



Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z)

Vertrag über den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge gemäß
§ 82 Absatz 1 Sozialgesetzbuch (SGB), Fünftes Buch (V)

zwischen der

Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), K. d. ö. R., in Köln

einerseits

und dem

Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), K. d. ö. R., in Berlin

andererseits

Stand: 31. Januar 2020

Bundesmantelvertrag – Zahnärzte

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

in der Fassung vom 25.04.2018

Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

Zuletzt geändert durch 13. Änderungsvereinbarung zum BMV-Z vom 31.01.2020:

**Änderungen des
Bundesmantelvertrags-Zahnärzte (BMV-Z)
zuletzt geändert am 02.04.2019, in Kraft getreten am 05.02.2019,
und des
Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Da-
tenübertragung (DTA-Vertrag) (Anlage 8a BMV-Z)
in der Fassung vom 25.04.2018, in Kraft getreten am 01.07.2018,

hier: Einführung einer Zahnarzt Nummer und Folgeanpassungen**

Datum des Inkrafttretens: 01.02.2020

Hinweis:

Die im Vertrag stehenden Bezeichnungen „Vertragszahnarzt, Zahnarzt, Kieferorthopäde, Assistent, Gutachter, Obergutachter, Fachberater und Versicherter“ werden einheitlich und neutral für Vertragszahnärzte und Vertragszahnärztinnen, Zahnärzte und Zahnärztinnen, Kieferorthopäden und Kieferorthopädinnen, Assistenten und Assistentinnen, Gutachter und Gutachterinnen, Obergutachter und Obergutachterinnen, Fachberater und Fachberaterinnen sowie für Versicherte beiderlei Geschlechts verwendet.

Inhalt

Abschnitt 1 – Regelungs- und Geltungsbereich	1
§ 1 – Vertragsgegenstand	1
§ 2 – Geltungsbereich.....	1
Abschnitt 2 – Gegenstand und Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung	1
§ 3 – Umfang und Inhalt der vertragszahnärztlichen Versorgung	1
§ 4 – Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren für vertragszahnärztliche Leistungen, Gutachterwesen.....	3
§ 5 – Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung	5
Abschnitt 3 – Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung	5
§ 6 – Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung	5
§ 7 – Ermächtigung von Zahnärzten aus Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) zur Erbringung von Dienstleistungen.....	6
Abschnitt 4 – Allgemeine Grundsätze der vertragszahnärztlichen Versorgung	6
§ 8 – Rechte und Pflichten der Vertragszahnärzte	6
§ 9 – Persönliche Leistungserbringung	7
§ 10 – Zweigpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft	8
§ 11 – Überweisungen.....	10
Abschnitt 5 – Veranlasste Leistungen	10
§ 12 – Verordnung von Arzneimitteln	10
§ 13 – Verordnung von Sprechstundenbedarf.....	11
§ 14 – Verordnung von Heilmitteln	11
§ 15 – Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit.....	11
§ 16 – Verordnung von Krankenhausbehandlung	11
Abschnitt 6 – Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen	11
§ 17 – Pflichten der Krankenkassen	11
§ 18 – Anspruchsberechtigung und Zahnarztwahl	12
§ 19 – Schriftliche Bestätigung	12
Abschnitt 7 – Vordrucke, Vertragszahnarztstempel	13
§ 20 – Vordrucke	13
§ 21 – Vertragszahnarztstempel.....	13
Abschnitt 8 – Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen	13
§ 22 – Vergütung der Vertragsleistungen	13
§ 23 – Abrechnung zwischen Vertragszahnarzt und Kassenzahnärztlicher Vereinigung.....	13
§ 24 – Abrechnung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen.....	15
§ 25 – Abrechnungsunterlagen und Datenträgeraustausch	16
Abschnitt 9 – Prüfung der Abrechnung und Wirtschaftlichkeit	16
§ 26 – Wirtschaftlichkeitsprüfung.....	16
§ 27 – Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfung	16
Abschnitt 10 – Vertragsverletzungen und Forderungen.....	16

§ 28 – Vertragsverletzungen	16
§ 29 – Forderungen von Krankenkassen	17
Abschnitt 11 – Qualität der vertragszahnärztlichen Versorgung.....	17
§ 30 – Qualitätssicherung in der vertragszahnärztlichen Versorgung.....	17
§ 31 – Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	17
§ 32 – Arbeitsgemeinschaften.....	17
Abschnitt 12 – Inkrafttreten und Kündigung.....	18
§ 33 – Inkrafttreten und Kündigung.....	18

Anlagenübersicht

Anlage 1	Behandlungsplanung und Erstellung der Abrechnung	1-1
Anlage 2	Vereinbarung nach § 87 Absatz 1a SGB V über die Versorgung mit Zahn-ersatz	2-1
Anlage 3	Vereinbarung über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)	3-1
Anlage 4	Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der kieferorthopädischen Behandlung	4-1
Anlage 5	Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der systematischen Behandlung von Parodontopathien	5-1
Anlage 6	Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen	6-1
Anlage 7	Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei implantologischen Leistungen	7-1
Anlage 8a	Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung (DTA-Vertrag)	8a-1
Anlage 8b	Technische Anlage zum Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung (DTA-Vertrag)	8b-1
Anlage 8c	Vereinbarung zur Technischen Anlage gemäß § 14 des DTA-Vertrags	8c-1
Anlage 9	Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung	9-1
Anlage 10	Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte	10-1
Anlage 11	Grundsatzfinanzierungsvereinbarung zur Finanzierung der Maßnahmen nach § 291a Abs. 7b Satz 2 SGB V	11-1
Anlage 11a	Pauschalen-Vereinbarung	11a-1
Anlage 11b	Vereinbarung einer Stichprobenprüfung	11b-1
Anlage 11c	[aufgehoben mit 12. Änderungsvereinbarung zum BMV-Z vom 15. Januar 2020]	11c-1
Anlage 11d	Sondervereinbarung	11d-1
Anlage 12	Vereinbarung nach § 119b Absatz 2 SGB V über Anforderungen an eine kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung	12-1

	von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen (Rahmenvereinbarung kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen)	
Anlage 13	Beschluss des Bundesschiedsammtes für die vertragszahnärztliche Ver- sorgung vom 13.12.1993 zur Gewährleistung bei Füllungen und Zahner- satz	13-1
Anlage 14a	Formulare für die vertragszahnärztliche Versorgung	14a-1
Anlage 14b	Erläuterungen und Ausfüllhinweise zu den Formularen	14b-1
Anlage 15	Neufassung der Grundsatzvereinbarung über ein elektronisches Bean- tragungs- und Genehmigungsverfahren für Leistungsanträge nach den BEMA-Teilen 2 bis 5 gemäß § 87 Abs. 1 Satz 8 SGB V	15-1
Anlage 15a	Technische Anlage zur Grundsatzvereinbarung über ein elektronisches Beantragungs- und Genehmigungsverfahren für Leistungsanträge nach den BEMA-Teilen 2 bis 5 gemäß § 87 Abs. 1 Satz 8 SGB V	15a-1
Anlage 15b	Anforderungen an ein elektronisches Antrags- und Genehmigungsver- fahren für die BEMA-Teile 2 bis 5 - Ergebnisse und Szenarien	15b-1
Anlage A	Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA)	A-1
Anlage B	Zuordnung der Leistungs-Nummern von Teil 1 und 2 des BEMA	B-1

Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (Paragrafenteil)

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

Zuletzt geändert am 04.02.2019

mit Wirkung ab dem 05.02.2019

Abschnitt 1 – Regelungs- und Geltungsbereich

§ 1 – Vertragsgegenstand

- (1) ¹Dieser Vertrag regelt den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge über die vertragszahnärztliche Versorgung. ²Seine Regelungen sind Bestandteil der Gesamtverträge.
- (2) Die im Inhaltsverzeichnis gelisteten Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages.

§ 2 – Geltungsbereich

Der Vertrag erstreckt sich auf den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches.

Abschnitt 2 – Gegenstand und Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung

§ 3 – Umfang und Inhalt der vertragszahnärztlichen Versorgung

- (1) Die vertragszahnärztliche Versorgung umfasst insbesondere:
 1. die zahnärztliche Behandlung gemäß § 28 Absatz 2 Satz 1 SGB V,
 2. die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen einschließlich Suprakonstruktionen, soweit sie § 56 Absatz 2 SGB V entspricht,
 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 die Erstellung von Berichten, welche die Krankenkasse 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) Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört auch die Versorgung der Versicherten außerhalb der Praxisräume des Zahnarztes, insbesondere die aufsuchende Versorgung von Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind, Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten und die die Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder Einschränkung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können (§ 87 Absatz 2i SGB V) sowie die aufsuchende Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines Kooperationsvertrags (§ 87 Absatz 2j SGB V).
- (3) Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung sind auch die zahntechnischen Leistungen.
- (4) Vertragsleistungen sind die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen – BEMA – (Anlage A) aufgeführten Leistungen.
- (5) ¹Die Vertragsleistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. ²Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Vertragszahnärzte im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.
- ³Der Vertragszahnarzt hat insbesondere darauf zu achten, dass der Behandlungsaufwand in einem sinnvollen Verhältnis zur Prognose und zur erreichbaren Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten steht.
- ⁴Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.
- ⁵Die zahnärztlichen Leistungen müssen angemessen vergütet werden.
- (6) ¹Die vertragszahnärztliche Versorgung umfasst keine Leistungen, für die die Krankenkassen nicht leistungspflichtig sind. ²Nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehören insbesondere:
1. Leistungen, die nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallen,
 2. Leistungen, die von anderen Leistungserbringern (z. B. Vertragsärzten oder Heil- und Hilfsmittelerbringern) erbracht werden; dazu gehören vor allem die Behandlung von Mund- und Kieferkrankheiten durch die als Vertragsärzte zugelassenen Ärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, soweit diese über die Kassenzahnärztliche Vereinigung abgerechnet werden, von Vertragsärzten gelegentlich vorgenommene einfache Verrichtungen (z. B. Zahnextraktion) sowie die Leistungen, die auf Veranlassung von Vertragszahnärzten durch an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene bzw. ermächtigte ärztliche Leistungserbringer ausgeführt werden,
 3. Reihen-, Einstellungs- und Tauglichkeitsuntersuchungen, auch wenn sie in Betrieben oder Schulen erfolgen oder für Angehörige bestimmter Berufsgruppen vorgeschrieben sind,
 4. Leistungen, für die andere Kostenträger (z. B. Träger der Unfall- oder Rentenversicherung, Sozialhilfeträger) zuständig sind,
 5. die Ausstellung von Bescheinigungen, die nicht zur Durchführung von Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung und nicht für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts erforderlich sind (z. B. sonstige Bescheinigungen für den Arbeitgeber, Bescheinigungen für private Versicherungen).

- (7) ¹Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind Bestandteil des Vertrages. ²Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten, die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (im Folgenden KZVen genannt) die Vertragszahnärzte, die Vertragszahnärzte im Einzelfall die Versicherten über den durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelten Umfang des Versorgungsanspruchs.

§ 4 – 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 1 Nr. 3 zum BMV-Z,
 - b) bei kieferorthopädischen Maßnahmen (BEMA-Teil 3) Anlage 4 zum BMV-Z,
 - c) bei der Behandlung von Parodontopathien (BEMA-Teil 4) Anlage 5 zum BMV-Z,
 - d) bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5) Anlage 6 zum BMV-Z,
 - e) für implantologische Maßnahmen bei Ausnahmeindikationen gemäß § 28 Absatz 2 Satz 9 SGB V Anlage 7 zum BMV-Z.
- (2) ¹Die KZVen, 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 Absatz 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 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. Obergutachtertagungen 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 Obergutachtertugungen 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 Gutachtertugungen auf der Landesebene teilnehmen.
- (8) Das Nähere über die Bestellung der Gutachter und Zahnersatz-Obergutachter vereinbaren die KZVen mit den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Ersatzkassen.
- (9) ¹Die Krankenkasse kann auch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit der Begutachtung geplanter Behandlungen und ausgeführter Leistungen beauftragen und das Begutachtungsergebnis zur Grundlage ihrer Leistungsentscheidung machen. ²Erteilt die Krankenkasse einen Begutachtungsauftrag an einen nach diesem Vertrag bestellten Gutachter oder an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, ist zum selben Behandlungsfall, auch im Fall des Widerspruchs, ein späterer Begutachtungsauftrag an das jeweils andere Begutachtungsverfahren ausgeschlossen.

Protokollnotiz:

Die Bundesmantelvertragspartner gehen davon aus, dass eine Begutachtung durch das bundesmantelvertraglich vereinbarte Begutachtungswesen auf Basis von § 82 Abs. 1 SGB V und § 13 Abs. 3a Satz 4 SGB V rechtmäßig ist.

Die Begutachtung im Rahmen des bundesmantelvertraglich geregelten Begutachtungsverfahrens und die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Abs. 1 SGB V sind gleichberechtigt.

Die Partner des Bundesmantelvertrages streben die Erhaltung planbarer Verhältnisse an. In diesem Zusammenhang können die Gesamtvertragspartner vereinbaren, dass die Krankenkassen in der Regel das vereinbarte gutachterliche Verfahren oder das MDK-Verfahren wahrnehmen.

Protokollnotiz:

Die Partner der Bundesmantelverträge werden zeitnah über die Einführung eines elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahrens vertragszahnärztlicher Leistungen sowie über den Austausch elektronischer Dokumente in Verhandlungen eintreten. Sofern entsprechende Verfahren seitens der Krankenkassen bereits vor Abschluss einer einschlägigen Vereinbarung praktiziert werden, haben die Krankenkassen die Verwendung qualifizierter elektronischer Signaturen i. S. d. Signaturgesetzes sicherzustellen.

§ 5 – Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung

- (1) ¹Die KZVen und die KZBV stellen die vertragszahnärztliche Behandlung der Versicherten der Krankenkassen sicher. ²Die Sicherstellung umfasst auch die vertragszahnärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst).
- (2) ¹Kommt die KZV ihrem Sicherstellungsauftrag im Sinne des § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V aus Gründen, die sie zu vertreten hat, nicht nach, können die Krankenkassen die in den Gesamtverträgen nach § 85 SGB V vereinbarten Vergütungen unter den nachstehenden Voraussetzungen teilweise zurückbehalten. ²Das Zurückbehaltungsrecht setzt eine schuldhaft, noch andauernde und erhebliche Verletzung des Sicherstellungsauftrags voraus. ³Die Krankenkasse hat konkret zu benennen, in welcher Weise und in welchem Umfang die KZV ihrem Sicherstellungsauftrag nicht nachgekommen ist und in welcher Höhe sie beabsichtigt, die vereinbarte Vergütung teilweise zurückzubehalten. ⁴Die Höhe der zurückbehaltenen Gesamtvergütung hat dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu entsprechen. ⁵Hat die Krankenkasse die Absicht, Teile der Gesamtvergütung zurückzubehalten, hat sie dies der KZV anzukündigen und ihr eine Frist von vier Wochen einzuräumen, dazu Stellung zu nehmen bzw. Abhilfe zu schaffen. ⁶Abweichend hiervon ist eine kürzere Frist zur Stellungnahme bzw. Abhilfe zulässig, wenn die Versorgung des überwiegenden Teils der betroffenen Versicherten der Krankenkasse gefährdet ist. ⁷Hilft die KZV der angezeigten Verletzung des Sicherstellungsauftrags ab, entfällt das Recht zur Ausübung der Zurückbehaltung. ⁸Ist keine Abhilfe erfolgt und liegt auch unter Berücksichtigung der Stellungnahme der KZV eine schuldhafte Pflichtverletzung vor, kann die Krankenkasse Teile der Gesamtvergütung in der angezeigten Höhe einbehalten. ⁹Nach Abstellung der Verletzung des Sicherstellungsauftrags sind die zurückbehaltenen Beträge an die KZV auszusahlen. ¹⁰Bei unrechtmäßiger Ausübung des Zurückbehaltungsrechts zahlt die Krankenkasse ab dem Zeitpunkt der Zurückbehaltung Verzugszinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz; es können abweichende gesamtvertragliche Regelungen getroffen werden. ¹¹Soweit der Krankenkasse aufgrund der Pflichtverletzung Schäden entstanden sind, können sich daraus ergebende Ansprüche mit den auszahlenden Beträgen aufgerechnet werden; es können abweichende gesamtvertragliche Regelungen getroffen werden.

Abschnitt 3 – Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung

§ 6 – Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung

- (1) ¹An der vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten der Krankenkassen nehmen teil:
1. zugelassene Zahnärzte und Kieferorthopäden (Vertragszahnärzte) sowie zugelassene medizinische Versorgungszentren (MVZ)
 2. ermächtigte Zahnärzte und zahnärztlich geleitete Einrichtungen gemäß § 31 Absätze 1 und 3 und § 31a der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (Zahnärzte-ZV)
 3. ermächtigte Zahnärzte und Kieferorthopäden gemäß § 31 Absatz 2 der Zahnärzte-ZV
 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 § 7)

²Die 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 Absatz 1 Nr. 3 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) ¹Die Rechtsstellung der Vertragszahnärzte, die vor dem 01.01.1977 an der vertragszahnärztlichen Versorgung der Ersatzkassenversicherten beteiligt waren, bleibt unberührt. ²Die Rechtsstellung der Vertragszahnärzte, die am 31.12.1992 nach § 2 Nr. 2 des Zahnarzt-/Krankenkassenvertrages in der am 31.12.1992 geltenden Fassung für den Bereich der Kieferorthopädie beteiligt waren, bleibt unberührt.

§ 7 – Ermächtigung von Zahnärzten aus Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) zur Erbringung von Dienstleistungen

- (1) Zahnärzte, die als Angehörige eines der anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union 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 Zahnheilkundengesetzes 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.
- (2) Die Ermächtigung berechtigt den Vertragszahnarzt zur Erbringung der zahnärztlichen Leistungen nach Maßgabe der für Vertragszahnärzte geltenden Bestimmungen.
- (3) ¹Für die Erbringung von Dienstleistungen in Notfällen durch Zahnärzte aus anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union finden die für die Behandlung im Notfall durch nicht an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende Zahnärzte geltenden Bestimmungen Anwendung. ²Der Dienstleistungserbringer hat die Notfallbehandlung unverzüglich der KZV anzuzeigen, in deren Bereich die Behandlung durchgeführt worden ist.

Abschnitt 4 – Allgemeine Grundsätze der vertragszahnärztlichen Versorgung

§ 8 – Rechte und Pflichten der Vertragszahnärzte

- (1) Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, die Versorgung der Versicherten nach den Bestimmungen dieses Vertrages durchzuführen.

- (2) ¹Dem Vertragszahnarzt steht die Wahl der therapeutischen Mittel frei. ²Er 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) ¹Der Vertragszahnarzt hat die Befunde, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassenden Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung mit Zahnbezug fortlaufend in geeigneter Weise zu dokumentieren. ²Die Dokumentation kann auch durch geeignete Verfahren in elektronischer Form erfolgen.

³Die zahnärztlichen Aufzeichnungen oder sonstigen Behandlungsunterlagen, z. B. Heil- und Kostenpläne, Modelle zur diagnostischen Auswertung und Planung, Fotografien und vertragsärztliche Befunde, deren Einholung der Vertragszahnarzt veranlasst hat, sind grundsätzlich 10 Jahre nach Abschluss des Jahres, in dem die Behandlung abgerechnet wurde, aufzubewahren, soweit nicht andere Vorschriften – z. B. die Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen (Röntgenverordnung – RöV) eine abweichende Aufbewahrungszeit vorschreiben.

⁴Soweit die zahnärztlichen Aufzeichnungen oder sonstigen Behandlungsunterlagen elektronisch dokumentiert worden sind, hat der Vertragszahnarzt insbesondere dafür Sorge zu tragen, dass sie innerhalb der Aufbewahrungsfrist in geeigneter Form verfügbar gemacht werden können.

- (4) ¹Die vertraglich vereinbarten Vordrucke sind zu verwenden und vollständig auszufüllen. ²Eine gesonderte Gebühr ist nur abrechenbar, wenn dies vereinbart ist. ³Im Übrigen gilt der BEMA.

- (5) ¹Der Vertragszahnarzt unterrichtet die Krankenkasse schriftlich, wenn die kieferorthopädische Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen wurde bzw. einen unplanmäßigen Verlauf nimmt. ²Über den Abbruch einer kieferorthopädischen Behandlung ist die Krankenkasse unter Angabe der Gründe ebenfalls schriftlich und kostenfrei zu unterrichten; die Portokosten sind abrechenbar. ³Die Unterrichtung nach den Sätzen 1 und 2 erfolgt auf dem Vordruck Nr. 4c nach Anlage 14a.

- (6) ¹Der Vertragszahnarzt darf die Behandlung eines Versicherten nur in begründeten Fällen ablehnen. ²Er ist berechtigt, die Krankenkasse unter Mitteilung der Gründe zu informieren.

- (7) ¹Der Vertragszahnarzt rechnet gegenüber dem Versicherten die Eigenanteile an den Kosten der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen und der kieferorthopädischen Behandlung sowie die Mehrkosten für Zahnfüllungen nach § 28 Absatz 2 Satz 2 SGB V und für Zahnersatz und Zahnkronen nach § 55 Absatz 4 und 5 SGB V ab.

²Im Übrigen darf der Vertragszahnarzt von einem Versicherten eine Vergütung nur fordern, solange der Versicherte die gültige elektronische Gesundheitskarte (eGK) nicht vorlegt oder die Anspruchsberechtigung nicht auf andere Weise nachweist oder wenn und soweit der Versicherte ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden. ³Verlangt der Versicherte eine Behandlung auf eigene Kosten, soll hierüber vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Vertragszahnarzt und dem Versicherten getroffen werden; darin soll sich der Vertragszahnarzt den Wunsch des Versicherten, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen, bestätigen lassen.

§ 9 – Persönliche Leistungserbringung

- (1) ¹Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, die vertragszahnärztliche Tätigkeit gemäß § 3 Absatz 1 dieses Vertrages persönlich auszuüben. ²Persönliche Leistungen sind auch zahnärztliche

Leistungen durch genehmigte Assistenten und angestellte Zahnärzte gemäß §§ 32 Absatz 4 bzw. 32b Zahnärzte-ZV.

- (2) Für die Tätigkeit eines Assistenten, angestellten Zahnarztes oder Vertreters trägt der Vertragszahnarzt die Verantwortung.
- (3) ¹Der Vertragszahnarzt kann im Rahmen der allgemeinen zulassungsrechtlichen Bestimmungen Zahnärzte zur Tätigkeit an seinem Vertragszahnarztsitz anstellen. ²Der Vertragszahnarzt ist auch in diesem Falle weiterhin zur persönlichen Praxisführung verpflichtet. ³Die von angestellten Zahnärzten erbrachten Leistungen gegenüber Versicherten stellen Leistungen des Vertragszahnarztes dar, die er als eigene gegenüber der KZV abzurechnen hat. ⁴Der Vertragszahnarzt hat die angestellten Zahnärzte bei der Leistungserbringung persönlich anzuleiten und zu überwachen. ⁵Unter diesen Voraussetzungen können am Vertragszahnarztsitz drei vollzeitbeschäftigte Zahnärzte bzw. teilzeitbeschäftigte Zahnärzte in einer Anzahl, welche im zeitlichen Umfang höchstens der Arbeitszeit von drei vollzeitbeschäftigten Zahnärzten entspricht, angestellt werden. ⁶Will der Vertragszahnarzt vier vollzeitbeschäftigte Zahnärzte anstellen, hat er dem Zulassungsausschuss vor der Erteilung der Genehmigung nachzuweisen, durch welche Vorkehrungen die persönliche Praxisführung gewährleistet wird; Satz 5 zweiter Halbsatz gilt entsprechend. ⁷Bei Teilzulassung gem. § 19a Abs. 2 Zahnärzte-ZV können ein vollzeitbeschäftigter Zahnarzt bzw. teilzeitbeschäftigte Zahnärzte in einer Anzahl, welche im zeitlichen Umfang höchstens der Arbeitszeit von einem vollzeitbeschäftigten Zahnarzt entspricht, angestellt werden. ⁸Will der Vertragszahnarzt mit Teilzulassung gem. § 19a Abs. 2 Zahnärzte-ZV zwei vollzeitbeschäftigte Zahnärzte bzw. teilzeitbeschäftigte Zahnärzte in einer Anzahl, welche im zeitlichen Umfang höchstens der Arbeitszeit von zwei vollzeitbeschäftigten Zahnärzten entspricht, anstellen, hat er dem Zulassungsausschuss vor der Erteilung der Genehmigung nachzuweisen, durch welche Vorkehrungen die persönliche Praxisführung gewährleistet wird.

§ 10 – Zweigpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft

- (1) ¹Der 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.

²Sofern 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. ³Soweit 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. ⁴Eine 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. ⁵Eine 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. ⁶Dies gilt auch, wenn in der Zweigpraxis spezielle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angeboten werden, die im Planungsbereich nicht im erforderlichen Umfang angeboten werden. ⁷Die ordnungsgemäße Versorgung der 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.

⁸Soweit sich die Zweigpraxis im Bezirk einer anderen KZV als der befindet, bei der der Vertragszahnarzt Mitglied ist, kann der Vertragszahnarzt für die Tätigkeit an seinem Vertragszahnarztsitz angestellte Zahnärzte beschäftigen. ⁹Er 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. ¹⁰Die Dauer der Tätigkeit der am Vertragszahnarztsitz angestellten Zahnärzte in der oder den Zweigpraxen darf ein Drittel der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit am Vertragszahnarztsitz nicht überschreiten. ¹¹Am Ort der Zweigpraxis kann ein Zahnarzt angestellt werden. ¹²Die Dauer dessen Tätigkeit in der Zweigpraxis darf die Dauer der Tätigkeit des Vertragszahnarztes in der Zweigpraxis um höchstens 100 v. H. überschreiten. ¹³§ 9 Absatz 3 dieses Vertrages gilt entsprechend.

¹⁴Im 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. ¹⁵In 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) ¹Die 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 Absatz 2 und 3 Zahnärzte-ZV. ²Zur Durchführung des Genehmigungsverfahrens ist dem Zulassungsausschuss von den beteiligten Vertragszahnärzten der schriftliche Gesellschaftsvertrag der Berufsausübungsgemeinschaft vorzulegen. ³Der Zulassungsausschuss hat auf dieser Grundlage zu prüfen, ob eine gemeinsame Berufsausübung oder lediglich ein Anstellungsverhältnis bzw. eine gemeinsame Nutzung von Personal- und Sachmitteln vorliegt. ⁴Eine gemeinsame Berufsausübung setzt die auf Dauer angelegte berufliche Kooperation selbständiger, freiberuflich tätiger Zahnärzte voraus. ⁵Erforderlich ist hierfür eine Teilnahme aller Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft an deren unternehmerischem Risiko und an unternehmerischen Entscheidungen sowie eine gemeinschaftliche Gewinnerzielungsabsicht. ⁶Für 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 Absatz 3 Zahnärzte-ZV gewählten KZV hinsichtlich der Vergütung, der Abrechnung sowie zu den Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen unterwerfen.
- (3) ¹Mitglieder 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. ²Dies 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. ³Dies gilt entsprechend für die Tätigkeit der am Vertragszahnarztsitz angestellten Zahnärzte des Vertragszahnarztes an anderen Vertragszahnarztsitzen der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft. ⁴Soweit 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 Absatz 3 Satz 3 Zahnärzte-ZV 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.

§ 11 – Überweisungen

¹Der Vertragszahnarzt kann, wenn erforderlich, den Versicherten zur Durchführung bestimmter ärztlicher oder zahnärztlicher Leistungen oder zur Weiterbehandlung an einen anderen Vertragszahnarzt, Vertragsarzt, eine nach § 311 Absatz 2 Sätze 1 und 2 SGB V zugelassene Einrichtung, ein medizinisches Versorgungszentrum, einen ermächtigten Arzt/Zahnarzt oder eine ermächtigte ärztlich/zahnärztlich geleitete Einrichtung schriftlich überweisen. ²Die Überweisung zur Weiterbehandlung an einen anderen Vertragszahnarzt ist nur in Ausnahmefällen zulässig.

³Eine Überweisung kann – von begründeten Ausnahmefällen abgesehen – nur dann vorgenommen werden, wenn der Versicherte dem überweisenden Vertragszahnarzt die gültige eGK vorlegt oder die Anspruchsberechtigung auf andere Weise nachweist. ⁴Die Pflicht zur Vorlage der eGK bzw. des Anspruchsnachweises beim Überweisungsempfänger bleibt unberührt. ⁵Für die Ausstellung der Überweisung gilt Anlage 1, Nr. 2.3.

