abrechnungen entsprechend des DTA-Vertrags vollumfänglich in elektronischer Form an die Krankenkassen übermittelt. Bei Abweichungen hiervon können die Krankenkassen für die Nacherfassung der nicht elektronisch gelieferten Daten pauschale Rechnerkürzungen nach § 303 Abs. 3 SGB V geltend machen. Bei vorhersehbaren Abweichungen informieren die KZVen die Krankenkassen rechtzeitig vor Eingang der Abrechnungsdatensätze entsprechend.
5. Eine Übermittlung von Abrechnungsdaten in Papier ist mit der Monatsabrechnung für April 2012 nicht länger möglich. Die entsprechenden Regelungen in § 4 Abs. 2 der Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung und § 6 Nr. 21 dritter Absatz des DTA-Vertrags sowie der dazugehörigen Protokollnotiz treten zum 01.04.2012 außer Kraft.
6. Die Übergangsregelung zur versichertenbezogenen Datenlieferung für den Risikostrukturausgleich nach §§ 267 und 268 vom 30.06.2009 endet, sobald die monatlichen bzw. quartalsweisen Abrechnungen per Datenträgeraustausch vereinbarungsgemäß erfolgen.
7. Alle bis zum 01.02.2012 auf Landesebene geschlossenen Vereinbarungen können einvernehmlich weitergeführt werden.

Diese Vereinbarung tritt am 1. Januar 2012 in Kraft.

Köln, Berlin 09.03.2012

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

GKV-Spitzenverband

und

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
der Bundesverband der Ortskrankenkassen,
der Bundesverband der Betriebskrankenkassen,
der Bundesverband der Innungskrankenkassen,
der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
die Knappschaft,
die Seekrankenkasse,
der Verband der Angestellten-Krankenkassen VdAK, e.V.,
sowie der Angestellten-Ersatzkassen-Verband, AEV, e.V.

beschließen die folgenden

**Richtlinien der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung
und der Spitzenverbände der Krankenkassen
nach § 106 Abs. 2 b SGB V
zum Inhalt und zur Durchführung der
Prüfungen nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V
(Zufälligkeitsprüfung)**

Gemäß § 106 Abs. 2b SGB V vereinbaren die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen die nachfolgenden Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen der Wirtschaftlichkeit der vertragszahnärztlichen Versorgung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V (Zufälligkeitsprüfung):

§ 1

Anwendungsbereich

- (1) Die Richtlinien finden Anwendung auf die Zufälligkeitsprüfung der zahnärztlichen und zahnärztlich verordneten Leistungen nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte und zahnärztlich geleiteten Einrichtungen (zugelassene Medizinische Versorgungszentren, zugelassene Einrichtungen nach § 311 SGB V, ermächtigte Einrichtungen), die über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechnet werden, es sei denn, die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet (z.B.: Hochschulambulanzen gemäß § 120 Abs. 2 Satz 1 SGB V, Leistungen auf der Grundlage von Einzelverträgen nach Maßgabe der §§ 140a ff. SGB V).
- (2) Die Richtlinien sind allgemeiner Inhalt der regionalen Prüfvereinbarungen nach § 106 Abs. 3 SGB V.

§ 2

Zuständigkeit

- (1) Zuständig für die Durchführung der zahnarzt- und versichertenbezogenen Zufälligkeitsprüfungen sind die Prüfungsstellen und Beschwerdeausschüsse nach § 106 Abs. 4 SGB V.
- (2) Die Zuständigkeit liegt im Falle kzv-bezirksübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften bei den Prüfungsgremien im Bezirk der KZV des gewählten Vertragszahnarztsitzes nach § 33 Abs. 3 Zulassungsverordnung-Zahnärzte (ZV-Z).
- (3) Im Falle kzv-bezirksübergreifender Zweigpraxen im Sinne des § 24 Abs. 3 Satz 3 ZV-Z liegt die Zuständigkeit bei den Prüfungsgremien im Bezirk der KZV am Vertragszahnarztsitz sowie im Bezirk der KZV am Ort der Zweigpraxis für die am jeweiligen Tätigkeitsort erbrachten Leistungen.

§ 3

Umfang der Stichproben

- (1) In die Zufälligkeitsprüfungen sind je Quartal mindestens 2 % der im Bereich einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte und zahnärztlich geleiteten Einrichtungen nach § 1 einzubeziehen (zahnarztbezogene Stichprobe).
- (2) In die Bildung der Quote sind alle Leistungserbringer einzubeziehen, die zum letzten Tag des Prüfzeitraums mindestens seit vier Quartalen zugelassen oder ermächtigt waren.
- (3) Die Vertragspartner nach § 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V können die Bestimmung der zahnarztbezogenen Stichprobe nach bestimmten Leistungsmerkmalen vereinbaren.
Abweichend von Absatz 1 können für einzelne Stichprobengruppen abweichende Prüfquoten vereinbart werden. Die Quote nach Absatz 1 darf insgesamt nicht unterschritten werden.

§ 4

Bestimmung der Stichproben

Die Stichproben sind nach dem Zufallsprinzip zu bestimmen.

§ 5

Verfahren der Stichprobenziehung

- (1) Die Ziehung der zahnarzt- und versichertenbezogenen Stichprobe erfolgt bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen.
- (2) Das Nähere zum Verfahren der Stichprobenziehung vereinbaren die Vertragspartner nach § 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V.

§ 6

Prüfzeitraum

- (1) Die Zufälligkeitsprüfungen erfassen einen Zeitraum von mindestens einem Jahr. Der Prüfzeitraum endet mit dem vorletzten Abrechnungsquartal, das dem Quartal der Stichprobenziehung vorausgeht.
- (2) Eine Prüfung unterbleibt, wenn der Zahnarzt oder die zahnärztlich geleitete Einrichtung nach § 1 innerhalb eines zurückliegenden Zeitraums von zwei Jahren seit dem Tag der Stichprobenziehung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung unterlag.

§ 7

Prüfgegenstand

- (1) Prüfungsgegenstand ist grundsätzlich das zur Abrechnung vorgelegte Leistungsvolumen.
- (2) Behandlungen für die die Krankenkasse auf Grund des Heil- und Kostenplanes, des KFO-Behandlungs-, Therapieänderungs- oder Verlängerungsantrages und des Parodontalstatus die Kosten übernommen oder einen Zuschuss gewährt hat, unterliegen keiner nachträglichen Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit, es sei denn, die abgerechneten Leistungen gehen über den Umfang der bewilligten Leistungen hinaus.

§ 8

Prüfkriterien

Wenn und soweit dafür Veranlassung besteht erfolgt die zahnarzt- und versichertenbezogene Zufälligkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V anhand der Kriterien nach § 106 Abs. 2a SGB V.

§ 9

Nebeneinander von Prüfarten

- (1) Die Zufälligkeitsprüfung erfolgt unabhängig von bereits im Rahmen des § 106 oder 106a SGB V durchgeführten Prüfungen nach anderen Prüfarten.
- (2) Die Zufälligkeitsprüfung kann Veranlassung geben, ein Verfahren der sachlich-rechnerischen Berichtigung nach § 106a Abs. 2 SGB V einzuleiten.

§ 10

Prüfvereinbarungen

Die Partner der Vereinbarungen nach § 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V regeln das Nähere zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen.

§ 11

Inkrafttreten

Die Richtlinien treten am 01.07.2008 in Kraft und werden von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen veröffentlicht.

Köln, Bonn, Bergisch Gladbach, Kassel, Bochum, Hamburg, Siegburg 19.12.2007

und

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

**der Bundesverband der Ortskrankenkassen,
der Bundesverband der Betriebskrankenkassen,
der Bundesverband der Innungskrankenkassen,
der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
die Knappschaft,
der Verband der Angestellten-Krankenkassen VdAK, e.V.,
sowie der Angestellten-Ersatzkassen-Verband, AEV, e.V.**

beschließen die folgenden

Richtlinien der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 106a Abs. 6 SGB V zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfungen nach § 106a Abs. 2 und 3 SGB V

Gemäß § 106a Abs. 6 Satz 1 SGB V vereinbaren die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen die nachfolgenden Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen nach § 106a Abs. 2 SGB V (Abrechnungsprüfung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung) sowie nach § 106a Abs. 3 SGB V (Abrechnungsprüfung der Krankenkassen):

I. Anwendungsbereich und Zuständigkeit

§ 1

Anwendungsbereich

Die Richtlinien finden Anwendung auf die Prüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte und zahnärztlich geleiteten Einrichtungen (zugelassene Medizinische Versorgungszentren, zugelassene Einrichtungen nach § 311 SGB V, ermächtigte Einrichtungen), die über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erfolgen, es sei denn, die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet (z. B.: Hochschulambulanzen gemäß § 120 Abs. 2 Satz 1 SGB V, Leistungen auf der Grundlage von Einzelverträgen nach Maßgabe der §§ 140a ff. SGB V).

§ 2

Zuständigkeit

- (1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind nach Maßgabe dieser Richtlinien zuständig für die Durchführung der in § 106a Abs. 2 SGB V vorgesehenen Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfungen.

Die Zuständigkeit liegt im Falle kzv-bezirksübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften bei der KZV des gewählten Vertragszahnarztsitzes nach § 33 Abs. 3 Zulassungsverordnung-Zahnärzte (ZV-Z); im Falle kzv-bezirksübergreifender Zweigpraxen im Sinne des § 24 Abs. 3 Satz 3 ZV-Z liegt die Zuständigkeit bei der KZV am Vertragszahnarztsitz sowie bei der KZV am Ort der Zweigpraxis für die am jeweiligen Tätigkeitssort erbrachten Leistungen. Anträge der Krankenkassen nach § 106 a Abs. 4 sind an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen vor Ort zu stellen.

- (2) Die Krankenkassen sind nach Maßgabe dieser Richtlinien zuständig für die Durchführung der in § 106a Abs. 3 SGB V vorgesehenen Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfungen.

II. Abrechnungsprüfung durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen nach § 106a Abs. 2 SGB V

§ 3

Gegenstand der Abrechnungsprüfung durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen

- (1) Die Abrechnungsprüfungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung erstrecken sich auf:
- die Prüfung der Berechtigung zur Abrechnung,
 - die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung sowie
 - die Prüfung der Plausibilität der Abrechnung.
- (2) Der Prüfung der Abrechnungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit geht die Prüfung der Berechtigung zur Abrechnung voraus; die Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität schließt sich der Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit an.

In die Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität fließen die nach Überprüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit korrigierten Daten ein.

§ 4

Gegenstand der Prüfung der Berechtigung zur Abrechnung

Die Prüfung der Berechtigung zur Abrechnung nach § 3 Abs. 1 erster Spiegelstrich zielt auf die Feststellung, ob der Zahnarzt oder die zahnärztlich geleitete Einrichtung zur Abrechnung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung berechtigt ist.

§ 5

Gegenstand der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnungen

- (1) Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen nach § 3 Abs. 1 zweiter Spiegelstrich zielt auf die Feststellung, ob die Leistungen rechtmäßig, also im Einklang mit den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen, abgerechnet worden sind.
- (2) Die Partner der Prüfvereinbarungen nach § 106a Abs. 5 SGB V sollen vereinbaren, dass die sachlich-rechnerische Richtigkeit der abgerechneten Leistungen durch Einsatz der Prüfregeln des BEMA-Moduls in der Zahnarztpraxis und / oder in der Kassenzahnärztlichen Vereinigung unterstützt wird. Das BEMA-Modul wird von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen erstellt.

Protokollnotiz:

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung informiert die Spitzenverbände der Krankenkassen schriftlich über die Inhalte und Änderungen des BEMA-Moduls. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen informieren die Krankenkassen schriftlich über den Einsatz des BEMA-Moduls.

- (3) Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen erstreckt sich nicht auf die Prüfung der Wirtschaftlichkeit oder Unwirtschaftlichkeit der Leistungserbringung.

§ 6

Einordnung der Prüfung der Plausibilität der Abrechnungen

Die Prüfung der Plausibilität der Abrechnungen stellt kein zusätzliches Korrekturverfahren neben sachlich-rechnerischer Prüfung und Wirtschaftlichkeitsprüfung (§ 106 SGB V) dar, sondern ein besonderes Prüfverfahren, mit dessen Hilfe aufgrund bestimmter Anhaltspunkte (§ 7) und vergleichender Betrachtungen die Plausibilität der Abrechnungen geprüft werden kann.

§ 7

Auffälligkeitskriterien im Rahmen der Plausibilitätsprüfung

- (1) In einem ersten Schritt überprüft die Kassenzahnärztliche Vereinigung die Abrechnungen auf Auffälligkeiten hin, die eine weitere Prüfung der Plausibilität nach § 8 veranlassen können. Hierzu zählen insbesondere:
 - Ungewöhnliche Fallzahlsteigerungen
 - Ungewöhnlich häufige gegenseitige Überweisungstätigkeit
 - Ungewöhnlich häufiges Abrechnen über das Ersatzverfahren
 - Erhöhte Fallidentität bei kzv-bezirksübergreifenden Zweigpraxen im Sinne des § 24 Abs. 3 Satz 3 ZV-Z
 - Ungewöhnlich häufiges und wiederholtes Auftreten von Auffälligkeiten im Rahmen der sachlich-rechnerischen Prüfung.
- (2) Weitere Kriterien können von den Partnern der Prüfvereinbarungen nach § 106a Abs. 5 SGB V vereinbart werden.

§ 8

Durchführung weiterer Plausibilitätsprüfungen bei Abrechnungsauffälligkeiten

- (1) Ergeben die Prüfungen nach § 7 Auffälligkeiten, so führt die Kassenzahnärztliche Vereinigung eine weitere aufklärende Prüfung der Auffälligkeiten auf Plausibilität durch.
- (2) Die weitere Prüfung hat zum Ziel, mit Hilfe ergänzender Tatsachenfeststellungen und Bewertungen festzustellen, ob sich die nach § 7 festgestellten Auffälligkeiten erklären lassen und die Leistungen rechtmäßig im Sinne des § 5 Abs. 1 abgerechnet wurden.
- (3) Ergibt die Plausibilitätsprüfung, dass die abgerechneten Leistungen nicht mit den Abrechnungsvorgaben des vertragszahnärztlichen Regelwerks übereinstimmen (Unplausibilität), so hat die Kassenzahnärztliche Vereinigung je nach Erfordernis ein Verfahren der sachlich-rechnerischen Berichtigung, ein Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V oder andere Maßnahmen einzuleiten.
- (4) Nach Abschluss der Prüfverfahren unterrichtet die Kassenzahnärztliche Vereinigung die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen unverzüglich über die Durchführung der Prüfungen und deren Ergebnisse.

Hierzu teilt sie die Prüfergebnisse in den Fällen mit, in denen die abgerechneten Leistungen nicht mit den Abrechnungsvorgaben des vertragszahnärztlichen Regelwerks übereinstimmen. Ergänzend hierzu wird eine Übersicht über die relative Häufigkeit der daraufhin eingeleiteten Maßnahmen übermittelt.

III. Abrechnungsprüfung durch die Krankenkassen nach § 106a Abs. 3 SGB V

§ 9

Gegenstand der Abrechnungsprüfung durch die Krankenkassen

Die Abrechnungsprüfung durch die Krankenkassen ist gerichtet auf:

1. das Bestehen und den Umfang der Leistungspflicht im Hinblick auf die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers,
2. die Plausibilität von Art und Umfang der für die Behandlung eines Versicherten abgerechneten Leistungen.

Protokollnotiz:

Die Vertragspartner sind sich einig, dass bei der Abrechnung von vertragszahnärztlichen Leistungen nach BEMA-Teil 1 auf die gesonderte Angabe des Befundes grundsätzlich verzichtet wird, weil sich der Befund aus den bei der Abrechnung anzugebenden Gebührennummern ergibt.

3. die Zuzahlungen nach § 28 Abs. 4 SGB V einschließlich der Beachtung des damit verbundenen Verfahrens nach § 43b Abs. 2 SGB V.

§ 10

Einordnung und Gegenstand der Prüfung der Plausibilität der Abrechnungen

- (1) § 6 dieser Richtlinien gilt entsprechend.
- (2) Die Prüfung der Plausibilität der Abrechnung erfolgt für konservierend-chirurgische und für individualprophylaktische Leistungen.

Protokollnotiz:

Behandlungen für die die Krankenkasse auf Grund des Heil- und Kostenplanes, des KFO-Behandlungs-, Therapieänderungs- oder Verlängerungsantrages und des Parodontalstatus die Kosten übernommen oder einen Zuschuss gewährt hat, unterliegen keiner nachträglichen Prüfung auf Plausibilität der Abrechnung, es sei denn, die abgerechneten Leistungen gehen über den Umfang der bewilligten Leistungen hinaus.

- (3) Ergibt die Prüfung eine Auffälligkeit, führt die Krankenkasse eine weitere aufklärende Prüfung durch. Die weitere Prüfung hat zum Ziel, mit Hilfe ergänzender Tatsachenfeststellungen und Bewertungen festzustellen, ob sich die festgestellten Auffälligkeiten erklären lassen.
- (4) Ergibt die Prüfung die Unplausibilität der Abrechnung, so kann die Krankenkasse je nach Erfordernis die Fallunterlagen an die Kassenzahnärztliche Vereinigung zur Entscheidung über eine sachlich-rechnerische Berichtigung abgeben und eine solche beantragen oder ein Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V einleiten.

§ 11

Information der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen

Die Krankenkassen unterrichten die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen unverzüglich über die Durchführung der Prüfungen nach § 9 Nr. 2 und teilen die Prüfungsergebnisse in den Fällen mit, in denen die abgerechneten Leistungen nicht mit den Abrechnungsvorgaben des vertragszahnärztlichen Regelwerkes übereinstimmen. Ergänzend hierzu wird eine Übersicht über die relative Häufigkeit der daraufhin eingeleiteten Maßnahmen übermittelt.

§ 12

Prüfvereinbarungen

Die Partner der Vereinbarungen nach § 106a Abs. 5 SGB V regeln das Nähere zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen einschließlich des Verfahrens der gegenseitigen Beantragung gezielter Prüfungen nach § 106 a Abs. 4 SGB V.

IV. Inkrafttreten und Übergangsvorschriften

§ 13

- (1) Die Richtlinien treten am 01. Juli 2008 in Kraft und werden von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen veröffentlicht.
- (2) Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit und darauf bezogenen Plausibilitätsprüfungen durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen für Zeiten vor Inkrafttreten dieser Richtlinien erfolgen nach den bis zu diesem Zeitpunkt vereinbarten oder beschlossenen Vorschriften.