Abschnitt 5 – Veranlasste Leistungen

§ 12 – Verordnung von Arzneimitteln

- (1) Die Verordnung von Arzneimitteln liegt in der Verantwortung des Vertragszahnarztes, sie ist auf dem dafür vorgesehenen Verordnungsvordruck vorzunehmen.
- (2) Die Genehmigung von Arzneimittelverordnungen durch die Krankenkassen ist unzulässig.
- (3) ¹Der Vertragszahnarzt hat auf eine wirtschaftliche Ordnungsweise von Arzneimitteln zu achten. ²Er kann auf dem Ordnungsblatt durch Ankreuzen des Aut-idem-Feldes ausschließen, dass die Apotheke ein preisgünstigeres wirkstoffgleiches Arzneimittel an Stelle des verordneten Mittels abgibt.
- (4) Verordnet der Vertragszahnarzt ein Arzneimittel, dessen Preis den Festbetrag nach § 35 SGB V überschreitet, hat er den Versicherten auf die Verpflichtung zur Übernahme der Mehrkosten hinzuweisen.
- (5) ¹Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind von der Verordnung ausgeschlossen. ²Satz 1 gilt nicht für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen. ³Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 SGB V fest, welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel ausnahmsweise verordnet werden dürfen.
- (6) ¹Arzneimittel, die von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen oder für die Behandlung nicht notwendig sind, dürfen zu Lasten der Krankenkasse nicht verordnet werden.

²Verlangt ein Versicherter die Verordnung von Arzneimitteln, die aus der Leistungspflicht der Krankenkasse ausgeschlossen oder für die Behandlung nicht notwendig sind, ist dafür ein Privatrezept zu verwenden.

- (7) Die Versicherten sind sowohl von der Krankenkasse 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.
- (8) Bei der Anwendung von Medizinprodukten sind die Anforderungen des Medizinproduktgesetzes zu beachten.

§ 13 – Verordnung von Sprechstundenbedarf

Die Verordnung von Sprechstundenbedarf wird zwischen den KZVen und den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Ersatzkassen vereinbart.

§ 14 – Verordnung von Heilmitteln

Bei der Verordnung von Heilmitteln sind die Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung zu beachten.

§ 15 – Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit

¹Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer voraussichtlichen Dauer sowie die Ausstellung der Bescheinigung dürfen nur auf Grund einer zahnärztlichen Untersuchung erfolgen. ²Näheres bestimmen die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

§ 16 – Verordnung von Krankenhausbehandlung

¹Krankenhausbehandlung darf nur verordnet werden, wenn eine ambulante Versorgung der Versicherten zur Erzielung des Heil- oder Linderungserfolgs nicht ausreicht. ²Die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ist bei der Verordnung zu begründen, wenn sich die Begründung nicht aus dem Befund oder den Symptomen ergibt. ³Die gesetzlichen Vorschriften sind zu beachten.

Abschnitt 6 – Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen

§ 17 – Pflichten der Krankenkassen

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

²Die Krankenkassen haben die Versicherten in geeigneter Weise zu verpflichten, dem Vertragszahnarzt bei Behandlungsbeginn und bei Fortdauer der Behandlung zu Beginn eines neuen Kalendervierteljahres unaufgefordert die eGK vorzulegen, in dringenden Fällen die eGK spätestens innerhalb einer Frist von 10 Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachzureichen, auf Verlangen des Vertragszahnarztes ihre Identität mit der auf der eGK benannten Person nachzuweisen.
- (2) Die Krankenkassen unterrichten im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Behandlungen bzw. systematischen Behandlungen von Parodontopathien die Versicherten über die mit der Behandlung übernommenen Pflichten.
- (3) ¹Der Versicherte soll den Vertragszahnarzt innerhalb eines Kalendervierteljahres nur bei Vorliegen eines triftigen Grundes wechseln. ²Bei der Behandlung von Verletzungen im Be-

reich des Gesichtsschädels und bei Kiefergelenkserkrankungen, bei der kieferorthopädischen Behandlung, der Behandlung von Parodontopathien und der prothetischen Behandlung gilt dies für den kompletten Zeitraum bis zum Abschluss der Behandlung.

- (4) Die Krankenkasse wird den Vertragszahnarzt auf dessen Wunsch dabei unterstützen, dass der Versicherte die eGK dem Vertragszahnarzt nachträglich vorlegt.
- (5) ¹Für Kosten einer Behandlung, die auf Grund einer vorgelegten falschen eGK oder der unrechtmäßigen Vorlage der eGK statt des Gebrauchs des Leistungsnachweises gem. § 16 Absatz 3a SGB V bei Ruhen der Ansprüche erfolgte, haftet die Krankenkasse dem Vertragszahnarzt gegen Abtretung seines Vergütungsanspruches. ²Das Nähere regeln die Partner der Gesamtverträge.
- (6) Bei kieferorthopädischen Behandlungen bzw. systematischen Behandlungen von Parodontopathien wird der Vertragszahnarzt über das Erlöschen des Leistungsanspruchs unterrichtet.

§ 18 – Anspruchsberechtigung und Zahnarztwahl

- (1) ¹Anspruchsberechtigt nach diesem Vertrag sind alle Versicherten der Krankenkassen. ²Der Versicherte weist seinen Anspruch auf vertragszahnärztliche Versorgung durch Vorlage der eGK nach. ³Die Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der eGK in der jeweils geltenden Fassung ist Bestandteil des Vertrages.
- (2) ¹Solange der Versicherte die eGK nicht vorlegt oder die Anspruchsberechtigung auf andere Weise nicht nachweist, darf der Vertragszahnarzt eine Privatvergütung für die Behandlung verlangen. ²Wird die eGK oder die Anspruchsberechtigung innerhalb einer Frist von 10 Tagen nach der ersten Inanspruchnahme vorgelegt, so muss die entrichtete Vergütung zurückgezahlt werden.
- (3) ¹Die Versicherten haben die freie Wahl unter den Vertragszahnärzten und den weiteren in § 6 Absatz 1 dieses Vertrages genannten Leistungserbringern und dürfen hierbei nicht beeinflusst werden. ²Dies gilt auch, wenn der Vertragszahnarzt und der Versicherte Vereinbarungen nach § 8 Absatz 7 dieses Vertrages schließen.
- (4) Die Krankenkassen 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.

§ 19 – Schriftliche Bestätigung

Die Bestätigung (Stempel und Unterschrift) im Bonusheft für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne nach § 55 Absatz 1 Satz 3 bis 5 SGB V sowie für Nachweise von gesundheitsbewusstem Verhalten im Sinne des § 65a SGB V über die Inanspruchnahme einer einmal im Kalenderjahr durchgeführten zahnärztlichen Untersuchung nach Vollendung des 18. Lebensjahres, einer Untersuchung nach § 22 SGB V und einer Früherkennungsuntersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach § 26 Absatz 1 SGB V ist Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung; ein gesonderter Vergütungsanspruch besteht insoweit nicht.

Abschnitt 7 – Vordrucke, Vertragszahnarztstempel

§ 20 – Vordrucke

- (1) Die zur Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung erforderlichen Vordrucke – mit Ausnahme der von den KZVen zu schaffenden und von ihnen zu liefernden Vordrucke für die Abrechnung der Vertragszahnärzte – werden zwischen den Partnern dieses Vertrages vereinbart.
- (2) Für die Vordrucke sowie die im vertragszahnärztlichen Bereich anzuwendenden Muster aus dem vertragsärztlichen Bereich gelten Anlagen 14a und 14b.

§ 21 – Vertragszahnarztstempel

- (1) Der Vertragszahnarzt hat einen Vertragszahnarztstempel zu verwenden.
- (2) ¹Bei der Ausstellung der Vordrucke kann auf die Verwendung des Vertragszahnarztstempels verzichtet werden, wenn dessen Inhalt an der für die Stempelung vorgesehenen Stelle bereits aufgedruckt ist. ²Das Nähere über den Vertragszahnarztstempel ist im Gesamtvertrag zu vereinbaren.
- (3) Der Vertragszahnarztstempel ist zur Verhütung missbräuchlicher Benutzung sorgfältig aufzubewahren.

Abschnitt 8 – Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen

§ 22 – 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 Krankenkasse.

§ 23 – Abrechnung zwischen Vertragszahnarzt und Kassenzahnärztlicher Vereinigung

- (1) ¹Leistungen nach BEMA-Teil 1 und Zuschüsse zur kieferorthopädischen Behandlung (BEMA-Teil 3) hat der Vertragszahnarzt vierteljährlich, Leistungen nach den BEMA-Teilen 2 und 4 und Festzuschüsse zu Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5) monatlich zu dem von der KZV bestimmten Termin, getrennt voneinander abzurechnen. ²Die Abrechnung erfolgt grundsätzlich auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung.

³Die Abrechnung muss für jede Krankenkasse gesondert und getrennt nach den Personenkreisen Mitglieder (M), Familienangehörige der Mitglieder (F) sowie Rentner und ihre Familienangehörigen (R) aufgestellt werden.
- (2) ¹Mit der Abrechnung der BEMA-Teile 1 bis 5 bestätigt der Vertragszahnarzt, dass die abgerechneten Leistungen nach Maßgabe des § 9 dieses Vertrages persönlich erbracht worden sind und dass die Abrechnung sachlich richtig ist.

²Die 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 Krankenkasse weitergibt,
 - b) die zahntechnischen Leistungen des Zahnarztlabors tatsächlich von diesem erbracht worden sind.
- (3) ¹Grundsätzlich dürfen nur abgeschlossene Leistungen abgerechnet werden, es sei denn, Leistungen können aus Gründen, die der Vertragszahnarzt nicht zu vertreten hat, nicht abgeschlossen werden. ²Leistungen, die entsprechend den in Absatz 1 genannten Fristen nicht abgeschlossen worden sind, können in einem der nächsten Abrechnungszeiträume abgerechnet werden.
- (4) ¹Kommt eine kieferorthopädische Behandlung, eine systematische Behandlung von Parodontopathien, eine prothetische Behandlung, eine Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels oder Kiefergelenkserkrankungen nach diesem Vertrag nicht zur Durchführung, so können die Kosten für diagnostische Leistungen, für die Erstellung eines Behandlungsplans, für die Erstellung eines Parodontalstatus und Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen nach den Vertragssätzen unabhängig von der Genehmigung des Behandlungsplans abgerechnet werden. ²Wird die Behandlung abgebrochen oder entfällt die Leistungspflicht der Krankenkasse, so erhält der Vertragszahnarzt die bis zum Zeitpunkt des Behandlungsabbruchs bzw. des Wegfalls der Leistungspflicht der Krankenkasse entstandenen Kosten, insbesondere die entstandenen Materialkosten und zahntechnischen Leistungen, in voller Höhe vergütet.
- (5) Der Vertragszahnarzt kann die bei der KZV eingereichte Abrechnung nur solange ergänzen oder ändern, als sie nicht bereits von der KZV an die Krankenkasse weitergeleitet worden ist.
- (6) 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.
- (7) Die Abrechnung von vertragszahnärztlichen Leistungen ist nach Ablauf eines Jahres vom Ende des Kalendervierteljahres an gerechnet, in dem sie erbracht worden sind, abgeschlossen.

Protokollnotiz:

Die Überprüfung von Abrechnungen, für die gegenüber den Krankenkassen bereits Rechnung gelegt worden ist, kann im Rahmen von Verfahren zur Umsetzung der gesetzlichen Aufgaben der KZVen und Krankenkassen zu deren Änderung und/oder Ergänzung führen.

- (8) Nicht ordnungsgemäß erstellte Abrechnungen können von der laufenden Abrechnung ausgeschlossen werden.
- (9) ¹Die KZV erteilt dem Vertragszahnarzt vierteljährlich einen Bescheid über seinen Honoraranspruch. ²Der Honorarbescheid steht unter dem Vorbehalt rechtswirksamer Prüfungen insbesondere auf Richtigkeit und Wirtschaftlichkeit. ³Bis zu diesem Zeitpunkt sind die Zahlungen der KZV an den Vertragszahnarzt aufrechnungsfähige und ggf. rückzahlungspflichtige Vorschüsse.

- (10) ¹Bei Tod, Verzug und Aufgabe der Praxis ist die KZV verpflichtet, weitere Zahlungen an den Vertragszahnarzt bzw. dessen Erben ganz oder teilweise so lange auszusetzen, bis festgestellt wird, ob Prüfungen auf Richtigkeit und Wirtschaftlichkeit anhängig oder Schadenersatzforderungen geltend gemacht worden sind. ²Ist 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.
- (11) Abweichende Regelungen in den Gesamtverträgen sind zulässig.

§ 24 – Abrechnung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen

- (1) Die KZV überprüft die Abrechnungen der Vertragszahnärzte rechnerisch und gebührenordnungsmäßig und stellt sie richtig.
- (2) Neben den gesamtvertraglichen Regelungen gelten die Richtlinien der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen der KZVen und der Krankenkassen gemäß § 106d Absatz 6 Satz 1 SGB V in der jeweiligen gültigen Fassung.
- (3) Die KZV berichtigt die Honorarforderung des Vertragszahnarztes bei Fehlern hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit.
- (4) ¹Die KZV übersendet die Abrechnung entsprechend den Vorgaben des Vertrags über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung (DTA-Vertrag) an die Krankenkassen. ²Teilrechnungen und Vorbehaltsvermerke sind unzulässig.
- (5) Die in den nachfolgenden Absätzen 6 bis 7 aufgeführten Regelungen finden Anwendung, wenn sich aus den Gesamtverträgen bzw. den Vereinbarungen mit den Ersatzkassen keine abweichenden Regelungen ergeben.
- (6) ¹Berichtigungen von Fehlern bei der Anwendung des BEMA, von Rechenfehlern und sonstigen offenbaren Unrichtigkeiten sollen grundsätzlich binnen sechs Monaten nach Eingang der Rechnung bei der Krankenkasse von dieser bei der KZV geltend gemacht werden. ²Die Abrechnungsprüfung nach § 106d SGB V bleibt unberührt.

³Für den Fristbeginn ist der Eingang der Datenlieferungen im vertraglich vereinbarten Umfang bei der Datenannahmestelle der jeweiligen Krankenkasse maßgebend. ⁴Die Datenannahmestelle hat spätestens 8 Tage nach Eingang der Daten die Datenlieferung zu bestätigen (ggf. Quittierung der Mehrfertigung des Transportbegleitzettels), anderenfalls beginnt die Frist zwei Wochen nach Versand der Datenlieferung durch die KZV zu laufen.

⁵Wird von der KZV ein Antrag nach Satz 1 nicht innerhalb von sechs Monaten bearbeitet, kann die Krankenkasse einen Betrag in Höhe der sich unter Zugrundelegung des Antrags ergebenden Honorarberichtigung auf die zu zahlende Gesamtvergütung anrechnen.

Protokollnotiz:

Werden von einer Krankenkasse Sammelanträge eingereicht, kann es sachgerecht sein, Musterverfahren zu vereinbaren und die übrigen Verfahren derweil ruhend zu stellen.

- (7) ¹Im Falle einer vereinbarten Einzelleistungsvergütung zahlen die Krankenkassen am Ersten jeden Monats an die KZVen eine Abschlagszahlung für die Leistungen des vorangegangenen Monats nach BEMA-Teilen 1 und 3. ²Die Abschlagszahlung je Monat beträgt 25 v. H. der gesamten Rechnungssumme des entsprechenden Vorjahresquartals.

³Ergibt sich bei der Schlussabrechnung des Kalendervierteljahres dennoch eine Überzahlung zu Gunsten der Krankenkasse, so erfolgt ihre Verrechnung bei der nächsten Abschlagszahlung. ⁴Die Krankenkassen zahlen den Restbetrag der Vierteljahresabrechnung innerhalb von 10 Tagen nach Eingang der zahlungsbegründenden Unterlagen an die KZVen.

⁵Nach den BEMA-Teilen 2 und 4 abgerechnete Leistungen sowie befundbezogene Festzuschüsse im Rahmen von BEMA-Teil 5 zahlen die Krankenkassen innerhalb von 10 Tagen nach Eingang der zahlungsbegründenden Unterlagen an die KZVen.

⁶Bei Verzug können Verzugszinsen in Höhe von 4 v. H. (§ 246 BGB) gefordert werden.

§ 25 – Abrechnungsunterlagen und Datenträgeraustausch

Die Aufbereitung der Abrechnungsunterlagen sowie das Nähere über den Datenaustausch sind im Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung in seiner jeweils gültigen Fassung geregelt.

Abschnitt 9 – Prüfung der Abrechnung und Wirtschaftlichkeit

§ 26 – Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Die vertragszahnärztliche Tätigkeit wird im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der vertragszahnärztlichen Versorgung durch Prüfungseinrichtungen nach § 106c SGB V überwacht.
- (2) Das Nähere regeln die Prüfungsvereinbarungen.
- (3) Neben den gesamtvertraglichen Regelungen gelten die Richtlinien der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbands nach § 106a Absatz 3 SGB V zum Inhalt und zur Durchführung der Zufälligkeitsprüfungen in der jeweils gültigen Fassung.

§ 27 – Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfung

Die KZVen und die Krankenkassen führen Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfungen gemäß den Richtlinien der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbands nach § 106d Absatz 6 SGB V zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfungen nach § 106d Absatz 2 und 3 SGB V sowie nach den ergänzenden gesamtvertraglichen Regelungen durch.

Abschnitt 10 – Vertragsverletzungen und Forderungen

§ 28 – Vertragsverletzungen

- (1) ¹Bei Verstößen gegen vertragszahnärztliche Pflichten finden die Disziplinarbestimmungen der KZVen (§ 81 Absatz 5 SGB V) Anwendung.

²Die Möglichkeit des Zulassungsentzugs wegen gröblicher Vertragsverletzungen bleibt unberührt (§ 95 Absatz 6 SGB V).
- (2) ¹Die Krankenkassen bzw. Landesverbände der Krankenkassen sind berechtigt, bei der zuständigen KZV die Eröffnung eines Disziplinarverfahrens anzuregen.

²Die nach Satz 1 antragstellende Krankenkasse bzw. der antragstellende Landesverband ist 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 der antragstellenden Krankenkasse bzw. dem antragstellenden Landesverband der Krankenkasse binnen zwei Wochen nach Eintritt der Rechtskraft mitzuteilen.

§ 29 – Forderungen von Krankenkassen

¹Forderungen aus diesem Vertrag von Krankenkassen gegen einen Vertragszahnarzt, die durch die KZV bzw. durch das jeweilige Gremium bestandskräftig festgestellt worden sind, werden bei der nächsten Abrechnung von der Krankenkasse gegenüber der KZV abgesetzt.

²Forderungen in diesem Sinne können sich insbesondere ergeben aufgrund mangelhafter prothetischer oder kieferorthopädischer Leistung, sachlich rechnerischer Unrichtigkeit der Abrechnung, unwirtschaftlicher Leistungserbringung oder aufgrund eines sonstigen Schadens.

³Eine Befriedigung der Forderung über die KZV findet nicht statt, wenn diese belegt, dass sie ohne eigenes Verschulden die Forderung gegen den Vertragszahnarzt nicht durchsetzen kann; in diesen Fällen kann die Krankenkasse ihre Forderung unmittelbar gegenüber dem Vertragszahnarzt geltend machen.

⁴Abweichend davon haftet die KZV den Krankenkassen aus der Gesamtvergütung für Forderungen gegenüber einem Vertragszahnarzt aufgrund sachlich-rechnerischer Unrichtigkeit oder unwirtschaftlicher Leistungserbringung, soweit nach Maßgabe der Gesamtverträge ein Erstattungsanspruch für Forderungen aus sachlich-rechnerischer Richtigstellung und Wirtschaftlichkeitsprüfung besteht.

⁵Die KZV haftet nicht nach Satz 4, soweit die Gesamtvergütung überschritten wird oder ein Pauschalvergütungsvertrag vorliegt.

⁶Gesamtvertragliche Regelungen zur Ausgestaltung des Abwicklungsverfahrens sind zulässig.

Abschnitt 11 – Qualität der vertragszahnärztlichen Versorgung

§ 30 – Qualitätssicherung in der vertragszahnärztlichen Versorgung

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinien und Beschlüsse zu Qualitätssicherung und Qualitätsbeurteilung sind zu beachten.

§ 31 – Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinien und Beschlüsse über die Einführung von neuen und die Überprüfung von bestehenden Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind zu beachten.

§ 32 – Arbeitsgemeinschaften

- (1) ¹Die Vertragspartner bilden bei Bedarf themenspezifische Arbeitsgemeinschaften. ²Die Arbeitsgemeinschaften haben die Aufgabe, Entscheidungen in grundsätzlichen Fragen, die für die Durchführung des Vertrages von Bedeutung sind, vorzubereiten.

- (2) Die Vertragspartner sollen für jede Arbeitsgemeinschaft eine Geschäftsordnung erstellen, in der insbesondere das Nähere über Zielsetzung, Aufgaben, Besetzung und Verfahren zu regeln ist.

Abschnitt 12 – Inkrafttreten und Kündigung

§ 33 – Inkrafttreten und Kündigung

- (1) ¹Dieser Vertrag tritt am 01.07.2018 in Kraft. ²Er ersetzt den BMV-Z vom 01.01.1986 und den Ersatzkassenvertrag Zahnärzte (EKVZ) vom 01.01.2005.
- (2) ¹Dieser Vertrag kann von jedem der Vertragspartner insgesamt oder in Teilen gekündigt werden. ²Die Kündigung hat schriftlich unter Einhaltung einer Frist von einem Jahr zum Schluss eines Kalenderjahres zu erfolgen.
- (3) Für Anlagen dieses Vertrages können jeweils gesonderte Kündigungsmöglichkeiten mit besonderen Kündigungsfristen vereinbart werden.

Anlage 1

Behandlungsplanung und Erstellung der Abrechnung

Vereinbarung zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

Zuletzt geändert am 16.07.2018

mit Wirkung ab dem 16.07.2018

1. Bestimmungen über die EDV-mäßige Erstellung der Abrechnung

¹Mit der Umsetzung des DTA-Vertrages zum 01.01.2012 erfolgt die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.

²Die Verwendung eines Datenverarbeitungssystems, mit dem der Vertragszahnarzt Leistungen zum Zwecke der Abrechnung erfasst, speichert und verarbeitet, bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV). ³Der Vertragszahnarzt gibt der KZV das eingesetzte Programmsystem und die jeweils verwendete Programmversion bekannt, damit die KZV überprüfen kann, ob ein Programmsystem verwendet wird, das für die vertragszahnärztliche Abrechnung geeignet ist. ⁴Bei elektronischer Abrechnung wird die vom Vertragszahnarzt verwendete Programmversion automatisch übermittelt.

⁵Ein System ist für die vertragszahnärztliche Abrechnung geeignet, wenn feststeht, dass programmierte Abrechnungsregeln den jeweils gültigen Bestimmungen des BMV-Z entsprechen und dass befund- und leistungsorientierte Abrechnungsautomatismen keine Verwendung finden. ⁶Über die Eignung befindet die Prüfstelle der KZBV. ⁷Die 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.

⁸Die KZV widerruft die Genehmigung, wenn die Voraussetzungen hierfür nicht oder nicht mehr vorliegen. ⁹Von der Genehmigung und dem Widerruf der Genehmigung erhalten die Landesverbände der Krankenkassen Mitteilung.

2. Konservierende und chirurgische Leistungen (BEMA-Teil 1)

2.1 Behandlungsfall im Sinne des Vertrages ist bei Leistungen nach Teil 1 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (BEMA) die gesamte von demselben Vertragszahnarzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres vorgenommene Behandlung.

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

2.3 ¹Überweisungen erfolgen auf dem Arzneiverordnungsblatt, das aufgrund des Bundesmantelvertrages-Ärzte vereinbart wird. ²Dabei ist der Grund der Überweisung, der Name des Versicherten oder die Versichertennummer, der Name des Vertragszahnarztes und seine Anschrift anzugeben. ³Überweisungen können individuell mittels EDV erstellt werden.

2.4 Ergänzende Inhalte der elektronischen Abrechnung

2.4.1 ¹Zu jeder Leistung ist der Behandlungstag anzugeben. ²Sofern mehrere Sitzungen an einem Tag stattfinden, sind diese durch eine Kennzeichnung zu unterscheiden.

2.4.2 ¹Der Datensatz umfasst die Angabe des behandelten Zahnes bzw. der behandelten Zähne unter Verwendung des zweiziffrigen FDI-Gebisssschemas. ²Sofern die Behandlung keinen Bezug zu bestimmten Zähnen aufweist, ist die Zahnangabe entbehrlich. ³Dies gilt z. B. auch bei den Geb.-Nrn. 8, 10, 105, 106, 107 und IP4.

⁴Bei Röntgenaufnahmen ist die Zahnangabe entbehrlich, wenn sie sich aus den Zahnangaben für die anderen eingetragenen Leistungen ergibt.

2.4.3 ¹Der Datensatz umfasst die Angabe der Gebührennummer des BEMA, soweit nicht die KZVen bestimmt haben, dass die numerischen Gebührennummern gem. Anlage B zum BMV-Z zu übermitteln sind.

²Jede abrechnungsfähige Gebührennummer ist gesondert anzugeben. ³Werden in einer Sitzung Leistungen nach den Nrn. 28, 32, 35, 54 an einem Zahn oder Nr. 62 mehrfach erbracht, ist die Anzahl anzugeben.

2.4.4 ¹Bei Füllungen nach den Nrn. 13 a) bis g) ist die Füllungslage zu übermitteln. ²Für 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

³Sofern Füllungen den Zahnhalsbereich erfassen, ist der Bezeichnung der Füllungslage der folgende Buchstabe bzw. die folgende Ziffer anzufügen:

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

2.4.5 ¹Bei Röntgenaufnahmen sind Begründungen anzugeben. ²Hierfür sind folgende Ziffern zu verwenden:

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

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

2.4.7 ¹Geldbeträge für abrechnungsfähige Auslagen sind in Cent in den Datensatz aufzunehmen. ²Die Spezifizierung der Geldbeträge erfolgt mit folgenden 600er Ordnungsnummern:

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

³Es bleibt den Gesamtvertragspartnern vorbehalten, Änderungen oder Ergänzungen dieser Liste vorzunehmen.

2.5 Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sowie Abrechnung von Wegegeldern und Reiseentschädigungen nach § 8 Absatz 2 und 3 Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

2.5.1 ¹Leistungen aus der GOÄ vom 12.11.1982 werden nach Maßgabe der Nr. 3 der Allgemeinen Bestimmungen des BEMA mit vierstelligen Gebührennummern abgerechnet. ²Soweit die GOÄ vierstellige Nummern vorsieht, werden diese bei der Abrechnung verwendet.

³Soweit die GOÄ dreistellige Nummern vorsieht, wird die Ziffer 8 vorangestellt. ⁴Für die Abrechnung der übrigen GOÄ-Leistungen einschließlich möglicher Zuschläge, des Wegegeldes und der Reiseentschädigung gelten die folgenden Nrn. 2.5.2 und 2.5.3.

2.5.2 ¹Bei 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. ²Werden Zuschläge nach Abschnitt B V zusätzlich zu den Leistungen nach den Nrn. 55, 56, 61, 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

³Der Zuschlag K2 wird bei Abrechnung der Nrn. 55 oder 56 als Nr. 7003 angegeben.

2.5.3 ¹Die Abrechnung von Wegegeldern (§ 8 Absatz 2 GOZ) und Reiseentschädigungen (§ 8 Absatz 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)

- 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

²Bei der Abrechnung von Reiseentschädigungen sind 42 Cent je Kilometer sowie zusätzlich ein Betrag von 56,00 EUR bei Abwesenheit bis zu 8 Stunden und bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden 112,50 EUR je Tag abzurechnen. ³Die 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 Behandlungsplanung

¹Vor Beginn der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und von Kiefergelenkserkrankungen ist vom Zahnarzt anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen ein Behandlungsplan zu erstellen. ²Hierfür ist der Vordruck „Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch“ (Vordruck 2 der Anlage 14a zum BMV-Z) zu verwenden. ³Der Behandlungsplan kann individuell mittels EDV erstellt werden. ⁴Hierbei dürfen Inhalt, Aufbau und Struktur sowie die vorgegebenen Zeilenabstände nicht verändert werden.