Köln, Bonn, Essen, Bergisch Gladbach, Kassel, Bochum, Siegburg 30.01.2008

Abrechnung von Material- und Laboratoriumskosten ¹⁾

Auf der Grundlage von § 6 der bis zum 31.12.2003 geltenden Gebührentarife C, D und E werden die Material- und Laboratoriumskosten wie folgt abgerechnet:

1. Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch) und Kiefergelenkserkrankungen (BEMA Teil 2)

Die Material- und Laboratoriumskosten können gesondert berechnet werden. Die Vertragszahnärzte fügen ihren Liquidationen die spezifizierten Rechnungen des zahntechnischen Laboratoriums bei. Bei praxiseigenen Laboratorien sind die Leistungen zu spezifizieren. Für eine Abformung können EUR 2,80 und für Versandkosten je Versandgang die Portogebühr der Deutschen Post für ein Päckchen berechnet werden.

Die Abrechnung von Material- und Laboratoriumskosten und von Kosten für Praxismaterialien richtet sich im Übrigen nach den Gesamtverträgen.

2. Kieferorthopädische Behandlung (BEMA-Teil 3)

Die Material- und Laboratoriumskosten können, außer bei Röntgenaufnahmen und Fotografien, gesondert berechnet werden. Die Vertragszahnärzte fügen in diesen Fällen ihren Liquidationen die spezifizierten Rechnungen des zahntechnischen Laboratoriums bei. Daneben sind die besonderen Kosten für Abformmaterial und Versand mit einem Pauschalbetrag in Höhe von EUR 2,60 je Behandlungsfall berechnungsfähig. Bei praxiseigenen Laboratorien sind die Leistungen zu spezifizieren.

Die Abrechnung von Material- und Laboratoriumskosten und von Kosten für Praxismaterialien richtet sich im Übrigen nach den Gesamtverträgen.

3. Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5)

Die Material- und Laboratoriumskosten können gesondert berechnet werden. Die Vertragszahnärzte fügen ihren Liquidationen die spezifizierten Rechnungen des zahntechnischen Laboratoriums bei. Bei praxiseigenen Laboratorien sind die Leistungen zu spezifizieren.

Die Abrechnung von Material- und Laboratoriumskosten und von Kosten für Praxismaterialien richtet sich nach den Gesamtverträgen.

Für Versandkosten kann je Versandgang die Portogebühr der Deutschen Post für ein Päckchen berechnet werden.

¹⁾ Versandkosten können bei praxiseigenen Laboratorien nicht berechnet werden. (Beschluss Nr. 106 der Arbeitsgemeinschaft gem. [jetzt]§ 29 EKVZ vom 07.11.1986; gültig ab 01.01.1987)

Anlage 2

Bestimmungen über die Gestaltung und die Ausfüllung der Planungsvordrucke und die edv-mäßige Erstellung der Abrechnung

in der Fassung vom 18.03.2014, gültig ab 01.04.2014

1. Bestimmungen über die edv-mäßige Erstellung der Abrechnung

Mit der Umsetzung des DTA-Vertrages zum 01.01.2012 erfolgt die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.

Die Verwendung eines Datenverarbeitungssystems, mit dem der Vertragszahnarzt Leistungen zum Zwecke der Abrechnung erfasst, speichert und verarbeitet, bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung. Der Vertragszahnarzt gibt der Kassenzahnärztlichen Vereinigung das eingesetzte Programmsystem und die jeweils verwendete Programmversion bekannt, damit die Kassenzahnärztliche Vereinigung überprüfen kann, ob ein Programmsystem verwendet wird, das für die vertragszahnärztliche Abrechnung geeignet ist. Bei elektronischer Abrechnung wird die vom Vertragszahnarzt verwendete Programmversion automatisch übermittelt.

Ein System ist für die vertragszahnärztliche Abrechnung geeignet, wenn feststeht, dass programmierte Abrechnungsregeln den jeweils gültigen Bestimmungen des Bundesmantelvertrages-Zahnärzte entsprechen und dass befund- und leistungsorientierte Abrechnungsautomatismen keine Verwendung finden. Über die Eignung befindet die Prüfstelle der KZBV. Die Abrechnung mittels EDV auf maschinell verwertbaren Datenträgern und die elektronische Übermittlung der Abrechnung ist zulässig, wenn die Prüfstelle der KZBV festgestellt hat, dass die Voraussetzungen hierfür vorliegen.

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung widerruft die Genehmigung, wenn die Voraussetzungen hierfür nicht oder nicht mehr vorliegen. Von der Genehmigung und dem Widerruf der Genehmigung erhalten die Landesverbände der Krankenkassen Mitteilung.

2. Abrechnung konservierender und chirurgischer Leistungen (Bema-Teil 1)

2.1. Die Abrechnung konservierender und chirurgischer Leistungen zwischen Vertragszahnarzt und KZV erfolgt grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.

2.2. Überweisungen erfolgen auf dem Verordnungsblatt für Arznei, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, das aufgrund des Bundesmantelvertrages-Ärzte vereinbart wird. Der Grund der Überweisung ist anzugeben. Überweisungen können individuell mittels EDV erstellt werden. Dabei ist der Grund der Überweisung, der Name des Versicherten oder die Versichertennummer, der Name des Vertragszahnarztes und seine Anschrift anzugeben.

2.3. Ergänzende Inhalte der elektronischen Abrechnung

2.3.1. Zu jeder Leistung ist der Behandlungstag anzugeben. Sofern mehrere Sitzungen an einem Tag stattfinden, sind diese durch eine Kennzeichnung zu unterscheiden.

- 2.3.2. Der Datensatz umfasst die Angabe des behandelten Zahnes bzw. der behandelten Zähne unter Verwendung des zweiziffrigen FDI-Gebisschemas. Sofern die Behandlung keinen Bezug zu bestimmten Zähnen aufweist, ist die Zahnangabe entbehrlich. Dies gilt z.B. auch bei den Geb.-Nrn. 8, 10, 105, 106, 107 und IP4.

Bei Röntgenaufnahmen ist die Zahnangabe entbehrlich, wenn sie sich aus den Zahnangaben für die anderen eingetragenen Leistungen ergibt.

- 2.3.3. Der Datensatz umfasst die Angabe der Gebührennummer des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, soweit nicht die KZVen bestimmt haben, dass die numerischen Gebührennummern gem. Anlage B zum Bundesmantelvertrag zu übermitteln sind.

Jede abrechnungsfähige Gebührennummer ist gesondert anzugeben. Werden in einer Sitzung Leistungen nach den Nrn. 28, 32, 35, 54 an einem Zahn oder Nr. 62 mehrfach erbracht, ist die Anzahl anzugeben.

- 2.3.4. Bei Füllungen nach den Nrn. 13 a) bis g) ist die Füllungslage zu übermitteln. Für die Bezeichnung der Füllungslage sind folgende Buchstaben bzw. Ziffern zu verwenden:

m	=	1	=	mesial
o	=	2	=	okklusal bzw. inzisal
d	=	3	=	distal
v	=	4	=	vestibulär (bukkal/labial)
l	=	5	=	lingual bzw. palatinal

Sofern Füllungen den Zahnalsbereich erfassen, ist der Bezeichnung der Füllungslage der folgende Buchstabe bzw. die folgende Ziffer anzufügen:

z	=	7	=	zervikal
---	---	---	---	----------

- 2.3.5. Bei Röntgenaufnahmen sind Begründungen anzugeben. Hierfür sind folgende Ziffern zu verwenden:

0	=	Bissflügelaufnahme
1	=	Konservierend/chirurgische Behandlung
2	=	Gelenkaufnahme
3	=	Kieferorthopädische Behandlung
4	=	Par-Behandlung
5	=	Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen

- 2.3.6. Bei Anästhesien sind die Par-Behandlung mit Ziffer „4“ und die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen mit Ziffer „5“ zu kennzeichnen.

- 2.3.7. Geldbeträge für abrechnungsfähige Auslagen sind in Cent in den Datensatz aufzunehmen. Die Spezifizierung der Geldbeträge erfolgt mit folgenden 600er Ordnungsnummern

601	Materialkosten bei der Verwendung von Stiften
602	Telefon-, Versand-, Portokosten
603	Laborkosten Zahnarzlabor
604	Laborkosten Fremdlabor

Es bleibt den Gesamtvertragspartnern vorbehalten, Änderungen oder Ergänzungen dieser Liste vorzunehmen.

2.3.8. *aufgehoben zum 01.01.2013 durch Gesetz vom 20.12.2012, Vereinbarung vom 23.04.2013*

2.4¹ Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sowie Abrechnung von Wegegeldern und Reiseentschädigungen nach § 8 Abs. 2 und 3 GOZ

2.4.1 Leistungen aus der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 12.11.1982 werden nach Maßgabe der Allgemeinen Bestimmungen des Bewertungsmaßstabes Nr. 3 mit vierstelligen Gebührennummern abgerechnet.

Soweit die GOÄ vierstellige Nummern vorsieht, werden diese bei der Abrechnung verwendet.

Soweit die GOÄ dreistellige Nummern vorsieht, wird die Ziffer 8 vorangestellt. Für die Abrechnung der übrigen GOÄ-Leistungen einschließlich möglicher Zuschläge, des Wegegeldes und der Reiseentschädigung gelten die folgenden Nrn. 2.4.2. und 2.4.3.

2.4.2. Bei der Abrechnung von Leistungen der Abschnitte B IV bis B VI der GOÄ wird der zweistelligen GOÄ-Nummer die Ziffer 7 vorangestellt und die Ziffer 0 angefügt. Werden Zuschläge nach Abschnitt B V zusätzlich zu den Leistungen nach den Nrn. 45, 46, 52 bis 62 abgerechnet, wird die Ziffer 0 durch folgende Ziffern ersetzt:

- 1 Zuschlag E
- 2 Zuschlag F
- 3 Zuschlag G
- 4 Zuschlag H
- 5 Zuschläge H und F
- 6 Zuschläge H und G

Der Zuschlag K2 wird bei Abrechnung der Nrn. 45, 46, 55 oder 56 als Nr. 7003 angegeben.

2.4.3 Die Abrechnung von Wegegeldern (§ 8 Abs. 2 GOZ) und Reiseentschädigungen (§ 8 Abs. 3 GOZ) erfolgt nach folgenden Nrn.

Nr. Erläuterung

7810 Wegegeld für eine Entfernung bis zu 2 Kilometern

7811 Wegegeld für eine Entfernung bis zu 2 Kilometern bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)

7820 Wegegeld für eine Entfernung von mehr als 2 Kilometern und bis zu 5 Kilometern

7821 Wegegeld für eine Entfernung von mehr als 2 Kilometern und bis zu 5 Kilometern bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)

7830 Wegegeld für eine Entfernung von mehr als 5 Kilometern und bis zu 10 Kilometern

7831 Wegegeld für eine Entfernung von mehr als 5 Kilometern und bis zu 10 Kilometern bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)

Fussnote ¹: 2.4 – 2.4.3 in der Fassung gültig ab 01.04.2013

- 7840 Wegegeld für eine Entfernung von mehr als 10 Kilometern und bis zu 25 Kilometern
- 7841 Wegegeld für eine Entfernung von mehr als 10 Kilometern und bis zu 25 Kilometern bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)
- 7928 Reiseentschädigung bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern und Abwesenheit von bis zu 8 Stunden je Tag
- 7929 Reiseentschädigung bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern und Abwesenheit von mehr als 8 Stunden je Tag
- 7930 Kosten für notwendige Übernachtungen

Bei der Abrechnung von Reiseentschädigungen sind 42 Cent je Kilometer sowie zusätzlich ein Betrag von 56,00 Euro bei Abwesenheit bis zu 8 Stunden und bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden 112,50 Euro je Tag abzurechnen. Die Zahl der zurückgelegten Kilometer ist anzugeben.

3. Planung und Abrechnung von Leistungen bei der Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen im Bereich des Gesichtsschädels (Bema-Teil 2)

- 3.1 Die Planung von Leistungen bei der Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen im Bereich des Gesichtsschädels erfolgt auf dem Vordruck Muster 3a. Der Behandlungsplan kann individuell mittels EDV erstellt werden. Hierbei dürfen Inhalt, Aufbau und Struktur nicht verändert werden. Die Änderung der Zeilenabstände ist mit Ausnahme des Krankenversicherten – Kartenfeldes zulässig.
- 3.2 Die Abrechnung von Leistungen bei der Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels zwischen Vertragszahnarzt und KZV erfolgt grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.
- 3.3 Behandlungen, die aufgrund von Überweisungen erfolgen, sind grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern abzurechnen.
- 3.4 Ergänzende Inhalte der elektronischen Abrechnung
 - 3.4.1 Zu jeder Leistung ist der Behandlungstag anzugeben. Sofern mehrere Sitzungen an einem Tag stattfinden, sind diese durch eine Kennzeichnung zu unterscheiden.
 - 3.4.2 Der Datensatz umfasst die Angabe des behandelten Zahnes bzw. der behandelten Zähne unter Verwendung des zweiziffrigen FDI-Gebisschemas. Sofern die Behandlung keinen Bezug zu bestimmten Zähnen aufweist, ist die Zahnangabe entbehrlich.
 - 3.4.3 Der Datensatz umfasst die Angabe der Gebührennummer des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, soweit nicht die KZVen bestimmt haben, dass die numerischen Gebührennummern gem. Anlage B zum Bundesmantelvertrag zu übermitteln sind.

Jede abrechnungsfähige Gebührennummer ist gesondert anzugeben.

Für die Abrechnung von Pauschbeträgen für Abformmaterial sowie für Telefon-, Versand- und Portokosten sind die folgenden 600er Ordnungsnummern anzugeben:

- 602 Telefon-, Versand- und Portokosten

605 Pauschbetrag Abformmaterial

Der Pauschbetrag ist in Cent zu übermitteln.

- 3.4.4 Für die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen nach der GOÄ gilt Ziffer 2.4. dieser Bestimmungen.

4. Abrechnung von Leistungen bei kieferorthopädischen Behandlungen (BEMA-Teil 3)

- 4.1. Behandlungsfall im Sinne des Vertrages ist bei Leistungen nach dem BEMA-Teil 3 die gesamte, von demselben Vertragszahnarzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres vorgenommene Behandlung.
- 4.2. Die Abrechnung von kieferorthopädischen Leistungen sowie von Leistungen, die im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Leistungen anfallen, erfolgt grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.
- 4.3. Ergänzende Inhalte zur elektronischen Abrechnung
Bei der Frühbehandlung nach Nr. 5 der Abrechnungsbestimmung zu den Nrn. 119 und 120 von BEMA-Teil 3 ist die Nummer der Abschlagszahlung mit „F“ zu kennzeichnen. Bei der Abrechnung von Verlängerungszahlungen ist die Nummer der Abschlagszahlung mit „V“ zu kennzeichnen. Fallen die Gebühren- Nr. 126a, 126b, 127a, 128b, 130 oder 131 a bis c bei Ersatzanfertigungen von Behandlungsgeräten an, sind diese als außerplanmäßig zu kennzeichnen.

5. Abrechnung von parodontologischen Leistungen (BEMA-Teil 4)

- 5.1. Die Abrechnung der parodontologischen Leistungen erfolgt nach dem Abschluss der geplanten Behandlung grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.
- 5.2. Ergänzende Inhalte zur elektronischen Abrechnung
Wenn sich im Laufe der Durchführung einer systematischen PAR-Behandlung der Punktwert ändert, dann ist bei der Abrechnung des Behandlungsfalles durch den Vertragszahnarzt dem bisherigen Punktwert die Hälfte der Differenz zwischen diesem und dem neuen Punktwert hinzuzurechnen.

6. Abrechnung von Leistungen bei Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5)

Die Abrechnung der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen erfolgt grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.

7. Formulare für die Erbringung, Planung, Begutachtung, Genehmigung vertragszahnärztlicher Leistungen

Muster 2

(Leistungsnachweis gem. § 16 Abs. 3a SGB V bei Ruhen der Ansprüche)

Muster 3a
(Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch)

Anlage 4
(Vereinbarung nach § 87 Abs. 1a SGBV über die Versorgung mit Zahnersatz)

Vereinbarung zum Heil- und Kostenplan
(Ausfüllhinweise)

Anlage 8a
(Kfo – Behandlungsplan)

Anlage 8b
(Mitteilung an den Patienten nach § 29 Abs. 1 SGB V, Kopie für die KK)

Anlage 8c
(Mitteilung über einen unplanmäßigen Verlauf der Kfo – Behandlung)

Anlage 10a Blatt 1 PA Plan und 10b Blatt 2 PA

Anlage 6a (Blatt 1, 2, 3,) Auftrag zur Begutachtung

Anlage 6b (Blatt 1, 2, 3, 4, 5) Formulare für Begutachtung

Anlage 6c Formular Kfo Gutachten

Anlage 18 Anhang 1 zur Vereinbarung über das Gutachterformular für
implantologische Leistungen, -Begutachtungsformular-

Weitere Formulare aus dem vertragsärztlichen Bereich, die auch für den vertrags-
zahnärztlichen Bereich anzuwenden sind (hier nicht abgedruckt):

Muster 1	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
Muster 2	Verordnung von Krankenhausbehandlung
Muster 4	Verordnung einer Krankenförderung
Muster 16	Arznei – Verordnungsblatt
Muster 20	Stufenweise Wiedereingliederung
Muster 21	Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei der Erkrankung eines Kindes

Muster 2 Erfassungsschein bei Ruhen der Ansprüche

Vorderseite

Name der Krankenkasse				<input type="checkbox"/> Notdienst- behandlung		<input type="checkbox"/> Unfall/ Unfallfolgen		Quartal	Lfd. Nr.					
Name, Vorname des Versicherten								200						
geb. am				Erfassungsschein Kons./Chir.										
Kassen-Nr.										Vericherten-Nr.		Status		Folgeschein Blatt-Nr.
Vertrag Zahnarzt-Nr.										VK gültig bis		Datum		
Erklärung des Versicherten Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert.				Unterschrift des Versicherten / Datum										
Datum T T M M				Zahn		Leistung		Bemerkungen						
Datum T T M M				Zahn		Leistung		Bemerkungen						
Gilt nur für akute Erkrankungen / Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft / Mutterschaft (b.w.)														
Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten, Schulunfällen														

Rückseite

Leistungsnachweis gem. §16 Abs. 3a SGB V bei Ruhen der Ansprüche Eingeschränkte Leistungsansprüche

Krankenkasse

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

dieser Abrechnungsschein ist nur gültig für Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlich sind.
Nur in diesen Fällen dürfen Verordnungen und Überweisungen ausgestellt werden.

Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre **Krankenkasse**

Anlage 3

Vereinbarung über das Verfahren bei der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und Kiefergelenkserkrankungen

§ 1 Behandlungsplanung

Vor Beginn der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und von Kiefergelenkserkrankungen ist vom Zahnarzt an Hand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen ein Behandlungsplan zu erstellen. Hierfür ist der Vordruck "Behandlungsplan bei Kiefergelenkserkrankungen / Kieferbruch" (Muster 3a der Anlage 2) zu verwenden.

§ 2 Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen

- (1) Bei der Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen sendet der Zahnarzt den Behandlungsplan der Vertragskasse zu.
- (2) Bei Kostenübernahme sendet die Vertragskasse den Behandlungsplan an den Zahnarzt zurück.
- (3) Mit der Behandlung soll erst nach Rücksendung des Behandlungsplans begonnen werden. Hiervon ausgenommen sind Maßnahmen zur Beseitigung der Schmerzen sowie zahnmedizinisch unaufschiebbare Maßnahmen.
- (4) Die Vertragskasse kann den bei ihr eingereichten Behandlungsplan bei Kiefergelenkserkrankungen begutachten lassen.
- (5) Die Gesamtvertragspartner auf Landesebene können Näheres vereinbaren.

§ 3 Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels

Die Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels ist vom Zahnarzt der Vertragskasse auf dem Vordruck „Behandlungsplan Kiefergelenkserkrankungen / Kieferbruch“ (Muster 3a der Anlage 2) unverzüglich anzuzeigen.

**Vereinbarung zwischen der KZBV
und dem GKV-Spitzenverband
nach § 87 Abs. 1a SGB V
über die Versorgung mit Zahnersatz**

1. Vor Beginn der Behandlung hat der Vertragszahnarzt einen Heil- und Kostenplan (HKP) nach dem in der Anlage beigefügten Muster (Teil 1 und Teil 2) zu erstellen.

Der Teil 2 ist nur auszufüllen, wenn gleich- oder andersartige Leistungen geplant werden. Bei der Angabe der zu erwartenden Kosten sind in volle EUR kaufmännisch gerundete Beträge ausreichend, die für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen anzugeben sind. Der Heil- und Kostenplan/Teil 2 ist - sofern gleich- und/oder andersartige Versorgungen geplant sind - dem Versicherten zusammen mit dem Heil- und Kostenplan/Teil 1 zu übersenden.

Der Vordruck kann auch individuell per EDV erstellt werden, hierbei dürfen Inhalt, Aufbau und Struktur nicht verändert werden. Die Bestellung des Heil- und Kostenplanes und die Kostenübernahme für den Heil- und Kostenplan erfolgt wie bisher üblich auf der Ebene der Gesamtvertragspartner.

2. Der Vertragszahnarzt hat im Heil- und Kostenplan den zahnmedizinischen Befund, die Regelversorgung und die tatsächlich geplante Versorgung anzugeben.

In begründeten Ausnahmefällen kann die Wiederherstellung einer ausreichenden Funktion des Kauorgans bzw. die Verhinderung einer Beeinträchtigung des Kauorgans auch in medizinisch sinnvollen Therapieschritten erfolgen. Damit für die Krankenkasse erkennbar ist, dass die Versorgung des Gesamtbefundes in Therapieschritten erfolgt, muss dies im Heil- und Kostenplan unter „Bemerkungen“ aufgeführt werden. Für die tatsächlich geplante Versorgung sind Art, Umfang und Kosten der Versorgung anzugeben. Der Vertragszahnarzt kennzeichnet auf dem Heil- und Kostenplan die Fälle, in denen die Auszahlung der Festzuschüsse direkt von der Krankenkasse an den Versicherten zu erfolgen hat mit "D".

3. Abrechnung von Kronen, Stiften, Brücken, Teilprothesen und Kombinationszahnersatz

Kronen

Verblendete Kronen außerhalb des Verblendbereichs gemäß der Zahnersatz-Richtlinien, vollverblendete Kronen und vollkeramische Voll- und Teilkronen gelten als gleichartige Versorgung.

Die Abrechnung erfolgt entsprechend § 55 Abs. 4 i.V. mit § 87 Abs. 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der GOZ. Prothetische Begleitleistungen (Provisorien, Abnehmen und Wiederbefestigen von Provisorien) werden als Regelversorgungsleistungen nach BEMA abgerechnet.

Stifte

Adhäsiv befestigte Stifte und nicht-metallische Stiftsysteme gelten als gleichartige Versorgung und werden entsprechend § 55 Abs. 4 i.V. mit § 87 Abs. 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der GOZ abgerechnet.

Brücken

Verblendete Brückenanker und Brückenglieder außerhalb des Verblendbereichs gemäß der Zahnersatz-Richtlinien, vollverblendete und vollkeramische Brückenanker und Brückenglieder gelten als gleichartige Versorgung.

Die Abrechnung erfolgt entsprechend § 55 Abs. 4 i.V. mit § 87 Abs. 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der GOZ. Prothetische Begleitleistungen (Provisorien, Abnehmen und Wiederbefestigen von Provisorien) werden als Regelversorgungsleistungen nach BEMA abgerechnet.

Teilprothesen/Kombinationszahnersatz

Bei der prothetischen Versorgung des teilbezahnten Kiefers in der Befundklasse 3 wird zwischen herausnehmbarem Zahnersatz und Kombinationszahnersatz unterschieden. Kombinationszahnersatz im Rahmen der Regelversorgung liegt nur bei den Befunden 3.2a bis 3.2c vor.

Zusätzliche Verbindungselemente an Kombinationszahnersatz (Teleskopkrone, Konuskronen, Geschiebe, Anker, Riegel, Steg u.ä.) gelten als gleichartige Versorgung, wenn die jeweilige Befundsituation eine Regelversorgung mit Teleskopkronen vorsieht (Befunde 3.2a bis 3.2c). Die Abrechnung dieser zusätzlichen Verbindungselemente und der das Verbindungselement tragenden Kronen erfolgt entsprechend § 55 Abs. 4 i.V. mit § 87 Abs. 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der GOZ; die übrigen Konstruktionselemente des Kombinationszahnersatz werden als Regelversorgungsleistungen nach BEMA abgerechnet.

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

Verbindungselemente (Teleskopkrone, Konuskronen, Geschiebe, Anker, Riegel, Steg u.ä.) an herausnehmbarem Zahnersatz bei Befundsituationen (Befunde nach 3.1), die bei der Regelversorgung lediglich Halte- und Stützelemente (Klammern) vorsehen, ändern die Art der Versorgung; ein herausnehmbarer Zahnersatz wird somit zum Kombinationszahnersatz.

Solche Versorgungen werden als andersartige Versorgungen betrachtet und insgesamt entsprechend § 55 Abs. 5 i.V. mit § 87 Abs. 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der GOZ abgerechnet.

Dies gilt nicht, wenn an allen Ankerzähnen Befunde nach der Nr. 1.1 ansetzbar sind. In diesen Fällen gilt die Versorgung als gleichartig.

4. Der Heil- und Kostenplan (Teil 1 und Teil 2) ist der Krankenkasse vorzulegen. Die Krankenkasse hat den Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung insgesamt zu prüfen. Die Krankenkasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen.
5. Bei bestehender Versorgungsnotwendigkeit bewilligt die Krankenkasse die Festzuschüsse. Nach der Genehmigung sind Änderungen des Befundes oder der tatsächlich geplanten Versorgung der Krankenkasse zur Neufestsetzung der Festzuschüsse mitzuteilen. Die Festzuschüsse werden gezahlt, wenn der Zahnersatz in der bewilligten Form innerhalb von 6 Monaten eingegliedert wird.

Die Gesamtvertragspartner können Regelungen zur Vereinfachung des Bewilligungsverfahrens für Wiederherstellungen/Erweiterungen vereinbaren.

6. Die Kosten für Regelversorgungsleistungen sind mit den Versicherten nach Bema und BEL II abzurechnen. Bei der Rechnungslegung gegenüber dem Versicherten ist der Betrag für die Festzuschüsse abzusetzen.

Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen. Diese werden nach der GOZ/BEB in Rechnung gestellt. Der Rechnung ist eine Durchschrift der Rechnung des

gewerblichen oder des Praxislabors über zahntechnische Leistungen und die Erklärung nach Anhang VIII der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Medizinprodukte beizufügen (Konformitätserklärung). Für die zahntechnischen Leistungen ist darüber hinaus der Herstellungsort des Zahnersatzes mitzuteilen.

7. Abrechnung der Festzuschüsse

a) Regelversorgungen und gleichartige Versorgungsungen

Genehmigte Festzuschüsse im Zusammenhang mit erbrachten Regelleistungen oder mit gleichartigen Leistungen werden nach Eingliederung oder Wiederherstellung des Zahnersatzes grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern über die KZV abgerechnet.

Unterschreitet der tatsächliche Rechnungsbetrag den von der Krankenkasse festgesetzten Festzuschuss, ist dies bei der Abrechnung bei V.8. zu berücksichtigen.

b) Härtefälle

Bei Härtefällen übernimmt die Krankenkasse den über dem Festzuschuss liegenden tatsächlichen Rechnungsbetrag nur, wenn eine Regelversorgung durchgeführt wird. Der tatsächliche Rechnungsbetrag wird grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern über die KZV abgerechnet.

Bei zahntechnischen Leistungen für Härtefälle übernimmt die Krankenkasse nur die Kosten für NEM-Legierungen. Die Mehrkosten für Edelmetalllegierungen trägt der Härtefall-Versicherte selbst.

In Härtefällen, in denen die tatsächlich entstandenen Kosten mit den Heil- und Kostenplänen über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechnet werden, sind den Abrechnungen mit den Krankenkassen die rechnungsbegründenden Unterlagen (Heil- und Kostenplan-Teil 1 und eine Kopie der Rechnung des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über zahntechnische Leistungen) grundsätzlich im Wege der elektronischen Datenübertragung zu übermitteln § 4 Abs. 2 der Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung ist zu beachten.

c) Bei nicht bewilligungsbedürftigen Wiederherstellungen und Erweiterungen nach den Befunden 6.0, 6.1 - 6.10 und 7.3, 7.4 und 7.7 sind den Abrechnungen mit den Krankenkassen ebenfalls die rechnungsbegründenden Unterlagen (Heil- und Kostenplan und eine Kopie der Rechnung des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über zahntechnische Leistungen) grundsätzlich im Wege der elektronischen Datenübertragung zu übermitteln. § 4 Abs. 2 der Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung ist zu beachten.

d) Ausschließlich andersartige Leistungen

Genehmigte Festzuschüsse für eine ausschließlich andersartige Versorgung werden von der Krankenkasse direkt mit dem Versicherten nach Vorlage der Rechnung abgerechnet.

e) Mischfälle

Genehmigte Festzuschüsse für Mischfälle (Regelleistungen und/oder gleichartige Leistungen in Verbindung mit andersartigen Leistungen) sind über die KZV abzurechnen, wenn mehr als 50 % des zahnärztlichen Honorars zum Zeitpunkt der Planung für Leistungen der Regelversorgung und/oder der gleichartigen Versorgung anfallen. Die Gesamtvertragspartner können eine andere prozentuale Grenzziehung vereinbaren.

8. Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2012 in Kraft.

Köln, den 14.12.2011

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
Der Vorstand

GKV-Spitzenverband
Vorstand

Anlage 1: Heil- und Kostenplan - Teil 1

Anlage 2: Heil- und Kostenplan - Teil 2

Heil- und Kostenplan (Anlage 2)

Zahnarzt (Briefkopf)

Patient (Adresse)

Heil- und Kostenplan Teil 2

Anlage zum Heil- und Kostenplan vom _____

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

Zahn/Gebiet	GOZ	Leistungsbeschreibung	Anzahl	Betrag EUR
Muster 14.06.05				

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

Zahnärztliches Honorar BEMA (entsprechend Zeile 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

Datum / Unterschrift des Zahnarztes

Datum / Unterschrift des Versicherten

Informationen 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.

Originalgröße DIN A 4

**Vereinbarung
zum Heil- und Kostenplan für prothetische Leistungen,
gültig ab 01.01.2012
(Ausfüllhinweise)**

Vorwort:

1. Die Ausfüllhinweise beziehen sich auf den nach der Vereinbarung zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband nach § 87 Abs. 1a SGB V über die Versorgung mit Zahnersatz (Anlage 3 zum BMV-Z/Anlage 4 zum EKVZ) festgelegten Heil- und Kostenplan (Teil 1 und Teil 2).
2. Der Heil- und Kostenplan/Teil 1 ist mit Blindfarbe bedruckt und teilweise maschinenlesbar gestaltet. Nicht maschinenlesbar sind aus datenschutzrechtlichen Gründen die Daten aus den vier dunkel markierten Feldern. Diese Felder sind aber auszufüllen und nur „normal“ lesbar.

Teil 2 ist nicht maschinenlesbar. Dieser Vordruck kann auch individuell per EDV erstellt werden, hierbei dürfen Inhalt, Aufbau und Struktur nicht verändert werden.
3. Die Bestellung und die Kostenübernahme für den Heil- und Kostenplan (Teil 1 und Teil 2) erfolgt auf der Ebene der Gesamtvertragspartner.

Aufklärungspflicht des Zahnarztes gegenüber dem Patienten:

Der Zahnarzt hat den Patienten vor Erstellung des Heil- und Kostenplans über folgendes aufzuklären:

- Befund und Indikation für die Behandlung
- Behandlungsalternativen
- voraussichtliche Behandlungskosten

Einzuhaltendes Verfahren:

Sowohl in Fällen der Regel-, gleich- als auch andersartigen Versorgung ist zu beachten:

- Nach dem Gesetz darf der Zahnarzt keine Gebühr für die Planung oder Erstellung des Heil -und Kostenplans vom Versicherten verlangen.
- Der Heil- und Kostenplan (Teil 1 und Teil 2) hat die Gesamtplanung zu enthalten.
- Der Heil- und Kostenplan (Teil 1 und Teil 2) ist vor Beginn der Behandlung der Krankenkasse vorzulegen. Die Krankenkasse prüft den Heil- und Kostenplan insgesamt. Die Krankenkasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen. Ohne vorherige Bewilligung der Krankenkasse erhält der Versicherte keinen Festzuschuss. Für Wiederherstellungen/Erneuerungen können gesamtvertragliche Vereinfachungen des Bewilligungsverfahrens bestehen.

Heil- und Kostenplan - Ausfüllhinweise

A. Teil 1

**I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan
(vom Zahnarzt auszufüllen)**

Es sind ausschließlich die auf dem Heil- und Kostenplan unter Erläuterungen enthaltenen Kürzel zu verwenden und ggf. zu kombinieren (z. B. i mit „k“, „b“ oder „x“, „K“ mit „V“ oder „M“, „B“ mit „V“ oder „M“, „S“ mit „K“, „KV“, „KM“, „B“, „BV“, „BM“, „T“, „TV“ oder „E“, etc.). Vollverblendete Teleskop- oder Konuskronen werden unabhängig des verwendeten Verblendmaterials mit „TM“ gekennzeichnet.

Bei der Ermittlung der Anzahl der fehlenden Zähne für die Befundklasse 2 zählt ein Lückenschluss nicht als fehlender Zahn und hat keine Auswirkung auf das Vorliegen einer Freundsituation. Ein Lückenschluss wird mit dem vereinbarten Kürzel im Zahnschema gekennzeichnet.

Die Zähne im Lückengebiss sind entsprechend ihrer topographischen Lage in das Zahnschema einzutragen. Die topographische Lage entscheidet auch über den Ansatz der Verblendzuschüsse nach den Nrn. 1.3 und 2.7. So ist beispielsweise ein Verblendzuschuss ansetzbar, wenn ein unterer zweiter Prämolare an der Stelle eines fehlenden ersten Prämolaren steht.

1. B - Befund

In Zeile B sind alle bestehenden zahnmedizinischen Befunde gemäß den vereinbarten Abkürzungen immer komplett einzutragen. Eine erneuerungsbedürftige Krone ist beispielsweise mit „kw“ zu kennzeichnen.

Vorhandener Kombinationszahnersatz mit Verbindungselementen (Geschiebe, Anker, Riegel, Steg u. ä.) ist mit "O" an den die Verbindungselemente tragenden Kronen zu kennzeichnen bzw. im Bemerkungsfeld anzugeben.

In dem Heil- und Kostenplan/Teil 1 wurden zum 01.07.2005 zusätzlich die Abkürzungen "ew" (ersetzer, aber erneuerungsbedürftiger Zahn) und "ur" (unzureichende Retention) aufgenommen.

Mit dem Kürzel „ur“ sind zum einen im Zusammenhang mit der Anfertigung eines herausnehmbaren Zahnersatzes diejenigen Zähne zu kennzeichnen, deren natürliche Zahnkronen keine ausreichende Retention für die Halteelemente des Zahnersatzes aufweisen. Zum anderen sind bei Brückenversorgungen diejenigen Zähne mit „ur“ zu kennzeichnen, die aus statischen und funktionellen Gründen als zusätzliche Pfeiler in die Brückenversorgung einbezogen werden sollen.

2. R - Regelversorgung

Die zur Versorgung des zahnmedizinischen Befundes notwendige Regelversorgung in Zeile R ist unabhängig von der Art des Zahnersatzes immer vollständig auszufüllen. Bei den Befunden 7.2 und 7.5 wird die Zeile R nicht ausgefüllt, da für diese Befunde keine tatsächlichen Regelversorgungen in den Festzuschuss-Richtlinien enthalten sind; dies gilt nicht bei der Erneuerung einer implantatgetragenen Totalprothese bei zahnlosem atrophierten Kiefer nach Befund 7.5, hier ist die richtliniengemäße Regelversorgung mit „SE“ anzugeben. Die Regelversorgung ergibt sich aus dem zahnmedizinischen Befund unter Anwendung der Zahnersatz- und der Festzuschuss-Richtlinien. Eine vestibulär verblendete Krone als Regelversorgung erhält beispielsweise die Kennzeichnung „KV“.

Die Zahl und Lage der gegossenen Halte- und Stützelemente muss bei der Regelversorgung (Zeile R) und/oder Therapieplanung (Zeile TP) angegeben werden, damit eine Zuordnung zu den Bema-Gebührensuffizienten für die Software möglich ist.

3. TP - Therapieplanung

Die Zeile TP ist dann auszufüllen, wenn der Heil- und Kostenplan auch die Planung einer gleich- oder andersartigen Versorgung beinhaltet. Das Ausfüllen der Zeile entfällt, wenn nur eine Regelversorgung durchgeführt werden soll.

Gleich- und andersartige Leistungen

Zahnärztliche Leistungen:

Eine tatsächlich geplante Versorgung kann sowohl Regelversorgungsleistungen als auch Leistungen der gleich- und/oder andersartigen Versorgung umfassen.

In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass bei sog. Härtefällen die Krankenkasse den über dem doppelten Festzuschuss liegenden tatsächlichen Rechnungsbetrag nur übernimmt, wenn eine Regelversorgung durchgeführt wird.

Gleichartiger Zahnersatz liegt vor, wenn dieser die Regelleistung beinhaltet und zusätzliche Zahnersatz-Leistungen hinzukommen. Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 SGB V hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 SGB V aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.