3.1.1 Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen

¹Bei der Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen sendet der Zahnarzt den Behandlungsplan der Krankenkasse zu. ²Bei Kostenübernahme sendet die Krankenkasse den Behandlungsplan an den Zahnarzt zurück. ³Mit der Behandlung soll erst nach Rücksendung des Behandlungsplans begonnen werden. ⁴Hiervon ausgenommen sind Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen sowie zahnmedizinisch unaufschiebbare Maßnahmen. ⁵Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Behandlungsplan bei Kiefergelenkserkrankungen begutachten lassen. ⁶Die Gesamtvertragspartner auf Landesebene können Näheres vereinbaren.

3.1.2 Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels

Die Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels ist vom Zahnarzt der Krankenkasse auf dem Vordruck „Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch“ (Vordruck 2 der Anlage 14a zum BMV-Z) unverzüglich anzuzeigen.

3.2 Abrechnung

3.2.1 Die Abrechnung von Leistungen bei der Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels zwischen Vertragszahnarzt und KZV erfolgt grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.

3.2.2 ¹Die Material- und Laborkosten können gesondert berechnet werden.

²Hierzu übermitteln die Vertragszahnärzte je Behandlungsfall die abgerechneten zahn-technischen Leistungen einschließlich deren Preise jeweils für das Eigen- und/oder Fremdlabor sowie die abgerechneten Materialien einschließlich Materialbezeichnung und Preis.

³Pro Abformung kann ein Pauschalbetrag in Höhe von 3,00 EUR abgerechnet werden.

⁴Für Versandkosten der Praxis an das gewerbliche Labor können je Versandgang zwischen Zahnarztpraxis und Labor der von der Deutschen Post AG für ein Päckchen (Inland, max. 2 kg) festgelegte Preis der Onlinefrankierung in der jeweils aktuellen Höhe abgerechnet werden. ⁵Bei praxiseigenen Laboratorien können keine Versandkosten berechnet werden.

⁶Abweichende bzw. ergänzende gesamtvertragliche Regelungen zum Pauschalbetrag der Abformung, zur Höhe der Versandkosten sowie zu den Praxismaterialien sind zulässig.

3.2.3 Behandlungen, die aufgrund von Überweisungen erfolgen, sind grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern abzurechnen.

3.3 Ergänzende Inhalte der elektronischen Abrechnung

3.3.1 ¹Zu jeder Leistung ist der Behandlungstag anzugeben. ²Sofern mehrere Sitzungen an einem Tag stattfinden, sind diese durch eine Kennzeichnung zu unterscheiden.

3.3.2 ¹Der Datensatz umfasst die Angabe des behandelten Zahnes bzw. der behandelten Zähne unter Verwendung des zweiziffrigen FDI-Gebisschemas. ²Sofern die Behandlung keinen Bezug zu bestimmten Zähnen aufweist, ist die Zahnangabe entbehrlich.

3.3.3 ¹Der Datensatz umfasst die Angabe der Gebührennummer des BEMA, soweit nicht die KZVen bestimmt haben, dass die numerischen Gebührennummern gem. Anlage B zum BMV-Z zu übermitteln sind.

²Jede abrechnungsfähige Gebührennummer ist gesondert anzugeben. ³Für die Abrechnung von Pauschalbeträgen für Abformmaterial sowie für Telefon-, Versand- und Portokosten sind die folgenden 600er-Ordnungsnummern anzugeben:

602 Telefon-, Versand- und Portokosten

605 Pauschalbetrag Abformmaterial

⁴Der Pauschalbetrag ist in Cent zu übermitteln.

3.3.4 Für die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen nach der GOÄ gilt Ziffer 2.5 dieser Bestimmungen.

4. Planung und 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 Behandlungsplanung

Für die Planung von Leistungen bei kieferorthopädischer Behandlung (BEMA-Teil 3) gilt Anlage 4 zum BMV-Z.

4.3 Abrechnung

4.3.1 Die Abrechnung von innerhalb eines Kalendervierteljahres durchgeführten kieferorthopädischen Leistungen sowie von Leistungen nach BEMA-Teil 1, die im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Leistungen anfallen, erfolgt grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.

4.3.2 ¹Die Material- und Laborkosten können, außer bei Röntgenaufnahmen und Fotografien, gesondert berechnet werden.

²Hierzu übermitteln die Vertragszahnärzte je Behandlungsfall die abgerechneten zahn-technischen Leistungen einschließlich deren Preise jeweils für das Eigen- und/oder Fremdlabor sowie die abgerechneten Materialien einschließlich Materialbezeichnung und Preis.

³Daneben sind die besonderen Kosten für Abformmaterial mit einem Pauschalbetrag in Höhe von 2,80 EUR je Abformung berechnungsfähig.

⁴Für Versandkosten der Praxis an das gewerbliche Labor können je Versandgang zwischen Zahnarztpraxis und Labor der von der Deutschen Post AG für ein Päckchen (Inland, max. 2 kg) festgelegte Preis der Onlinefrankierung in der jeweils aktuellen Höhe abgerechnet werden. ⁵Bei praxiseigenen Laboratorien können keine Versandkosten berechnet werden.

⁶Abweichende bzw. ergänzende gesamtvertragliche Regelungen zum Pauschalbetrag der Abformung, zur Höhe der Versandkosten sowie zu den Praxismaterialien sind zulässig.

4.3.3 Ergänzende Inhalte zur elektronischen Abrechnung

¹Bei 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.

²Bei der Abrechnung von Verlängerungszahlungen ist die Nummer der Abschlagszahlung mit „V“ zu kennzeichnen. ³Fallen die Gebühren-Nrn. 126a, 126b, 127a, 128b, 130 oder 131a bis c bei Ersatzanfertigungen von Behandlungsgeräten an, sind diese als außerplanmäßig zu kennzeichnen.

5. Planung und Abrechnung von Leistungen bei der systematischen Behandlung von Parodontopathien (BEMA-Teil 4)

5.1 Behandlungsplanung

Für die Planung der systematischen Behandlung von Parodontopathien (BEMA-Teil 4) gilt Anlage 5 zum BMV-Z.

5.2 Abrechnung

5.2.1 Die Abrechnung der parodontologischen Leistungen erfolgt nach dem Abschluss der geplanten Behandlung grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.

5.2.2 Ergänzende Inhalte zur elektronischen Abrechnung

¹Wenn 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.

²PAR-Fälle, für die die Krankenkasse die Kostenübernahmeerklärung vor dem Wechsel des Punktwertes abgegeben hat und mit deren Behandlung erst nach Inkrafttreten 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.

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

6.1 Behandlungsplanung

Für die Planung von Leistungen bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5) gilt Anlage 6 zum BMV-Z.

6.2 Abrechnung

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

6.2.2 Für die Abrechnung des Vertragszahnarztes gelten bei der Neufestsetzung der Gebühren die geänderten Gebührensätze bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen für alle vom Tag des Inkrafttretens an ausgestellten Heil- und Kostenpläne.

6.2.3 ¹Die Material- und Laborkosten können gesondert berechnet werden.

²Hierzu übermitteln die Vertragszahnärzte je Behandlungsfall die abgerechneten zahn-technischen Leistungen einschließlich deren Preise jeweils für das Eigen- und/oder Fremdlabor sowie die abgerechneten Materialien einschließlich Materialbezeichnung und Preis.³Für Versandkosten der Praxis an das gewerbliche Labor können je Versandgang zwischen Zahnarztpraxis und Labor der von der Deutschen Post AG für ein Päckchen (Inland, max. 2 kg) festgelegte Preis der Onlinefrankierung in der jeweils aktuellen Höhe abgerechnet werden. ⁴Bei praxiseigenen Laboratorien können keine Versandkosten berechnet werden.

⁵Abweichende bzw. ergänzende gesamtvertragliche Regelungen zur Höhe der Versandkosten sowie zu den Praxismaterialien sind zulässig.

Anlage 2

Vereinbarung nach § 87 Absatz 1a SGB V über die Versorgung mit Zahn-ersatz

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

in der Fassung vom 25.04.2018

Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

1. ¹Vor Beginn der Behandlung hat der Vertragszahnarzt einen Heil- und Kostenplan (HKP) nach dem in der Anlage 14a zum BMV-Z beigefügten Vordruck 3a (Teil 1) und 3b (Teil 2) zu erstellen.

²Der Teil 2 (Vordruck 3b) ist nur auszufüllen, wenn gleich- oder andersartige Leistungen geplant werden. ³Bei der Angabe der zu erwartenden Kosten sind in volle EUR kaufmännisch gerundete Beträge ausreichend, die für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen anzugeben sind. ⁴Der Teil 2 (Vordruck 3b) ist – sofern gleich- und/oder andersartige Versorgungen geplant sind – dem Versicherten zusammen mit dem Teil 1 (Vordruck 3a) zu übersenden.

2. ¹Der Vertragszahnarzt hat im HKP den zahnmedizinischen Befund, die Regelversorgung und – bei gleich- und andersartiger Versorgung – die tatsächlich geplante Versorgung anzugeben. ²Für die tatsächlich geplante Versorgung sind Art, Umfang und Kosten der Versorgung anzugeben.

³In begründeten Ausnahmefällen kann die Wiederherstellung einer ausreichenden Funktion des Kauorgans bzw. die Verhinderung einer Beeinträchtigung des Kauorgans auch in medizinisch sinnvollen Therapieschritten erfolgen. ⁴Damit für die Krankenkasse erkennbar ist, dass die Versorgung des Gesamtbefundes in Therapieschritten erfolgt, muss dies im HKP unter „Bemerkungen“ aufgeführt werden.

⁵Für die einzelnen Therapieschritte ist jeweils ein eigener HKP auszustellen. ⁶Bei Bewilligung des ersten Therapieschritts müssen für die Krankenkasse der Gesamtbefund und die Gesamtplanung ersichtlich sein; ausgestaltende Regelungen können durch die Gesamtvertragspartner getroffen werden.

⁷Der Vertragszahnarzt kennzeichnet auf dem HKP 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

¹Verblendete Kronen außerhalb des Verblendbereichs gemäß der Zahnersatz-Richtlinie, vollverblendete Kronen und vollkeramische Voll- und Teilkronen gelten als gleichartige Versorgung.

²Die Abrechnung erfolgt entsprechend § 55 Absatz 4 i. V. m. § 87 Absatz 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). ³Prothetische Begleitleis-

tungen (Provisorien, Abnehmen und Wiederbefestigen von Provisorien) werden als Regelversorgungsleistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) abgerechnet.

Stifte

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

Brücken

⁵Verblendete Brückenanker und Brückenglieder außerhalb des Verblendbereichs gemäß der Zahnersatz-Richtlinie, vollverblendete und vollkeramische Brückenanker und Brückenglieder gelten als gleichartige Versorgung.

⁶Die Abrechnung erfolgt entsprechend § 55 Absatz 4 i. V. m. § 87 Absatz 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der GOZ. ⁷Prothetische Begleitleistungen (Provisorien, Abnehmen und Wiederbefestigen von Provisorien) werden als Regelversorgungsleistungen nach BEMA abgerechnet.

Teilprothesen/Kombinationszahnersatz

⁸Bei der prothetischen Versorgung des teilbezahnten Kiefers in der Befundklasse 3 wird zwischen herausnehmbarem Zahnersatz und Kombinationszahnersatz unterschieden.

⁹Kombinationszahnersatz im Rahmen der Regelversorgung liegt nur bei den Befunden 3.2 a bis 3.2 c vor.

¹⁰Zusätzliche Verbindungselemente an Kombinationszahnersatz (Teleskopkrone, Konuskrone, Geschiebe, Anker, Riegel, Steg u. Ä.) gelten als gleichartige Versorgung, wenn die jeweilige Befundsituation eine Regelversorgung mit Teleskopkronen vorsieht (Befunde 3.2 a bis 3.2 c). ¹¹Die Abrechnung dieser zusätzlichen Verbindungselemente und der das Verbindungselement tragenden Kronen erfolgt entsprechend § 55 Absatz 4 i. V. m. § 87 Absatz 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der GOZ; die übrigen Konstruktionselemente des Kombinationszahnersatzes werden als Regelversorgungsleistungen nach BEMA abgerechnet.

¹²Gleiches gilt, wenn statt einer Konus- oder Teleskopkrone der Regelversorgung (Befunde 3.2 a bis 3.2 c) ein anderes der oben genannten Verbindungselemente verwendet wird.

¹³Verbindungselemente (Teleskopkrone, Konuskrone, 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.

¹⁴Solche Versorgungen werden als andersartige Versorgungen betrachtet und insgesamt entsprechend § 55 Absatz 5 i. V. m. § 87 Absatz 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der GOZ abgerechnet.

¹⁵Dies gilt nicht, wenn an allen Ankerzähnen Befunde nach der Nr. 1.1 ansetzbar sind.

¹⁶In diesen Fällen gilt die Versorgung als gleichartig.

4. ¹Der Heil- und Kostenplan (Teil 1 und Teil 2 / Vordruck 3a und 3b) ist der Krankenkasse vorzulegen. ²Die Krankenkasse hat den Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung insgesamt zu prüfen. ³Die Krankenkasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen.
5. ¹Bei bestehender Versorgungsnotwendigkeit bewilligt die Krankenkasse die Festzuschüsse. ²Nach der Genehmigung sind Änderungen des Befundes oder der tatsächlich geplanten Versorgung der Krankenkasse zur Neufestsetzung der Festzuschüsse mitzuteilen. ³Die Festzuschüsse werden gezahlt, wenn der Zahnersatz in der bewilligten Form innerhalb von 6 Monaten eingegliedert wird.
- ⁴Die Gesamtvertragspartner können Regelungen zur Vereinfachung des Bewilligungsverfahrens für Wiederherstellungen/Erweiterungen vereinbaren.
6. ¹Die Kosten für Regelversorgungsleistungen sind mit den Versicherten nach dem BEMA und dem Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen (BEL II) abzurechnen. ²Bei der Rechnungslegung gegenüber dem Versicherten ist der Betrag für die Festzuschüsse abzusetzen.
- ³Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Absatz 2 SGB V hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Absatz 2 Satz 10 SGB V aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen. ⁴Diese werden nach der GOZ bzw. nach der Bundeseinheitlichen Benennungsliste für zahntechnische Leistungen (BEB) in Rechnung gestellt. ⁵Der 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). ⁶Für die zahntechnischen Leistungen ist darüber hinaus der Herstellungsort des Zahnersatzes mitzuteilen.
7. Abrechnung der Festzuschüsse
- a) Regelversorgungen und gleichartige Versorgungen
- ¹Genehmigte 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 Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) abgerechnet.
- ²Unterschreitet der tatsächliche Rechnungsbetrag den von der Krankenkasse festgesetzten Festzuschuss, ist dies bei der Abrechnung bei V.8. zu berücksichtigen.
- b) Härtefälle
- ¹Bei Härtefällen übernimmt die Krankenkasse den über dem Festzuschuss liegenden tatsächlichen Rechnungsbetrag nur, wenn eine Regelversorgung durchgeführt wird. ²Der tatsächliche Rechnungsbetrag wird grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern über die KZV abgerechnet.
- ³Bei zahntechnischen Leistungen für Härtefälle übernimmt die Krankenkasse nur die Kosten für Nichtedelmetall-Legierungen. ⁴Die Mehrkosten für Edelmetalllegierungen trägt der Härtefall-Versicherte selbst.

⁵In Härtefällen, in denen die tatsächlich entstandenen Kosten über die KZVen abgerechnet werden, sind die abgerechneten Gebührennummern des BEMA für Zahnersatzleistungen, die abgerechneten zahntechnischen Leistungen einschließlich deren Preise für das Eigen- und/oder Fremdlabor sowie die abgerechneten Materialien einschließlich Materialbezeichnung und Preis grundsätzlich im Wege der elektronischen Datenübertragung zu übermitteln.

- c) Bei nicht bewilligungsbedürftigen Wiederherstellungen und Erweiterungen nach den Befunden 6.0 - 6.10 und 7.3, 7.4 und 7.7 sind den Abrechnungen mit den Krankenkassen die abgerechneten Gebührennummern des BEMA für Zahnersatzleistungen, die abgerechneten zahntechnischen Leistungen einschließlich deren Preise für das Eigen- und/oder Fremdlabor sowie die abgerechneten Materialien einschließlich Materialbezeichnung und Preis grundsätzlich im Wege der elektronischen Datenübertragung zu übermitteln.

- 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

¹Genehmigte 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.

²Die Gesamtvertragspartner können eine andere prozentuale Grenzziehung vereinbaren.

Anlage 3

Vereinbarung über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

in der Fassung vom 25.04.2018

Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

§ 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 Gemeinsamen Bundesausschusses.

§ 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 dient dem Versicherten als Nachweis der Inanspruchnahme der Untersuchungen im Sinne von § 55 Absatz 1 Satz 4 SGB V für den Anspruch auf eine Erhöhung der befundbezogenen Festzuschüsse zum Zahnersatz nach § 55 Absatz 1 Satz 3 bis 5 SGB V.
- (2) ¹Der Vertragszahnarzt händigt jedem Versicherten, der das 12. Lebensjahr vollendet hat, ein Bonusheft aus. ²Die Ausgabe des Bonusheftes vermerkt er in den Patientenaufzeichnungen. ³Bei Versicherten, die das 12. Lebensjahr vollendet haben, trägt er für jedes Kalenderhalbjahr das Datum des Mundhygienestatus (Nr. IP 1) ein. ⁴Bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, trägt er jährlich das Datum einer zahnärztlichen Untersuchung im Sinne von § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V ein. ⁵Die Eintragungen sind mit Zahnarzt-Stempel und Unterschrift zu versehen.
- (3) ¹Legt der Versicherte das Bonusheft nicht vor, so kann der Vertragszahnarzt dem Versicherten eine Ersatzbescheinigung über die Durchführung des Mundhygienestatus bzw. der zahnärztlichen Untersuchung ausstellen. ²In 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) ¹Der erste Behandlungsabschnitt bei Beginn eines dreijährigen Individualprophylaxeprogramms besteht aus der Erstellung des Mundhygienestatus und – soweit angezeigt – aus der Mundgesundheitsaufklärung und ggf. der ersten Fluoridierung. ²Die 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. ³Um den dauerhaften Erfolg der Individualprophylaxe zu gewährleisten, sollte der Zeitraum zwischen der Erstellung von zwei Mundhygienestatus möglichst vier Monate nicht unterschreiten. ⁴Fissurenversiegelungen können auch unabhängig von einem laufenden Individualprophylaxeprogramm erbracht werden.
- (3) Die Anspruchsberechtigung eines Versicherten endet mit Vollendung des 18. Lebensjahres.
- (4) Wird die Behandlung abgebrochen, können die bereits erbrachten Leistungen abgerechnet werden.

§ 5 Vergütung

¹Die für die Individualprophylaxe zu entrichtende Vergütung wird von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung für den Versicherten und gegenüber dem Vertragszahnarzt an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) gezahlt. ²Die Abgeltung von Aufwendungen für Arzneimittel zur lokalen Fluoridierung nach der Leistungs-Nr. IP 4 wird durch die Gesamtvertragspartner geregelt.

§ 6 Vordrucke

- (1) Das Bonusheft hat die aus der Anlage 14a (Vordruck 8) zum BMV-Z ersichtliche Fassung.
- (2) Die Kosten der Vordrucke tragen die Krankenkassen.
- (3) Die KZVen halten – bei gegebenem Anlass – die Vertragszahnärzte zu einer wirtschaftlichen Verwendung der Bonushefte an.

Anlage 4

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

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

in der Fassung vom 25.04.2018

Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

§ 1

Antrags- und Genehmigungsverfahren

- (1) ¹Vor Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung oder bei einer Therapieänderung stellt der Vertragszahnarzt persönlich und eigenverantwortlich einen Behandlungsplan (Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-Z) in zweifacher Ausfertigung auf und leitet beide Exemplare der Krankenkasse zu. ²Satz 1 gilt nicht für Leistungen nach den Nrn. 121 bis 125 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (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 (Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-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 des Vordrucks 4b der Anlage 14a zum BMV-Z mitzuteilen und der Krankenkasse eine zweite Ausfertigung zu übermitteln. ²Der Zahnarzt hat der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) 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. ²Der Vertragszahnarzt übermittelt die Daten des Behandlungsplans mit dem Genehmigungsdatum in grundsätzlich elektronischer Form an die zuständige KZV. ³Die Übermittlung erfolgt jeweils im ersten Quartal, in dem auf der Grundlage des Plans eine Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen erfolgt. ⁴Das gilt entsprechend für Therapieänderungs- bzw. Verlängerungsanträge. ⁵Bloße Leistungsanzeigen, die nicht genehmigungsbedürftig sind, sind nicht zu übermitteln.

⁶Mit der Behandlung soll erst begonnen werden, wenn die Krankenkasse eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben hat. ⁷Der Behandlungsplan ist dem Vertragszahnarzt auch dann zurückzusenden, wenn eine Kostenübernahme nicht erfolgt. ⁸Behandlungen, 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 KZVen können auf der Grundlage der Behandlungspläne und der Mitteilungen gem. Absatz 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 des Vordrucks 6a der Anlage 14a zum BMV-Z.
- (2) ¹Die Krankenkasse sendet den Behandlungsplan (Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-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, Röntgenaufnahmen, Fotografie, Fernröntgenaufnahme, HNO-Befund) einschließlich vorliegender Auswertungen unverzüglich zuzuleiten.
- (3) Die Absätze 1 und 2 gelten für die Therapieänderung oder die Verlängerung der kieferorthopädischen Behandlung gemäß § 1 Absatz 1 entsprechend.
- (4) ¹Die Krankenkasse kann in der Regel innerhalb von vier Wochen nach Kenntnisnahme der Mitteilung gemäß § 1 Absatz 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 beabsichtigen 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 des Vordrucks 6c der Anlage 14a zum BMV-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 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 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) Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von 12,20 EUR je Gutachten abgegolten.
- (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 KZV zu beteiligen. Soweit ein von der KZV bestellter Fachberater für kieferorthopädische Leistungen in Anspruch genommen wird, kann die KZV eine Gebühr entsprechend § 6 Absatz 1 lit. b in Rechnung stellen.

Anlage 5

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

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

in der Fassung vom 25.04.2018

Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

§ 1

Antrags- und Genehmigungsverfahren

- (1) ¹Vor Beginn einer systematischen Behandlung von Parodontopathien ist vom Vertragszahnarzt anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen ein Parodontalstatus (Blatt 1 – Vordruck 5a und Blatt 2 – Vordruck 5b der Anlage 14a zum BMV-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 des Vordrucks 6a der Anlage 14a zum BMV-Z.
- (2) ¹Die Krankenkasse sendet den Parodontalstatus (Blatt 1 – Vordruck 5a – und Blatt 2 – Vordruck 5b der Anlage 14a zum BMV-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.

§ 3

Begutachtung

- (1) ¹Der Gutachter nimmt zum Parodontalstatus unter Verwendung des Vordrucks 6b der Anlage 14a zum BMV-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 Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (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 Absatz 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) Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von 12,20 EUR je Gutachten abgegolten.
- (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 6

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

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

in der Fassung vom 25.04.2018

Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

§ 1

Antrags-/ Genehmigungsverfahren

- (1) ¹Anhand des Befundes stellt der Vertragszahnarzt einen Heil- und Kostenplan (Vordruck 3a und Vordruck 3b der Anlage 14a zum BMV-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) Bei 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 Neu festsetzung des Zuschusses zuzuleiten (Ziff. 5 der Anlage 2 zum BMV-Z). 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 § 4 Absatz 3 BMV-Z bestellten Gutachter und setzt den Zahnarzt hiervon in Kenntnis. ⁶Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung des Vordrucks 6a der Anlage 14a zum BMV-Z oder individuell nach dem Vorbild dieses Vordrucks.
- (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 Versorgungsmängeln 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 § 4 Absatz 3 BMV-Z bestellten Gutachter unter Verwendung des Vordrucks 6a der Anlage 14a zum BMV-Z oder individuell nach dem Vorbild dieses Vordrucks. 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 Gutachteraufträgen sind gesamtvertraglich möglich.

§ 3

Planungsgutachten

- (1) ¹Der Gutachter nimmt zum Heil- und Kostenplan unter Verwendung des Vordrucks 6b der Anlage 14a zum BMV-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 Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (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 anheimstellen, 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 Versorgungen und sogenannten Mischfällen (Nrn. 7d, 7e der Anlage 2 zum BMV-Z) 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 § 4 Absatz 3 BMV-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 Kassenzahnärztlichen Vereinigung (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 Neuherstellung der prothetischen Versorgung festgestellt wird, die Kosten des Gutachters und des Obergutachters vollständig, soweit die Notwendigkeit einer teilweisen Neuherstellung 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) Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von EUR 12,20 je Gutachten abgegolten.
- (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.

Anlage 7

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

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

Zuletzt geändert am 18.12.2019

mit Wirkung ab dem 01.01.2020

A. Gutachten

1. ¹Vor Beginn der Behandlung ist vom Vertragszahnarzt eine Behandlungs- und Kostenplanung zu erstellen. ²Dabei 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. ³Es ist ein einheitliches Konzept sowohl für die implantologische als auch die prothetische Behandlungsplanung einzureichen. ⁴Der 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. ¹Die 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. 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 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 einem nach § 4 Absatz 3 BMV-Z bestellten Gutachter einen schriftlichen Auftrag. ⁶Die Krankenkasse sendet die Behandlungs- und Kostenplanung des Vertragszahnarztes an den Gutachter.

⁷Die Krankenkasse unterrichtet den Vertragszahnarzt über den Begutachtungsauftrag durch Übersendung des Vordruckes „Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)“ gemäß Vordruck 7 der Anlage 14a zum BMV-Z in zweifacher Ausfertigung.
3. ¹Der Vertragszahnarzt hat zur Begutachtung den Vordruck „Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)“ auszufüllen und zusammen mit den Modellen und Röntgenaufnahmen dem Gutachter vorzulegen. ²Ergänzend sind Befundberichte zur medizinischen Gesamtbehandlung beizufügen.
4. ¹Der Gutachter ist verpflichtet, die eingehenden Aufträge 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. ⁴Der Gutachter nimmt sowohl zu der implantologischen als auch zu der prothetischen Behandlungsplanung – auch hinsichtlich Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit – Stellung.

⁵Der Gutachter kann vom behandelnden Vertragszahnarzt weitere Auskünfte und Befundunterlagen verlangen.

5. ¹Der Gutachter nimmt Stellung, ob eine Ausnahmeindikation für die Versorgung mit Implantaten nach Abschnitt B Ziffer VII der Behandlungsrichtlinie vorliegt, insbesondere auch, ob bei den Ausnahmeindikationen eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist. ²Er kann Änderungen der Behandlungsplanung – auch hinsichtlich der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der geplanten Implantate – vorschlagen.
6. ¹Der Gutachter übersendet dem Vertragszahnarzt und der beauftragenden Krankenkasse das Gutachten. ²Die Krankenkasse trifft unter Berücksichtigung des Gutachtens ihre Leistungsentscheidung gegenüber dem Versicherten. ³Mit 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 Obergutachterverfahren.
3. Die Kosten des Obergutachtens trägt grundsätzlich der Antragsteller.

C. Gutachtergebühren

1. ¹Die Gebühren für Gutachter und Obergutachter für implantologische Leistungen einschließlich der prothetischen Versorgung betragen
 - bei Gutachten ohne Untersuchung des Patienten: 106,72 EUR
 - bei Gutachten mit Untersuchung des Patienten: 134,45 EUR
 - bei Obergutachten ohne Untersuchung des Patienten: 227,31 EUR
 - bei Obergutachten mit Untersuchung des Patienten: 255,03 EUR

²Diese Beträge sind bei allen Gutachten und Obergutachten anzusetzen, die ab dem 01.01.2020 erstellt werden.

³Daneben 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.

Anlage 8a

Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung (DTA-Vertrag)

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

in der Fassung vom 31.01.2020

Datum des Inkrafttretens: 01.02.2020

Abschnitt 1 Abrechnungsunterlagen

§ 1 Allgemeines zu Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen

- (1) ¹Die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen durch die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Praxen (Zahnarztpraxen und Einrichtungen) erfolgt nach den Bestimmungen des Bundesmantelvertrags-Zahnärzte im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern. ²Die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen über Art und Umfang der Daten sind zu beachten.
- (2) ¹Die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) überprüft die gesamte vertragszahnärztliche Abrechnung.
- ²Die Gesamtvertragspartner sollen vereinbaren, dass die sachliche und gebührenordnungsmäßige Richtigkeit der abgerechneten Leistungen durch Einsatz der Prüfregele des BEMA-Moduls in der Zahnarztpraxis und/oder in der KZV unterstützt wird.
- ³Das BEMA-Modul wird von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (BEMA) erstellt.
- (3) Die KZVen übermitteln die nach § 295 Absatz 2 SGB V vorgesehenen Daten an die Krankenkassen nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Vertrages.