Versicherte haben Anspruch auf Erstattung bewilligter Festzuschüsse nach § 55 Abs. 5 SGB V, wenn eine von der Regelversorgung abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird.

Eine andersartige Versorgung liegt vor, wenn eine andere Versorgungsart (Brücken, herausnehmbarer Zahnersatz, Kombinationsversorgung, Suprakonstruktionen) als die, welche in den Regelleistungen für den jeweiligen Befund beschrieben ist, gewählt wird.

Zahntechnische Leistungen:

Die Verwendung von Edelmetalllegierungen oder Reinmetall statt NEM-Legierung ändert nicht den Charakter der Versorgung. Mögliche Mehrkosten für Edelmetalllegierungen oder Reinmetall ergeben sich allein aus den Materialkosten. Bei zahntechnischen Leistungen für sog. Härtefälle übernimmt die Krankenkasse auch bei Härtefällen nur die Kosten für NEM-Legierungen.

4. Bemerkungen

Dieses Feld kann für Hinweise genutzt werden, die aus dem Befund nicht ersichtlich sind.

- Die Art der Verblendung (Kunststoff, Komposit oder Keramik) kann ggf. im Feld "Bemerkungen" angegeben werden.
- In diesem Feld sind Angaben zur Art der Leistung zu machen, für die Festzuschüsse in den Befundklassen 6 und 7 (Wiederherstellung / Erweiterung) anzusetzen sind. Das Ausfüllen des Befundfeldes entfällt bei Wiederherstellungsmaßnahmen von Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen.
- Außerdem können hier Angaben über vorhandene, funktionsfähige Verbindungselemente und Verblockungen gemacht werden, für die es keine Befundkürzel gibt.

II. Befunde für Festzuschüsse (vom Zahnarzt auszufüllen)

1. Spalte 1: Befund Nr.

In Spalte 1 sind die für die jeweilige Versorgung erforderlichen Befund-Nrn. gemäß den Festzuschuss-Richtlinien anzugeben.

Liegen bei einem Versicherten mehr als sieben mögliche Befunde vor, für die Festzuschüsse ermittelt werden, sind die weiteren Befunde auf einem 2. Heil- und Kostenplan aufzulisten. Eine Wiederholung der vorhergehenden Daten sowie der Art der Versorgung und die Bildung einer Zwischensumme sind entbehrlich. Dieser 2. Heil- und Kostenplan muss jedoch die Daten der Krankenversichertenkarte sowie den Zahnarzt-Stempel enthalten.

2. Spalte 2: Zahn/Gebiet

In Spalte 2 ist die Zahnbezeichnung, bei Brücken das zu versorgende Gebiet (z. B. Zahn 26 fehlt = 25 - 27) und bei Teil- und Totalprothesen der Kiefer anzugeben.

3. Spalte 3: Anzahl

In Spalte 3 ist die Anzahl der jeweiligen den Festzuschuss auslösenden Befunde anzugeben.

4. Nachträgliche Befunde und deren Zuschussfestsetzung bzw. Abrechnung

Nachträglich können für konfektionierte Stifte oder gegossene Stiftaufbauten Befunde nach Nrn. 1.4 oder 1.5 anfallen. Die Befunde für diese Festzuschüsse (Euro-Betrag) müssen nicht gesondert bewilligt werden, sondern werden vom Zahnarzt im Rahmen der elektronischen Abrechnung an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermittelt oder im Falle der Direktabrechnung auf dem bereits genehmigten Heil- und Kostenplan eingetragen.

Der freie Bereich unter der vorläufigen Summe kann für die Angabe des Festzuschusses nach den Nrn. 1.4 oder 1.5 durch den Zahnarzt genutzt werden.

Werden im Laufe der Behandlung andere Befunde festgestellt, die über die bewilligten Festzuschüsse hinausgehen, ist der Heil- und Kostenplan erneut dem Kostenträger vorzulegen.

III. Kostenplanung

(vom Zahnarzt auszufüllen)

1. Nr. 1: BEMA-Nrn. und Anzahl sowie Fortsetzungsfelder

Der geplanten Regelversorgung zugeordnete Bema- Nrn. und Anzahl;
Beispiel: 19 x 3, 91 b x 2, 92.

Liegen bei der Kostenplanung mehr als 10 Bema-Positionen vor, sind die weiteren Bema-Positionen auf einem 2. Heil- und Kostenplan aufzulisten. Eine Wiederholung der vorhergehenden Daten ist entbehrlich. Dieser 2. Heil- und Kostenplan muss jedoch die Daten der Krankenversichertenkarte sowie den Zahnarzt-Stempel enthalten.

2. Nr. 2: Zahnärztliches Honorar BEMA

Das zahnärztliche Honorar nach BEMA errechnet sich aus der Summe der Bewertungszahlen multipliziert mit dem jeweils gültigen Punktwert. Der Betrag ist in EUR und Cent anzugeben.

3. Nr. 3: Zahnärztliches Honorar GOZ (geschätzt)

Fallen GOZ-Leistungen bei gleich- bzw. andersartigen Versorgung an, wird das sich aus Heil- und Kostenplan/Teil 2 ergebende geschätzte GOZ-Honorar in EUR angegeben. Dabei ist nur der Honorarbetrag für die prothetischen Leistungen einzutragen, nicht jedoch eventuell anfallende zusätzliche Beträge, beispielsweise für implantologische oder funktionsdiagnostische Leistungen.

4. Nr. 4: Material- und Laborkosten (geschätzt)

Die anzugebenden Material- und Laborkosten umfassen die geschätzten Gesamtkosten für zahntechnische Leistungen im gewerblichen Labor und/oder im Praxislabor sowie die abrechenbaren Kosten für Praxismaterialien für die geplante Therapie (Gesamtversorgung) in einer Summe. Dies gilt auch in Fällen, in denen gleich- oder andersartige Leistungen anfallen. Es sind sowohl die BEL- als auch die BEB-Leistungen addiert in EUR hier einzutragen.

5. Nr. 5: Behandlungskosten insgesamt (geschätzt)

Diese Summe ergibt sich aus den Nrn. 1 bis 4.

Das Feld III. ist mit Datum versehen zu unterschreiben und der Heil- und Kostenplan (Teil 1 und ggf. Teil 2, siehe dazu unten Teil B) der Krankenkasse ggf. über den Patienten, zur Zuschussfestsetzung zuzuleiten.

IV. Zuschussfestsetzung

(von der Krankenkasse auszufüllen)

Die vom Zahnarzt festgestellten Befunde werden von der Krankenkasse geprüft. Ggf. wird die Krankenkasse das Gutachterverfahren einleiten, um feststellen zu lassen,

- Ob der im Heil- und Kostenplan angegebene Befund zutreffend ist,
- Ob die Notwendigkeit einer prothetischen Versorgung besteht,
- Ob die geplante Versorgung zahnmedizinischen Erkenntnissen gerecht wird.

Danach setzt die Krankenkasse die jeweiligen Festzuschüsse fest. Des Weiteren trägt die Krankenkasse den Bonusanspruch mit 00, 20 oder 30 ein. Bei Härtefällen kann das entsprechende Feld von der Krankenkasse angekreuzt oder mit den Buchstaben „HF“ versehen werden. Nach Bewilligung der Festzuschüsse erhält der Zahnarzt den Heil- und Kostenplan zurück, danach kann mit der Behandlung begonnen werden.

Wird nach der Festsetzung der Festzuschüsse die Planung (z. B. auf Wunsch des Versicherten) abgeändert, ist der Heil- und Kostenplan erneut dem Kostenträger vorzulegen.

V. Rechnungsbeträge/edv-mäßige Erstellung der Abrechnung

Die Abrechnung der Festzuschüsse für Regel- und/oder gleichartige Versorgungsleistungen erfolgt über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern. Dabei ist der Datensatz unter Berücksichtigung der vertraglichen Bestimmungen, insbesondere des § 6 zum DTA-Vertrag vollständig zu erstellen und an die Kassenzahnärztliche Vereinigung zu übermitteln. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bestimmen das Verfahren der Datenlieferung gem. § 4 der Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung vom 12.07.2011.

1. Zahnarzthonorar (BEMA siehe III)

Die Summe der unter Nr. III/1 des Heil- und Kostenplanes genannten BEMA-Positionen für die Regelleistungen ist in EUR und Cent zu übermitteln.

Wurden nur Teilleistungen erbracht, weil der Versicherte beispielsweise verstorben ist, werden diese mit einem „T“ für Teilleistungen gekennzeichnet und ggf. mit der Erklärung versehen, warum es nicht zur Vollendung der vorgesehenen Leistungen gekommen ist.

2. Zahnarzthonorar zusätzliche Leistungen BEMA

Das Zahnarzthonorar für BEMA-Leistungen, die im Laufe der Behandlung zusätzlich angefallen sind (beispielsweise das Wiederbefestigen oder die Neuanfertigung eines Provisoriums) ist in EUR und Cent zu übermitteln.

Das umfasst auch das Honorar für nachträgliche Befunde, soweit diese der Regelversorgung zuzuordnen sind.

3. Zahnarzthonorar GOZ

Die tatsächlich angefallenen GOZ-Gebühren bei gleich- und andersartigen Versorgungsleistungen sind in EUR und Cent zu übermitteln.

4. Material- und Laborkosten Gewerblich

Die Summe aller im gewerblichen Labor angefallenen tatsächlichen Material- und Laborkosten nach BEL und BEB ist in EUR und Cent zu übermitteln.

5. Material- und Laborkosten Praxis

Die Summe aller in der Praxis oder im praxiseigenen Labor tatsächlich angefallenen Material- und Laborkosten nach BEL und BEB ist in EUR und Cent zu übermitteln.

6. Versandkosten Praxis

Versandkosten der Praxis je Versandgang für die Versendung von Arbeitsunterlagen (Abformung, Modell u. ä.) an das gewerbliche Labor sind zu übermitteln.

7. Gesamtsumme

Die Gesamtsumme bestehend aus der Addition der Rechnungsbeträge für das Zahnarztthonorar nach BEMA bzw. GOZ, der Summe aller im Eigen- bzw. Fremdlabor entstandenen tatsächlichen Material- und Laborkosten sowie der Versandkosten ist zu übermitteln.

8. Festzuschuss Kasse

Der Festzuschuss der Krankenkasse ist in EUR zu übermitteln. Dieser errechnet sich durch Addition der Zuschussfestsetzung der Krankenkasse unter Ziffer IV. des Heil- und Kostenplans sowie ggf. Festzuschüsse für nachträgliche Befunde, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. Bei Teilleistungen sind die Beträge gemäß Befundklasse 8 einzutragen.

Härtefall:

Versicherte, die gemäß § 55 Abs. 2 SGB V unzumutbar belastet werden, erhalten grundsätzlich den doppelten Festzuschuss bzw. höchstens die tatsächlichen Kosten, wenn eine Regelversorgung durchgeführt wird. Deckt der doppelte Festzuschuss die tatsächlichen Kosten nicht ab, übernimmt die Krankenkasse auch die zusätzlichen Kosten.

Wählen diese Versicherten einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- und/oder andersartigen Zahnersatz, erhalten sie maximal den doppelten Festzuschuss.

Bei der Abrechnung des Festzuschusses ist zu prüfen, ob und in welcher Höhe Kosten für die Verwendung einer Edelmetalllegierung oder von Reinmetall angefallen sind.

Die tatsächlichen Kosten bei der Regelversorgung und der doppelte Festzuschuss bei gleich- und andersartigen Versorgungsleistungen werden von der Krankenkasse nur insoweit übernommen, als darin keine Mehrkosten für Edel- oder Reinmetall enthalten sind.

Daher sind diese Mehrkosten von den tatsächlichen Gesamtkosten abzuziehen. Der sich daraus ergebende Betrag ist der anzusetzende Festzuschuss. Der VDZI hat zugesagt, gegenüber seinen Mitgliedern die Empfehlung auszusprechen, dass ein gesonderter Ausweis der Edelmetallkosten erfolgen soll. Die Mehrkosten ergeben sich aus der Differenz der Kosten für die jeweils verwendete Edelmetalllegierung oder Reinmetall abzüglich der für die jeweilige Regelversorgung vorgesehenen NEM-Abrechnungsbeträge inkl. MwSt. Der errechnete Betrag ist in Nr. 8 einzutragen.

Beispiel:

Gesamtkosten	1.050,- EUR
Doppelter Festzuschuss	1.000,- EUR
./.. Mehrkosten	
(Edelmetallkosten ./.. fiktive NEM-Kosten)	100,- EUR
	<hr/>
Festzuschuss der Krankenkasse	950,- EUR

Direktabrechnung:

Im freien Feld rechts außen kennzeichnet der Vertragszahnarzt den Heil- und Kostenplan mit "D", wenn eine Auszahlung der Festzuschüsse direkt von der Krankenkasse an den Versicherten zu erfolgen hat (siehe Rechnungslegung). Die Abrechnung erfolgt gegenüber dem Versicherten auf dem Heil- und Kostenplan in Papierform.

9. Versichertenanteil

Der Versichertenanteil ist in EUR zu übermitteln. Dieser bildet die Differenz zwischen der Gesamtsumme und dem Festzuschuss der Krankenkasse.

VI. Sonstige Angaben

Das Eingliederungsdatum des Zahnersatzes wird in der Form: „TTMMJJ“ übermittelt.

Als Herstellungsort wird für das Inland der Buchstabe „D“ dem Ortsnamen vorangestellt, bei Herstellung im Ausland ist der Landesname anzugeben.

Der Zahnarzt bestätigt abschließend mit Datum und Unterschrift die Eingliederung des Zahnersatzes in der vorgesehenen Weise.

B. Teil 2

Teil 2 des Heil- und Kostenplans ist vom Zahnarzt nur bei gleich- und andersartigen Versorgungungen, dann aber verpflichtend, auszufüllen.

Gebührenaufstellung:

In Teil 2 ist der Zahn bzw. das Gebiet, die GOZ-Position nebst Leistungsbeschreibung, die Anzahl und die darauf entfallenden, geschätzten, in volle Euro kaufmännisch gerundeten Beträge anzugeben.

Unterschrift des Zahnarztes:

Der Zahnarzt bestätigt diese Angaben mit seiner Unterschrift.

Unterschrift des Versicherten:

Wünscht der Versicherte eine gleich- oder andersartige Versorgung, ist nach erfolgter Aufklärung durch den Zahnarzt Teil 2 des Heil- und Kostenplans vom Versicherten oder seinem gesetzlichen Vertreter spätestens vor Behandlungsbeginn zu unterschreiben.

Information:

Das graue Feld „Information über die Kosten der Regelversorgung“ dient der Information und Aufklärung des Versicherten. Es soll einen Vergleich zwischen dem Eigenanteil für die tatsächlich geplanten Leistungen und dem Eigenanteil, der bei Wahl der entsprechenden Regelversorgung angefallen wäre, ermöglichen. Dieses Feld ist vom Zahnarzt auszufüllen und nach der Festzuschussfestsetzung durch die Krankenkasse vom Zahnarzt ggf. zu korrigieren.

C. Rechnungslegung

I. Festzuschüsse

Die Abrechnung der Festzuschüsse bei Regel- und/oder gleichartigen Versorgungungen erfolgt über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung.

Handelt es sich um andersartige Versorgungsleistungen oder entfallen bei Mischfällen (Regelleistungen und/oder gleichartige Leistungen in Verbindung mit andersartigen Leistungen) mehr als 50 v. H. des zahnärztlichen Honorars auf andersartige Versorgungsleistungen, erfolgt eine Direktabrechnung mit dem Versicherten. Teil 1 des Heil- und Kostenplans ist bei andersartigen Versorgungsleistungen der Versichertenrechnung beizufügen. Die Gesamtvertragspartner können eine andere prozentuale Grenze als 50 v. H. vereinbaren.

Bei Härtefällen wird auch der über dem doppelten Festzuschuss liegende Betrag, den die Krankenkasse nur bei Regelversorgungsleistungen übernimmt, bis zur tatsächlichen Rechnungshöhe über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechnet. Die Rechnungsstellung gegenüber dem Härtefall bleibt davon unberührt (siehe dazu auch I. c).

II. Eigenanteil

Der Versicherte erhält vom Zahnarzt eine Rechnung über die angefallenen Kosten für die einzelnen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen.

Bei der Inanspruchnahme der Regelversorgung und/oder Leistungen der gleichartigen Versorgung werden die Gesamtkosten abzüglich der festgesetzten Festzuschussbeträge ausgewiesen (Eigenanteil des Versicherten). Bei der Inanspruchnahme von Leistungen der andersartigen Versorgung werden die festgesetzten Festzuschussbeträge nicht von der Rechnungssumme abgezogen (Gesamtkosten).

Der Rechnung an den Versicherten ist ein Exemplar der Rechnung des gewerblichen oder des Praxislabor über zahntechnische Leistungen und die Erklärung nach Anhang VIII der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14.06.1993 über Medizinprodukte (Konformitätserklärung) beizufügen. Dies bedeutet, dass die Konformitätserklärung beim Versicherten verbleibt.

Anlage:

Heil- und Kostenplan (Teil 1 und Teil 2)

Köln, Berlin, 14.12.2011

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

GKV-Spitzenverband

Anlage 5 mit Wirkung zum 01.04.2014 aufgehoben.

Anlage 6a (Blatt 1)

Name und Anschrift der Kasse

Anlage 6 a Auftrag zur Begutachtung prothetischer Behandlung

Name und Anschrift des Gutachters

(Name des Versicherten) (Vorname) (geb. am)
(Ehegatte / Kind / Sonst. Angeh.) (Vorname) (geb. am)
(Name des Zahnarztes)
(Anschrift)

Wir bitten um Begutachtung des beiliegenden Heil- und Kostenplanes

.....

der abgerechneten prothetischen Behandlung

.....

Insbesondere bitten wir zu folgenden Fragen um gutachterliche Stellungnahme:

Durchschrift dieses Auftrages ist dem Zahnarzt übersandt worden.

Der Zahnarzt wurde darauf hingewiesen, dass die erforderlichen Behandlungs- und Befundunterlagen (z.B. Modelle, Röntgenaufnahmen) gemäß § 2 Abs. 4 der Anlage 17 zum EKVZ dem Gutachter unverzüglich zuzuleiten sind.

(Ort / Datum)

(Stempel der Kasse und Unterschrift)

Name und Anschrift der Kasse

Auftrag zur Begutachtung prothetischer Behandlung

Name und Anschrift des Gutachters

(Name des Versicherten) (Vorname) (geb. am)
(Ehegatte / Kind / Sonst. Angeh.) (Vorname) (geb. am)
(Name des Zahnarztes)
(Anschrift)

Wir bitten um Begutachtung des beiliegenden Heil- und Kostenplanes

.....

der abgerechneten prothetischen Behandlung

.....