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

- (1) ¹Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). ²Dieser enthält folgende Angaben:
1. KZV-Nummer
 2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen
 3. Krankenversichertennummer
 4. bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten

5. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren
6. Zahnarztnummer (unverschlüsselt)
7. Abrechnungsquartal
8. Leistungsquartal
9. Fallnummer
10. Abgerechnete Gebührennummern des BEMA, der Gebührenordnung für Ärzte (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.

11. Kosten der Behandlung (Fallwert in Punkten oder EUR nach Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit durch die KZV)
 12. Röntgenbegründung
 13. Art der Inanspruchnahme (z. B. Notfall)
 14. Angabe Unfall / Unfallfolge
- (2) Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse eine Gesamtrechnung, bestehend aus:
1. Fallzahl
 2. Punktsommen 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, 8 und 9 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. Rechnungsbetrag
 8. Datum der Rechnungsstellung

§ 3

Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für Leistungen bei Kieferbruch und Kiefergelenkserkrankungen

- (1) ¹Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). ²Dieser enthält folgende Angaben:
1. KZV-Nummer
 2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen
 3. Krankenversichertennummer

4. bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten
 5. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren
 6. Zahnarzt Nummer (unverschlüsselt)
 7. Monat der Abrechnung
 8. Fallnummer
 9. Ausstellungsdatum des Behandlungsplanes
 10. abgerechnete Gebührennummern des BEMA für Leistungen bei Kieferbruch und Kiefergelenkserkrankungen einschließlich des Tages der Behandlung und ggf. des Zahnbezuges sowie gesondert abrechenbare Kosten einschließlich Art der Kosten
 11. abgerechnete zahntechnische Leistungen einschließlich deren Preise in EUR jeweils für das Eigen- und/oder Fremdlabor
 12. abgerechnete Materialien einschließlich Materialbezeichnung und Preis in EUR
 13. Kosten der Behandlung (Fallwert in Punkten oder EUR nach Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit durch die KZV)
- (2) Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse eine Gesamtrechnung, bestehend aus:
1. Fallzahl
 2. Punktschichten 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, 8 und 9 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) ¹Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). ²Dieser enthält folgende Angaben:
1. KZV-Nummer
 2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen
 3. Krankenversichertennummer
 4. bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten
 5. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren
 6. Zahnarzt Nummer (unverschlüsselt)

7. Abrechnungsquartal
 8. Leistungsquartal
 9. Fallnummer
 10. Ausstellungsdatum des Behandlungsplanes bzw. des Verlängerungsantrages, Datum des Beginns und des Endes der Behandlung
 11. Abschlagskennzeichen (Regel-, Früh-, Verlängerungsbehandlung) und -nummer oder Leerquartalskennzeichen oder Notfallvertretungskennzeichen oder Kennzeichen falls nur Diagnostik bzw. Einzelmaßnahmen außerhalb der KFO-Behandlung
 12. 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)
 13. Kosten der Begleitleistungen (in Punkten oder EUR)
 14. abgerechnete Gebührennummern des BEMA für kieferorthopädische Leistungen einschließlich eines Kennzeichens für nicht genehmigungspflichtige außerplanmäßige Leistungen (ggf. mit Zahnbezug) und deren Punktsumme mit Angabe des Punktwertes
 15. abgerechnete zahntechnische Leistungen einschließlich deren Preise in EUR jeweils für das Eigen- und/oder Fremdlabor
 16. abgerechnete Materialien einschließlich Materialbezeichnung und Preis in EUR
 17. Kosten der kieferorthopädischen Leistungen, errechnet aus 14., 15. und 16. sowie Kassen- und Versichertenanteile einschließlich des zugrundeliegenden Kassenzuschusses in Prozent
 18. Fallwert (Summe aus 13. und 17. in EUR nach Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit durch die KZV)
 19. Kennzeichen für spezielle Abrechnungsverträge
- (2) Die KZVen 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. Rechnungsbetrag (Gesamtbetrag, errechnet aus 2. und 3.)
 5. Teilrechnungen für besondere Personenkreise nach Kennzeichnung 4, 6, 7, 8 und 9 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

§ 5
Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen
für PAR-Leistungen

- (1) ¹Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). ²Dieser enthält folgende Angaben:
1. KZV-Nummer
 2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen
 3. Krankenversichertennummer
 4. bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten
 5. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren
 6. Zahnarztnummer (unverschlüsselt)
 7. Monat der Abrechnung
 8. Fallnummer
 9. Ausstellungsdatum des Behandlungsplanes sowie Datum des Endes der Behandlung
 10. Therapieergänzungskennzeichen
 11. geplante und abgerechnete Gebührennummern des BEMA für Leistungen zur systematischen Behandlung von Parodontopathien
 12. ggf. gesondert abrechenbare Kosten in EUR
 13. Kosten der Behandlung (Fallwert in Punkten oder EUR nach Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit durch die KZV)
- (2) Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse eine Gesamtrechnung, bestehend aus:
1. Fallzahl
 2. Punktsommen und jeweils gültigem Punktwert
 3. Summen der gesondert abgerechneten Kosten in EUR
 4. Rechnungsbetrag (Gesamtbetrag errechnet aus 2. und 3.)
 5. Teilrechnungen für besondere Personenkreise nach Kennzeichnung 4, 6, 7, 8 und 9 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) ¹Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). ²Dieser enthält folgende Angaben:
1. KZV-Nummer
 2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen
 3. Krankenversichertennummer
 4. bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten
 5. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren
 6. Zahnarztnummer (unverschlüsselt)
 7. Monat und ggf. Nummer der Abrechnung
 8. Fallnummer
 9. Ausstellungsdatum des Heil und Kostenplanes
 10. Eingliederungsdatum und Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes
 11. Angabe Unfall oder Unfallfolge / Berufskrankheit
 12. Angabe Versorgungsleiden
 13. Kennzeichnung bei Verwendung von Nichtedelmetall (NEM)
 14. Kennzeichen im Falle von Teilleistungen einschließlich Erklärung, warum es nicht zur Vollendung der vorgesehenen Leistungen gekommen ist
 15. Angabe des Befundes / der Befunde für die Festzuschüsse (gemäß HKP Teil 1, II.) einschließlich der Zahn-/Gebietsbezeichnung einschließlich der Festzuschussbeträge in EUR
 16. dto. für nachträgliche Befunde
 17. Angabe Bonus in Prozent bzw. Härtefall
 18. Kennzeichen, dass keine GOZ-Leistungen enthalten sind
 19. Gesamtsumme entsprechend der Zeile 7 aus Abschnitt V des HKPs
 20. Festzuschuss der Kasse in EUR (höchstens Wert wie in Nr. 19)
 21. Versichertenanteil in EUR (Differenz Nr. 19 abzüglich Nr. 20)
 22. In allen Behandlungsfällen sind das Zahnarzthonorar entsprechend Zeile 1, das Zahnarzthonorar für zusätzliche Leistungen entsprechend Zeile 2, sowie die Versandkosten entsprechend Zeile 6 des Abschnittes V des HKPs anzugeben.
In allen Härtefällen und in allen Fällen der nicht bewilligungsbedürftigen Wiederherstellungen/Erweiterungen:
 - abgerechnete Gebührennummern des BEMA für Zahnersatzleistungen
 - abgerechnete zahntechnische Leistungen einschließlich deren Preise in EUR jeweils für das Eigen- und/oder Fremdlabor
 - abgerechnete Materialien einschließlich Materialbezeichnung und Preis in EUR

- (2) Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse eine Gesamtrechnung, bestehend aus:
1. Fallzahl
 2. Summe der Versichertenanteile in EUR
 3. Rechnungsbetrag in EUR (Summe der abgerechneten Festzuschüsse)
 4. Teilrechnungen für besondere Personenkreise nach Kennzeichnung 4, 6, 7, 8 und 9 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 Übermittlung der Datensätze

- (1) Die KZVen 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 2 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.

Abschnitt 2 Wirtschaftlichkeitsprüfung zahnärztlicher und zahnärztlich verordneter Leistungen

§ 8 Art und Inhalt der Prüfunterlagen

- (1) ¹Die KZVen übermitteln den Prüfungsstellen nach § 106c SGB V im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern quartalsbezogen eine Liste der Vertragszahnärzte, die gemäß § 106a Absatz 1 SGB V in die Zufälligkeitsprüfung einbezogen werden, und aus den Abrechnungen dieser Vertragszahnärzte je Zahnarzt folgende Daten:
1. Leistungsquartal
 2. KZV-Nummer
 3. Zahnarztnummer (unverschlüsselt)
 4. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse
 5. Krankenversichertennummer
 6. bei Ersatzverfahren Name und Geburtsdatum des Versicherten
 7. abgerechnete Gebührennummern des BEMA, der GOÄ je Behandlungsfall einschließlich des Tages der Behandlung und ggf. des Zahnbezuges (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.

²Die Daten sind jeweils für den Zeitraum eines Jahres zu übermitteln.

- (2) ¹Die Krankenkassen übermitteln den Prüfungsstellen nach § 106c SGB V im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern von den in die Prüfung nach § 106a Absatz 1 SGB V einbezogenen Vertragszahnärzten quartalsweise je Zahnarzt folgende Daten:
1. Zahnarztnummer (unverschlüsselt)
 2. Ordnungsquartal
 3. Institutionskennzeichen (IK)
 4. Krankenversichertennummer
 5. bei Ersatzverfahren Name und Geburtsdatum des Versicherten
 6. Status (M/F/R)
 7. Zahl der zahnärztlich verordneten Arzneimittel (inkl. Verbandmittel) und Sprechstundenbedarf (SSB), gesamt und getrennt nach Arznei- bzw. Verbandmittel und SSB
 8. Bruttowert der zahnärztlich verordneten Arzneimittel (inkl. Verbandmittel), gesamt und getrennt nach Arznei- und Verbandmittel

²Die 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 § 106c 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 § 106c SGB V nur zusammengeführt werden, soweit dies zur Durchführung der Prüfung zahnärztlicher Leistungen und zahnärztlich verordneter Leistungen erforderlich ist.

Abschnitt 3 Zahnarztverzeichnis

§ 9 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 Absatz 4 SGB V auf maschinell verwertbaren Datenträgern zur Verfügung.
- (2) Das Nähere regelt die Technische Anlage zu diesem Vertrag.

- (3) Die Weiterleitung der Daten nach Absatz 1 kann unter der Beachtung der Vorschriften des § 80 SGB X gemäß besonderer Regelungen der Technischen Anlage und der Vereinbarung zur Technischen Anlage unmittelbar an eine von dem GKV-Spitzenverband mit der Datenverarbeitung beauftragte Stelle erfolgen.

Abschnitt 4 **Nutzung, Speicherung und Löschung von Daten**

§ 10 **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) ¹Die Krankenkasse speichert die Daten der Einzelfallnachweise gemäß Absätzen 1 der §§ 2 bis 6 dieses Vertrages für einen Zeitraum von höchstens drei Jahren, beginnend nach dem Ende des jeweiligen Geschäftsjahres. ²Nach 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**

§ 11 **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 KZVen auf maschinell verwertbaren Datenträgern, getrennt nach den einzelnen BEMA-Teilen (1 bis 4), für jede Kassenart und kassenartenübergreifend die
1. Frequenzstatistik (Aufgliederung nach Gebührennummern) je Zahnarzt und insgesamt,
 2. Anzahl der Behandlungsfälle,
 3. Zahl der abgerechneten Punkte,
 4. 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 der Technischen Anlage und der Vereinbarung zur Technischen Anlage 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

§ 12
Technische und organisatorische Form der Datenübermittlung

- (1) ¹Die technische und organisatorische Form sowie die Kontroll- und Berichtigungsverfahren der Datenübermittlung werden in der Technischen Anlage und der Vereinbarung zur Technischen Anlage geregelt. ²Sie sind in ihrer jeweils aktuellen Fassung Bestandteil dieses Vertrages.
- (2) ¹Hinsichtlich der technischen und organisatorischen Form der Datenübermittlung sind Verschlüsselungsmaßnahmen gemäß der Anlage zu § 78a 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). ²In der Technischen Anlage wird hierzu festgelegt, welcher Mindeststandard für die Verschlüsselung der Daten erfolgt.
- (3) ¹Die Vertragspartner streben für die Verschlüsselung ein Krypto-Verfahren an. ²Solange dieses Verfahren noch nicht realisiert ist, ist sicherzustellen, dass die übermittelnde Stelle einen geheimen Algorithmus verwendet. ³Für die Beachtung des Mindeststandards bei der Verschlüsselung ist die nach den gesamtvertraglichen Bestimmungen für die Übermittlung jeweils zuständige Stelle verantwortlich. ⁴Eine Datenübermittlung mittels Fernübertragung ist erst dann zulässig, wenn die Vertragspartner gemeinsam feststellen, dass ein geeignetes Verfahren zur Datenverschlüsselung zur Verfügung steht. ⁵Auf 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.

Anlage 8b

Technische Anlage zum Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung (DTA-Vertrag)

Hier nicht abgedruckt

Anlage 8c

**Vereinbarung
zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung
und dem GKV-Spitzenverband
zur „Technischen Anlage“ gemäß § 14 des DTA-Vertrages
ab 1. Januar 2012****

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Datenlieferungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen an die Krankenkassen einheitlich in dem in der Technischen Anlage beschriebenen Datensatzformat erfolgen sollen. Die Verschlüsselung der Dateien soll dem in der Technischen Anlage festgelegten Verfahren unter Verwendung eines für jeden Empfänger individuellen Schlüssels entsprechen.

Solange die technischen und organisatorischen Voraussetzungen für die Praktizierung dieses Verfahrens nicht gegeben sind, wird der sichere Transport der Daten durch eine auf technischer Ebene zu vereinbarende Übergangslösung sichergestellt. Dabei kann die Dateiverschlüsselung auch im Wege der passwortgeschützten Datenkomprimierung unter Verwendung von PC-Standardsoftware erfolgen.

Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen werden neben den Gesamtrechnungsbeträgen gemäß §§ 2 bis 6 Absätze 3 der Vereinbarung per Papier Gesamtrechnungen sowie Teilrechnungen für besondere Personengruppen (Kennzeichnung 4, 6, 7 und 8) an die jeweilige Krankenkasse übermitteln. Abweichendes können die Gesamtvertragspartner vereinbaren.

Die Gesamtrechnungen für die einzelnen BEMA-Teile und die zugehörigen Teilrechnungen in Papierform gelten als zahlungsbegründende Unterlagen*. Für die Bestimmung von Berichtigungsfristen und dergleichen ist der Eingang der Datenlieferungen im vertraglich vereinbarten Umfang bei der Datenannahmestelle der jeweiligen Krankenkasse maßgebend. Die Datenannahmestelle hat spätestens 8 Tage nach Eingang der Daten die Datenlieferung zu bestätigen (ggf. Quittierung der Mehrfertigung des Transportbegleitzettels), anderenfalls beginnen die Berichtigungsfristen zwei Wochen nach Versand der Datenlieferung durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung. Abweichendes können die Gesamtvertragspartner vereinbaren.

** Protokollnotiz*

Die Vertragspartner streben eine Regelung für eine papierlose Rechnungsstellung an.

Köln, Berlin, den 12.07.2011

** Die Vereinbarung ist im Zuge der Zusammenführung der Bundesmantelverträge des Primär- und des Ersatzkassenbereichs im Jahr 2018 als Anlage 8c inhaltlich unverändert in den neuen BMV-Z übernommen worden, da sie nach der Bewertung der Vertragspartner als „Altvereinbarung“ weiterhin Bestandteil des Bundesmantelvertrags sein soll. Die in der Vereinbarung enthaltenen Verweise können daher von der gegenwärtigen Rechtslage abweichen.

Anlage 9

**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

¹Die 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. ²Die technischen Voraussetzungen für eine Abrechnung nach den Bestimmungen des DTA-Vertrages sind zum 01. Januar 2012 erfüllt. ³Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass ab diesem Zeitpunkt das bisher in den Bundesmantelverträgen vereinbarte Abrechnungsverfahren zwischen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen obsolet wird. ⁴Die 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. ⁵Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass mit der Umsetzung des DTA-Vertrages auch die Abrechnung zwischen Vertragszahnarzt und Kassenzahnärztlicher Vereinigung grundsätzlich papierlos erfolgt. ⁶Vor 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

¹Die Umsetzung des DTA-Vertrages vom 01. Juli 2010 erfolgt ab dem 01. Januar 2012. ²Ab 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. ³Mit 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) ¹Die Abrechnungsdaten, die Bestandteil der Abrechnungsvordrucke für konservierend-chirurgische Leistungen (Muster 1: Erfassungsschein kons./chir.), für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch (Muster 3 b: Abrechnungsformular für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch) gemäß Anlage 2 in der Fassung vom 01. Januar 2004 sind, werden vom Zahnarzt an die KZV grundsätzlich elektronisch oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt. ²Gleiches gilt für die Abrechnungsdaten, die Bestandteil des Kfo-Abrechnungsscheines für kieferorthopädische Leistungen gemäß Muster 4 der

* Die Vereinbarung ist im Zuge der Zusammenführung der Bundesmantelverträge des Primär- und des Ersatzkassenbereichs im Jahr 2018 als Anlage 9 inhaltlich unverändert in den neuen BMV-Z übernommen worden, da sie nach der Bewertung der Vertragspartner als „Altvereinbarung“ weiterhin Bestandteil des Bundesmantelvertrags sein soll. Die in der Vereinbarung enthaltenen Verweise können daher von der gegenwärtigen Rechtslage abweichen.

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 Absatz 1 a SGB V über die Versorgung mit Zahnersatz (Anlage 3 zum BMV-Z/Anlage 4 EKVZ). ³Im Übrigen richten sich die zu übermittelnden Daten nach dem zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband geschlossenen DTA-Vertrag vom 01. Juli 2010.

- (2) ¹Für 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. ²Die datenschutzrechtlichen Vorschriften für Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten sind zu beachten.
- (3) ¹Die Verpflichtung des Vertragszahnarztes, der Abrechnung die ordnungsgemäß ausgefüllten Abrechnungsvordrucke beizufügen (vgl. § 16 Absatz 1 EKVZ), entfällt. ²Ebenso entfällt die Verpflichtung der KZVen, diese Abrechnungsunterlagen an die Krankenkassen zu übermitteln (vgl. § 27 BMV-Z, § 17 Absatz 1 EKVZ). ³Für 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) ¹Die Anlage 1 des EKVZ bzw. die bestehenden gesamtvertraglichen Regelungen im Primärkassenbereich zur Abrechnung von Material- und Laborkosten bleiben unberührt. ²Sie 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 Absatz 1 dieser Vereinbarung nicht elektronisch oder maschinell auf Datenträgern erfolgt das Verfahren der Datenlieferung bestimmen.
- (2) ¹Kosten 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. ²Eine 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. ³Eine 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

Anlage 10

Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte*

zwischen
dem GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin

und
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Köln

wird auf der Grundlage von § 291 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 291a Abs. 1-5a und 7, 7b, c, d und 8 SGB V die nachfolgende Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte getroffen.

§ 1 Vertragsgegenstand

- (1) Die nachstehenden Regelungen dienen der Einführung und Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte als Ersatz für die Krankenversichertenkarte nach §§ 15 und 291 SGB V. Sie dienen ferner der Beschreibung des Inhaltes der elektronischen Gesundheitskarte, die die Krankenversichertenkarte nach § 291 SGB V erweitert und regeln die Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte in der Zahnarztpraxis. Die Einzelheiten werden im Anhang geregelt, der Bestandteil dieses Vertrages ist.
- (2) Die elektronische Gesundheitskarte ab Generation 1 ist seit dem 01.10.2011 gültiger Versicherungsnachweis. Ab dem 01.10.2014 sind ausschließlich elektronische Gesundheitskarten ab Generation 1+ gültiger Versicherungsnachweis. Die Krankenversichertenkarte ist für eine Übergangszeit bis zum 31.12.2014 gültiger Versicherungsnachweis für Versicherte, die noch keine elektronische Gesundheitskarte erhalten haben.

§ 2 Vertragsgrundsätze

Der GKV-Spitzenverband und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung nehmen ihre Aufgabe der Einführung und Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte sowie der Schaffung der erforderlichen Telematikinfrastruktur gemäß § 291a Abs. 7 SGB V durch die Gesellschaft für Telematik (gematik) nach § 291b SGB V wahr, die die Regelungen zur Telematikinfrastruktur trifft sowie deren Aufbau und Betrieb übernimmt.

§ 3 Elektronische Gesundheitskarte

- (1) Auf der Grundlage von § 291a Absatz 2 und 3 i. V. m. § 291 Absatz 2 und 2a SGB V enthält die elektronische Gesundheitskarte neben der Unterschrift des Versicherten folgende Angaben:

* Die Vereinbarung wurde unverändert in den neuen BMV-Z übernommen. Die in der Vereinbarung enthaltenen Verweise können daher von der gegenwärtigen Rechtslage abweichen.

1. Bezeichnung der ausstellenden Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenzahnärztliche Vereinigung, deren Bezirk der Versicherte gemäß § 83 SGB V zugeordnet ist. Das zugeordnete Kennzeichen wird im Chip der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert. Die Krankenkassen stellen dabei die korrekte Angabe des Kennzeichens sicher.
2. Familienname und Vorname des Versicherten
3. Geburtsdatum
4. Geschlecht
5. Anschrift
6. Krankenversichertennummer
7. Versichertenstatus
8. Zuzahlungsstatus
9. Tag des Beginns des Versicherungsschutzes
10. bei befristeter Gültigkeit der Karte das Datum des Fristablaufs
11. ein Lichtbild ab dem 15. Lebensjahr. Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres sowie Versicherte, deren Mitwirkung bei der Erstellung des Lichtbildes nicht möglich ist, erhalten i.d.R. eine elektronische Gesundheitskarte ohne Lichtbild gemäß § 291 Abs. 2 Satz 1 SGB V.

Auf die Angaben nach den Nummern 1 bis 10 ist ein nach Maßgabe der gematik gültiges VSD-Schema anzuwenden. Diese Angaben müssen auf die für die vertragszahnärztliche Versorgung vorgesehenen Abrechnungsunterlagen und Vordrucke maschinell übertragbar sein.

- (2) Über die Angaben nach Absatz 1 hinaus kann die elektronische Gesundheitskarte auch Angaben zum Nachweis von Wahlтарifen nach § 53 SGB V und von zusätzlichen Vertragsverhältnissen sowie in den Fällen des § 16 Abs. 3a SGB V¹ Angaben zum Ruhen des Anspruchs auf Leistungen zugänglich machen. Die elektronische Gesundheitskarte ist technisch geeignet, Authentifizierung, Verschlüsselung und elektronische Signatur zu ermöglichen.
- (3) Die elektronische Gesundheitskarte ist geeignet, Angaben für die Übermittlungen (zahn)ärztlicher Verordnungen in elektronischer und maschinell verwertbarer Form sowie den Berechtigungsnachweis zur Inanspruchnahme von Leistungen in den Mitgliedsstaaten des EWR (einschließlich der Schweiz) in den jeweils geltenden Fassungen aufzunehmen und hat die in § 291a Abs. 3 SGB V vorgegebenen Anforderungen und von der gematik gegebenenfalls beschlossenen weiteren Anwendungen zu erfüllen. § 6c BDSG findet Anwendung.
- (4) Die Gestaltung und die technischen Eigenschaften der elektronischen Gesundheitskarte und der Kartenterminals haben allen geltenden Vorgaben der gematik zu entsprechen. Die verwendeten Kartenterminals und elektronischen Gesundheitskarten müssen von der gematik zugelassen sein.

Die jeweils für die Zulassung durch die gematik zugrundeliegenden Spezifikationen der elektronischen Gesundheitskarte und der Kartenterminals sind in der jeweils gültigen Fassung (unter www.gematik.de) Bestandteil dieses Vertrages.

¹ Im Bereich der Landwirtschaftlichen Krankenkassen gilt § 8 Abs. 2a KVLG 1989.

- (5) Vor der Erstaussgabe der elektronischen Gesundheitskarte an die Versicherten und bei jedem Kartengenerationswechsel ist jede Krankenkasse verpflichtet, die gematik zu beauftragen, dass diese eine Personalisierungsvalidierung gemäß den aktuellen gematik-Vorgaben durchführt. Diese Verpflichtung gilt auch, wenn die Krankenkasse den Kartenpersonalisierer wechselt.
- (6) Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung wirkt durch geeignete Verfahren darauf hin, dass die entsprechenden Vorgaben von den Praxisverwaltungssystemen erfüllt werden.

§ 4

Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte

- (1) Mit der Versendung der elektronischen Gesundheitskarte sollen die Krankenkassen die Versicherten darauf hinweisen, dass die Krankenversichertenkarte nicht mehr vorzulegen ist und als Krankenversicherungsnachweis bei der Inanspruchnahme von Leistungen ab Erhalt der elektronischen Gesundheitskarte und unabhängig davon spätestens ab dem 01.01.2015 keine Gültigkeit mehr hat.
- (2) Wird von der Krankenkasse anstelle der elektronischen Gesundheitskarte im Einzelfall ein schriftlicher Anspruchsnachweis zur Inanspruchnahme von Leistungen ausgegeben, muss dieser die Angaben gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 9 enthalten. Die Krankenkasse erteilt einen Anspruchsnachweis nach Satz 1 nur im Ausnahmefall, beispielsweise zur Überbrückung von Übergangszeiten, bis der Versicherte eine elektronische Gesundheitskarte erhält. Der Anspruchsnachweis ist entsprechend zu befristen, das Datum des Fristablaufs ist auf dem Anspruchsnachweis anzugeben.
- (3) Die Krankenkasse ist verpflichtet, ungültige elektronische Gesundheitskarten einzuziehen.

§ 5

Rechte der Versicherten / Zugriff auf Daten

Spätestens bei der Versendung der Karte hat die Krankenkasse die Versicherten umfassend und in allgemein verständlicher Form über deren Anwendungen und Funktionen zu informieren. Dies bezieht sich auch auf die auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherten Daten.

§ 6

Einführung der elektronischen Gesundheitskarte / Verwendung von Vordrucken

- (1) Die elektronische Gesundheitskarte ist ab dem Zeitpunkt gemäß § 1 Abs. 2 gültiger Versicherungsnachweis. Die Ausstattung der Versicherten mit der elektronischen Gesundheitskarte soll durch die Krankenkassen bis zum 31.12.2013 erfolgen.
- (2) Die Vorgaben zur Gestaltung und Ausfüllung der Vordrucke gelten weiter, bis die Vertragspartner etwas Abweichendes vereinbaren.
- (3) Die geltenden Vereinbarungen und Erläuterungen für die Gestaltung und das Ausfüllen der Vordrucke sind im Falle notwendiger Änderungen anzupassen.

§ 7

Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte und Übertragung der Information

- (1) Die Versicherten sind verpflichtet, die elektronische Gesundheitskarte bei jeder Inanspruchnahme eines Zahnarztes mit sich zu führen. Die Krankenkassen werden ihre Mitglieder hierüber sowie über die Folgen bei Nichtbeachtung informieren. Versicherte, die bei Eintritt in die gesetzliche Krankenversicherung oder bei einem Wechsel der Krankenkasse eine (neue) elektronische Gesundheitskarte benötigen, sind zum Beginn der Leistungspflicht mit einem Versicherungsnachweis auszustatten. Steht eine elektronische Gesundheitskarte zu diesem Zeitpunkt noch nicht zur Verfügung, ist dem Versicherten ein Anspruchsnachweis i.S.d. § 4 Abs. 2 zur Verfügung zu stellen.
- (2) Das Nähere zur Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte in der Zahnarztpraxis sowie die Verfahren, die bei Nichtvorlage der elektronischen Gesundheitskarte Anwendung finden, werden im Anhang zu dieser Vereinbarung geregelt.

§ 8

Schlussbestimmungen

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 27.03.2015 in Kraft und ersetzt die Vereinbarung vom 14.08.2014, in Kraft getreten am 01.09.2014. Sie kann von jeder Vertragspartei unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Im Falle der Kündigung gelten die bestehenden Regelungen bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung fort.
- (2) Die Partner dieser Vereinbarung verpflichten sich, die vereinbarten Vorschriften auf ihre Praktikabilität hin regelmäßig zu überprüfen und erforderlichenfalls einvernehmlich anzupassen.

§ 9

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, wird hierdurch die Wirksamkeit der in diesem Vertrag getroffenen Vereinbarungen im Übrigen nicht berührt. Die unwirksame Bestimmung ist durch eine dem Zusammenhang der übrigen Regelungen und dem Willen der Parteien entsprechende wirksame Bestimmung zu ersetzen.