Insbesondere bitten wir zu folgenden Fragen um gutachterliche Stellungnahme:

Sie werden gebeten, die erforderlichen Behandlungs- und Befundunterlagen (z.B. Modelle, Röntgenaufnahmen) gemäß § 2 Abs. 4 der Anlage 17 zum EKVZ dem Gutachter unverzüglich zuzuleiten.

(Ort / Datum)

(Stempel der Kasse und Unterschrift)

**Durchschrift von der Kasse
an den Zahnarzt zu senden**

Anlage 6a (Blatt 3)

Name und Anschrift der Kasse

Auftrag zur Begutachtung prothetischer Behandlung

Name und Anschrift des Gutachters

(Name des Versicherten)	(Vorname)	(geb. am)
(Ehegatte / Kind / Sonst. Angeh.)	(Vorname)	(geb. am)
(Name des Zahnarztes)		
(Anschrift)		

Wir bitten um Begutachtung des beiliegenden Heil- und Kostenplanes

.....

der abgerechneten prothetischen Behandlung

.....

Insbesondere bitten wir zu folgenden Fragen um gutachterliche Stellungnahme:

Der Zahnarzt wurde darauf hingewiesen, dass die erforderlichen Behandlungs- und Befundunterlagen (z.B. Modelle, Röntgenaufnahmen) gemäß § 2 Abs. 4 der Anlage 17 zum EKVZ dem Gutachter unverzüglich zuzuleiten sind.

(Ort / Datum)

(Stempel der Kasse und Unterschrift)

Durchschrift für die Kasse

Anlage 6 c

Gutachten für kieferorthopädische Behandlung

Kfo-Behandlungsplan vom _____

Kfo-Verlängerungsantrag vom _____

Kfo-Therapieänderung vom _____

KIG-Einstufung vom _____

[(Name und Anschrift der Krankenkasse)]

Name des Zahnarztes
Anschrift
Name, Vorname des Mitglieds geb. am
Name, Vorname des Familienangehörigen geb. am

[]

Untersuchung des Patienten

Ergebnis

1. Der Kfo-Behandlungsplan wird befürwortet ja mit Einschränkung nein
2. Der Kfo-Verlängerungsantrag wird befürwortet ja mit Einschränkung
Quartale _____ nein
3. Die Kfo-Therapieänderung wird befürwortet ja mit Einschränkung nein
4. Die Einstufung nach der kieferorthopädischen
Indikationsgruppe ist korrekt ja nein, welche _____
5. Die Material- und Laborkosten sind angemessen ja nein, Höhe _____

Begründung (falls Angaben des Zahnarztes nicht gefolgt wird, ggf. abweichende Gebühren-Nummern angeben)

(Ort / Datum)

(Stempel des Gutachters)

(Unterschrift des Gutachters)

Richtlinien für die Verordnung von Arzneimitteln

Verordnung von Sprechstundenbedarf (bisherige Anlage 12 Abschnitt V zum Zahnarzt-Ersatzkassenvertrag vom 29.11.1963 in der durch Vereinbarung vom 29.12.1982 geltonden Fassung)

Eine Verordnung als Sprechstundenbedarf kann wirtschaftlicher sein als eine Verordnung auf den Namen des Patienten. Dabei sind folgende Richtlinien zu beachten:

1. Als Sprechstundenbedarf kann verordnet werden, was zur Behandlung einer Mehrzahl von Versicherten einer Vertragskasse in der zahnärztlichen Praxis benötigt wird. Die Verordnung soll einem Vierteljahresbedarf entsprechen.

Die Verordnung erfolgt unter der Bezeichnung „Sprechstundenbedarf-Ersatzkassen“; sie ist zu Lasten der BEK auszustellen.

2. Wird ein Mittel in der Sprechstunde für einen Patienten allein benötigt, so empfiehlt sich, die Verordnung auf den Namen des Patienten zu Händen des Arztes (D. ad. manus medici) - (z. B. Depot Penicillin).

3. Als Sprechstundenbedarf können verordnet werden:

Analgetika:

Zum unmittelbaren Gebrauch in der Sprechstunde vor oder nach schmerzhaften Eingriffen.

Sedativa und Hypnotika:

Zur Vorbereitung des Patienten bei chirurgischen Eingriffen.

Kreislaufmittel und Mittel zur Schockbehandlung:

Nur für Notfälle bei strenger Indikation.

Haemostyptika (auch resorbierbar):

In Form von Gaze, Pulvern, Tabletten, Lösungen.

Desinficienta:

In Form von Lösungen, Tinkturen, Pulvern und Salben zur Mund- und Schleimhautbehandlung. Alkohol nur als Spiritus dilutus (DAB).

Lokalantibiotika und Fungistatica:

Verbandstoff und Nahtmaterial:

Watte, Gaze, Mull, Zellstoff (nicht als Ersatz für Watterollen), Heftpflast Catgut, Nähseide und synthetisches (auch atraumatisches) Nahtmaterial.

Anlage 8a

Kfo-Behandlungsplan

Name der Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Vertragsarzt-Nr.

VK gültig bis

Datum

KFO-Behandlungsplan

KFO-Therapieänderung

KFO-Verlängerungsantrag

Behandlungsbeginn Quartal Beginn der Verlängerung Quartal Voraussichtliche Dauer Quartale

KIG-Einstufung

Anamnese

Diagnose

OK

UK

Bisslage

Therapie

Frühbehandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 a-c)

Frühe Behandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 d)

OK

UK

Bisslage

Verwend. Geräte

Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen (Zahl eintragen, ggf. ankreuzen)

A 925 a	b	c	d	A 928	A 934 a	b	A 935 a	b	c	d	5	7 a	12	116
117	118	126 a	b	d	127 a	b	128 a	b	c	130	131 a	b	c	

voraussichtl. Dauer der Behandlung Quartale

	I	II	III	IV	V	Summe	Buchst.
OK 119							
UK 119							
120					<input checked="" type="checkbox"/>		

Sonstige Leistungen:

Geb.-Nr.	Anz.

Geschätzte Material u. Laborkosten EUR

voraussichtl. Gesamtkosten EUR

Anschrift des Mitgliedes

Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Entscheidung der Krankenkasse

Der Zuschuss zu den aufgeführten Leistungen (Honorar- und Mat.- und Laborkosten) beträgt:

%

Anspruch besteht ab Quartal

MUSTER SCHÜTZDRUCK 30159 Hannover, Marktstr. 49, Tel. (0511) 32 73 44

SCHÜTZDRUCK 30159 Hannover, Marktstr. 49, Tel. (0511) 32 73 44
Mod.-Nr. Z 131 1.04

Mitteilung an den Patienten nach § 29 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V. Buch (SGB V)

Name der Krankenkasse		
Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragszahnarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Behandlungsbedarf nach der Indikationsgruppe (KIG) ___/___

Sehr geehrte/r _____,

nach § 29 Sozialgesetzbuch, V. Buch haben Versicherte Anspruch auf Übernahme von 80 bzw. 90 v. H. der Kosten der im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durchgeführten kieferorthopädischen Behandlung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht. Krankenkassen und Zahnärzte haben gemeinsam in den vom Gesetzgeber geforderten Richtlinien die Indikationsgruppen festgelegt, bei denen eine Behandlungsbedürftigkeit zu Lasten der Krankenkassen zu bejahen ist.

Die klinische Untersuchung hat ergeben, dass bei Ihrem Kind eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung vorliegt, für die Ihre Krankenkasse nicht leistungspflichtig ist. Bei Ihrem Kind habe ich den Behandlungsbedarfsgrad/..... gemäß der Kieferorthopädie-Richtlinien festgestellt. Ihre Krankenkasse darf Kosten erst ab Grad „3“ übernehmen. Eine Behandlung zu Lasten der Krankenkasse darf daher nicht erfolgen. Sollten Sie sich dennoch zu einer Behandlung entschließen, müssten Sie die Kosten selbst tragen.

Ihre Krankenkasse erhält eine Kopie dieser Mitteilung.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Anlage 8c

Mitteilung über einen unplanmäßigen Verlauf der kieferorthopädischen Behandlung

Praxisstempel

Datum:

Betr.: Name des Mitgliedes _____ geb.: _____

Kfo-Behandlung des Patienten _____ geb.: _____

Mitteilung gem. § 16 Abs. 4 BMV-Z bzw. § 7 Abs. 5 EKVZ

Die kieferorthopädische Behandlung des o. g. Patienten nimmt einen unplanmäßigen Verlauf, weil

- mangelnde Kooperation des Kindes bzw. der Eltern vorliegt
- die Behandlungs-Apparatur nicht den Anweisungen gemäß getragen wurde
- die vereinbarten Behandlungstermine wiederholt nicht eingehalten wurden
- die Behandlungs-Apparatur nicht sorgfältig behandelt wurde und
Reparaturen zusätzlich notwendig sind
- eine längere Unterbrechung der Behandlung eingetreten ist
- Sonstiges:

Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Anlagen 9 a und 9 b entfallen zum 01.01.2012 wegen elektronischer Abrechnung.

Anlage 10 a

Parodontalstatus Blatt 1

<p>Name der Krankenkasse</p> <hr/> <p>Name, Vorname des Versicherten</p> <p style="text-align: right;">geb. am</p> <hr/> <p>Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status</p> <hr/> <p>Vertragszahnarzt-Nr. VK gültig bis Datum</p>	<h2 style="text-align: center; margin: 0;">PARODONTALSTATUS Blatt 1</h2> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Behandlungsplan </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Therapieergänzung </div> </div>												
<p>Zutreffendes ankreuzen bzw. eintragen</p>													
<p>Allgemeine Vorgeschichte</p> <p>Diabetes mellitus <input type="checkbox"/></p> <p>Bluterkrankungen (z. B. Leukämie) <input type="checkbox"/></p> <p>HIV-Infektion <input type="checkbox"/></p> <p>Genetische Erkrankung (z. B. Down-Syndrom) <input type="checkbox"/></p> <p>Osteoporose <input type="checkbox"/></p> <p>Tabakkonsum <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstiges</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p>Diagnose</p> <p>Chronische Parodontitis <input type="checkbox"/></p> <p>Aggressive Parodontitis <input type="checkbox"/></p> <p>Parodontitis als Manifestation von Systemerkrankungen <input type="checkbox"/></p> <p>Nekrotisierende Parodontalerkrankung <input type="checkbox"/></p> <p>Parodontalabszess <input type="checkbox"/></p> <p>Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen <input type="checkbox"/></p> <p>Gingivale Vergrößerungen <input type="checkbox"/></p> <p>Gingiva- und Weichgewebswucherung <input type="checkbox"/></p> <p>ergänzende Angaben zur Diagnose</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>												
<p>Familienvorgeschichte</p> <p>Eltern hatten Zahnfleischerkrankungen und ggf. dadurch Zähne verloren <input type="checkbox"/></p>	<p>Therapieergänzung (ggf. eintragen):</p> <p>Behandlungsplan vom <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Geb.-Nr.</th> <th style="width: 10%;">Anz.</th> <th style="width: 75%;">Zahnangabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>P202</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>P203</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>111</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	Geb.-Nr.	Anz.	Zahnangabe	P202	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	P203	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	111	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Geb.-Nr.	Anz.	Zahnangabe											
P202	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>											
P203	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>											
111	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>											
<p>Spezielle Vorgeschichte</p> <p>Zahnfleischbluten <input type="checkbox"/></p> <p>Entzündungen mit Anschwellen des Zahnfleischs <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnwanderungen <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnverlust durch Zahnlockerung <input type="checkbox"/></p> <p>Frühere Zahnfleischbehandlung <input type="checkbox"/></p> <p>Angabe des Jahres <input style="width: 50px;" type="text"/> ca.</p>	<p>Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>												
<p>Befund</p> <p>Marginales Parodontium <input type="checkbox"/></p> <p>Bluten auf Sondieren <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">generell <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">lokalisiert <input type="checkbox"/></p> <p>Subgingivaler Zahnstein <input type="checkbox"/></p> <p>Taschensekretion <input type="checkbox"/></p> <p>Folgen von Parafunktionen <input type="checkbox"/></p> <p>Abrasionen / Schliff-Flächen <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnersatz</p> <p>Festsitzend Angabe des Jahres ca. <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>Herausnehmbar Angabe des Jahres ca. <input style="width: 50px;" type="text"/></p>	<p>Entscheidung der Krankenkasse</p> <p>Die Kosten der vorgesehenen systematischen Par-Behandlung werden übernommen <input type="checkbox"/> nicht übernommen. <input type="checkbox"/></p> <p>Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>												
<p>Anschrift Krankenkasse</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>													

Vordr.-Nr. Z 501 104

Anlage 11

Beratungsverfahren bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen

1. Die KZVen ermitteln pro Quartal die Zahnärzte, deren Abrechnung auf ein unausgewogenes Verhältnis zwischen den Bereichen konservierende Behandlung und Zahnersatz bzw. zwischen Versorgungsarten im Bereich Zahnersatz schließen lässt.
2. Auf Veranlassung eines Vertragspartners oder einer Krankenkasse können unabhängig von der Auswahl nach Ziffer 1 noch weitere Zahnärzte, bei denen Auffälligkeiten festzustellen sind, in das Beratungsverfahren einbezogen werden. Soll eine Einbeziehung in das Beratungsverfahren nicht stattfinden, sind die Gründe hierfür zu benennen.
3. Die KZV klärt die zur Beratung anstehenden Zahnärzte unter Berücksichtigung ihrer Abrechnungsergebnisse individuell über die Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit bei der Planung und Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen auf.
4. Die Abrechnungen der Vertragszahnärzte, die von der KZV beraten wurden, werden im Anschluss an die Beratung bis zu vier Quartalen beobachtet.
5. Zahnärzte, bei denen die Beratung der KZV keine Verhaltensänderung bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen bewirkt hat, werden den Krankenkassen benannt, um den Krankenkassen die Möglichkeit zu eröffnen, diese einem besonderen Gutachterverfahren zuzuführen.
6. Das Gutachterverfahren nach § 22 i.V.m. Anlage 17 EKVZ bleibt von dieser Vereinbarung unberührt.
7. Diese Vereinbarung tritt zum 1. Oktober 1985 in Kraft.

**Vereinbarung zur Sicherstellung der überbezirklichen zahnärztlichen Versorgung
der Versicherten der Ersatzkassen sowie als Rahmen zur Umsetzung von
§ 83 Satz 1 SGB V**

§ 1

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung sowie der Verband der Angestellten-Krankenkassen und der Verband der Arbeiter-Ersatzkassen vereinbaren als Rahmen zu den Gesamtverträgen nach § 83 Satz 1 SGB V zur Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung der Mitglieder mit Wohnsitz in einem KZV-Bezirk einschließlich ihrer mitversicherten Familienangehörigen sowie zur Sicherstellung der überbezirklichen zahnärztlichen Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen gemäß § 75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 2 SGB V die nachfolgenden Regelungen.

§ 2

Jede Kassenzahnärztliche Vereinigung ist zur Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung für die Mitglieder und deren mitversicherten Familienangehörigen der Ersatzkassen mit Wohnsitz im Bezirk der Kassenzahnärztlichen Vereinigung sowie mit Wohnsitz in den Bezirken anderer Kassenzahnärztlicher Vereinigungen verpflichtet.

§ 3

- (1) Die Vergütung für die Versorgung der Mitglieder der Ersatzkassen und ihrer mitversicherten Familienangehörigen ist zwischen der KZV und der Ersatzkasse am Wohnsitz des Mitgliedes der Ersatzkasse abzurechnen.
- (2) Für die Abrechnung der Vergütung ist der für die KZV und die Ersatzkasse am Wohnsitz des Mitgliedes gültige Gesamtvertrag mit den Ersatzkassen unter Einbeziehung der Inhalte dieser Vereinbarung maßgeblich.
- (3) Für die Abrechnung mit den Ersatzkassen gelten folgende Punktwerte: Bei Behandlungen nach den Bema-Teilen 1, 2 und 4 gelten die am Wohnsitz des Mitgliedes der Ersatzkasse vereinbarten Punktwerte, für die Behandlungen nach Bema-Teil 3 der am Sitz des Vertragszahnarztes vereinbarte Punktwert. Für kieferorthopädische Begleitleistungen ist der am Wohnsitz des Mitgliedes der Ersatzkasse vereinbarte Punktwert maßgebend.
- (4) Die Richtlinien nach § 75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 2 SGB V treten für den Bereich der Ersatzkassen gemeinsam mit dieser Vereinbarung am 01.01.2008 in Kraft.

§ 4

Die Abrechnung und der Zahlungsausgleich zwischen der KZV am Wohnsitz des Mitgliedes der Ersatzkasse und der KZV am Vertragszahnarztsitz wird intern zwischen den Kassenzahnärztli-

chen Vereinigungen auf der Grundlage einer Regelung der KZBV im Sinne des § 75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 2 SGB V abgewickelt.

§ 5

¹Die Kassenzahnärztliche Vereinigung am Wohnsitz des Mitgliedes der Ersatzkasse bezieht bei der Rechnungslegung gegenüber der Ersatzkasse in ihrem KZV-Bezirk Behandlungsfälle der überbezirklichen Sicherstellung in gleicher Weise ein wie eigene Behandlungsfälle für Mitglieder der Ersatzkasse mit Wohnsitz im Bezirk der KZV und deren mitversicherte Familienangehörige. ²Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen am Wohnsitz des Mitgliedes der Ersatzkasse können die Rechnungslegung der Leistungsbereiche BEMA-Teile 1 und 3 für die eigenen Behandlungsfälle und Behandlungsfälle der überbezirklichen Sicherstellung in diesen Leistungsbereichen zu unterschiedlichen Terminen (zweizeitig) erstellen. ³Hierzu besteht ein einmaliges Wahlrecht das durch eine entsprechende Erklärung gegenüber der Ersatzkasse ausgeübt wird. ⁴Entscheidet sich die Kassenzahnärztliche Vereinigung am Wohnsitz des Mitgliedes der Ersatzkasse für eine zweizeitige Abrechnung, liegt keine unzulässige Teilrechnung nach § 17 Abs. 1 S. 3 EKV-Z vor. ⁵Es gelten die Bestimmungen des Ersatzkassenvertrages-Zahnärzte (EKV-Z) sowie die ergänzenden Regelungen des am Wohnsitz des Mitgliedes der Ersatzkasse vereinbarten Gesamtvertrages einschließlich der Regelungen zum Datenträgeraustausch. ⁶Auf dem Datenträger werden die Behandlungsfälle der überbezirklichen Sicherstellung jeweils KZV-spezifisch gekennzeichnet.