Köln, Berlin, 27.03.2015

Anhang

Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte

- 1. Prüfung der Identität und des Leistungsanspruchs des Versicherten gegenüber der Krankenkasse und Einlesen der Versichertenstammdaten**
 - 1.1 Der Versicherte ist verpflichtet, bei jedem Zahnarztbesuch die elektronische Gesundheitskarte oder einen Anspruchsnachweis gemäß § 4 Abs. 2 mitzuführen und auf Verlangen vorzulegen. Die elektronische Gesundheitskarte ist von dem Zahnarzt bei jeder ersten Inanspruchnahme im Quartal einzulesen. Bei Vorlage eines Anspruchsnachweises i.S.d. § 4 Abs. 2 findet das Ersatzverfahren nach Nr. 3.1 entsprechende Anwendung.
 - 1.2 Bis zum 31.12.2014 kann der Versicherte seine Krankenversichertenkarte vorlegen, falls er noch nicht im Besitz einer elektronischen Gesundheitskarte ist. Können weder eine elektronische Gesundheitskarte noch eine Krankenversichertenkarte vorgelegt werden, gilt Nr. 2 entsprechend.
 - 1.3 Der Zahnarzt überprüft die Identität des Versicherten anhand der auf der elektronischen Gesundheitskarte aufgebrachten Identitätsdaten. Die Überprüfung beschränkt sich auf offensichtliche Unstimmigkeiten zwischen der vorgelegten Karte und der vorlegenden Person hinsichtlich des Alters, des Geschlechts und eines aufgebrachten Lichtbildes.
- 2. Nichtvorlage / ungültige Karte / kein Nachweis eines Leistungsanspruchs des Versicherten gegenüber der Krankenkasse**
 - 2.1 Wird eine elektronische Gesundheitskarte nicht vorgelegt oder ergibt die Überprüfung nach Nr. 1.3, dass die vorgelegte Karte der vorlegenden Person offensichtlich nicht zugeordnet werden kann, finden die Regelungen nach § 8 BMV-Z bzw. § 12 EKVZ entsprechende Anwendung.
 - 2.2 Für Kosten einer Behandlung, die auf der Grundlage einer vorgelegten und für den Zahnarzt nicht erkennbar (s. Nr. 1.3) falschen bzw. ungültigen elektronischen Gesundheitskarte oder der unrechtmäßigen Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte statt des Gebrauchs des Leistungsnachweises gem. § 16 Abs. 3a SGB V² bei Ruhen der Ansprüche erfolgte, finden die Regelungen nach § 8 BMV-Z bzw. § 11 EKVZ entsprechende Anwendung. Wird eine elektronische Gesundheitskarte ohne Lichtbild vorgelegt, obwohl keiner der in § 3 Abs. 1 Nr. 11 geregelten Ausnahmetatbestände erfüllt ist, und stellt sich heraus, dass die Karte für den Zahnarzt nicht erkennbar falsch war, so haftet die ausgebende Krankenkasse dem Vertragszahnarzt gegen Abtretung seiner Vergütungsansprüche für die Kosten der Behandlung. Eine vorgelegte elektronische Gesundheitskarte ohne Lichtbild ist für den Zahnarzt dann erkennbar falsch, wenn sich anhand der auf der elektronischen Gesundheitskarte aufgebrachten sonstigen optischen Identitätsdaten ohne weitere Prüfung ergibt, dass die vorgelegte Karte der vorlegenden Person im Hinblick auf das Alter oder das Geschlecht offensichtlich nicht zugeordnet werden kann. Weist der Versicherte darauf hin, dass sich die zuständige Krankenkasse oder der Versichertenstatus geändert hat und wird dies von der Karte noch nicht berücksichtigt, finden die Regelungen nach § 8 BMV-Z bzw. § 11 EKVZ mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass der Versicherte innerhalb von 10 Tagen eine angepasste elektronische Gesundheitskarte oder – nachrangig – einen Anspruchsnachweis seiner aktuellen Krankenkasse in Papierform vorzulegen hat.

² Im Bereich der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung gilt § 8 Abs. 2a KVLG 1989.

- 2.3 Kann im Falle der Notfallbehandlung eines in der Zahnarztpraxis bislang unbekannten Versicherten keine gültige elektronische Gesundheitskarte vorgelegt werden, ist die Abrechnung aufgrund der Angaben des Versicherten oder der Angaben anderer Auskunftspersonen durchzuführen. Die elektronische Gesundheitskarte ist innerhalb von 10 Tagen nachzureichen. Wird die elektronische Gesundheitskarte nicht innerhalb dieser Frist vorgelegt, kann der Vertragszahnarzt eine Privatvergütung verlangen.
- 2.4 Legt der Versicherte innerhalb eines Quartals, in dem die elektronische Gesundheitskarte bereits vorgelegen hat, nach Status- oder Kassenwechsel eine neue elektronische Gesundheitskarte vor, so ist für die konservierend-chirurgischen Leistungen eine gesonderte Datenübermittlung (neuer Fall) vorzunehmen.

3. Ersatzverfahren aufgrund eines Ausfalles bzw. bei Nichtverfügbarkeit der technischen Komponenten

- 3.1 Kann bei der ersten Inanspruchnahme des Zahnarztes im Quartal die vorgelegte elektronische Gesundheitskarte nicht verwendet werden, sind die optischen Angaben in das Praxisverwaltungssystem aufzunehmen, sofern nicht zuvor beschriftete Vordrucke verwendet werden können (sog. Ersatzverfahren). Kommt es zu einer weiteren Inanspruchnahme im selben Quartal, ist der Einleseversuch zu wiederholen. Satz 1 gilt entsprechend, wenn dem Zahnarzt lediglich ein Formular, aus dem die Versichertendaten hervorgehen, nicht aber die elektronische Gesundheitskarte für Verordnungen zur Verfügung steht.
- 3.2 Fälle, in denen die elektronische Gesundheitskarte nicht verwendet werden kann, liegen vor, wenn
- 3.2.1 die Karte aus technischen Gründen nicht eingelesen werden kann (z. B. Karte oder Terminal defekt) oder
- 3.2.2 für Hausbesuche kein entsprechendes Kartenterminal zur Verfügung steht und keine bereits in der Zahnarztpraxis mit den Daten der elektronischen Gesundheitskarte vorgefertigten Formulare verwendet werden können.

4. Datenangaben im Ersatzverfahren

Für das Ersatzverfahren zur Ausfüllung des Personalienfeldes gilt:

Die Beschriftung aufgrund von Unterlagen in der Patientenstammdatei oder aufgrund von Angaben des Versicherten ist zulässig; dabei sind die Bezeichnung der Krankenkasse, der Name und das Geburtsdatum des Versicherten und nach Möglichkeit auch die Krankenversichertennummer anzugeben.

Anlage 11

Grundsatzfinanzierungsvereinbarung zur Finanzierung der Maßnahmen nach § 291a Abs. 7b SGB V (GFinV)

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

Zuletzt geändert am 15.01.2020

mit Wirkung ab dem 01.01.2020

Präambel

¹Mit der Vorschrift des § 291a Abs. 7b Satz 2 SGB V werden der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung ermächtigt, in den Bundesmantelverträgen das Nähere zu den Regelungen der Vereinbarung nach Abs. 7 Satz 5 zu regeln. ²Zum Ausgleich der Kosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattung, die den Leistungserbringern in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur sowie der Kosten, die den Leistungserbringern im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur entstehen, erhalten die anspruchsberechtigten Zahnärzte und Einrichtungen Erstattungen von den Krankenkassen. ³Die Regelungen dieser Grundsatzfinanzierungsvereinbarung sowie die Höhe der Pauschalen in den Anlagen 11a und 11d sind bundesweit verbindlich.

§ 1

Vertragsgegenstand

- (1) ¹Zum Leistungsumfang des Online-Produktivbetriebes Stufe 1 (OPB1) zählen das Versichertenstammdaten-Management (VSDM), das Sichere Internet sowie die Anbindung der Bestandsnetze an die Telematikinfrastruktur¹. ²Als weitere Anwendungen sind das Notfalldatenmanagement (NFDm) gem. § 291a Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V und der elektronische Medikationsplan (eMP) gem. § 291a Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 SGB V, die Qualifizierte Elektronische Signatur (QES) und die Sichere Kommunikation Leistungserbringer (KOM-LE) gem. § 291b Abs. 1e SGB V vorgesehen. ³Da das elektronische Beantragungs- und Genehmigungsverfahren als einer der künftigen Hauptanwendungsfälle, welches als Grundvoraussetzung die Verwendung von KOM-LE vorsieht, noch nicht im flächendeckenden Echtbetrieb ist, sind sich die Vertragspartner einig, dass die Finanzierung für KOM-LE ab dem 3. Quartal 2020 erfolgt, um bereits eine flächendeckende Verbreitung in den Praxen für die Übermittlung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die Krankenkassen zu forcieren.
- (2) ¹Die Vertragspartner legen in dieser Vereinbarung einvernehmlich die Finanzierung derjenigen Aufwände fest, die den anspruchsberechtigten Zahnärzten und Einrichtungen durch die Einführung der Telematikinfrastruktur und der in dieser Vereinbarung geregelten Anwendungen entstehen. ²Insbesondere wird die Finanzierung der Erstausstattungskosten geregelt sowie die Finanzierung der Kosten, die den anspruchsberechtigten Zahnärzten und Einrichtungen im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur entstehen. ³Die Kosten für die Finanzierung werden auf Basis von Erstausstattungs- und Betriebskostenpauschalen von den Krankenkassen getragen. ⁴Die Höhe der Pauschalen ist in jedem Fall so zu kalkulieren, dass sie die günstigsten Kosten eines Standard-Erstausstattungspaketes sowie eines Standard-Betriebspaketes vollständig deckt. ⁵Die Vertragspartner sind sich einig,

¹ Die Anbindung von Bestandsnetzen an die Telematikinfrastruktur ist nicht Vertragsgegenstand dieser Vereinbarung.

dass die Pauschalen beiderseitig regelmäßig dahingehend überprüft und ggf. angepasst werden, dass sichergestellt ist, dass sie die den Zahnarztpraxen in Zusammenhang mit der Einführung und dem Betrieb der Telematikinfrastruktur (inkl. QES und KOM-LE) und der Fachanwendungen NFDM und eMP entstehenden Kosten vollständig abdecken.

- (3) ¹Vom Vertragsgegenstand sind die Aufwände umfasst, die den anspruchsberechtigten Zahnärzten und Einrichtungen mit der technischen Ausstattung entstehen und bei der Anbindung an die Telematikinfrastruktur und deren Betrieb erforderlich sind. ²Für den zeitlichen Aufwand, der durch die Einführung des Versichertenstammdatenmanagements in den Praxen entsteht, erfolgt eine Finanzierung.

§ 2

Finanzierung der Erstausrüstung

- (1) ¹Die Zulassung der Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur durch die gematik GmbH (gematik) impliziert eine Sicherheitszertifizierung durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI). ²Die Erstausrüstung setzt sich je Praxisstandort aus den folgenden von der gematik zugelassenen Komponenten und Diensten zusammen (Standard-Erstausrüstungspaket):

- eHealth-Konnektor (VSDM, QES, KOM-LE, NFDM, eMP) inkl. einer fest verbauten Smartcard vom Typ gSMC-K

³Solange ein eHealth-Konnektor i. d. S. von den Herstellern nicht geliefert werden kann, besteht die Möglichkeit, Konnektoren, die ausschließlich mit der Anwendung VSDM ausgestattet sind, auszuliefern. ⁴Sobald ein von der gematik zugelassenes Update für die Funktionen QES, KOM-LE, NFDM, eMP eines Herstellers zur Verfügung steht, hat der Dienstleister vor Ort (DVO) bzw. der Konnektor-Anbieter dieses den anspruchsberechtigten Zahnärzten und Einrichtungen unverzüglich zur Verfügung zu stellen. ⁵Die Vertragspartner gehen davon aus, dass ein unverzügliches Nachrüsten der Funktionen durch Updates kostenlos erfolgen soll. ⁶Im Übrigen gelten § 1 Abs. 2 Satz 4 und § 9 Abs. 4.

- Online-Anbindung an die zentrale Telematikinfrastruktur mittels VPN-Zugangsdienst gem. Spezifikation der gematik [Spezifikation VPN-Zugangsdienst in der jeweils geltenden Version (ab Version 1.6.0, Stand: 24.08.2016)]²
- Stationäres eHealth-Kartenterminal
- Smartcard vom Typ gSMC-KT für jedes stationäre eHealth-Kartenterminal

⁷Die Vertragspartner sind sich einig, dass abhängig von der Anzahl der stationären eHealth-Kartenterminals am Markt folgende Vorgehensweise angestrebt ist: Sobald mindestens vier stationäre eHealth-Kartenterminals zugelassen sind, werden die Marktpreise für jedes bis dahin zugelassene eHealth-Kartenterminal ermittelt und die Vertragspartner verhandeln auf Basis dieser Marktpreisermittlung über eine Anpassung des Betrages, der für das eHealth-Kartenterminal in die Finanzierungspauschalen einfließt, wobei sich der Betrag aus dem Durchschnitt der Marktpreise des unteren Preisdrittels berechnet. ⁸Im Übrigen gilt § 9 Abs. 4.

- Mobiles Kartenterminal der Ausbaustufe 2 gem. Abs. 3
- Smartcard SMC-B (elektronischer Praxisausweis)²

² Die Installation des VPN-Zugangsdienstes sowie die Freischaltung der Smartcard SMC-B erfolgt im Rahmen der Erstausrüstung und ist Bestandteil des Standard-Erstausrüstungspaketes, wobei die Finanzierung gem. § 3 Abs. 1 erfolgt.

Protokollnotiz:

Sofern die Performance der SMC-B nicht ausreichend ist, verhandeln die Vertragspartner über die Finanzierung einer Ersatzlösung, die die notwendigen Anforderungen erfüllt.

- Smartcard HBA (elektronischer Heilberufsausweis)

⁹Die Kosten der Smartcard HBA werden den Zahnärzten zur Hälfte erstattet.

¹⁰Die Erstattung der Kosten der Smartcard SMC-B und der Smartcard HBA erfolgt über eine Einmalzahlung jeweils für fünf Jahre, erstmalig zum Zeitpunkt der Inbetriebnahme.

¹¹Von der Finanzierung ausgenommen sind die Kosten der Internetanbindung einer Praxis zur Erreichung des VPN-Zugangsdienstes (nicht im Standard-Erstausrüstungspaket oder Standard-Betriebspaket enthalten).

- (2) ¹Für die Erstausrüstung mit den genannten Komponenten und Diensten erhalten die anspruchsberechtigten vertragszahnärztlichen Praxen je Standort (auch genehmigte Zweigpraxen, je Standort der Überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft) eine Pauschale, die in Abhängigkeit von der Praxisgröße gestaffelt wird. ²Vertragszahnärztliche Praxen sind der Vertragszahnarzt in einer Einzelpraxis, der ermächtigte Zahnarzt, die Berufsausübungsgemeinschaft, das Medizinische Versorgungszentrum, die ermächtigten Einrichtungen und die Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V. ³In Abhängigkeit von der Praxisgröße erfolgt eine einheitliche Staffelung in drei Stufen (s. Tabelle). ⁴Maßgebend für die Zuordnung zu einer der Stufen ist die Zahl der am Praxisstandort tätigen Zahnärzte. ⁵Zahnärzte in diesem Sinne sind sowohl Vertragszahnärzte als auch angestellte Zahnärzte, die zur Erbringung vertragszahnärztlicher Leistungen berechtigt sind. ⁶Bei angestellten Zahnärzten gilt die Maßgabe, dass angestellte Zahnärzte mit einem Beschäftigungsumfang von jeweils mindestens 20 Stunden pro Woche bei der Staffelung berücksichtigt werden.

Komponenten und Dienste	1 - 3 Zahnärzte	4 - 6 Zahnärzte	7 und mehr Zahnärzte
QES-fähiger Konnektor inkl. fest verbauter Smartcard gSMC-K	1	1	1
Stationäres eHealth-Kartenterminal	1	2	3
gSMC-KT	1	2	3
SMC-B	1	1	1
HBA	1 je Zahnarzt	1 je Zahnarzt	1 je Zahnarzt
VPN-Zugangsdienst	1	1	1

- (2a) ¹Über den Anspruch nach § 2 Abs. 2 hinausgehend wird ein weiteres stationäres eHealth-Kartenterminal inkl. SMC-KT je Standort (auch genehmigte Zweigpraxen, je Standort der Überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft) finanziert, wenn eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:

1. Die Praxis hat im Vorjahr bzw. im aktuellen Jahr mindestens 480 Gebührenpositionen aus den folgenden Gebührenpositionen abgerechnet: BEMA-Nrn. 43, 44, 45, 46, 47a, 47b, 48, 51a, 51b, 54a, 54b, 54c, 56a, 56b, 56c, 56d, 59, 60, Ä161; Gebührenpositionen aus den Abschnitten J, L und N nach dem Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung

für Ärzte, soweit diese nach Ziff. 3 BEMA Anwendung in der vertragszahnärztlichen Versorgung finden.

2. In der Praxis ist mindestens ein Vertragszahnarzt tätig, der zugleich über eine vertragsärztliche Zulassung verfügt; ein weitergehender Anspruch kann sich aus Anlage 32 BMV-Ä ergeben. Wird ein Anspruch nach Anlage 32 BMV-Ä geltend gemacht, entfällt der Anspruch auf ein weiteres stationäres eHealth-Kartenterminal inkl. SMC-KT nach Satz 1.

²Wenn die Erkenntnisse durch die Feldtests oder die wissenschaftliche Evaluation ergeben, dass ein weiteres eHealth-Kartenterminal für die Abläufe in der Praxis je Standort nicht ausreicht, nehmen die Vertragspartner umgehend Verhandlungen zur Anpassung auf.

- (3) ¹Ein mobiles Kartenterminal der Ausbaustufe 2 sowie eine weitere Smartcard vom Typ SMC-B wird als Erstausrüstung finanziert, wenn die Praxis gegenüber der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung entweder mindestens 30 Besuchsfälle im Vorjahr bzw. im aktuellen Jahr oder den Abschluss eines Kooperationsvertrages gemäß § 119b Abs. 1 SGB V, welcher den Anforderungen der Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht, nachweist. ²Als Besuchsfälle werden Einlesevorgänge der eGK je Versicherten beschränkt auf einen Vorgang im Quartal gezählt. ³Für Praxen mit mindestens 100 Besuchsfällen im Vorjahr bzw. im aktuellen Jahr oder dem Nachweis des Abschlusses von mindestens drei Kooperationsverträgen gemäß § 119b Abs. 1 SGB V, wird die Ausstattung i. S. d. Satzes 1 zweimal je Standort finanziert, wenn an dem Standort mindestens zwei Zahnärzte tätig sind. ⁴Für Praxen mit mindestens 200 Besuchsfällen im Vorjahr bzw. im aktuellen Jahr oder dem Nachweis des Abschlusses von mindestens fünf Kooperationsverträgen gemäß § 119b Abs. 1 SGB V wird die Ausstattung i. S. d. Satzes 1 dreimal je Standort finanziert, wenn an dem Standort mehr als zwei Zahnärzte tätig sind. ⁵§ 2 Abs. 2 Sätze 5 und 6 gelten.
- (4) ¹Als Aufwandsentschädigung für die Installation der Komponenten und Dienste inkl. Schulung wird eine Pauschale geleistet, die in die TI-Startpauschale einfließt. ²Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass eine Staffelung nach Anzahl der Kartenterminals nach Abs. 2 insoweit nicht erfolgt. ³Die Vertragspartner legen die Pauschalen für die Aufwandsentschädigung der Installation aus dem Durchschnitt der Marktpreise des unteren Preisdrittels der Dienstleistung eines IT-Servicetechnikers in der Anlage 11a fest.
- (4a) ¹Als Erstausrüstung für die Infrastrukturweiterung KOM-LE sowie für die Anwendungen NFDM und eMP werden Updatekosten für die Aufrüstung des VSDM-Konnektors zum eHealth-Konnektor gem. § 2 Abs. 1 und Kosten für die Implementierung der Anwendungen in das Praxisverwaltungssystem übernommen. ²Hierzu wird eine Pauschale in Anlage 11a BMV-Z festgelegt. ³Die Pauschale umfasst im Einzelnen
 - das Update für die Aufrüstung des Konnektors zum eHealth-Konnektor,
 - das Modul NFDM inkl. Integration in das Praxisverwaltungssystem,
 - das Modul eMP inkl. Integration in das Praxisverwaltungssystem,
 - Installation der Updates inkl. Schulung sowie
 - Ausfallzeiten der Vertragszahnarztpraxis aufgrund der Installation der Updates.
- (4b) Als Erstausrüstung für KOM-LE wird über die Kosten für das Update des Konnektors nach Abs. 4a hinaus eine Pauschale in Anlage 11a BMV-Z für die Bereitstellung des KOM-LE-Clients und die Anbindung an den KOM-LE-Fachdienst festgelegt.
- (5) Die Vertragspartner gehen davon aus, dass durch notwendige Softwareanpassungen im Rahmen der Installation der Telematikinfrastruktur der Zugriff auf die Praxisverwaltungssysteme (PVS) der Praxis in der Regel um nicht mehr als eine Stunde unterbrochen wird.

- (6) Sofern Aufwendungen für Baumaßnahmen anfallen, die aufgrund von Anforderungen des BSI bei der Anbindung einer Praxis an die Telematikinfrastruktur entstehen, werden die Vertragspartner Verhandlungen über die Höhe der zu erstattenden Pauschalen für die in der Gesellschafterversammlung beschlossene Umsetzung aufnehmen.
- (7) Für die Aufwendungen der einmaligen Integration der Komponenten in das Praxisverwaltungssystem wird eine Pauschale vereinbart, die in die TI-Startpauschale einfließt.
- (8) [aufgehoben]

§ 3

Finanzierung des laufenden Betriebes

- (1) ¹Die Krankenkassen leisten eine Pauschale für die monatlichen Kosten des laufenden Betriebes der Telematikinfrastruktur (Standard-Betriebspaket). ²Der laufende Betrieb umfasst die Kosten, die entstehen, um die dauerhafte Funktionsfähigkeit aller ausgegebenen Komponenten und Dienste sowie eine Sicherstellung der Anbindung an die Telematikinfrastruktur und eine reibungslose und dauerhafte Nutzung der in dieser Vereinbarung geregelten Anwendungen der Telematikinfrastruktur zu gewährleisten. ³In die Betriebskostenpauschale des Standard-Betriebspaketes fließen die Wartung sowie der Support der Komponenten Konnektor, stationäres und mobiles Kartenterminal (inkl. Gerätekarte gSMC-KT für das stationäre Kartenterminal), die Betriebskosten des VPN-Zugangsdienstes sowie die Betriebskosten für die in dieser Vereinbarung geregelten Anwendungen der Telematikinfrastruktur ein. ⁴Die Finanzierung der laufenden Kosten für KOM-LE-E-Mail-Adressen fällt unter die Betriebskosten, jede Praxis erhält zwei E-Mail-Adressen finanziert.
⁵Die Finanzierung der laufenden Kosten der Smartcard SMC-B fällt unter die Betriebskosten und wird gem. § 2 Abs. 1 jeweils in einer Summe ausbezahlt. ⁶Die Finanzierung der Smartcard HBA fällt unter die Kosten des laufenden Betriebes und wird aufgrund der persönlichen Zuordnung zu einem Zahnarzt nach § 2 Abs. 1 jeweils in einer Summe ausbezahlt. ⁷Die Beträge, die in die Pauschale zum Standard-Betriebspaket einfließen, werden auf Basis des Durchschnitts des unteren Preisdrittels der bekannten Marktpreise errechnet.
- (2) ¹Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass über Sonderfälle, in denen ein großflächiger Austausch einer bestimmten Komponente (produktbezogen) aus systemischen Gründen erforderlich wird, anlassbezogen nach Kenntniserlangung erneut zu verhandeln ist und für diese eine anlassbezogene Finanzierung erfolgt (außerhalb der monatlichen Betriebskostenpauschalen). ²Sonderfälle liegen insbesondere vor, wenn
 - einer Komponente die Zulassung durch die gematik entzogen wird,
 - die Sicherheitszertifizierung des BSI erlischt.

§ 4

[aufgehoben]

§ 5

Abrechnungsbedingungen

- (1) ¹Anspruch auf die Erstattung der Kosten für die erforderliche erstmalige Ausstattung gem. § 2 Absätze 2 und 3 sowie der für die Nutzung der Telematikinfrastruktur relevanten monatlichen Betriebskosten gem. § 3 Abs. 1 haben die dort genannten Anspruchsberechtigten ab dem Zeitpunkt und solange sie an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sind und die gesetzlich vorgeschriebenen Anwendungen nutzen. ²Anspruch auf Erstattung der Pauschalen für die Nutzung der Anwendungen haben die Anspruchsberechtigten grundsätzlich, sobald die Anwendungen im Wirkbetrieb vorgehalten werden, mithin ab der Anzeige des

Vorhandenseins und Installation entsprechender Updates für den Konnektor. ³§ 2 Ziffer 2 Anlage 11a ist zu beachten. ⁴Die Kosten der Erstausrüstung werden grundsätzlich nur einmal erstattet. ⁵Die Kostenerstattungen nach dieser Vereinbarung erfolgen durch den GKV-Spitzenverband, der diese aus den Mitteln der Krankenkassen umlagefinanziert. ⁶Zur Finanzierung der Erstattung und des laufenden Betriebes gem. § 2 und § 3 erhalten die dort genannten Anspruchsberechtigten Pauschalen gem. Anlage 11a BMV-Z durch die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung. ⁷Anlage 11d BMV-Z ist zu beachten. ⁸Der Anspruch auf Auszahlung der Pauschalen kann von den Anspruchsberechtigten ausschließlich über die jeweils zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung geltend gemacht werden.

- (2) Soweit die Komponenten bereits verfügbar sind oder weiter genutzt werden können, entfällt dieser Anspruch.
- (3) Anspruchsberechtigte Zahnärzte und Einrichtungen, die zukünftig bzw. nach Abschluss des flächendeckenden Rollouts des OPB1 in die vertragszahnärztliche Versorgung eintreten, erhalten die Erstausrüstungs- und Betriebskostenpauschale, soweit sie diesbezüglich noch keine Pauschalen erhalten haben.
- (4) Die Abwicklung der Finanzierung erfolgt bei KZV-übergreifenden überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften über die jeweilige Wahl-KZV.
- (5) ¹Vertragszahnärzten, die gleichzeitig über eine vertragsärztliche Zulassung verfügen, werden die Pauschalen für die erforderliche Erstausrüstung gemäß § 2 und den laufenden Betrieb gemäß § 3 nur einmal gewährt. ²Die Abwicklung erfolgt über die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung.

§ 6 Abrechnungsprozess

- (1) ¹Jede Kassenzahnärztliche Vereinigung informiert die anspruchsberechtigten Zahnärzte und Einrichtungen vorab über den Umfang des Anspruchs der Ausstattung gemäß § 2 Absätze 2, 3 und § 3 Abs. 1 dieser Vereinbarung. ²Die anspruchsberechtigten Zahnärzte und Einrichtungen rechnen die Pauschalen gegenüber der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung gegen Bestätigung ab.
- (2) Die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung ermittelt die Anspruchsberechtigung der anspruchsberechtigten Zahnärzte und Einrichtungen und berücksichtigt vor Rechnungsabgleichung mögliche Veränderungen der Praxisform und -größe, insbesondere bzgl. Vergrößerung, Verkleinerung, Fusion, Schließung und Umzug in einen anderen KZV-Bereich.
- (3) ¹Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermitteln dem GKV-Spitzenverband und namentlich der KZBV die Anzahl der anspruchsberechtigten Zahnärzte und Einrichtungen über ein bundeseinheitliches Meldeformular, das die Vertragspartner gemeinsam verabreden und bei Bedarf weiterentwickeln. ²Diese Parameter werden zum Stichtag 1. April 2017 erhoben und dem GKV-Spitzenverband bis zum 31. Mai 2017 zur Verfügung gestellt. ³Die Übermittlung der Anzahl der anspruchsberechtigten Zahnärzte und Einrichtungen gem. § 2 Abs. 3 erfolgt bis 31. August 2018.
- (4) ¹Der GKV-Spitzenverband ermittelt auf Basis der in § 6 Abs. 3 genannten Parameter den Finanzierungsbedarf für die Erstausrüstung und die Betriebskosten und leistet grundsätzlich quartalsweise Abschlagszahlungen an die von der KZBV benannten Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zum 20. des dritten Quartalsmonates; letztmalig zum 20. Dezember 2019. ²Sofern für den Abrechnungsprozess aus dieser Vereinbarung eine Umsatzsteuerpflicht für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen entsteht, ist die Umsatzsteuer zusätzlich zu den Kosten für die Finanzierung vom GKV-Spitzenverband zu entrichten.

Protokollnotiz:

Die jeweilige Abschlagszahlung errechnet sich aus dem nach Abs. 5 angenommenen Ausstattungsgrad unter Zugrundelegung der für das jeweilige Quartal geltenden Pauschalen gem. Anlage 11a BMV-Z.

- (5) ¹Für die Höhe der Abschlagszahlungen bis zum 31. Dezember 2018 wird der folgende Ausstattungsgrad angenommen:

- 3. Quartal 2017: 10 %
- 4. Quartal 2017: 10 %
- 1. Quartal 2018: 20 %
- 2. Quartal 2018: 20 %
- 3. Quartal 2018: 20 %
- 4. Quartal 2018: 20 %

²Die Auszahlung des Teilbetrages für das vierte Quartal 2018 wird ausgesetzt, wenn der tatsächliche Ausstattungsgrad bis zum dritten Quartal deutlich hinter dem erwarteten Ausstattungsverlauf bleibt. ³Das ist nach dem gemeinsamen Verständnis der Vertragspartner dann der Fall, wenn bis zum 31. Dezember 2018 voraussichtlich weniger als 40 % aller Zahnärzte und Einrichtungen tatsächlich ausgestattet werden. ⁴In diesem Fall gehen die Vertragspartner von einem Ausstattungsgrad von 40 % zum 31. Dezember 2018 aus. ⁵Die damit bis Ende 2018 entstandene Überzahlung wird im Rahmen der Spitzabrechnung nach Abs. 7 ausgeglichen. ⁶Basierend auf dieser Annahme wird im ersten Quartal 2019 der Finanzierungsbedarf für 30 % der anspruchsberechtigten Zahnärzte und Einrichtungen an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ausgezahlt. ⁷Außerdem erfolgt einmalig am 20. März 2019 die Zahlung gemäß § 2 Abs. 3 i. V. m. § 6 Abs. 3 Satz 3 vom GKV-Spitzenverband an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. ⁸Der Abschlag für das zweite Quartal 2019 wird KZV-spezifisch auf Basis der dann vorliegenden Spitzabrechnung und unter Anrechnung des Abschlages des ersten Quartals 2019 (30 %) errechnet. ⁹Der Finanzierungsbedarf der Betriebskosten folgt dem angenommenen Ausstattungsgrad.

- (6) ¹Die Höhe der Abschlagszahlungen für das dritte und vierte Quartal 2019 wird wie folgt ermittelt:

Der jährliche Gesamtfinanzierungsbedarf berechnet sich auf Basis der von der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung an den GKV-Spitzenverband gem. § 6 Abs. 3 übermittelten Anzahl der anspruchsberechtigten Zahnärzte und Einrichtungen. ²Die Betriebskosten werden für sämtliche der nach § 6 Abs. 3 als anspruchsberechtigt gemeldeten Zahnärzte und Einrichtungen gewährt. ³Die Erstausstattungskosten werden pro Quartal für 1,25 % der nach § 6 Abs. 3 als anspruchsberechtigt gemeldeten Zahnärzte und Einrichtungen für die Finanzierung kostenrelevanter Praxisveränderungen sowie der Ausstattung von Neupraxen gewährt. ⁴Bei Feststellung eines abweichenden tatsächlichen Finanzierungsbedarfes wird die Zahlung des Gesamtfinanzierungsbedarfes entsprechend angepasst.

- (7) ¹Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen weisen gegenüber dem GKV-Spitzenverband bis spätestens zum 15. Februar des Folgejahres, erstmals zum 15. Februar 2019, die vom GKV-Spitzenverband an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ausgezahlten quartalsweisen Abschlagszahlungen, die an die anspruchsberechtigten Zahnärzte und Einrichtungen tatsächlich ausgezahlten Pauschalbeträge sowie die Differenz zwischen den Abschlagszahlungen und den tatsächlich ausgezahlten Pauschalbeträgen für den Zeitraum bis zum 31. Dezember 2018 und anschließend für das jeweils zurückliegende Kalenderjahr in schriftlicher und elektronischer Form aus.

- Sofern die Summe der quartalsweisen Abschlagszahlungen die von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen an die anspruchsberechtigten Zahnärzte und Einrichtungen geleisteten jährlichen Pauschalbeträge überschreitet, hat eine Rückzahlung an den GKV-Spitzenverband durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen in Höhe der Überschreitung am 20. März des Folgejahres, erstmals am 20. März 2019, zu erfolgen.

- Sofern die Summe der quartalsweisen Abschlagszahlungen die von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen an die anspruchsberechtigten Zahnärzte und Einrichtungen geleisteten jährlichen Pauschalbeträge unterschreitet, hat eine Auszahlung durch den GKV-Spitzenverband an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen in Höhe der Unterschreitung am 20. April des Folgejahres, erstmals am 20. April 2019, zu erfolgen.

²Der Abrechnungsprozess über Abschlagszahlungen erfolgt letztmalig mit der Abschlagszahlung am 20. Dezember 2019 und der darauffolgenden Spitzabrechnung im Frühjahr 2020.

- (7a) ¹Die Abrechnung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gegenüber dem GKV-Spitzenverband erfolgt ab dem 1. Januar 2020 quartalsweise schriftlich und elektronisch in Form von Sammelabrechnungen. ²Nach erfolgter Prüfung der anspruchsberechtigten Zahnärzte und Einrichtungen im Abrechnungszeitraum durch die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung werden bis zum 20. des auf das Abrechnungsquartal folgenden Monats, erstmalig also zum 20. April 2020 für das erste Quartal 2020, Sammelabrechnungen durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gegenüber dem GKV-Spitzenverband gestellt. ³Die Vertragspartner verabreden gemeinsam eine bundeseinheitliche Muster-Sammelabrechnung, die bei Bedarf angepasst und weiterentwickelt wird. ⁴Der GKV-Spitzenverband leistet die Zahlung des in der Sammelabrechnung genannten Gesamtbetrages unverzüglich nach vollständigem Eingang der von den Krankenkassen erhobenen Umlagen, spätestens bis zum 20. des dritten auf das Abrechnungsquartal folgenden Monats – erstmalig also zum 20. Juni 2020 – an die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung. ⁵Sollte der 20. auf einen Sonn- oder Feiertag fallen, gilt der nachfolgende Werktag.
- (7b) ¹Ansprüche auf Auszahlung der Erstausrüstungs- und Betriebskostenpauschalen nach §§ 2 und 3 sind ab 1. Januar 2020 innerhalb eines Jahres nach Anschluss und Nutzung der gesetzlichen Anwendungen der Telematikinfrastruktur gegenüber der jeweils zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung geltend zu machen. ²Ansonsten gelten die Ansprüche als verwirkt. ³In den Sammelabrechnungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dürfen grundsätzlich nur Erstausrüstungspauschalen gem. § 2 und Betriebskostenpauschalen gem. § 3 enthalten sein, die die anspruchsberechtigten Zahnärzte und Einrichtungen innerhalb des Zeitraums nach Satz 1 geltend gemacht haben. ⁴Dies gilt nicht für Ansprüche bei denen der Anschluss und die Nutzung der gesetzlichen Anwendungen ab Beginn des Online-Rollout im Jahr 2017 bis 31. Dezember 2019 erfolgte; diese dürfen letztmalig in der Sammelabrechnung für das vierte Quartal 2020 geltend gemacht werden.
- (8) ¹Im Rahmen des in den Absätzen 7, 7a und 7b geregelten Abrechnungsverfahrens behält sich der GKV-Spitzenverband eine Prüfung der von den Vertragszahnärzten abgerechneten Pauschalen auf Basis von Stichproben vor. ²Die Modalitäten dieser Prüfung sind in Anlage 11b BMV-Z geregelt.

§ 7

Analyse des Ausstattungsgrades

- (1) Die Vertragspartner überwachen bundesweit und regional unter Mithilfe der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen den Rollout und stellen sicher, dass verzögernde Ursachen kurzfristig analysiert und erforderliche Lösungsmaßnahmen getroffen werden.
- (2) ¹Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen einen quartalsweisen Bericht zum monatlichen Ausstattungsgrad und übermitteln diesen jeweils bis zum Ende des ersten Monats des Folgequartals (31. Januar, 30. April, 31. Juli, 31. Oktober) der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, die den Ausstattungsgrad dem GKV-Spitzenverband bis zum 15. des

nächsten Monates mitteilt. ²Die Vertragspartner verabreden gemeinsam ein bundeseinheitliches Formular, das bei Bedarf angepasst und weiterentwickelt wird. ³Die Übermittlung des monatlichen Ausstattungsgrades erfolgt letztmalig zum 31. Januar 2020.

§ 8 Weitere Kosten

- (1) ¹Soweit über den Regelungsgegenstand dieser Vereinbarung hinaus weitere Maßnahmen zur Anbindung an die Telematikinfrastuktur und den anschließenden dauerhaften Betrieb der Telematikinfrastuktur und der in dieser Vereinbarung geregelten Anwendungen anfallen, sind diese nicht von dieser Vereinbarung erfasst. ²Über die damit verbundenen Kosten und die Kostenübernahme ist dann gesondert zu verhandeln.
- (2) Soweit die Einführung weiterer Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastuktur eine Anpassung oder eine Ergänzung bereits ausgegebener Komponenten und Dienste erfordert, wird über deren Finanzierung getrennt verhandelt und die Pauschalen ggf. angepasst.

§ 9 Inkrafttreten

- (1) Die Vereinbarung tritt mit Unterzeichnung in Kraft.
- (2) Die Finanzierung und Erstattung der Beträge durch die Krankenkassen erfolgt mit Beginn des flächendeckenden Rollouts.
- (3) ¹Dieser Vertrag kann von jedem der Vertragspartner insgesamt oder in Teilen gekündigt werden. ²Die Kündigung hat schriftlich unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres zu erfolgen. ³Im Fall der Kündigung gelten die Inhalte der gekündigten Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung fort.
- (4) Wenn sich neue Erkenntnisse, insbesondere über die Entwicklung der Marktpreise oder anderer signifikanter Veränderungen der am Markt befindlichen anbietenden Dienstleister ergeben, nehmen die Vertragspartner umgehend Verhandlungen zur Anpassung der betreffenden Pauschalen-Vereinbarung und ggf. dieser Vereinbarung auf.
- (5) Die Vertragspartner verpflichten sich, sobald der von der gematik im Vergabeverfahren „Entwicklung Modularer Konnektor“ (EU-Bekanntmachung Nr. 2016/S 172-309248 vom 07.09.2016) beauftragte Konnektor grundsätzlich für alle Zahnarztpraxen am Markt verfügbar ist, d. h. im Rahmen eines TI-Gesamtpaketes bestell- und installierbar ist, innerhalb von zwei Wochen eine Vereinbarung zu schließen, um unter Berücksichtigung der aktuellen Marktsituation und des im Rahmen des Vergabeverfahrens vereinbarten Konnektorpreises die Erstattungspauschale ab dem Folgequartal nach Inkrafttreten der Änderungsvereinbarung neu zu bemessen.

Protokollnotiz:

Zum Zeitpunkt des Abschlusses der Finanzierungsvereinbarung liegen bzgl. einzelner Komponenten nicht abschließend geklärte Rahmenbedingungen für eine dauerhafte Funktionsfähigkeit und Sicherstellung der Anbindung an die Telematikinfrastuktur vor. Die Vertragspartner sind darüber einig, dass eine Verhandlung über die Finanzierung eines Austausches der Komponenten, sobald deren Notwendigkeit absehbar ist, aufgenommen wird und diese spätestens im März 2021 abgeschlossen sein soll.

§ 10

Salvatorische Klausel

¹Sollten einzelne Klauseln oder Bestimmungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. ²Die unwirksame Bestimmung ist durch eine dem Zusammenhang der übrigen Regelungen und dem Willen der Vertragsparteien entsprechende wirksame Bestimmung zu ersetzen.

Anlage 11a

Pauschalen-Vereinbarung

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

Zuletzt geändert am 15.01.2020

mit Wirkung ab dem 01.01.2020

Präambel

¹In der Pauschalen-Vereinbarung legen der GKV-Spitzenverband und die KZBV die Beträge (brutto) fest, die in die Finanzierungspauschalen einfließen. ²Die Festlegung der Beträge erfolgt aufgrund von Erkenntnissen aus der Erprobung sowie der zwischen den Vertragspartnern entwickelten Verfahren zur Festlegung einzelner Komponentenpreise.

§ 1 Grundsätze

¹Die Höhe der Pauschalen ist in jedem Fall so zu kalkulieren, dass sie die günstigsten Kosten eines Standard-Erstausrüstungspaketes i. S. v. § 2 sowie eines Standard-Betriebspaketes i. S. v. § 3 vollständig deckt. ²Maßgebend ist insoweit die Summe der Kosten für die einzelnen Komponenten und Dienste. ³Die Höhe der Pauschalen hängt bis zum 31. Dezember 2019 vom Zeitpunkt der erstmaligen Nutzung, ab dem 1. Januar 2020 vom Bestellzeitpunkt der Komponenten und Dienste ab. ⁴§ 2 Ziffer 1, 2 und 5 ist zu beachten.

§ 2 Standard-Erstausrüstungspaket

	Inhalte		Höhe der Pauschale in €
1.	VSDM-Konnektor inkl. gSMC-K gem. § 2 Abs. 1 Anlage 11 BMV-Z a) Die Höhe der Pauschale des VSDM-Konnektors hängt grundsätzlich vom Zeitpunkt der erstmaligen Nutzung ab. b) Die ab dem 4. Quartal 2018 geltende Pauschale wird abweichend hiervon auch für Konnektoren gewährt, die nach dem 31.12.2019 erstmalig genutzt werden, aber bereits vor dem 01.10.2019 bestellt worden sind.	3. Quartal 2017	2.620,-
		4. Quartal 2017	2.358,-
		1. Quartal 2018	2.122,-
		2. Quartal 2018	1.910,-
		3. Quartal 2018	1.719,-
		ab 4. Quartal 2018 bis Ende 4. Quartal 2019	1.547,-
2.	eHealth-Konnektor inkl. gSMC-K (VSDM, QES, KOM-LE, NFDM, eMP)	ab 1. Quartal 2020	1.544,-

	a) Die Höhe der Pauschale des eHealth-Konnektors hängt ab dem 01.01.2020 grundsätzlich vom Zeitpunkt der Bestellung ab. b) Die ab dem 1. Quartal 2020 geltende Pauschale wird abweichend hiervon auch für Konnektoren gewährt, die im Zeitraum vom 01.10.2019 bis zum 31.12.2019 bestellt worden sind, und bei denen der Zeitpunkt der erstmaligen Nutzung nach dem 31.12.2019 liegt. Solange ein eHealth-Konnektor i. d. S. von den Herstellern nicht geliefert werden kann, besteht die Möglichkeit, Konnektoren, die ausschließlich mit der Anwendung VSDM ausgestattet sind, auszuliefern. Sobald ein von der gematik zugelassenes Update für die Funktionen QES, KOM-LE, NFDM, eMP eines Herstellers zur Verfügung steht, hat der SPED bzw. der Konnektor-Anbieter dieses den anspruchsberechtigten Zahnärzten und Einrichtungen unverzüglich zur Verfügung zu stellen. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass ein unverzügliches Nachrüsten der Funktionen durch Updates kostenlos erfolgen soll.		
3.	Pauschale für Update VSDM-Konnektor auf eHealth-Konnektor gem. § 2 Abs. 4a Anlage 11 BMV-Z Der Anspruch auf diese Pauschale besteht ausschließlich für Vertragszahnärzte und Einrichtungen, die einen VSDM-Konnektor nach Ziffer 1 einsetzen und dafür Anspruch auf die bis Ende 4. Quartal 2019 jeweils geltenden Pauschalen haben.	ab 1. Quartal 2020	530,-
4.	Pauschale für die Bereitstellung des KOM-LE-Clients und die Anbindung an den KOM-LE-Fachdienst	ab 3. Quartal 2020	100,-
5.	Stationäres eHealth-Kartenterminal inkl. gSMC-KT gem. § 2 Abs. 2 Anlage 11 BMV-Z Vertragszahnärzte und Einrichtungen, die einen VSDM-Konnektor nach Ziffer 1 einsetzen und dafür Anspruch auf die bis Ende 4. Quartal 2019 jeweils geltenden Pauschalen haben, erhalten die bis einschließlich 4. Quartal 2019 geltende Pauschale, auch wenn sie die Komponenten nach dem 31.12.2019 erstmalig nutzen.	bis einschließlich 4. Quartal 2019 ab 1. Quartal 2020	435,- 535,-
6.	Komplexitätszuschlag für Standorte mit 4-6 Zahnärzten gem. § 2 Abs. 2 Anlage 11 BMV-Z	vom 1. Quartal 2019 bis einschließlich 4. Quartal 2019	230,-
7.	Komplexitätszuschlag für Standorte mit 7 und mehr Zahnärzten gem. § 2 Abs. 2 Anlage 11 BMV-Z		460,-
8.	Zusatzpauschale zu § 2 Abs. 2a Anlage 11 BMV-Z (berechnungsfähig bis 30.09.2020)	ab 1. Quartal 2020	60,-

9.	TI-Startpauschale Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass in die TI-Startpauschale die Aufwendungen/Kosten für folgende Punkte einfließen: • Installation der Komponenten und Dienste inkl. Schulung gem. § 2 Abs. 4 Anlage 11 BMV-Z, • Ausfallzeiten der Vertragszahnarztpraxis aufgrund der Einrichtung der Komponenten gem. § 2 Abs. 5 Anlage 11 BMV-Z, • Einmalige Integration der Komponenten in das Praxisverwaltungssystem gem. § 2 Abs. 7 Anlage 11 BMV-Z sowie • Zeitlicher Aufwand, der durch die Einführung des Versichertenstammdatenmanagements in den Praxen entsteht, gem. § 1 Abs. 3 Satz 2 Anlage 11 BMV-Z .		900,-
10.	Pauschale für mobiles Kartenterminal der Ausbaustufe 2 gem. § 2 Abs. 1 und 3 Anlage 11 BMV-Z	vom 3. Quartal 2017 bis einschließlich 4. Quartal 2018	350,-
		ab 1. Quartal 2019	356,-

§ 3 Standard-Betriebspaket

	Inhalte		Höhe der Pauschale in €
1.	Monatliche Betriebskostenpauschale gem. § 3 Abs. 1 Anlage 11 BMV-Z	vom 3. Quartal 2017 bis einschließlich 2. Quartal 2018	100,-
		ab 3. Quartal 2018	83,-
2.	Zusätzliche monatliche Betriebskostenpauschale gem. § 3 Abs. 1 Anlage 11 BMV-Z ab Nachweis Vorhalten der NFDM-/eMP-Komponenten gem. § 2 Abs. 4a Anlage 11 BMV-Z	ab 1. Quartal 2020	1,50
3.	Monatliche Betriebskostenpauschale KOM-LE für zwei E-Mail-Adressen	ab 3. Quartal 2020	16,-
4.	Pauschale für Betriebskosten Smartcard SMC-B, (kumuliert) als Einmalzahlung für 5 Jahre gem. § 2 Abs. 1 Satz 10, § 3 Abs. 1 Satz 5 Anlage 11 BMV-Z bzw. § 2 Abs. 3 Anlage 11 BMV-Z. Die Höhe der Pauschale hängt vom Bestellzeitpunkt der Smartcard SMC-B ab.	vom 3. Quartal 2017 bis einschließlich 4. Quartal 2018	480,-
		ab 1. Quartal 2019	450,-
		ab 1. Quartal 2020	465,-

5.	Pauschale für Betriebskosten Smartcard HBA (hälftig), (kumuliert) als Einmalzahlung für 5 Jahre gem. § 3 Abs. 1 Satz 6, § 2 Abs. 1 Sätze 9 und 10 Anlage 11 BMV-Z	233,-
----	---	-------

Anlage 11b

Vereinbarung einer Stichprobenprüfung

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

Zuletzt geändert am 10.12.2018

mit Wirkung ab dem 10.12.2018

Die Regelung der Modalitäten einer Stichprobenprüfung gem. § 6 Abs. 8 GFinV erfolgt in einer separaten Anlage zur GFinV. Die Anlage hat folgenden Inhalt:

1. ¹Um die vertragsgetreue Abrechnung überprüfen zu können, sind jährlich Stichprobenprüfungen vorzunehmen. ²Hierzu ist dem GKV-Spitzenverband von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen für den zurückliegenden Abrechnungszeitraum bis zum 15. Februar des Folgejahres jeweils für die folgenden Fallkonstellationen eine vollständige Aufzählung der ausgestatteten Zahnärzte und Einrichtungen in pseudonymisierter Form zur Verfügung zu stellen:
 - a) vollständige Neu- oder Teilausstattung von Praxen mit über drei Zahnärzten zum Ausstattungszeitpunkt,
 - b) sämtliche Praxen, die ein mobiles Kartenterminal beansprucht haben.
2. ¹Der GKV-Spitzenverband wählt bis zum 28. Februar des auf die Abrechnungsperiode folgenden Jahres pro Kassenzahnärztlicher Vereinigung aus jeder Fallkonstellation nach Abs. 1 jeweils einen Fall aus, maximal in Summe über alle Kassenzahnärztlichen Vereinigungen insgesamt 34 Fälle. ²Die Auswahl der Fälle beschränkt sich in einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung auf die anspruchsberechtigten Praxen, die einer in Abs. 1 benannten Fallkonstellation zuzuordnen sind.
3. ¹Zu den gemäß Abs. 2 vom GKV-Spitzenverband ausgewählten Prüffällen müssen bis zum 31. Mai des auf die Abrechnungsperiode folgenden Jahres von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen für die in Abs. 1 benannten Fallkonstellationen dem GKV-Spitzenverband folgende Unterlagen zur Verfügung gestellt werden:

zu Absatz 1 lit. a)

 - pseudonymisierte Zahnarztnummer,
 - formlose Bestätigung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung über das Datum der erstmaligen Nutzung der Telematikinfrastruktur,
 - formlose Bestätigung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung über die in der Praxis gemäß Zulassungs- und Genehmigungsbescheid tätigen Zahnärzte mit Angabe des Tätigkeitsumfanges zum Zeitpunkt der Ausstattung.

zu Absatz 1 lit. b)

 - pseudonymisierte Zahnarztnummer,
 - formlose Bestätigung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung über das Datum der erstmaligen Nutzung der Telematikinfrastruktur,
 - formlose Bestätigung der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung über mindestens 30 Besuchsfälle im Vorjahr bzw. im aktuellen Jahr oder formlose Bestätigung über Abschluss eines Kooperationsvertrages gemäß § 119b Abs. 1

Anlage 11b

Vereinbarung einer Stichprobenprüfung

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

Zuletzt geändert am 10.12.2018

mit Wirkung ab dem 10.12.2018

Die Regelung der Modalitäten einer Stichprobenprüfung gem. § 6 Abs. 8 GFinV erfolgt in einer separaten Anlage zur GFinV. Die Anlage hat folgenden Inhalt:

1. ¹Um die vertragsgetreue Abrechnung überprüfen zu können, sind jährlich Stichprobenprüfungen vorzunehmen. ²Hierzu ist dem GKV-Spitzenverband von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen für den zurückliegenden Abrechnungszeitraum bis zum 15. Februar des Folgejahres jeweils für die folgenden Fallkonstellationen eine vollständige Aufzählung der ausgestatteten Zahnärzte und Einrichtungen in pseudonymisierter Form zur Verfügung zu stellen:
 - a) vollständige Neu- oder Teilausstattung von Praxen mit über drei Zahnärzten zum Ausstattungszeitpunkt,
 - b) sämtliche Praxen, die ein mobiles Kartenterminal beansprucht haben.
2. ¹Der GKV-Spitzenverband wählt bis zum 28. Februar des auf die Abrechnungsperiode folgenden Jahres pro Kassenzahnärztlicher Vereinigung aus jeder Fallkonstellation nach Abs. 1 jeweils einen Fall aus, maximal in Summe über alle Kassenzahnärztlichen Vereinigungen insgesamt 34 Fälle. ²Die Auswahl der Fälle beschränkt sich in einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung auf die anspruchsberechtigten Praxen, die einer in Abs. 1 benannten Fallkonstellation zuzuordnen sind.
3. ¹Zu den gemäß Abs. 2 vom GKV-Spitzenverband ausgewählten Prüffällen müssen bis zum 31. Mai des auf die Abrechnungsperiode folgenden Jahres von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen für die in Abs. 1 benannten Fallkonstellationen dem GKV-Spitzenverband folgende Unterlagen zur Verfügung gestellt werden:

zu Absatz 1 lit. a)

 - pseudonymisierte Zahnarztnummer,
 - formlose Bestätigung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung über das Datum der erstmaligen Nutzung der Telematikinfrastruktur,
 - formlose Bestätigung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung über die in der Praxis gemäß Zulassungs- und Genehmigungsbescheid tätigen Zahnärzte mit Angabe des Tätigkeitsumfanges zum Zeitpunkt der Ausstattung.

zu Absatz 1 lit. b)

 - pseudonymisierte Zahnarztnummer,
 - formlose Bestätigung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung über das Datum der erstmaligen Nutzung der Telematikinfrastruktur,
 - formlose Bestätigung der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung über mindestens 30 Besuchsfälle im Vorjahr bzw. im aktuellen Jahr oder formlose Bestätigung über Abschluss eines Kooperationsvertrages gemäß § 119b Abs. 1

SGB V, welcher den Anforderungen der Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht.

4. ¹Sofern im Rahmen der Prüfungen Unstimmigkeiten festgestellt werden, ist der GKV-Spitzenverband berechtigt, die Prüfungen auf maximal 10 % der von der betroffenen Kassenzahnärztlichen Vereinigung zu der betroffenen Fallgruppe übermittelten Fälle auszuweiten. ²Der GKV-Spitzenverband ist berechtigt, die Prüfungen gemäß Satz 1 auf mehr als 10 % auszuweiten, wenn im Rahmen der erweiterten Prüfungen erneut Unstimmigkeiten festgestellt werden.
5. ¹Gegebenenfalls zu Unrecht an die jeweils zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ausgezahlte Pauschalen sind von diesen an den GKV-Spitzenverband zurückzuzahlen. ²Der GKV-Spitzenverband kann ggf. auch eine Verrechnung der Beträge mit weiteren Zahlungen an die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung vornehmen.

Anlage 11c

[aufgehoben mit 12. Änderungsvereinbarung zum BMV-Z vom 15.01.2020]

Anlage 11d

Sondervereinbarung im Zusammenhang mit der Grundsatzfinanzierungsvereinbarung und der Pauschalen-Vereinbarung

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

Zuletzt geändert am 10.12.2018

mit Wirkung ab dem 10.12.2018

§ 1

Nachfinanzierung stationäre Kartenterminals

¹Die Vertragspartner sind sich einig, dass aufgrund der Marktsituation zum Ende des zweiten Quartals 2018 für die folgenden bereits an die Telematikinfrastuktur angeschlossenen Praxen (Standorte mit 4 - 6 Zahnärzten sowie Standorte mit 7 und mehr Zahnärzten) eine Unterfinanzierung bzgl. der Kosten der stationären eHealth-Kartenterminals besteht. ²Für Standorte mit 4 - 6 Zahnärzten beträgt diese Unterfinanzierung 230,- EUR brutto und für Standorte mit 7 und mehr Zahnärzten 460,- EUR brutto. ³Der GKV-Spitzenverband verpflichtet sich, diese Finanzierungslücke zu schließen und eine Finanzierung im Rahmen der Spitzabrechnung gem. § 6 Abs. 6 GFinV zu übernehmen. ⁴Die Pauschale erhalten Praxen, die bis Ende des vierten Quartals 2018 an die Telematikinfrastuktur angeschlossen sind, soweit nicht eine abweichende Regelung getroffen wird.