§ 6

- (1) In die Grundlagen zur Bemessung der höchstzulässigen Gesamtvergütung nach §§ 82 Abs. 2, 83, 71 SGB V (Ausgangszeiträume zur Bemessung der heutigen höchstzulässigen Gesamtvergütungen) sind zahnärztliche Leistungen für Mitglieder der Ersatzkasse mit Wohnsitz in fremden KZV-Bezirken sowie für deren mitversicherte Familienangehörige eingeflossen, die sich im Bezirk der KZV zahnärztlich haben behandeln lassen. Dem gegenüber fehlen diese Abrechnungswerte in den Berechnungsgrundlagen der KZV am Wohnsitz des Mitgliedes der Ersatzkasse. Um diese Vergütungsanteile für Fremdversicherte sind die höchstzulässigen Gesamtvergütungen nach Maßgabe des Abs. 2 zu verändern.
- (2) Hierzu empfehlen die vertragschließenden Parteien den Partnern der Gesamtverträge eine einmalige Korrektur der höchstzulässigen Gesamtvergütung des Jahres 2007 in Höhe der sich aus den Anlagen 1 und 2 ergebenden Beträge des Jahres 2005 (Spalte Budget-Korrektur, Erhöhung bzw. Absenkung) als Ausgangsbetrag zur Weiterentwicklung der höchstzulässigen Gesamtvergütung im Jahr 2008 (Rechenformel: Höchstzulässige Gesamtvergütung je KZV 2007 zuzüglich bzw. abzüglich Korrekturbedarf = Ausgangsbetrag zur Weiterentwicklung der höchstzulässigen Gesamtvergütung je KZV im Jahr 2008). Die Korrekturbeträge sind bundesweit mit den Partnern der Gesamtverträge abgestimmt. Die nach dem Wohnortprinzip für den Zeitraum ab 01.01.2008 bereinigten Gesamtvergütungen begründen keine wechselseitigen Ansprüche der Gesamtvertragspartner für das Jahr 2007 oder die Vorjahre.

§ 7

- (1) Durch die abgestimmte Datenbasis nach § 6 Abs. 2 wird sichergestellt, dass keine Erhöhung der bundesweiten Summe der höchstzulässigen Gesamtvergütungen eintritt (Budgetneutralität). Die dadurch hervorgerufene Veränderung der Zahlbeträge in den einzelnen KZVen gleicht sich bundesweit aus (Finanzneutralität). Diese Budget- und Finanzneutralität ist bei einmaliger Umsetzung der Empfehlung nach § 6 Abs. 2 in allen Ländern gewahrt.
- (2) Das Inkrafttreten zum 01.01.2008 und die Wirksamkeit der vorliegenden Vereinbarung steht unter dem Vorbehalt, dass alle Gesamtvertragspartner die Inhalte dieses Vertrages nebst den untrennbaren Anlagen als für sich verbindlich anerkennen und gegen sich gelten lassen. Sie geben dazu die Erklärung gemäß Anlage 3 bis zum 20.12.2007 in dreifacher Ausfertigung ab.

§ 8

- (1) Liegen die Erklärungen gem. § 7 Abs. 2 nicht sämtlich bis 20.12.2007 vor, wirken die Partner dieser Vereinbarung darauf hin, dass die fehlenden Erklärungen der Gesamtvertragspartner nachgereicht werden. In diesem Fall tritt die vorliegende Vereinbarung zum 01.01.2009 in Kraft.
- (2) Verweigert ein Gesamtvertragspartner die Umsetzung dieser Vereinbarung durch Nichtvorlage der Erklärung gemäß § 7 Abs. 2, verpflichten sich die Ersatzkassen, das zuständige Landesschiedsamt anzurufen und dort die Umsetzung dieser Vereinbarung einzufordern. Die Partner dieser Vereinbarung werden für diesen Fall gegenüber dem Schiedsamt übereinstimmend die Umsetzung der Regelung nach § 6 Abs. 2 vertreten und auf Wunsch gemeinsam ergänzende Erläuterungen bzw. Begründungen zu den Hintergründen und Zielen der Regelung nach § 6 Abs. 2 geben und sich gemeinsam dafür einsetzen, dass bundesweit Budget- und Finanzneutralität im Sinne des § 7 Abs. 1 gewahrt bleibt. Die Abgabe der Erklärungen gem. § 7 Abs. 2 wird durch Entscheidungen der Schiedsämter ersetzt, die inhaltlich der abgestimmten Datenbasis entsprechen. Für den Fall, dass ein Schiedsamt eine abweichende Entscheidung treffen sollte, wird die Abgabe der Erklärungen gem. § 7 Abs. 2 durch die Vereinbarung und Durchführung eines finanziellen Ausgleiches gem. § 8 Abs. 3 ersetzt. In beiden Fällen tritt die Vereinbarung am 01.01.2009 in Kraft.
- (3) Sollte sich auch nach dem Verfahren gemäß § 8 Abs. 2 keine Finanzneutralität auf der Grundlage der verbindlich abgestimmten Datenbasis nach § 6 Abs. 2 (siehe Anlagen 1 und 2)¹ ergeben, so verpflichten sich die Vertragspartner auf einen finanziellen Ausgleich hinzuwirken.

§ 9

- (1) Die Vertragspartner gehen davon aus, dass aufgrund dieser Vereinbarung insbesondere für das Verfahren der
 - Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung nach §§ 106 / 106a SGB V
 - Degression nach § 85 Abs. 4b SGB V

¹ Die Anlagen 1 und 2 sind in diesem Druckstück nicht abgedruckt

- Anrechnung von Kostenerstattungsfällen (§ 13 Abs. 2 SGB V, § 53 SGB V) auf die Gesamtvergütungen und die Degression
- sachlich-rechnerischen Berichtigung von Abrechnungen

keine Änderungen erforderlich sein werden. ²Die Degressionsgutschriften für fremde Zahnärzte werden einmal jährlich überwiesen. ³Über die Festlegung des Zeitpunktes verständigen sich die Gesamtvertragspartner.

- (2) ¹Die Vertragspartner gehen davon aus, dass Anpassungen regionaler oder überregionaler Vereinbarungen (einschließlich Datenübermittlungen), die flankierend zu dieser Vereinbarung für den weiteren reibungslosen Ablauf der vertragszahnärztlichen Abrechnung notwendig werden, im gegenseitigen Interesse zeitnah umgesetzt werden.

**Kassenzahnärztliche
Bundesvereinigung**

Köln, 22.09.2010

Dr. Wolfgang Eßer

Dr. Jürgen Fedderwitz

Dr. Günther E. Buchholz

**Verband der
Ersatzkassen e.V. (vdek)**

Berlin, 08.10.2010

Thomas Ballast

Umsetzungsverpflichtungserklärung

Die/der

.....
.....
.....

(VdAK/AEV-Landesvertretung bzw. KZV, Namen eintragen)

verpflichtet sich hiermit, zur Umsetzung des Wohnortprinzips sowie der diesbezüglichen Vereinbarung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung mit dem VdAK/AEV Siegburg zur Sicherstellung der überbezirklichen zahnärztlichen Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen sowie als Rahmen zur Umsetzung von § 83 Satz 1 SGB V vom die höchstzulässige Gesamtvergütung des Jahres 2007 im Rahmen der Honorarverhandlungen für das Jahr 2008 um den Betrag von

(1) VdAK: €

(2) AEV: €

basiswirksam zu erhöhen / abzusenken und die übrigen Regelungen der Vereinbarung vom zu beachten.

Weitere im Rahmen der Vergütungsvereinbarung für das Jahr 2008 zu treffenden Regelungen bzw. Vergütungsveränderungen bleiben hiervon ausdrücklich unberührt und den Partnern der Gesamtverträge vorbehalten.

.....

Ort, Datum, Unterschrift

Anlagen 13 – 14 gegenstandslos

**Vereinbarung
über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren
sowie das Gutachterwesen
bei der kieferorthopädischen Behandlung**

§ 1

Antrags- und Genehmigungsverfahren

- (1) ¹Vor Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung oder bei einer Therapieänderung stellt der Vertragszahnarzt persönlich und eigenverantwortlich einen Behandlungsplan (Anlage 8 zum BMV-Z/Anlage 8a zum EKV-Z) in zweifacher Ausfertigung auf und leitet beide Exemplare der Krankenkasse zu. ²Satz 1 gilt nicht für Leistungen nach den Nrn. 121 bis 125 von BEMA-Teil 3. ³Über das 16. Behandlungsvierteljahr hinausgehende, noch erforderliche Leistungen sind nach Maßgabe der Abrechnungsbestimmungen zu den Nrn. 119 und 120 von BEMA-Teil 3 schriftlich unter Verwendung des Verlängerungsantrages (Anlage 8 zum BMV-Z/Anlage 8a zum EKV-Z) in zweifacher Ausfertigung zu beantragen.
- (2) ¹Stellt der Vertragszahnarzt fest, dass die beabsichtigte kieferorthopädische Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört, hat er dies dem Versicherten schriftlich nach dem Muster der Anlage 8 zum BMV-Z/Anlage 8b zum EKV-Z mitzuteilen und der Krankenkasse eine zweite Ausfertigung zu übermitteln. ²Der Zahnarzt hat der Kassenzahnärztlichen Vereinigung eine weitere Ausfertigung zu übersenden.
- (3) ¹Bei Kostenübernahme sendet die Krankenkasse zügig, spätestens zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang ein Exemplar des Behandlungsplanes mit der Kostenübernahmeerklärung an den Vertragszahnarzt zurück. ²Mit der Behandlung soll erst begonnen werden, wenn die Krankenkasse eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben hat. ³Der Behandlungsplan ist dem Vertragszahnarzt auch dann zurückzusenden, wenn eine Kostenübernahme nicht erfolgt. ⁴Behandlungen, für die die Krankenkasse auf Grund des Behandlungsplans die Kosten übernommen hat, unterliegen keiner nachträglichen Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit, es sei denn, die abgerechneten Leistungen gehen über den Umfang der genehmigten Leistungen hinaus.
- (4) ¹Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen können auf der Grundlage der Behandlungspläne und der Mitteilungen gem. Abs. 2 Satz 1 die Auswirkungen der Einführung des Kieferorthopädischen Indikationssystems (KIG) überprüfen lassen. ²Näheres regeln die Gesamtvertragspartner auf Landesebene.

§ 2

Einleitung des Gutachterverfahrens

- (1) ¹Die Krankenkasse kann den Behandlungsplan vor der kieferorthopädischen Behandlung begutachten lassen. ²Der Versicherte ist hierüber zu unterrichten. ³In diesem Fall hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, ob sie die Kosten für die geplante Behandlung übernimmt. ⁴Kann die Krankenkasse die Frist nach Satz 3 nicht einhalten, teilt sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. ⁵Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung der Anlage 13a zum BMV-Z.
- (2) ¹Die Krankenkasse sendet den Behandlungsplan (Anlage 8 zum BMV-Z/Anlage 8a zum EKV-Z) in zweifacher Ausfertigung an den Vertragszahnarzt zurück. ²Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem von der Krankenkasse benannten Gutachter beide Ausfertigungen des Behandlungsplanes zusammen mit den Befundunterlagen (wie Kiefermodelle,

¹ Anlage 15 neu eingefügt auf Grund einer Vereinbarung vom 03.02.2014, gültig ab 01.04.2014

Röntgenaufnahmen, Fotografie, Fernröntgenaufnahme, HNO-Befund) einschließlich vorliegender Auswertungen unverzüglich zuzuleiten.

- (3) Die Abs. 1 und 2 gelten für die Therapieänderung oder die Verlängerung der kieferorthopädischen Behandlung gemäß § 1 Abs. 1 entsprechend.
- (4) ¹Die Krankenkasse kann in der Regel innerhalb von vier Wochen nach Kenntnisnahme der Mitteilung gemäß § 1 Abs. 2 ein Gutachten zur Überprüfung der Zuordnung zur vertragszahnärztlichen Versorgung einleiten. ²Die gutachterliche Beurteilung ist anhand von Modellen oder durch eine klinische Untersuchung vorzunehmen. ³Die Krankenkasse hat im Falle einer Begutachtung die KZV über das Ergebnis der Begutachtung zu unterrichten. ⁴Im Übrigen gelten die Bestimmungen der §§ 3 bis 6 entsprechend.
- (5) Bei unterschiedlicher Auffassung über die Zuordnung der beabsichtigten kieferorthopädischen Maßnahmen zur vertragszahnärztlichen Versorgung (KIG-Einstufung) hat die Krankenkasse auf Antrag des Zahnarztes ein Gutachten herbeizuführen.
- (6) ¹Kieferorthopädische Leistungen (einschließlich der zahntechnischen Leistungen), die ohne Therapieänderung über die ursprünglich geplanten hinausgehen, hat der Vertragszahnarzt der Krankenkasse anzuzeigen. ²Die Krankenkasse kann diese Leistungen innerhalb von vier Wochen begutachten lassen.

§ 3 Begutachtung

- (1) ¹Der Gutachter nimmt zum Behandlungsplan unter Verwendung der Anlage 13c zum BMV-Z/Anlage 6c zum EKV-Z Stellung. ²Soweit erforderlich, empfiehlt der Gutachter Ergänzungen und Änderungen des Behandlungsplans. ³Meinungsverschiedenheiten über die Beurteilung des Behandlungsfalles sind in kollegialer Weise zu klären.
- (2) ¹Der Gutachter ist verpflichtet, die eingehenden Behandlungsplanungen nach Vorlage der vom behandelnden Vertragszahnarzt vorzulegenden Behandlungs- und Befundunterlagen (z. B. Modelle, Röntgenaufnahmen, Fotografie, Fernröntgenaufnahme, HNO-Befund, Heil- und Kostenplan) innerhalb von vier Wochen zu bearbeiten. ²Die Frist nach Satz 1 wird mit Eingang der Stellungnahme bei der Krankenkasse gewahrt. ³Eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist nach Satz 1 kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der Krankenkasse rechtzeitig, spätestens bis zum Ablauf der Vier-Wochen-Frist mittels schriftlicher Begründung anzuzeigen. ⁴Die Behandlungs- und Befundunterlagen sind dem behandelnden Vertragszahnarzt unmittelbar zurückzusenden.
- (3) ¹Der Gutachter kann vom Vertragszahnarzt weitere Unterlagen anfordern. ²Der Gutachter setzt die Krankenkasse hiervon in Kenntnis. ³Die Kosten hierfür sind dem Vertragszahnarzt nach dem BEMA von der Krankenkasse zu vergüten.
- (4) ¹Der Gutachter kann eine Untersuchung des Versicherten durchführen. ²Der Untersuchungstermin wird vom Gutachter in Abstimmung mit dem Versicherten festgelegt. ³Der Vertragszahnarzt und die Krankenkasse sind hiervon vom Gutachter zu unterrichten. ⁴Der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.
- (5) ¹Befürwortet der Gutachter den Behandlungsplan, so sendet er beide Exemplare des Behandlungsplans der Krankenkasse zu. ²Die übrigen Unterlagen sendet er dem Vertragszahnarzt zurück. ³Befürwortet er den Behandlungsplan nicht, so sendet er mit seiner schriftlichen Stellungnahme ein Exemplar des Behandlungsplans der Krankenkasse, das zweite Exemplar und die übrigen Unterlagen dem Vertragszahnarzt zurück.

- (6) Die Absätze 1 bis 5 gelten für die Therapieänderung oder die Verlängerung der kieferorthopädischen Behandlung gemäß § 1 Abs. 1 entsprechend.

§ 4 Obergutachten

- (1) ¹Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Behandlungsplan, zum Verlängerungsantrag oder zur Therapieänderung können Vertragszahnarzt oder Krankenkasse innerhalb eines Monats nach dem Zugang der Stellungnahme des Gutachters schriftlich bei der KZBV Einspruch zum Zwecke der Einholung eines Obergutachtens einlegen. ²Der Einspruch ist ausreichend zu begründen.
- (2) Der Vertragszahnarzt bzw. die Krankenkasse übersendet der KZBV den Behandlungsplan, den Verlängerungsantrag oder die Therapieänderung, das Gutachten und - wenn der Vertragszahnarzt Einspruch eingelegt hat - die Entscheidung der Krankenkasse.
- (3) Im Übrigen gelten § 2 Abs. 1 bis 3 und § 3 sinngemäß.
- (4) Der für den zu begutachtenden Fall zuständige Obergutachter wird vom Fachberater der KZBV bestimmt.

§ 5 Kostentragung

¹Die Kosten für die Begutachtung der Behandlungsplanung, des Verlängerungsantrags oder der Therapieänderung trägt die Krankenkasse. ²Die Kosten des Obergutachtens für die Behandlungsplanung trägt die Krankenkasse, es sei denn, der Einspruch des Vertragszahnarztes gegen die Stellungnahme des Gutachters bleibt erfolglos. ³In diesem Fall hat der Vertragszahnarzt die Kosten des Obergutachtens vollständig oder anteilig zu tragen.

§ 6 Gutachtergebühren

- (1) ¹Die Gebühren errechnen sich durch Multiplikation der nachstehend angegebenen Bewertungszahlen mit den jeweils gültigen Punktwerten. ²Die Punktwerte für Gutachten werden durch die Gesamtvertragspartner vereinbart. ³Centbeträge sind kaufmännisch zu runden.
- a) Gutachten zur Überprüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen gemäß § 29 Abs. 1 SGB V anhand der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG, Anlage 1 zu den Kfo-Richtlinien) ohne Begutachtung der Behandlungsplanung: 50 Punkte
 - b) Gutachten zu einer Behandlungsplanung, einem Verlängerungsantrag oder einer Therapieänderung nach Auswertung von Röntgenaufnahmen und ggf. Modellen, bei ablehnender Stellungnahme mit fachlicher Begründung: 80 Punkte
 - c) Gutachten zu einzelnen Behandlungspositionen oder zu zusätzlich geplanten Leistungen: 40 Punkte
 - d) Begutachtung eines Nachbefundes, soweit die Begutachtung durch denselben Gutachter, der das Erstgutachten erstellt hat, erfolgt: 20 Punkte
 - e) Für die körperliche Untersuchung des Patienten: 18 Punkte

- f) Für Obergutachten wird die Gebühr jeweils vom Fachberater für Kieferorthopädie der KZBV im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband festgesetzt.
- (2) ¹Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von 12,20 EUR je Gutachten abgegolten. ²Centbeträge sind kaufmännisch zu runden.
- (3) ¹Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter oder Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen zusätzlich abgerechnet werden. ²Die Nrn. 7700 und 7750 können nicht zusätzlich abgerechnet werden.

Protokollnotiz:

Sofern im Laufe einer kieferorthopädischen Behandlung die Krankenkasse seitens des Versicherten bzw. dessen gesetzlichen Vertreters Hinweise über einen unregelmäßigen Verlauf der kieferorthopädischen Behandlung erhält, hat diese die Möglichkeit, in begründeten Einzelfällen die Kassenzahnärztliche Vereinigung zu beteiligen. Soweit ein von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung bestellter Fachberater für kieferorthopädische Leistungen in Anspruch genommen wird, kann die Kassenzahnärztliche Vereinigung eine Gebühr entsprechend § 6 Abs. 1 lit. b in Rechnung stellen.