§ 2

Nachfinanzierung SMC-B

¹Die Vertragspartner sind sich einig, dass aufgrund der Marktsituation zum Ende des zweiten Quartals 2018 für die bis dahin an die Telematikinfrastuktur angeschlossenen Praxen eine Unterfinanzierung bzgl. der Kosten der SMC-B in Höhe von 91,20 EUR besteht. ²Der GKV-Spitzenverband verpflichtet sich, diese Finanzierungslücke zu schließen und eine Finanzierung im Rahmen der Spitzabrechnung gem. § 6 Abs. 6 GFinV zu übernehmen. ³Die Pauschale erhalten Praxen, die nachweislich bis einschließlich 31.08.2018 die SMC-B bestellt haben, soweit nicht eine abweichende Regelung getroffen wird.

§ 3

Beobachtung der Marktentwicklung

¹Die Vertragspartner sind sich einig, den Markt im zweiten Halbjahr 2018 zu beobachten. ²Wenn sich bis zum 31.12.2018 neue Erkenntnisse, insbesondere über die Entwicklung der Marktpreise oder anderer signifikanter Veränderungen der am Markt befindlichen anbietenden Dienstleister ergeben, nehmen die Vertragspartner umgehend Verhandlungen zur Anpassung dieser Sondervereinbarung auf.

§ 4

Abwicklung

¹Die jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen melden im Rahmen der Spitzabrechnung zum 15.02.2019 die tatsächlich an die Praxen ausbezahlten Pauschalbeträge, erhöht um die

aus der Unterfinanzierung gem. §§ 1 und 2 entstandene Summe. ²Die jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen wickeln die Nachzahlung mit den anspruchsberechtigten Praxen gem. §§ 1 und 2 ab.

§ 5 Inkrafttreten

¹Die Vereinbarung tritt zum 01.10.2018 in Kraft. ²Die Vertragspartner verpflichten sich, diese Vereinbarung mit Inkrafttreten zu veröffentlichen.

Anlage 12

Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V über Anforderungen an eine kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen (Rahmenvereinbarung kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen)

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

in der Fassung vom 06.11.2019

Datum des Inkrafttretens: 07.11.2019

Präambel

¹Die Parteien des Bundesmantelvertrags vereinbaren auf Grund des in § 119b Abs. 2 SGB V enthaltenen Auftrags im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene insbesondere zur Verbesserung der Qualität der Versorgung Anforderungen an eine kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen. ²Auf der Grundlage von § 119b Abs. 2a SGB V vereinbaren die Vertragspartner zudem verbindliche Anforderungen für die Informations- und Kommunikationstechnik zum elektronischen Datenaustausch im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen und vertragszahnärztlichen Leistungserbringern.

³Die Vereinbarung soll eine die besonderen Bedürfnisse von pflegebedürftigen Versicherten berücksichtigende zahnärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen sicherstellen. ⁴Erforderlich sind hierzu insbesondere eine regelmäßige Betreuung der Pflegebedürftigen sowie eine enge Kooperation zwischen den Vertragspartnern des Kooperationsvertrags. ⁵Hierfür haben die Vertragspartner durch Ergänzung des Bundesmantelvertrags und die Aufnahme einer entsprechenden Leistungsposition in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) nach § 87 Abs. 2j SGB V die erforderlichen Voraussetzungen geschaffen.

⁶Die regelmäßige Betreuung und alle in der Vereinbarung vorgesehenen oder empfohlenen zahnärztlichen und pflegerischen Maßnahmen werden nur durchgeführt, wenn der Bewohner oder sein gesetzlicher Vertreter dem zustimmt. ⁷Ebenso bleibt das Recht auf freie Arztwahl unberührt. Die Organisation der zahnärztlichen Versorgung ist gemeinsam mit der Pflegeeinrichtung unter angemessener Berücksichtigung der betrieblichen Abläufe und personellen Ressourcen in der Pflegeeinrichtung auszugestalten.

§ 1

Kooperationsverträge mit stationären Pflegeeinrichtungen

(1) Vertragszahnärzte (im Folgenden: Kooperationszahnärzte) können nach § 119b Abs. 1 SGB V mit stationären Pflegeeinrichtungen auf Basis der vorliegenden Vereinbarung einzeln oder gemeinsam Kooperationsverträge schließen.

(2) ¹Der Kooperationsvertrag umfasst alle in § 2, § 3 und § 4 enthaltenen Inhalte.

²In dem Kooperationsvertrag nach § 119b Abs. 1 SGB V ist verbindlich zu regeln, dass die Vertragspartner auch im Rahmen dieses Vertrags weder ein Entgelt noch sonstige wirtschaftliche Vorteile für die Zuweisung von Versicherten im Sinne der §§ 73 Abs. 7 sowie

128 Abs. 2 Satz 3 SGB V versprechen oder gewähren dürfen.

³Des Weiteren kann der Kooperationsvertrag die folgenden Inhalte umfassen:

- Die stationäre Pflegeeinrichtung verwahrt relevante Unterlagen (z. B. das Bonusheft) für die Pflegebedürftigen und stellt sie dem Kooperationszahnarzt zur Verfügung
- Ein regelmäßiger Besuchsturnus ohne anlassbezogene Anforderung eines Besuchs wird vereinbart
- Regelungen zur Rufbereitschaft
- Regelungen zur Laufzeit und zur Kündigung

(3) ¹Die Teilnahme an einem Vertrag gemäß Abs. 1 und 2 ist vom Vertragszahnarzt unter Angabe der Vertragspartner gegenüber der für diesen zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung anzuzeigen. ²Anzeigepflichtig sind auch Vertragsänderungen sowie die Beendigung eines solchen Vertrags, etwa infolge Kündigung oder Ablauf der Vertragsdauer. ³Auf Verlangen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung hat der Vertragszahnarzt den Vertrag dieser vorzulegen. ⁴Im Fall einer Vertragsänderung kann sich die Kassenzahnärztliche Vereinigung den Vertrag erneut vorlegen lassen. ⁵Die Kassenzahnärztliche Vereinigung stellt gegenüber dem Vertragszahnarzt konstitutiv fest, dass dieser auf der Grundlage des von ihm mit der Pflegeeinrichtung geschlossenen oder eines geänderten Vertrags nach Abs. 1 und 2 zur Abrechnung der Leistungen gemäß § 87 Abs. 2j SGB V berechtigt ist. ⁶Die Kassenzahnärztliche Vereinigung trifft ihre Entscheidung nach pflichtgemäßem Ermessen. ⁷Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sind von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung unter Angabe der Vertragspartner nach Abs. 1 sowohl über den Abschluss als auch über die Änderung eines Kooperationsvertrags zu unterrichten.

§ 2

Qualitäts- und Versorgungsziele

¹Ziel der Kooperationsverträge ist die Sicherstellung einer regelmäßigen, die besonderen Bedürfnisse von pflegebedürftigen Versicherten berücksichtigenden vertragszahnärztlichen Versorgung in Kooperation mit der stationären Pflegeeinrichtung. ²Zahnarzt und Pflegeeinrichtung verfolgen gemeinsam das Ziel, die an der Versorgung der Bewohner beteiligten Berufsgruppen miteinander zu vernetzen und die Zusammenarbeit zu stärken. ³Die insoweit zu verfolgenden Qualitäts- und Versorgungsziele sind insbesondere:

- Erhalt und Verbesserung der Mundgesundheit einschließlich des Mund- und Prothesenhygienestandards und damit Verbesserung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität (unter anderem Schmerzfreiheit, Essen, Sprechen, soziale Teilhabe)
- Vermeiden, frühzeitiges Erkennen und Behandeln von Erkrankungen des Zahn-, Mund- und Kieferbereichs
- Regelmäßige Kontroll- und Bonusuntersuchungen
- Zeitnahe, den Lebensumständen des Pflegebedürftigen Rechnung tragende Behandlung bzw. Hinwirken auf eine solche Behandlung
- Verminderung der beschwerdeorientierten Inanspruchnahme, Vermeiden von zahnmedizinisch bedingten Krankentransporten und Krankenhausaufenthalten
- Stärkung der Zusammenarbeit und Verbesserung des Informationsaustauschs zwischen den an der Pflege sowie der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung der Bewohner beteiligten Berufsgruppen, den Bewohnern/gesetzlichen Vertretern sowie deren Angehörigen

§ 3 Kooperationsregeln

- (1) ¹Der Kooperationszahnarzt unterstützt durch Wahrnehmung seiner Aufgaben nach § 4 die stationäre Pflegeeinrichtung bei der Wahrnehmung der ihr obliegenden Aufgaben hinsichtlich der Mundgesundheit der Pflegebedürftigen. ²Im Hinblick auf die Erfüllung dieser Aufgaben nimmt die Pflegeeinrichtung die Informationen des Kooperationszahnarztes insbesondere über Maßnahmen zum Erhalt der Mundgesundheit zur Kenntnis (§ 4 Abs. 1 Ziffer 3). ³Des Weiteren nimmt das Personal der Pflegeeinrichtung je nach den Gegebenheiten an der (ggf. praktischen) Anleitung durch den Kooperationszahnarzt (§ 4 Abs. 1 Ziffer 4) teil und setzt dessen Vorschläge für Maßnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung der Mundgesundheit sowie Hinweise zu Besonderheiten der Zahnpflege und zu Pflege/Handhabung des Zahnersatzes um.
- (2) ¹Die Pflegeeinrichtung informiert den Kooperationszahnarzt zeitnah über Bewohner, die eine Betreuung durch den Kooperationszahnarzt wünschen. ²Bei neu aufgenommenen Bewohnern geschieht dies nach Möglichkeit innerhalb von vier Wochen.
- (3) ¹Die Pflegeeinrichtung ermöglicht durch Schaffen geeigneter Rahmenbedingungen eine regelmäßige Betreuung der Pflegebedürftigen durch den Kooperationszahnarzt. ²Hierzu zählt, dass dem Kooperationszahnarzt konkrete Ansprechpartner in der Pflegeeinrichtung benannt werden, und dass er für die Durchführung der Besuche in geeigneter Form Zugang zu den Räumlichkeiten erhält.
- (4) Die Pflegeeinrichtung gewährt dem Kooperationszahnarzt unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen und nur insoweit es der Kooperationszahnarzt für die Beurteilung eventueller Behandlungsrisiken und des Behandlungserfolgs für erforderlich hält Einsicht in die medizinischen Unterlagen der Pflegebedürftigen und stellt die Kontaktdaten der den jeweiligen Pflegebedürftigen behandelnden Ärzte und Zahnärzte zur Verfügung.

§ 4 Aufgaben des Kooperationszahnarztes

- (1) Um die in § 2 formulierten Qualitäts- und Versorgungsziele umzusetzen, soll der Kooperationszahnarzt bei den in der Pflegeeinrichtung betreuten Versicherten die folgenden Leistungen erbringen:

Diagnostik

1. Im Fall der Neuaufnahme eines Pflegebedürftigen in die Pflegeeinrichtung soll die erste Untersuchung innerhalb von acht Wochen ab der Information des Zahnarztes durch die Pflegeeinrichtung über die Neuaufnahme stattfinden.
2. Bis zu zweimal jährlich: Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, dabei Beurteilung des zahnärztlichen Behandlungsbedarfs. Die zahnärztliche Untersuchung wird im Hinblick auf die Erhöhung der Festzuschüsse zum Zahnersatz nach § 55 Absatz 1 Satz 3 ff. SGB V bestätigt.

Präventionsmaßnahmen, weitere Maßnahmen und zahnärztliche Fortbildung

3. Bis zu zweimal jährlich: Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan, dabei Beurteilung des Pflegezustands der Zähne, des Zahnfleisches, der Mundschleimhaut sowie des Zahnersatzes, Angabe der gegenüber dem Versicherten und ggf. der Pflegepersonen zur Anwendung empfohlenen Maßnahmen und Mittel zur Förderung der Mundgesundheit einschließlich der täglichen Mund- und Prothesenhygiene, der Fluoridanwendung, der zahngesunden Ernährung (insbesondere des verringerten Konsums zuckerhaltiger Speisen und Getränke) sowie der Verhinderung bzw. Linderung von

Mundtrockenheit/Xerostomie, Angabe der empfohlenen Durchführungs- bzw. Anwendungsfrequenz dieser Maßnahmen und Mittel, Angabe, ob die Maßnahmen von dem Versicherten selbst, mit Unterstützung durch die Pflegeperson oder vollständig durch diese durchzuführen sind, Angaben zur Notwendigkeit von Rücksprachen mit weiteren an der Behandlung Beteiligten sowie zum vorgesehenen Ort der Behandlung. Bei der Erstellung des Plans werden Angaben des Versicherten und ggf. der Pflegepersonen berücksichtigt. Der Mundgesundheitsstatus und der individuelle Mundgesundheitsplan werden in den Vordruck nach Anlage 2 (Vordruck 10 der Anlage 14a zum BMV-Z) eingetragen. Pflegepersonen können diesen mit Zustimmung des Versicherten als Informationsquelle sowie als Anlage zum Pflegeplan nutzen.

4. Bis zu zweimal jährlich: Mundgesundheitsaufklärung, dabei Aufklärung über die Inhalte des Mundgesundheitsplans, Demonstration und ggf. praktische Anleitung zur Reinigung der Zähne und des festsitzenden Zahnersatzes, des Zahnfleisches sowie der Mundschleimhaut, Demonstration und ggf. praktische Unterweisung zur Prothesenreinigung und zur Handhabung des herausnehmbaren Zahnersatzes, Erläuterung des Nutzens der vorstehenden Maßnahmen, Anregen und Ermutigen des Versicherten sowie dessen Pflegepersonen, die jeweils empfohlenen Maßnahmen durchzuführen und in den Alltag zu integrieren. Die Mundgesundheitsaufklärung erfolgt in einer für den Versicherten sowie ggf. für die Pflegeperson verständlichen und nachvollziehbaren Art und Weise. Soweit der Versicherten oder dem Versicherten ein Verständnis oder die Umsetzung der Hinweise aus der Mundgesundheitsaufklärung nur eingeschränkt möglich ist, sind diese Maßnahmen im jeweils erforderlichen Umfang auf Pflegepersonen zu konzentrieren bzw. gegebenenfalls zu beschränken. In diesen Fällen sind den Pflegepersonen konkrete Hinweise zur Mund- und Prothesenpflege und zur Zusammenarbeit mit dem Versicherten zu geben.
5. An den Zähnen und am Zahnersatz sollen nach Möglichkeit alle natürlichen bzw. iatrogenen Reizfaktoren beseitigt werden. Bei behandlungsbedürftigen zahnärztlichen Befunden soll zeitnah eine Behandlung erfolgen oder auf diese hingewirkt werden; hierzu erfolgt gegebenenfalls eine Empfehlung oder Überweisung. Die Durchführung von empfohlenen oder veranlassten Behandlungen wird bei der nächsten eingehenden Untersuchung festgestellt.
6. Bis zu zweimal jährlich: Entfernen harter Zahnbeläge.

Information, Kooperation und Koordination

7. Bedarfsorientiert: Konsiliarische Erörterungen mit Ärzten und Zahnärzten; insbesondere soll dem Krankheitsbild der Xerostomie durch Hinweise auf eine Prüfung und ggf. Änderung einer möglicherweise Mundtrockenheit bewirkenden Medikation entgegengewirkt werden.
8. Bedarfsorientiert: Unterrichten der Pflegeeinrichtung über festgestellte Befunde, die nicht im Rahmen der zahnärztlichen Besuchstätigkeit behandelt werden können, ggf. Empfehlung/Überweisung zur weiteren Abklärung oder Behandlung von festgestellten Befunden.
9. Bedarfsorientiert: Kooperationsgespräche mit der Einrichtungsleitung/Pflegedienstleitung, dem beliefernden Apotheker und anderen an der Versorgung der Bewohner beteiligten Berufsgruppen, sofern die Pflegeeinrichtung die Verantwortung für deren Tätigkeit nicht trägt, im Hinblick auf Strukturen und Abläufe, die der Mundgesundheit der Bewohner förderlich sind.

Therapie

10. Unmittelbar nach der eingehenden Untersuchung oder an einem weiteren Behandlungstermin: Behandlung bzw. Hinwirken auf eine Behandlung entsprechend des festgestellten Behandlungsbedarfs; dabei erfolgen in der Pflegeeinrichtung nur solche Maßnahmen, die in dieser nach den konkreten Umständen sowie nach den Regeln der zahnmedizinischen Kunst fachgerecht erbracht werden können.
- (2) Dem Kooperationszahnarzt wird empfohlen, regelmäßig Fortbildungsmaßnahmen zu den aus dem Kooperationsvertrag erwachsenden speziellen diagnostischen und therapeutischen Aufgabenstellungen zu absolvieren.

§ 5

Abrechnung der zusätzlichen Vergütung nach § 87 Abs. 2j SGB V

- (1) Die Leistungen nach § 87 Abs. 2j SGB V sind abrechenbar, wenn ein zwischen Kooperationszahnarzt und Pflegeeinrichtung zum Zeitpunkt der Leistungserbringung nach näherer Maßgabe des § 1 Abs. 3 gültiger Kooperationsvertrag besteht.
- (2) Die Kooperationszahnärztin oder der Kooperationszahnarzt rechnet die Leistungen nach § 87 Abs. 2j SGB V über die Kassenzahnärztliche Vereinigung gegenüber der Krankenkasse ab.

§ 6

Berichterstattung

- (1) Der Kooperationszahnarzt dokumentiert zum Ende des Kalenderjahrs gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung die Anzahl der von ihm in der jeweiligen Pflegeeinrichtung betreuten Versicherten durch Vorlage des Berichtsbogens nach Anlage 1.
- (2) ¹Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen berichten der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung jährlich bis zum Ende des zweiten Quartals des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres über das Versorgungsgeschehen im Zusammenhang mit Kooperationsverträgen im Berichtsjahr. ²Dabei sind die Daten zu den Parametern des Berichtsbogens nach Anlage 1, die Anzahl der konsiliarischen Erörterungen für alle im KZV-Bereich abgeschlossenen Verträge sowie die Anzahl der Kooperationszahnärzte und der erbrachten Leistungen nach § 87 Abs. 2j SGB V darzustellen.
- (3) ¹Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung berichtet dem GKV-Spitzenverband bis zum Ende des dritten Quartals des Folgejahrs über die bundesweiten Ergebnisse. ²Dabei werden die Daten zu den Parametern des Berichtsbogens nach Anlage 1, die Anzahl der Kooperationszahnärzte und der abgerechneten Leistungen nach § 87 Abs. 2j SGB V sowie die Anzahl der konsiliarischen Erörterungen gegliedert nach Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dargestellt.
- (4) Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband werten die Berichte nach Absatz 3 aus und berichten der Bundesregierung gemäß § 119b Abs. 3 Satz 4 SGB V im Abstand von drei Jahren, erstmals bis zum 30. Juni 2019, über die Entwicklung von Kooperationen und die Auswirkungen auf die vertragszahnärztliche Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen.

§ 7

Anforderungen an den Datenaustausch

- (1) Kooperationszahnärzte und Pflegeeinrichtungen nutzen für den elektronischen Datenaustausch ein sicheres Übermittlungsverfahren der Telematikinfrastruktur nach § 291b Abs. 1e SGB V.
- (2) ¹Soweit ein Übermittlungsverfahren nach Absatz 1 noch nicht für Kooperationszahnärzte und Pflegeeinrichtungen zur Verfügung steht, sind Kooperationszahnärzte und Pflegeeinrichtungen berechtigt, eine andere Art der Übermittlung zu nutzen. ²Diese muss insbesondere eine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung nach dem Stand der Technik gewährleisten, um die Vertraulichkeit, Integrität und die Authentizität der Daten sicherzustellen. ³Sofern an anderer Stelle Standards für die Signierung des zu übertragenden Informationsobjektes festgelegt sind, sind diese einzuhalten.
- (3) Bei der Übertragung standardisierter medizinischer Informationen sind die Festlegungen der Gesellschaft für Telematik sowie die Festlegungen nach § 291b Abs. 1 SGB V zur Gewährleistung der semantischen und syntaktischen Interoperabilität einzuhalten.

§ 8

Inkrafttreten, Kündigung, salvatorische Klausel

- (1) Die Rahmenvereinbarung tritt am Tag nach der Unterzeichnung in Kraft.
- (2) ¹Die Rahmenvereinbarung kann von beiden Partnern mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahrs gekündigt werden. ²Die Kündigung des Vertrags schließt die Anlagen mit ein. ³Sobald eine Kündigung erfolgt oder, wenn Rechtsänderungen auf die Inhalte dieser Rahmenvereinbarung einwirken, treten die Partner der Rahmenvereinbarung in Verhandlungen über eine neue Rahmenvereinbarung ein.
- (3) ¹Sollte eine Bestimmung der Rahmenvereinbarung unwirksam sein, wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen davon nicht berührt. ²Die Vertragsparteien verpflichten sich, anstelle einer unwirksamen Bestimmung eine dieser Bestimmung möglichst nahekommende, wirksame Regelung zu treffen.

Anlage 1: Berichtsbogen (Vertragszahnärzte an KZV):

**Koordinations- und Kooperationsleistungen
in stationären Pflegeeinrichtungen
nach § 119b Absatz 1 SGB V**

Abr.-Nr. Kooperationszahnarzt

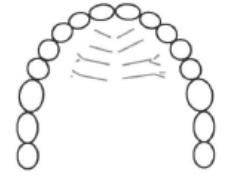
Pflegeeinrichtung (Name, Ort)

Berichtsjahr

Anzahl der vom Kooperationszahnarzt
betreuten Versicherten
zum Stichtag 30. Juni des Berichtsjahrs
bzw. einmalig zu Beginn
des Kooperationsvertrags

Ort, Datum, Unterschrift Zahnarzt

Anlage 2: Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen
(Vordruck 10 der Anlage 14a zum BMV-Z, auch als Beitrag zum Pflegeplan sowie für die vertragszahnärztliche Dokumentation)

Vorname, Nachname	Ausgehändigt an	Datum der Untersuchung
Status Befund/Versorgung Oberkiefer Totalprothese ☐ Teilprothese ☐ Beläge rechts ☐ Beläge links ☐ rechts links  Unterkiefer Totalprothese ☐ Teilprothese ☐ Beläge rechts ☐ Beläge links ☐ rechts links  Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein	Mundgesundheitsplan Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege Keine ☐ Teilweise ☐ Vollständig ☐ Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen* Zähne reinigen (2-mal am Tag) ☐ Bürste Hand ☐ Bürste elektrisch ☐ Dreikopfbürste ☐ Fluoridzahnpaste (2-mal am Tag) ☐ Zahnzwischenräume reinigen (1-mal am Tag) ☐ Mundschleimhaut reinigen (1-mal am Tag) ☐ Zunge reinigen (1-mal am Tag) ☐ Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag) ☐ Speichelfluss fördern ☐ Spüllösung _____ -mal am Tag Ernährung _____ Sonstiges _____	Koordination Rücksprache Zahnarzt erforderlich mit Bewohner ☐ Betreuer ☐ Angehörige ☐ Hausarzt ☐ Pflege-/Unterstützungspers. ☐ Anderer Zahnarzt ☐ Apotheker ☐ Sonstige _____
Zustand Pflege Zähne 😊 😐 ☹️ Schleimhaut/ Zunge/Zahnfleisch 😊 😐 ☹️ Zahnersatz 😊 😐 ☹️		Behandlungsbedarf Füllung ☐ Zahnfleisch/Mundschleimhaut ☐ Zahnentfernung ☐ Zahnersatz ☐ Sonstiges ☐
Wo soll Behandlung erfolgen Zahnarztpraxis _____ ☐ Pflegeeinrichtung _____ ☐ Andernorts _____ Behandlung in Narkose ☐ Krankenfahrt/-transport erforderlich ☐		Behandlungseinwilligung ist erfolgt Ja ☐ Nein ☐
Besonderheiten/Anmerkungen _____ _____ _____ _____		
Unterschrift Zahnarzt: _____		

* Empfehlung zur effektiven und effizienten Umsetzung. Bestehende Regelungen zur Kostentragung der Maßnahmen bleiben unberührt

Anlage 13

Beschluss des Bundesschiedsammtes 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 V¹ 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 24² Monate. Diese klären die Verschuldensfrage im Einzelfall."

Zum Beschluss des Bundesschiedsammtes für die vertragszahnärztliche Versorgung vom 13.12.1993 wird folgende Protokollnotiz vereinbart:³

"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 [Stand 2018:] § 136 Abs. 4 Satz 5 SGB V

² Anmerkung 01.07.2018: Bei andersartiger Versorgung und Mischfällen überholt, siehe Anlage 6 BMV-Z

³ Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004

Anlage 14a

Formulare für die vertragszahnärztliche Versorgung

Formulare aus dem vertragszahnärztlichen Bereich

- Vordruck 1** - Leistungsnachweis gem. § 16 Absatz 3a SGB V bei Ruhen der Ansprüche
- Vordruck 2** - Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch
- Vordruck 3a** - Heil- und Kostenplan Teil 1
- Vordruck 3b** - Heil- und Kostenplan Teil 2
- Vordruck 4a** - KFO-Behandlungsplan
- Vordruck 4b** - Mitteilung an den Patienten nach § 29 Absatz 1 SGB V
- Vordruck 4c** - Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung
- Vordruck 5a** - Parodontalstatus Blatt 1
- Vordruck 5b** - Parodontalstatus Blatt 2
- Vordruck 6a** - Auftrag zur Begutachtung
- Vordruck 6b** - Ergebnis Begutachtung (KB/KG, PAR, ZE)
- Vordruck 6c** - Ergebnis Begutachtung (KFO)
- Vordruck 6d** - Abrechnung Begutachtung
- Vordruck 7** - Auftrag zur Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)
- Vordruck 8** - Bonusheft
- Vordruck 9** - Zahnärztliche Heilmittelverordnung
- Vordruck 10** - Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen

Formulare aus dem vertragsärztlichen Bereich

- Muster 1** - Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
- Muster 2** - Verordnung von Krankenhausbehandlung
- Muster 4** - Verordnung einer Krankenförderung
- Muster 16** - Arzneiverordnungsblatt
- Muster 21** - Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

Vordruck 3b: Heil- und Kostenplan Teil 2

Gültig ab 2005

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.

Vordruck 4a: KFO-Behandlungsplan

Gültig ab 01.07.2018

Krankenkasse bzw. Kostenträger		☐ KFO-Behandlungsplan	
Name, Vorname des Versicherten		☐ KFO-Therapieänderung	
geb. am		☐ KFO-Verlängerungsantrag	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Behandlungs- beginn Quartal
Vertragszahnarzt-Nr.		Datum	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)

Ä 925 a	b	c	d	Ä 928	Ä 934 a	b	Ä 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					X		

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

Muster

Entscheidung der Krankenkasse

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

Anspruch be-
steht ab Quartal

Vordruck 4b: Mitteilung an den Patienten nach § 29 Absatz 1 SGB V

Gültig ab 01.07.2018

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Vertragszahnarzt-Nr.	Datum

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

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, müssen Sie die Kosten selbst tragen.

— Ihre Krankenkasse und die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung (Ort, Straße)

erhalten eine Kopie dieser Mitteilung.

Mit freundlichen Grüßen

Muster

(Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes)

Vordr.-Nr. Z 132/BU 07/2018 SCHÜTZDRUCK Tel. 05 31 32 73 44 www.schuetzdruck.de

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 4c: Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung

Gültig ab 01.07.2018

Name und Anschrift der Krankenkasse

--

Name, Vorname des Versicherten	geb.am
Versicherten-Nr.	

Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung (§ 8 Abs. 5 BMV-Z)

1. Planmäßiger Abschluss der Behandlung ☐

Die kieferorthopädische Behandlung wurde in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang am _____ abgeschlossen.