**Vereinbarung
über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren
sowie das Gutachterwesen
bei der systematischen Behandlung von Parodontopathien**

§ 1

Antrags- und Genehmigungsverfahren

- (1) ¹Vor Beginn einer systematischen Behandlung von Parodontopathien ist vom Vertragszahnarzt anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen ein Parodontalstatus (Blatt 1 – Anlage 10a und Blatt 2 – Anlage 10b zum BMV-Z/EKV-Z) zu erstellen. ²Der Vertragszahnarzt sendet den Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) der Krankenkasse zu.
- (2) ¹Bei Kostenübernahme sendet die Krankenkasse zügig, spätestens nach Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang den Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) mit der Kostenübernahmeerklärung an den Vertragszahnarzt zurück. ²Mit der Behandlung soll erst nach Eingang dieser Mitteilung begonnen werden; hiervon ausgenommen sind Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen. ³Der Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) ist dem Vertragszahnarzt auch dann zurückzusenden, wenn eine Kostenübernahme nicht erfolgt. ⁴Behandlungen, für die die Krankenkasse auf Grund des Parodontalstatus die Kosten übernommen hat, unterliegen keiner nachträglichen Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit, es sei denn, die abgerechneten Leistungen gehen über den Umfang der genehmigten Leistungen hinaus.
- (3) ¹Eine Therapieergänzung im Sinne eines zusätzlichen offenen Vorgehens (chirurgische Therapie) ist auf dem Parodontalstatus (Blatt 1) zu vermerken und der Krankenkasse zu übermitteln. ²Soweit die Krankenkasse innerhalb von drei Wochen nach Eingang des Parodontalstatus (Blatt 1) kein Gutachterverfahren einleitet, gilt die Therapieergänzung als genehmigt. ³Eine Therapieergänzung kann nur innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten nach Durchführung des geschlossenen Vorgehens erfolgen.
- (4) Werden im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontopathien prothetische Maßnahmen oder Maßnahmen zur Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen erforderlich, so ist ein Heil- und Kostenplan für die prothetische Behandlung bzw. ein Behandlungsplan bei Kiefergelenkserkrankungen beizufügen.

§ 2

Einleitung des Gutachterverfahrens

- (1) ¹Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Parodontalstatus begutachten lassen. ²Der Versicherte ist hierüber zu unterrichten. ³In diesem Fall hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, ob sie die Kosten für die geplante Behandlung übernimmt. ⁴Kann die Krankenkasse die Frist nach Satz 3 nicht einhalten, teilt sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. ⁵Sie erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung der Anlage 13a zum BMV-Z.
- (2) ¹Die Krankenkasse sendet den Parodontalstatus (Blatt 1 – Anlage 10a – und Blatt 2 – Anlage 10b zum BMV-Z/EKV-Z) an den Vertragszahnarzt zurück. ²Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem von ihr benannten Gutachter beide Blätter des Parodontalstatus zusammen mit den Befundunterlagen (Röntgenaufnahmen) unverzüglich zuzuleiten.

¹ Anlage 16 neu eingefügt auf Grund einer Vereinbarung vom 03.02.2014, gültig ab 01.04.2014

§ 3 Begutachtung

- (1) ¹Der Gutachter nimmt zum Parodontalstatus unter Verwendung der Anlage 10b zum BMV-Z/EKV-Z Stellung. ²Soweit erforderlich, empfiehlt der Gutachter Ergänzungen und Änderungen des Parodontalstatus. ³Meinungsverschiedenheiten über die Beurteilung des Behandlungsfalles sind in kollegialer Weise zu klären.
- (2) ¹Der Gutachter ist verpflichtet, den eingehenden Parodontalstatus nach Vorlage der vom behandelnden Zahnarzt vorzulegenden Befundunterlagen innerhalb von vier Wochen zu bearbeiten. ²Die Frist nach Satz 1 wird mit Eingang der Stellungnahme bei der Krankenkasse gewahrt. ³Eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist nach Satz 1 kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der Krankenkasse rechtzeitig, spätestens bis zum Ablauf der Vier-Wochen-Frist mittels schriftlicher Begründung anzuzeigen. ⁴Die Befundunterlagen sind dem behandelnden Vertragszahnarzt unmittelbar zurückzusenden.
- (3) ¹Der Gutachter kann vom Vertragszahnarzt weitere Unterlagen anfordern. ²Der Gutachter setzt die Krankenkasse hiervon in Kenntnis. ³Die Kosten hierfür sind dem Vertragszahnarzt nach dem BEMA von der Krankenkasse zu vergüten.
- (4) ¹Der Gutachter kann eine Untersuchung des Versicherten durchführen. ²Der Untersuchungstermin wird vom Gutachter in Abstimmung mit dem Versicherten festgelegt. ³Der Vertragszahnarzt und die Krankenkasse sind hiervon vom Gutachter zu unterrichten. ⁴Der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.
- (5) ¹Befürwortet der Gutachter den Parodontalstatus, so vermerkt er dies auf dem Parodontalstatus (Blatt 2) und sendet Blatt 1 und 2 der Krankenkasse zu. ²Die übrigen Unterlagen sendet er dem Vertragszahnarzt zurück. ³Befürwortet er den Parodontalstatus nicht, so sendet er Blatt 1 und 2 mit seiner schriftlichen Stellungnahme der Krankenkasse, die übrigen Unterlagen dem Vertragszahnarzt zurück. ⁴Die Krankenkasse übersendet beide Blätter des Parodontalstatus sowie ggf. die gutachterliche Stellungnahme dem Vertragszahnarzt mit dem Vermerk, ob sie die Kosten übernimmt.
- (6) § 2 sowie die vorstehenden Absätze 1 bis 5 gelten für die Begutachtung einer Therapieergänzung i.S.d. § 1 Abs. 3 entsprechend.

§ 4 Obergutachten

- (1) ¹Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Parodontalstatus oder zur Therapieergänzung können Vertragszahnarzt oder Krankenkasse innerhalb eines Monats nach Zugang der Stellungnahme des Gutachters schriftlich bei der KZBV Einspruch zum Zwecke der Einholung eines Obergutachtens einlegen. ²Der Einspruch ist ausreichend zu begründen.
- (2) Der Vertragszahnarzt bzw. die Krankenkasse übersendet der KZBV beide Blätter des Parodontalstatus bzw. die Unterlagen der Therapieergänzung, das Gutachten und – wenn der Vertragszahnarzt Einspruch eingelegt hat – die Entscheidung der Krankenkasse.
- (3) Im Übrigen gelten die Bestimmungen der §§ 2 und 3 entsprechend.

§ 5 Kostentragung

¹Die Kosten für die Begutachtung der Behandlungsplanung trägt die Krankenkasse. ²Die Kosten des Obergutachtens trägt die Krankenkasse, es sei denn, der Einspruch des Vertragszahnarztes gegen die Stellungnahme des Gutachters bleibt erfolglos. ³In diesem Fall hat der Vertragszahnarzt die Kosten des Obergutachtens vollständig oder anteilig zu tragen.

§ 6 Gutachtergebühren

- (1) ¹Die Gebühren errechnen sich durch Multiplikation der nachstehend angegebenen Bewertungszahlen mit den jeweils gültigen Punktwerten. ²Die Punktwerte für Gutachten werden durch die Gesamtvertragspartner vereinbart. ³Centbeträge sind kaufmännisch zu runden.
- a) Gutachten zu einer Behandlungsplanung oder zu einer Therapieergänzung nach Auswertung von Röntgenaufnahmen, bei ablehnender Stellungnahme mit fachlicher Begründung:
80 Punkte
 - b) für die körperliche Untersuchung des Patienten:
18 Punkte
 - c) Für Obergutachten wird die Gebühr jeweils vom Fachberater für Parodontologie der KZBV im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband festgesetzt.
- (2) ¹Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von 12,20 EUR je Gutachten abgegolten. ²Centbeträge sind kaufmännisch zu runden.
- (3) ¹Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter oder Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen zusätzlich abgerechnet werden. ²Die Nrn. 7700 und 7750 können nicht zusätzlich abgerechnet werden.

Anlage 17¹

Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen

§ 1 Antrags-/ Genehmigungsverfahren

- (1) ¹Anhand des Befundes stellt der Vertragszahnarzt einen Heil- und Kostenplan (Anlage 3 zum BMV-Z/Anlage 4 zum EKV-Z) auf, der der Krankenkasse grundsätzlich über den Versicherten vorzulegen ist. ²Der Heil- und Kostenplan ist von der Krankenkasse insgesamt zu überprüfen.
- (2) ¹Für Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Kronen und Brücken und zur Wiederherstellung oder Erweiterung von Prothesen nach den Befund-Nrn. 6.0 - 6.10, 7.3, 7.4 und 7.7 der Festzuschuss-Richtlinie sind ausgestaltende Regelungen der Gesamtvertragspartner zulässig. ²Diese Befunde können auch ohne vorherige Bewilligung durch die Krankenkasse versorgt werden. ³Das gilt auch für die Befunde nach den Nrn. 1.4 und 1.5. ⁴Hiervon bleibt das Recht, vor Beginn der Behandlung die Bewilligung durch die Krankenkasse einzuholen, unberührt. ⁵Bei zum Zeitpunkt der Behandlung dem Vertragszahnarzt bekannten Härtefällen ist der Heil- und Kostenplan vor Behandlungsbeginn zur Bewilligung der Krankenkasse vorzulegen.
- (3) ¹Bei Kostenübernahme bzw. Bezuschussung gibt die Krankenkasse zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen, den Heil- und Kostenplan mit der Zuschussfestsetzung über den Versicherten an den Vertragszahnarzt zurück.
- (4) ¹Mit der prothetischen Behandlung durch den Vertragszahnarzt soll erst nach Festsetzung der Festzuschüsse durch die Krankenkasse begonnen werden. ²Bei nachträglichen Änderungen des Befundes oder der tatsächlich geplanten Versorgung ist der Heil- und Kostenplan durch den Vertragszahnarzt zu berichtigen und der Krankenkasse zur Neufestsetzung des Zuschusses zuzuleiten (Ziff. 5 der Anlage 3 BMV-Z/ Ziff. 5 der Anlage 4 EKVZ). ³Behandlungen, für die die Krankenkasse auf Grund des Heil- und Kostenplans einen Zuschuss gewährt hat, unterliegen keiner nachträglichen Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit, es sei denn, die abgerechneten Leistungen gehen über den Umfang der genehmigten Leistungen hinaus.

§ 2 Einleitung des Gutachterverfahrens

- (1) ¹Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Heil- und Kostenplan in Bezug auf den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen, auch wenn Leistungen der gleich- oder andersartigen Versorgung geplant sind. ²Der Versicherte ist hierüber zu unterrichten. ³In diesem Fall hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, ob sie die Kosten für die geplante Behandlung übernimmt. ⁴Kann die Krankenkasse die Frist nach Satz 3 nicht einhalten, teilt sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. ⁵Die Krankenkasse übersendet den Heil- und Kostenplan unverzüglich einem nach § 2a Abs. 3 BMV-Z/§ 22 Abs. 3 EKV-Z bestellten Gutachter und setzt den Zahnarzt hiervon in Kenntnis. ⁶Die

¹ Anlage 17 neu eingefügt auf Grund einer Vereinbarung vom 03.02.2014, gültig ab 01.04.2014

Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung der Anlage 13a zum BMV-Z oder individuell nach dem Vorbild dieser Anlage.

- (2) Nach Abschluss der Begutachtung übersendet die Krankenkasse den Heil- und Kostenplan - gegebenenfalls über den Versicherten - dem Vertragszahnarzt mit dem Vermerk, ob und inwieweit Festzuschüsse bewilligt werden.
- (3) ¹Die Krankenkasse kann in begründeten Einzelfällen bei Regel- und gleichartigen Versorgungsfällen ausgeführte prothetische Leistungen bei vermuteten Planungs- oder Ausführungsmängeln innerhalb von 24 Monaten nach der definitiven Eingliederung von Zahnersatz begutachten lassen. ²Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unverzüglich nach Kenntniserhalt eines vermuteten Planungs- oder Ausführungsmangels einem nach § 2a Abs. 3 BMV-Z/§ 22 Abs. 3 EKV-Z bestellten Gutachter unter Verwendung der Anlage 13a zum BMV-Z oder individuell nach dem Vorbild dieser Anlage. ³Sie benachrichtigt den Vertragszahnarzt über die anberaumte Begutachtung. ⁴Wird innerhalb der 24-Monats-Frist ein Gutachterverfahren nicht eingeleitet, so kann die Krankenkasse aus auftretenden Mängeln keine Ansprüche mehr herleiten.
- (4) Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem Gutachter die erforderlichen Behandlungs- und Befundunterlagen (z. B. Modelle, Röntgenaufnahmen) unverzüglich zuzuleiten.
- (5) Ausgestaltende Regelungen zur Erteilung von Gutachtaufträgen sind gesamtvertraglich möglich.

§ 3 Planungsgutachten

- (1) ¹Der Gutachter nimmt zum Heil- und Kostenplan unter Verwendung der Anlage 3 zum BMV-Z/Anlage 4 zum EKV-Z innerhalb von vier Wochen Stellung. ²Die Frist nach Satz 1 wird mit Eingang der Stellungnahme bei der Krankenkasse gewahrt. ³Eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist nach Satz 1 kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der Krankenkasse rechtzeitig, spätestens bis zum Ablauf der Vier-Wochen-Frist mittels schriftlicher Begründung anzuzeigen. ⁴Befunde und die geplante Versorgung sind insbesondere nach den Festzuschuss- und Zahnersatz-Richtlinien daraufhin zu begutachten, ob die beantragten Festzuschüsse ansetzbar sind und ob die geplante Versorgung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und den medizinischen Fortschritt berücksichtigt. ⁵Leistungen, für die der Versicherte keinen Festzuschuss erhält, unterliegen nicht dieser Vereinbarung. ⁶Soweit erforderlich, empfiehlt der Gutachter Ergänzungen und Änderungen des Heil- und Kostenplans. ⁷Meinungsverschiedenheiten über die Beurteilung des Behandlungsfalles sind in kollegialer Weise zu klären.
- (2) ¹Das Ergebnis der gutachterlichen Stellungnahme ist auf dem Heil- und Kostenplan zu vermerken. ²Befürwortet der Gutachter den Heil- und Kostenplan, so leitet er seine schriftliche Stellungnahme der Krankenkasse zu. ³Befürwortet er den Heil- und Kostenplan nicht, so übersendet er seine Stellungnahme auch dem Vertragszahnarzt.
- (3) ¹Der Gutachter kann vom Vertragszahnarzt weitere Unterlagen anfordern. ²Er setzt die Krankenkasse hiervon in Kenntnis. ³Die Kosten hierfür sind dem Vertragszahnarzt nach dem BEMA zu vergüten.
- (4) ¹Der Gutachter kann eine Untersuchung des Versicherten durchführen. ²Der Untersuchungstermin wird vom Gutachter in Abstimmung mit dem Versicherten festgelegt. ³Der Vertragszahnarzt und die Krankenkasse sind vom Gutachter hiervon zu unterrichten. ⁴Der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.

§ 4 Mängelgutachten

- (1) ¹Stellt der Gutachter bei der Begutachtung von bereits ausgeführten prothetischen Leistungen Mängel fest, so hat er diese in einer schriftlichen Stellungnahme gegenüber der Krankenkasse und dem Vertragszahnarzt ausführlich darzulegen. ²Seine schriftliche Stellungnahme leitet er der Krankenkasse und auch dem Vertragszahnarzt zu.
- (2) ¹Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem Gutachter den abgerechneten Heil- und Kostenplan, der der prothetischen Versorgung zugrunde gelegen hat, im Original oder als Kopie sowie Abschriften der dazugehörigen Rechnungsunterlagen unverzüglich zu übermitteln. ²Der Gutachter kann der Krankenkasse anheim stellen, weitere Unterlagen sowie Nachbefunde vom Zahnarzt zu verlangen. ³Die Kosten hierfür sind dem Zahnarzt nach dem BEMA von der Krankenkasse zu vergüten.
- (3) ¹Der Gutachter hat grundsätzlich eine Untersuchung des Versicherten durchzuführen. ²Der Untersuchungstermin wird vom Gutachter in Abstimmung mit dem Versicherten festgelegt. ³Der Vertragszahnarzt und die Krankenkasse sind vom Gutachter hiervon zu unterrichten. ⁴Der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.

Protokollnotiz:

Zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband besteht Konsens, dass die Krankenkasse in begründeten Einzelfällen bei andersartigen Versorgungs- und sogenannten Mischfällen (Nrn. 7d, 7e der Anlage 3 zum BMV-Z bzw. Anlage 4 zum EKVZ) ausgeführte prothetische Leistungen innerhalb von 36 Monaten nach der definitiven Eingliederung bei vermuteten Planungs- oder Ausführungsmängeln überprüfen lassen kann. In diesem Falle benachrichtigt sie den behandelnden Vertragszahnarzt über die anberaumte Begutachtung und übersendet den Heil- und Kostenplan, der der prothetischen Versorgung zugrunde gelegen hat, einem nach § 2a Abs. 3 BMV-Z/§ 22 Abs. 3 EKV-Z bestellten Gutachter, der auch für diese speziellen Fälle empfohlen wird.

§ 5 Obergutachterverfahren / Einigungsverfahren

¹Sind Vertragszahnarzt oder Krankenkasse mit der Stellungnahme des Gutachters nicht einverstanden, ist ein Zahnersatz-Obergutachten oder eine Einigung vor dem Prothetik-Einigungsausschuss herbeizuführen. ²Die jeweiligen Gesamtvertragspartner vereinbaren, ob das Obergutachterverfahren nach § 5a oder das Verfahren vor dem Prothetik-Einigungsausschuss nach § 5b durchzuführen ist.

§ 5a Zahnersatz-Obergutachten

¹Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Heil- und Kostenplan sowie zu vermuteten Planungs- oder Ausführungsmängeln können Vertragszahnarzt oder Krankenkasse innerhalb eines Monats nach dem Zugang der Stellungnahme des Gutachters schriftlich bei der KZV Einspruch zum Zwecke der Einholung eines Obergutachtens einlegen. ²Der Einspruch ist ausreichend zu begründen. ³Im Übrigen gelten die §§ 3 und 4 entsprechend.

§ 5b Prothetik-Einigungsausschuss

- (1) ¹Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Heil- und Kostenplan (Planungsgutachten) sowie zu ausgeführten prothetischen Leistungen bei vermuteten Planungs- oder Ausführungsmängeln (Mängelgutachten) können Vertragszahnarzt oder Krankenkasse innerhalb eines Monats nach Zugang der Stellungnahme des Gutachters Einspruch vor dem Prothetik-Einigungsausschuss einlegen. ²Der Einspruch ist ausreichend zu begründen.
- (2) ¹Der Prothetik-Einigungsausschuss entscheidet durch Beschluss in der Sache über Einsprüche des Vertragszahnarztes oder der Krankenkasse gegen die Stellungnahme des Gutachters. ²Gegen die Entscheidung des Prothetik-Einigungsausschusses kann die Beschwerdeinstanz angerufen werden.
- (3) Das Nähere zum Prothetik-Einigungsausschuss regeln die Gesamtvertragspartner.

§ 6 Kostentragung

Die Kosten für Planungs- und Mängelgutachten trägt vorbehaltlich der nachfolgenden Bestimmungen die Krankenkasse.

§ 6a Kostentragung bei Zahnersatz-Obergutachten

- (1) ¹Die Kosten des Obergutachtens zur Behandlungsplanung trägt die Krankenkasse, es sei denn, der Einspruch des Vertragszahnarztes gegen die Stellungnahme des Gutachters bleibt erfolglos. ²In diesem Fall hat der Vertragszahnarzt die Kosten des Obergutachtens vollständig oder anteilig zu tragen.
- (2) ¹Die Kosten des Obergutachtens im Rahmen der Mängelbegutachtung trägt die Krankenkasse, es sei denn, der Einspruch des Vertragszahnarztes gegen die Stellungnahme des Gutachters bleibt erfolglos. ²In diesem Fall hat der Vertragszahnarzt, soweit obergutachterlich die Notwendigkeit einer vollständigen Neuanfertigung der prothetischen Versorgung festgestellt wird, die Kosten des Gutachters und des Obergutachters vollständig, soweit die Notwendigkeit einer teilweisen Neuanfertigung oder Nachbesserung festgestellt wird, anteilig zu tragen.

§ 6b Kostentragung bei Verfahren vor dem Prothetik-Einigungsausschuss

- (1) ¹In dem Verfahren vor dem Prothetik-Einigungsausschuss entscheidet dieser nach Maßgabe der gesamtvertraglichen Regelungen, in welcher Höhe der Krankenkasse oder dem Vertragszahnarzt Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. ²Die Kosten sind der Krankenkasse aufzuerlegen, soweit sich aus den Absätzen 2 und 3 nichts Abweichendes ergibt.
- (2) ¹Im Rahmen der Überprüfung der Behandlungsplanung sind die Kosten des Verfahrens vor dem Prothetik-Einigungsausschuss dem Vertragszahnarzt vollständig oder anteilig aufzuerlegen, wenn sein Einspruch gegen die Stellungnahme des Gutachters erfolglos bleibt. ²Die Kosten des Erstgutachtens trägt die Krankenkasse.

- (3) ¹Im Rahmen der Mängelbegutachtung sind die Kosten des Verfahrens vor dem Prothetik-Einigungsausschuss dem Vertragszahnarzt aufzuerlegen, wenn sein Einspruch gegen die Stellungnahme des Gutachters erfolglos bleibt. ²In diesem Fall sind dem Vertragszahnarzt auch die Kosten des Erstgutachtens aufzuerlegen. ³Soweit durch den Prothetik-Einigungsausschuss die Notwendigkeit einer vollständigen Neuanfertigung der prothetischen Versorgung festgestellt wird, sind dem Vertragszahnarzt die Kosten vollständig, soweit die Notwendigkeit einer teilweisen Neuanfertigung oder Nachbesserung festgestellt wird, anteilig aufzuerlegen.
- (4) Die Kosten des Verfahrens vor dem Prothetik-Einigungsausschuss, die dem Vertragszahnarzt auferlegt werden können, sind der Höhe nach auf maximal diejenigen Kosten begrenzt, die im Falle der Durchführung eines Obergutachterverfahrens nach § 5a anfallen würden.

§ 7 Gutachtergebühren

- (1) ¹Die Gebühren errechnen sich durch Multiplikation der nachstehend angegebenen Bewertungszahlen mit den jeweils gültigen Punktwerten. ²Die Punktwerte für Gutachten werden durch die Gesamtvertragspartner vereinbart. ³Centbeträge sind kaufmännisch zu runden.
- | | |
|--|------------|
| a) Gutachten zu einer Behandlungsplanung oder zu ausgeführten prothetischen Leistungen, ggf. nach Auswertung von Röntgenaufnahmen oder Modellen: | 80 Punkte |
| b) Für die körperliche Untersuchung des Versicherten zusätzlich: | 18 Punkte |
| c) Obergutachten zu einer Behandlungsplanung, ggf. nach Auswertung von Röntgenaufnahmen oder Modellen: | 180 Punkte |
| d) Obergutachten zu ausgeführten prothetischen Leistungen, ggf. nach Auswertung von Röntgenaufnahmen oder Modellen: | 220 Punkte |
- (2) ¹Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von EUR 12,20 je Gutachten abgegolten. ²Centbeträge sind kaufmännisch zu runden.
- (3) ¹Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter/Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen (z. B. BEMA-Nrn. 8, Ä 925 a-d) zusätzlich abgerechnet werden. ²Die Nrn. 7700 und 7750 können nicht zusätzlich abgerechnet werden.
- (4) Für hauptamtlich bei den Krankenkassen und ihren Verbänden angestellte Zahnärzte können die Krankenkassen und ihre Verbände andere Vergütungsregelungen vorsehen.

**Vereinbarung über das
Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie
das Gutachterwesen
bei implantologischen Leistungen**

A. Gutachten

1. Vor Beginn der Behandlung ist vom Vertragszahnarzt eine Behandlungs- und Kostenplanung zu erstellen. Dabei sind die vorgesehenen zahnärztlichen Leistungen, das Implantatsystem, der Implantattyp, die Lage der Implantate (Kennzeichnung mit „I“ im Heil- und Kostenplan) und die geschätzten Material- und Laborkosten anzugeben. Es ist ein einheitliches Konzept sowohl für die implantologische als auch die prothetische Behandlungsplanung einzureichen. Der Vertragszahnarzt übermittelt die Behandlungs- und Kostenplanung zusammen mit dem Heil- und Kostenplan für die prothetische Behandlung - ggf. über den Versicherten - der Krankenkasse jeweils in doppelter Ausfertigung.

2. Die Krankenkasse muss Behandlungspläne für implantologische Leistungen einschließlich der prothetischen Versorgung zur Abklärung ihrer Leistungspflicht begutachten lassen, wenn eine Ausnahmeindikation nach Abschnitt B Ziffer VII der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie) in Betracht kommt. Der Versicherte ist hierüber zu unterrichten. In diesem Fall hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, ob sie die Kosten für die Behandlung übernimmt. Kann die Krankenkasse die Frist nach Satz 3 nicht einhalten, teilt sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit.

Die Krankenkasse erteilt einem nach § 2a Abs. 3 BMV-Z/22 Abs. 3 EKV-Z bestellten Gutachter einen schriftlichen Auftrag. Die Krankenkasse sendet die Behandlungs- und Kostenplanung des Vertragszahnarztes an den Gutachter.

Die Krankenkasse unterrichtet den Vertragszahnarzt über den Begutachtungsauftrag durch Übersendung des Vordruckes „Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)“ gemäß Anlage 18 Anhang 1 zum BMV-Z/Anlage 18 Anhang 1 zum EKV-Z in zweifacher Ausfertigung.

3. Der Vertragszahnarzt hat zur Begutachtung den Vordruck „Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)“ auszufüllen und zusammen mit den Modellen und Röntgenaufnahmen dem Gutachter vorzulegen. Ergänzend sind Befundberichte zur medizinischen Gesamtbehandlung beizufügen.

4. Der Gutachter ist verpflichtet, die eingehenden Aufträge innerhalb von vier Wochen zu bearbeiten. Die Frist nach Satz 1 wird mit Eingang der Stellungnahme bei der Krankenkasse gewahrt. Eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist nach Satz 1 kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der Krankenkasse rechtzeitig, spätestens bis zum Ablauf der Vier-Wochen-Frist mittels schriftlicher Begründung anzuzeigen. Der Gutachter nimmt sowohl zu der implantologischen als auch zu der prothetischen Behandlungsplanung - auch hinsichtlich Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit - Stellung. Der Gutachter kann vom behandelnden Vertragszahnarzt weitere Auskünfte und Befundunterlagen verlangen.

5. Der Gutachter nimmt Stellung, ob eine Ausnahmeindikation für die Versorgung mit Implantaten nach Abschnitt B Ziffer VII der Behandlungsrichtlinie vorliegt, insbesondere auch, ob

¹ Anlage 18 neu eingefügt auf Grund einer Vereinbarung vom 03.02.2014, gültig ab 01.04.2014

bei den Ausnahmeindikationen eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist. Er kann Änderungen der Behandlungsplanung - auch hinsichtlich der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der geplanten Implantate - vorschlagen.

6. Der Gutachter übersendet dem Vertragszahnarzt und der beauftragenden Krankenkasse das Gutachten. Die Krankenkasse trifft unter Berücksichtigung des Gutachtens ihre Leistungsentscheidung gegenüber dem Versicherten. Mit der Behandlung soll grundsätzlich erst begonnen werden, wenn die Leistungszusage der Krankenkasse vorliegt.
7. Die Kosten der Begutachtung trägt grundsätzlich die Krankenkasse.
8. Die KZBV und der GKV-Spitzenverband werten die Gutachten aus.

B. Obergutachten

1. Der Vertragszahnarzt oder die Krankenkasse können ein Obergutachten bei der KZBV beantragen.
2. Abschnitt A gilt entsprechend für das Obergutacherverfahren.
3. Die Kosten des Obergutachtens trägt grundsätzlich der Antragsteller.

C. Gutachtergebühren

1. Die Gebühren für Gutachter und Obergutachter für implantologische Leistungen einschließlich der prothetischen Versorgung betragen
 - bei Gutachten ohne Untersuchung des Patienten 90,86 EUR
 - bei Gutachten mit Untersuchung des Patienten 114,46 EUR
 - bei Obergutachten ohne Untersuchung des Patienten 193,52 EUR
 - bei Obergutachten mit Untersuchung des Patienten 217,12 EUR

Daneben können die für die Begutachtung erforderlichen diagnostischen Leistungen (z. B. Röntgenaufnahmen) abgerechnet werden.

2. Die Vertragspartner werden jährlich über eine Anpassung der Gebühren nach Nr. 1 für das Folgejahr verhandeln.
3. Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von 12,20 EUR je Gutachten abgegolten. Centbeträge sind kaufmännisch zu runden.

Auftrag zur Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)

Name und Anschrift des Gutachters

┌

┐

Name der Krankenkasse	
Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Ehegatte/Kind/sonst. Angeh.	geb. am
Versicherten-Nr.	

└

┘

Wir bitten um Begutachtung der laut anliegendem Behandlungsplan vorgesehenen implantologischen Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion mit dem Ziel festzustellen, ob eine Ausnahmeindikation gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V / Abschnitt B. VII. Nr. 2¹ der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung vorliegt.

Eine Durchschrift dieses Auftrages ist dem behandelnden Zahnarzt übersandt worden.

Weiterhin bitten wir um eine gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:

Name und Anschrift des Zahnarztes

┌

┐

Bitte stellen Sie die erforderlichen Unterlagen (Röntgenaufnahmen, Modelle, ausgefüllter Vordruck „Begutachtung von Implantaten“) dem Gutachter unverzüglich zur Verfügung.

└

┘

Datum

Stempel der Krankenkasse und
Unterschrift

Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)

Hinweis für den Zahnarzt

Bitte in den Abschnitten 1 und 2 nur die fett umrandeten Felder sowie den Abschnitt 3 ausfüllen und zusammen mit den Befundunterlagen (Modelle, Röntgenaufnahmen, Befundberichte) an den Gutachter senden.

1. Befundunterlagen und Vorbehandlung				
Vorbehandlung	Zahnarzt		Gutachter	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Konservierende Vorbehandlung abgeschlossen				
Endodontische Vorbehandlung abgeschlossen				
Par-Behandlung abgeschlossen				
Chirurgische/kieferchirurgische Vorbehandlung abgeschlossen				

Befundunterlagen	Gutachter	
	Ja	Nein
Auswertbares Orthopantomogramm (ggf. Messaufnahme)		
Auswertbare Zahnfilme		
Fixierte, auswertbare Modelle		
Befundbericht über die medizinische Gesamtbehandlung		
Untersuchung des Patienten hat stattgefunden		

2. Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen									
Größere Kiefer- und Gesichtsdefekte liegen vor, die ihre Ursache haben in:	Zahnarzt		Gutachter		Größere Kiefer- und Gesichtsdefekte liegen vor, die ihre Ursache haben in:	Zahnarzt		Gutachter	
	Ja	Nein	Ja	Nein		Ja	Nein	Ja	Nein
Tumoroperationen					Unfällen				
Entzündungen des Kiefers					Dauerhaft bestehende extreme Xerostomie (bei Tumorbehandlung)				
Operationen infolge von großen Zysten					Generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen				
Operationen infolge von Osteopathien					Nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktion (z. B. Spastiken)				
Angeborenen Fehlbildungen des Kiefers					Verankerung von Epithesen bei extraoralen Defekten				

3. Gesamtbeurteilung des Zahnarztes	Ja	Nein
Eine Ausnahmeindikation für implantologische Leistungen nach Abschnitt VII der Richtlinien liegt vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate ist möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift des Zahnarztes

4. Gesamtbeurteilung des Gutachters	Ja	Nein
Eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate ist möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Behandlungsplan wird befürwortet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Behandlungsplan wird mit Änderungen befürwortet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Begründung (ggf. auf gesondertem Blatt):

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Zahnstatus ausfüllen, falls von Angaben des Zahnarztes abgewichen wird

Datum, Unterschrift des Gutachters

Beschlüsse und Feststellungen der Arbeitsgemeinschaft

KZBV-VdAK/AEV

gem. § 22 (ab 01.01.2005: § 29) des Vertrages

in der ab 01.01.2005 gültigen Fassung

Beschluss Nr. 32

Zu Gebührentarif A

(Anlage 1 des Vertrages) Abschnitt I, § 1 (ab 01.01.2005: § 5 Allgemeine Bestimmungen des BEMA)

Bare Auslagen, die bei Versendung von Gewebeproben zur histologischen Untersuchung entstehen, sind zu erstatten.

(Beschluss der AG vom 27. 11. 1973; gültig ab 1. 1. 1974)

Beschluss Nr. 65

Zu § 4 Ziff. 5 (ab 01.01.2005: § 7 Abs. 5) des Vertrages

„Für die Unterrichtung der Vertragskasse über den Abbruch einer kieferorthopädischen Behandlung nach § 4 Ziffer 5 (ab 01.01.2005: § 7 Abs. 5) des VdAK/AEV-Vertrages kann eine Gebühr nicht in Ansatz gebracht werden.“

(Beschluss der AG vom 15. Juni 1977; gültig ab 1. August 1977, geändert mit Wirkung vom 1. Januar 1981)

Feststellung Nr. 92

Zu § 8 Ziffer 1 (ab 01.01.2005: § 2 Abs. 3) des Vertrages

Die myofunktionelle Therapie ist keine Vertragsleistung. Das gilt nicht für einzelne Maßnahmen nach Nr. 121 (ab 01.01.2005: BEMA-Teil 3).

(Feststellung Nr. 92 der AG vom 31. Juli 1980)

Feststellung Nr. 99

Zu Nrn. 57 und 59 (ab 01.01.2005: BEMA-Teil 1)

Leistungen nach den Nrn. 57 und 59 sind im Zusammenhang mit einer systematischen Pa-Behandlung nur dann neben Leistungen nach Nr. P 200 abrechenbar, wenn sie als zusätzliche ortsgetrennte chirurgische Eingriffe (Frenektomie - Vestibulumplastik) erforderlich sind.

Freie Schleimhauttransplantate, die in diesem Zusammenhang zur Deckung freigelegter Gebiete erforderlich werden, sind nach den GOÄ-Nrn. 174 (ab 01.01.2004: GOÄ-Nr. 2386) bzw. 176 (ab 01.01.2004: GOÄ-Nr. 2382) (je nach Größe) abrechenbar.

Ein koronaler Verschiebelappen ist nach GOÄ-Nr. 176 (ab 01.01.2004: GOÄ-Nr. 2382 abzurechnen).

Es muss sich dabei um einen Eingriff handeln, der nicht im Zusammenhang mit Leistungen nach Nr. P 200 (ab 01.01.2004: Nrn. P 200 bis P 203) durchgeführt wird.

(Feststellung der AG vom 25. 11. 1982)

Hinweis bei Anwendung der Feststellung Nr. 99 ab 01.01.2004: Nach Abschnitt B V der Allgemeinen Behandlungs-Richtlinien gehört die Behandlung von Rezessionen, des Fehlens keratinisierter Gingiva und der verkürzten angewachsenen Schleimhaut im Rahmen der Parodontalbehandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Diese Leistungen können daher als Nr. 59 nicht abgerechnet werden.

Beschluss Nr. 106

Versandkosten können bei praxiseigenen Laboratorien nicht berechnet werden.

(Beschluss der AG vom 7. 11. 1986; gültig ab 1. 1. 1987)

Beschluss Nr. 110

Zu Nrn. 119/120 des Vertrages (ab 01.01.2004: BEMA-Teil 3)

Vor Beginn einer Kfo-Behandlung ist grundsätzlich der Gesamtumfang der überschaubaren Behandlung zu planen.

Wird die Behandlung vor Ablauf der 4jährigen Regelbehandlungszeit abgeschlossen und stellt sich später - jedoch innerhalb von 4 Jahren seit Behandlungsbeginn - heraus, dass eine erneute Behandlungsbedürftigkeit vorliegt, so hat der Vertragszahnarzt der Vertragskasse einen Verlängerungsantrag einzureichen. Die Abschlagszahlungen nach den Geb.-Nrn. 119/120 schließen dann mit dem Folgequartal an die vorherige Behandlung an. Wird die erneute Behandlung später als 4 Jahre seit Behandlungsbeginn notwendig, so ist der Vertragskasse ein neuer Kfo-Behandlungsplan einzureichen. Dieser ist von der früheren Behandlungsmaßnahme unabhängig und gilt für die Dauer von 4 Jahren mit dem vollen Anspruch der vertraglich festgelegten Abschlagszahlungen.

Erkennt der Vertragszahnarzt jedoch während einer begonnenen Behandlung, dass zusätzliche Behandlungsmaßnahmen erforderlich werden, so hat er der Vertragskasse von der Änderung seiner ursprünglichen Behandlungsplanung Mitteilung zu machen.

(Beschluss der AG vom 3. 5. 1989; gültig ab 1. 5. 1989)