2. Unplanmäßiger Verlauf der Behandlung ☐

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, aufgrund von ☐

_____ ☐

Sonstiges: _____ ☐

3. Abbruch der Behandlung ☐

Die Fortsetzung der kieferorthopädischen Behandlung ist nicht möglich, 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 ☐

eine längere Unterbrechung der Behandlung eingetreten ist ☐

Sonstiges: _____ ☐

Muster

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Vordruck 5a: Parodontalstatus Blatt 1

Gültig ab 01.07.2018

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Vertragszahnarzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table> Zutreffendes ankreuzen bzw. eintragen Allgemeine Vorgeschichte Diabetes mellitus ☐ Bluterkrankungen (z. B. Leukämie) ☐ HIV-Infektion ☐ Genetische Erkrankung (z. B. Down-Syndrom) ☐ Osteoporose ☐ Tabakkonsum ☐ Sonstiges Famillenvorgeschichte Eltern hatten Zahnfleischerkrankungen und ggf. dadurch Zähne verloren ☐ Spezielle Vorgeschichte Zahnfleischbluten ☐ Entzündungen mit Anschwellen des Zahnfleisches ☐ Zahnwanderungen ☐ Zahnverlust durch Zahnlockerung ☐ Frühere Zahnfleischbehandlung ☐ Angabe des Jahres ca. Befund Marginales Parodontium Bluten auf Sondieren ☐ generell ☐ lokalisiert ☐ Subgingivaler Zahnstein ☐ Taschensekretion ☐ Folgen von Parafunktionen Abrasionen / Schliif-Flächen ☐ Zahnersatz Festsitzend ☐ Angabe des Jahres ca. Herausnehmbar ☐ Angabe des Jahres ca. Anschrift Krankenkasse	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Vertragszahnarzt-Nr.		Datum	PARODONTALSTATUS Blatt 1 ☐ Behandlungsplan ☐ Therapieergänzung Diagnose Chronische Parodontitis ☐ Aggressive Parodontitis ☐ Parodontitis als Manifestation von Systemerkrankungen ☐ Nekrotisierende Parodontalerkrankung ☐ Parodontalabszess ☐ Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen ☐ Gingivale Vergrößerungen ☐ Gingiva- und Weichgewebswucherung ☐ ergänzende Angaben zur Diagnose Therapieergänzung (ggf. eintragen): Behandlungsplan vom <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Geb.-Nr.</th> <th>Anz.</th> <th>Zahnangabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>P202</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>P203</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>111</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes Entscheidung der Krankenkasse Die Kosten der vorgesehenen systematischen Par-Behandlung werden übernommen ☐ nicht übernommen. ☐ Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse	Geb.-Nr.	Anz.	Zahnangabe	P202			P203			111		
Krankenkasse bzw. Kostenträger																												
Name, Vorname des Versicherten																												
		geb. am																										
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																										
Vertragszahnarzt-Nr.		Datum																										
Geb.-Nr.	Anz.	Zahnangabe																										
P202																												
P203																												
111																												

SCHÜTZLICK, Tel. (0411) 32 71 44 - www.schuetzlick.de
Vordr.-Nr. Z 501 03.18

Muster

Originalgröße: DIN A4

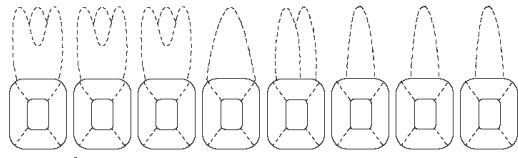
Vordruck 5b: Parodontalstatus Blatt 2

Gültig ab 01.07.2018

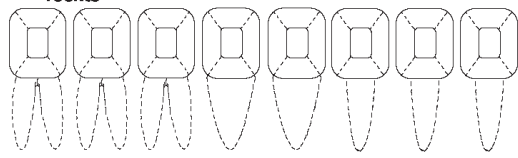
Krankenkasse bzw. Kostenträger		PARODONTALSTATUS Blatt 2 Hinweise zum Ausfüllen 1. Die Sondiertiefen der Zahnfleischtaschen sind in mm mesial-distal oder fazial-oral einzutragen:  	
Name, Vorname des Versicherten			
geb. am			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
Vertragszahnarzt-Nr.		Datum	

Reze- sionen																	Reze- sionen
Geschl. Vor- gehen																	Geschl. Vor- gehen
Offenes Vor- gehen																	Offenes Vor- gehen

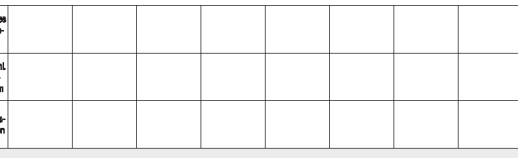
Oberkiefer

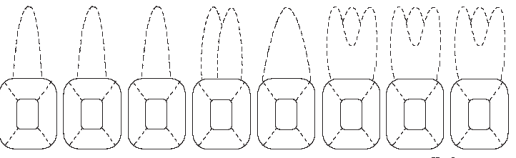


rechts

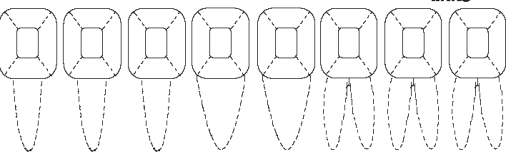
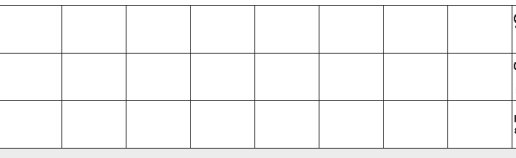


Unterkiefer





links

Geplante Leistungen		Gutachten	Abrechnung
Geb.-Nr.	Anzahl		Geb.-Nr.
4		☐ Gutachterlich befürwortet	4
P200		☐ Gutachterlich nicht befürwortet	P200
P201		(Begründung auf besonderem Blatt)	P201
P202			P202
P203			P203
108			108
111			111
Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes		Datum, Unterschrift und Stempel des Gutachters	Summe x Punktwert = Honorar € sonstige Kosten € Abschluss der Behandlung, Datum Datum, Unterschrift des Zahnarztes

Vordr.-Nr. Z 608 03.16 SCHÜTZDRUCK Tel. (0311) 32 78 44 - www.zahnarzt.de

Muster

Originalgröße: DIN A 4

Vordruck 6a: Auftrag zur Begutachtung

Gültig ab 01.07.2018

Name und Anschrift der Krankenkasse

Je ein Exemplar für den Gutachter, den Zahnarzt und die Krankenkasse

Auftrag zur Begutachtung

Name und Anschrift des Gutachters

Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Versicherten-Nr.	
Name des Zahnarztes	
Anschrift des Zahnarztes	

Wir bitten um Begutachtung der

Zutreffendes ankreuzen

- vorgesehenen prothetischen Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan vom _____ ☐ ZE ☐
- ausgeführten prothetischen Leistungen, eingegliedert am _____ ☐ Mä ☐
- vorgesehenen Behandlung von Kiefergelenkerkrankungen nach dem Behandlungsplan vom _____ ☐ KB ☐
- vorgesehenen kieferorthopädischen Behandlung: ☐ KFO ☐
 - Behandlungsplan vom _____
 - Verlängerungsantrag vom _____
 - Therapieänderung vom _____
 - KIG-Einstufung vom _____
 - Antrag auf nachträgliche Leistungen vom _____
- vorgesehenen PAR-Behandlung/-Therapieergänzung nach dem PAR-Status vom _____ ☐ PAR ☐

Wir bitten um gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:

Muster

(Ort / Datum)

(Stempel der Krankenkasse und Unterschrift)

Hinweis an den Zahnarzt:

Sie werden gebeten, die erforderlichen Behandlungs- und Befundunterlagen (z. B. Modelle, Röntgenaufnahmen) gemäß § 2 Abs. 2 der Anlage 4 bzw. 5, § 2 Abs. 4 der Anlage 6 zum BMV-Z dem Gutachter unverzüglich zuzuleiten.

Vordruck 6d: Abrechnung Begutachtung

Gültig ab 2016

Name und Anschrift der Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Versichertennummer	

Abrechnung der Begutachtung

Die Erstellung des Gutachtens über

- ☐ die vorgesehene prothetische Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan vom _____
- ☐ ausgeführte prothetische Leistungen vom _____
- ☐ den PAR-Behandlungsplan nach dem PAR-Status vom _____
- ☐ die PAR-Therapieergänzung vom _____
- ☐ die Behandlungsplanung bei Kiefergelenkserkrankungen vom _____
- ☐ die KFO-Behandlung nach dem Behandlungsplan / Verlängerungs- / Therapieänderungsantrag / KIG-Einstufung / Antrag auf nachträgliche Leistungen vom _____
- ☐ die Feststellung einer Ausnahmeindikation gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V „Implantologische Leistungen“ erfolgte am _____ Untersuchung des Patienten am _____

Kostenabrechnung des Gutachters

Art der Leistung	Punkte	x Punktwert	Beträge in EUR
Gutachten			
Untersuchung des Patienten			
Sonstige Leistungen BEMA-Nr. _____			

Kostenpauschale für bare Auslagen (z. B. Telefon, Porto, Verpackung)			12,20
Zwischensumme			
Bei Umsatzsteuerpflicht: Höhe der Umsatzsteuer ¹		19 %	
Rechnungsbetrag			

Überweisung erbeten unter Angabe der Rechnungsnummer _____

Bankverbindung oder IK² _____

IBAN _____

Steuer-Nr. _____

Ort, Datum _____

Stempel, Unterschrift des Gutachters _____

¹ Falls sich im Nachhinein herausstellt, dass keine Umsatzsteuerpflicht bestanden hat, ist die in Rechnung gestellte Umsatzsteuer an die Krankenkasse zurückzuzahlen.

² Gutachter, die über ein Institutionskennzeichen (IK) verfügen, können dieses an Stelle der Bankverbindung eintragen. Das IK kann auf freiwilliger Basis unter www.dguv.de/arge-ik beantragt werden.

Muster

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 7: Auftrag zur Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz), Vorderseite

Gültig ab 2000

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. 2 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.

Muster

└

┘

Datum

Stempel der Krankenkasse und Unterschrift

Vordruck 7: Auftrag zur Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz), Rückseite

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		Befundunterlagen	Gutachter	
	Ja	Nein	Ja	Nein		Ja	Nein
Konservierende Vorbehandlung abgeschlossen					Auswertbares Orthopantomogramm (ggf. Messaufnahme)		
Endodontische Vorbehandlung abgeschlossen					Auswertbare Zahnfilme		
Par-Behandlung abgeschlossen					Fixierte, auswertbare Modelle		
Chirurgische/kieferchirurgische Vorbehandlung abgeschlossen					Befundbericht über die medizinische Gesamtbehandlung		
					Untersuchung des Patienten hat stattgefunden		

2. Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen									
Größere Kiefer- und Gesichtsddefekte liegen vor, die ihre Ursache haben in:	Zahnarzt		Gutachter		Größere Kiefer- und Gesichtsddefekte 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	☐	☐
Die konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate ist möglich	☐	☐

Datum, Unterschrift des Zahnarztes

4. Gesamtbeurteilung des Gutachters	Ja	Nein
Eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate ist möglich	☐	☐
Der Behandlungsplan wird befürwortet	☐	☐
Der Behandlungsplan wird mit Änderungen befürwortet	☐	☐

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

Muster

Vordruck 8: Bonusheft

Gültig ab 1989

Vorderseite

Datum:	13	Datum:	16	Datum:	19	Datum:	22
Individualprophylaxe ☐		Individualprophylaxe ☐		Individualprophylaxe ☐		Individualprophylaxe ☐	
zahnärztliche Untersuchung ☐		zahnärztliche Untersuchung ☐		zahnärztliche Untersuchung ☐		zahnärztliche Untersuchung ☐	
Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift	
Datum:	14	Datum:	17	Datum:	20	Datum:	23
Individualprophylaxe ☐		Individualprophylaxe ☐		Individualprophylaxe ☐		Individualprophylaxe ☐	
zahnärztliche Untersuchung ☐		zahnärztliche Untersuchung ☐		zahnärztliche Untersuchung ☐		zahnärztliche Untersuchung ☐	
Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift	
Datum:	15	Datum:	18	Datum:	21	Datum:	24
Individualprophylaxe ☐		Individualprophylaxe ☐		Individualprophylaxe ☐		Individualprophylaxe ☐	
zahnärztliche Untersuchung ☐		zahnärztliche Untersuchung ☐		zahnärztliche Untersuchung ☐		zahnärztliche Untersuchung ☐	
Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift	

Bonusheft

– Nachweis von
Zahngesundheitsuntersuchungen –
für die Versicherten der Gesetzlichen Krankenkassen

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ/Wohnort:

© 2018 BZgK e.V. | www.bzgk.de

Rückseite

Nachweisheft zur Erlangung des Bonus beim Zahnersatz

Versicherte erhalten bei der Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen von ihrer Krankenkasse zusätzlich zum Festzuschuss einen Bonus, wenn sie

- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres die Individualprophylaxe-Untersuchungen in jedem Kalenderjahr in Anspruch genommen haben.
- sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres wenigstens einmal in einem Kalenderjahr haben zahnärztlich untersuchen lassen.

Außerdem muss der Gebisszustand regelmäßige Zahnpflege erkennen lassen.

Der Festzuschuss erhöht sich um 20 %, wenn die gesetzlich vorgesehenen Untersuchungen ohne Unterbrechung in den letzten fünf Jahren nachgewiesen werden. Der Festzuschuss erhöht sich um weitere 10 %, wenn der Nachweis für die letzten zehn Jahre erbracht wird.

Datum:	1	Datum:	4	Datum:	7	Datum:	10
Individualprophylaxe ☐		Individualprophylaxe ☐		Individualprophylaxe ☐		Individualprophylaxe ☐	
zahnärztliche Untersuchung ☐		zahnärztliche Untersuchung ☐		zahnärztliche Untersuchung ☐		zahnärztliche Untersuchung ☐	
Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift	
Datum:	2	Datum:	5	Datum:	8	Datum:	11
Individualprophylaxe ☐		Individualprophylaxe ☐		Individualprophylaxe ☐		Individualprophylaxe ☐	
zahnärztliche Untersuchung ☐		zahnärztliche Untersuchung ☐		zahnärztliche Untersuchung ☐		zahnärztliche Untersuchung ☐	
Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift	
Datum:	3	Datum:	6	Datum:	9	Datum:	12
Individualprophylaxe ☐		Individualprophylaxe ☐		Individualprophylaxe ☐		Individualprophylaxe ☐	
zahnärztliche Untersuchung ☐		zahnärztliche Untersuchung ☐		zahnärztliche Untersuchung ☐		zahnärztliche Untersuchung ☐	
Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift	

Vordruck 9: Zahnärztliche Heilmittelverordnung, Vorderseite

Gültig ab 01.07.2017

Gebührpflicht: Krankenkasse bzw. Kostenträger Gebührfrei: Name, Vorname des Versicherten geb. am Unfall/Unfallfolgen: BVG: Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status Vertragszahnarzt-Nr. Datum Zahnärztliche Heilmittelverordnung	
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall) ☐ Erstverordnung ☐ Folgeverordnung ☐ Verordnung außerhalb des Regelfalles Hausbesuch Therapiebericht ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja	IK des Leistungserbringers Heilmittel-Pos.-Nr. Wegegeld-/Pauschale Rechnungsnummer Belegnummer Faktor Faktor km Faktor Gesamt-Zuzahlung Heilmittel-Pos.-Nr. Hausbesuch Faktor Gesamt-Brutto Faktor Hausbesuch Faktor
Behandlungsbeginn spätestens am T T M M J J	
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges Physiotherapie und physikalische Therapie <u>Vorrangige Heilmittel:</u> ☐ KG ☐ KG-ZNS-Kinder ☐ Bobath ☐ Vojta ☐ KG-ZNS ☐ Bobath ☐ Vojta ☐ PNF ☐ MT ☐ MLD 30 ☐ MLD 45 <u>Ergänzende Heilmittel:</u> ☐ Kälte ☐ Elektrostimulation ☐ Wärme ☐ Elektrotherapie ☐ Heißluft ☐ Heiße Rolle ☐ Ultraschall ☐ Packungen Ggf. Spezifizierung ☐ Übungsbehandlung Sprech- und Sprachtherapie Therapiedauer ☐ 30 min. ☐ 45 min. ☐ 60 min. Anzahl pro Woche ☐ --- ☐ --- ☐ --- 1x 2x 3x Verordnungsmenge	
Indikationschlüssel	
ICD-10 – Code	
ICD-10 – Code	
Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele	
Medizinische Begründung bei Verordnung außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)	
Muster Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes	

Vordruck-Nr. Z13 05/17 schmdzklck, Tel. 030 31 92 72 44, www.schmdzklck.de

Vordruck 9: Zahnärztliche Heilmittelverordnung, Rückseite

Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

☐ Die verordnete Behandlung wird genehmigt.

☐ Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Begründung bei Ablehnung

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Bitte immer unmittelbar nach der Abgabe Ihrer Leistungen durch Unterschrift quittieren lassen!

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. Minuten, ggf. Hausbesuche)	Unterschrift des Versicherten
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

☐ Behandlungsabbruch am Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Nach Rücksprache mit dem Zahnarzt:

☐ Abweichung von der Frequenz

Begründung:

Muster

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Originalgröße: DIN A4

Muster 1: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Muster 1a: Ausfertigung für die Krankenkasse

Freigabe 12.10.2017

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

☐ Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-
folgen, Berufskrankheit
 ☐ dem Durchgangsarzt
zugewiesen

Verbindliches Muster

arbeitsunfähig seit

voraussichtlich arbeitsunfähig
bis einschließlich oder letzter
Tag der Arbeitsunfähigkeit

festgestellt am

Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse

AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)

ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code

☐ sonstiger Unfall,
Unfallfolgen
 ☐ Versorgungs-
leiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

☐ Leistungen zur
medizinischen Rehabilitation
 ☐ stufenweise
Wiedereingliederung

☐ Sonstige

Im Krankengeldfall
☐ ab 7. AU-Woche oder
sonstiger Krankengeldfall

☐ Endbescheinigung

Muster 1a (1.2018)

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 1: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Muster 1b: Ausfertigung für den Arbeitgeber

Freigabe 12.10.2017

Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Name, Vorname des Versicherten	
geb. am	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
Arzt-Nr.	Datum

☐ Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-
folgen, Berufskrankheit

☐ dem Durchgangsarzt
zugewiesen

arbeitsunfähig seit

--	--	--	--	--	--	--	--

voraussichtlich arbeitsunfähig
bis einschließlich oder letzter
Tag der Arbeitsunfähigkeit

--	--	--	--	--	--	--	--

festgestellt am

--	--	--	--	--	--	--	--

Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber

Arbeitsunfähigkeits- 1
bescheinigung

☐ Erstbescheinigung
 ☐ Folgebescheinigung

Der angegebenen Krankenkasse wird unverzüglich eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit Angaben über die Diagnose sowie die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit übersandt.

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 1b (1.2018)

Originalgröße: DIN A6 quer

Muster 1: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Muster 1c: Ausfertigung für den Versicherten

Freigabe 12.10.2017

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

☐ Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-
folgen, Berufskrankheit

arbeitsunfähig seit

voraussichtlich arbeitsunfähig
bis einschließlich oder letzter
Tag der Arbeitsunfähigkeit

festgestellt am

☐ dem Durchgangsarzt
zugewiesen

☐ Erstbescheinigung

☐ Folgebescheinigung

Verbindliches Muster

Ausfertigung für Versicherte

AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)

ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code

☐ sonstiger Unfall,
Unfallfolgen

☐ Versorgungs-
leiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

☐ Leistungen zur
medizinischen Rehabilitation

☐ stufenweise
Wiedereingliederung

☐ Sonstige

Im Krankengeldfall

☐ ab 7. AU-Woche oder
sonstiger Krankengeldfall

☐ Endbescheinigung

Hinweis für Versicherte zum Krankengeld
Achten Sie bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit auf einen lückenlosen Nachweis. Hierfür stellen Sie sich bitte spätestens an dem Werktag, der auf den letzten Tag der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung folgt, bei Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin vor. Wenn Ihr Arzt oder Ihre Ärztin Ihnen die Bescheinigung für die Krankenkasse aushändigt, müssen Sie diese innerhalb von einer Woche an Ihre Krankenkasse weiterleiten. Bei verspäteter Vorlage der Bescheinigung bei der Krankenkasse oder lückenhaftem Nachweis der Arbeitsunfähigkeit droht Krankengeldverlust. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.

Muster 1c (1.2018)

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 1: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Muster 1d: Ausfertigung für den Zahnarzt

Freigabe 12.10.2017

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

☐ Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-
folgen, Berufskrankheit
 ☐ dem Durchgangsarzt
zugewiesen

arbeitsunfähig seit

 voraussichtlich arbeitsunfähig
bis einschließlich oder letzter
Tag der Arbeitsunfähigkeit
festgestellt am

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

☐ Erstbescheinigung

☐ Folgebescheinigung

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung zum Verbleib beim Arzt

AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)

ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
_____	_____	_____
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
_____	_____	_____

☐ sonstiger Unfall, Unfallfolgen
 ☐ Versorgungs-
leiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

☐ Leistungen zur
medizinischen Rehabilitation
 ☐ stufenweise
Wiedereingliederung

☐ Sonstige _____

Im Krankengeldfall

☐ ab 7. AU-Woche oder
sonstiger Krankengeldfall

☐ Endbescheinigung

Muster 1d (1.2018)

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 2a: Ausfertigung für die Krankenkasse, Vorderseite

Freigabe 01.09.2014			Verordnung von Krankenhausbehandlung 2	
Krankenkasse bzw. Kostenträger			(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)	
Name, Vorname des Versicherten			☐ Belegarzt- behandlung ☐ Notfall ☐ Unfall, Unfallfolgen ☐ Versorgungs- leiden (BVG)	
geb. am				
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		
Diagnose			Verbindliches Muster	
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes			Muster 2a (10.2014)	

Bitte die Rückseite beachten!

Originalgröße: DIN A6 quer

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 2a: Ausfertigung für die Krankenkasse, Rückseite

Die Kostenverpflichtungserklärung gegenüber dem Krankenhaus bleibt der Krankenkasse vorbehalten; deshalb bitte diese Verordnung vor Aufsuchen des Krankenhauses der zuständigen Krankenkasse vorlegen. Geschieht das nicht, so kann die Kostenübernahme durch die Krankenkasse abgelehnt werden; es sei denn, es liegt ein Notfall vor, und ein Leistungsanspruch besteht.	
Vom Krankenhaus auszufüllen: Krankenhausaufnahme erfolgt(e) am _____	Freigabe 01.09.2014 Verbindliches Muster Stempel des Krankenhauses und Unterschrift

Originalgröße: DIN A6 quer

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 2b: Ausfertigung für den Krankenhausarzt

Freigabe 01.09.2014			Verordnung von Krankenhausbehandlung 2
			(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)
Krankenkasse bzw. Kostenträger			☐ Belegarzt- behandlung ☐ Notfall ☐ Unfall, Unfallfolgen ☐ Versorgungs- leiden (BVG) Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser Verbindliches Muster Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Name, Vorname des Versicherten geb. am			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
Diagnose			
Bitte dem Patienten gesondert mitgeben!			
Untersuchungsergebnisse			
Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation)			
Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie)			
Mitgegebene Befunde			
Ausfertigung für den Krankenhausarzt! Vertraulich!			Muster 2b (10.2014)

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 2c: Ausfertigung für den einweisenden Zahnarzt

Freigabe 01.09.2014			Verordnung von Krankenhausbehandlung 2 (Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)	
Krankenkasse bzw. Kostenträger			☐ Belegarzt- behandlung ☐ Unfall, Unfallfolgen ☐ Notfall ☐ Versorgungs- leiden (BVG) Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser Verbindliches Muster Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	
Name, Vorname des Versicherten				
geb. am				
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		
Diagnose				

Für den Krankenhausarzt! Vertraulich!

Untersuchungsergebnisse

Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation)

Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie)

Mitgegebene Befunde

Ausfertigung für den überweisenden Arzt

Muster 2c (10.2014)

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 4: Verordnung einer Krankenförderung, Vorderseite

Zuzahlungs- pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	4	Verordnung einer Krankenförderung ☐ Unfall, Unfallfolge ☐ Arbeitsunfall, Berufskrankheit ☐ Versorgungsleiden (z.B. BVG) ☐ Hinfahrt ☐ Rückfahrt	
Zuzahlungs- frei	Name, Vorname des Versicherten geb. am			
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status				
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum				

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

a) ☐ voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung ☐ vor-/nachstationäre Behandlung

b) ☐ anderer Grund, z.B. Fahrten zu stationären Hospizen: _____

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

c) **hochfrequente Behandlung** ☐ Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie ☐ vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung erforderlich)

d) **dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung** ☐ Merkzeichen „aG“, „BI“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 ☐ vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung erforderlich)

Begründung _____

e) ☐ anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert (z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben, Begründung unter 3. angeben)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am T T M M J J / ☐ x pro Woche, bis voraussichtlich T T M M J J

Behandlungsstätte (Name, Ort) _____

3. Art der Beförderung

☐ Taxi/Mietwagen: ☐ Rollstuhl ☐ Tragestuhl ☐ liegend

☐ KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen _____

☐ RTW ☐ NAW/NEF ☐ andere _____

Sonstiges (z.B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (4.2019)

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 21: Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes, Vorderseite

Freigabe 01.09.2014																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right; padding: 2px;">geb. am</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Kostenträgerkennung</td> <td style="padding: 2px;">Versicherten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Status</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Betriebsstätten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Arzt-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Datum</td> </tr> </table> Ärztliche Bescheinigung für 21 den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes Das genannte Kind bedarf/bedurfte vom TTMMJJ bis ein- schließlich TTMMJJ der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege wegen Krankheit.			Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten			geb. am			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Krankenkasse bzw. Kostenträger																	
Name, Vorname des Versicherten																	
geb. am																	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status															
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum															
Die Art der Erkrankung macht die Betreuung und Beaufsichtigung notwendig Unfall ☐ ja ☐ ja ☐ nein ☐ nein																	
Verbindliches Muster Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes																	

Muster 21 (10.2014)

Originalgröße: DIN A6 quer

Anlage 14b**Erläuterungen und Ausfüllhinweise zu den Formularen****Vereinbart zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband****Zuletzt geändert am 15.03.2019****mit Wirkung ab dem 01.04.2019****A. Allgemeines**

- Die im vertragszahnärztlichen Bereich zur Anwendung kommenden, nachfolgend aufgeführten Vordrucke gelten inhaltlich und auch in der Gestaltung einheitlich im gesamten Bundesgebiet. Der Vertragszahnarzt darf nur die vertraglich vereinbarten Vordrucke verwenden. Bei der Verwendung von Vordrucken hat der Vertragszahnarzt darauf zu achten, dass Vordrucke in ihrer jeweils gültigen Fassung verwandt werden. Dies gilt auch für die Vordrucke aus dem vertragsärztlichen Bereich, die im vertragszahnärztlichen Bereich anzuwenden sind. Die Bestellung der vertragszahnärztlichen Vordrucke und der vertragsärztlichen Muster, die auch im vertragszahnärztlichen Bereich anzuwenden sind, erfolgt auf der Ebene der Gesamtvertragspartner. Die Krankenkassen stellen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) die Vordrucke und Muster kostenfrei zur Verfügung. Der Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch, der Heil- und Kostenplan für Zahnersatz (Teil 1 und Teil 2/Vordruck 3a und 3b), der kieferorthopädische Behandlungsplan, der Parodontalstatus, die Vordrucke für das vertragszahnärztliche Gutachterwesen und der Vordruck für die zahnärztliche Heilmittelverordnung können von der KZV oder dem Vertragszahnarzt mittels EDV erstellt werden. Hierbei dürfen Inhalt, Aufbau und Struktur sowie die vorgegebenen Zeilenabstände nicht verändert werden.

Werden Vordrucke nach diesem Vertrag oder seinen Anlagen von der KZV oder dem Vertragszahnarzt mittels EDV erstellt, werden die Kosten von den Krankenkassen nicht übernommen. Die Vordrucke sind maschinell auswertbar, d. h. beleglesefähig, zu erstellen.

- Für die Bedruckung des Personalienfelds gelten die nachfolgenden Bestimmungen, die anhand eines Musterbeispiels näher erläutert werden.

123456789012345678901234567890

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Testort-Musterkasse		72
Name, Vorname des Versicherten		
Mustermann-Müller		
Prof. Dr. Johann von		geb. am 20.10.25
Musterweg 6		
D 12345 Musterhausen		12/20
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
123456789	A123456789	5080600
Vertragszahnarzt-Nr.		Datum
12345678	12345678	01.07.17

Schriftart:
Courier (New), NLQ

Zeichendichte:
10 Zeichen/Zoll

Zeile 1: Krankenkasse bzw. Kostenträger (ab 27 Stellen kürzen)

WOP: wenn bei Ersatzverfahren unbekannt: leer

Hinter dem Kassennamen wird eine zweistellige Nummer für eine eindeutige Zuordnung des Wohnorts der Versicherten zu den KZVen angegeben.

Zeile 2: Nachname

Zeile 3: Titel, Vorname, Namenszusatz, Vorsatzwort(e), Geburtsdatum

Zeile 4: Straßenname, Hausnummer

Zeile 5: Ländercode, Postleitzahl, Ort, Versicherungsschutz-Ende (optional)

Zeile 6: Kostenträgerkennung, Versicherten-Nr., Versichertenart, Besondere Personengruppe, DMP-Kennzeichnung (nur bei ärztlichen Mustern, bei zahnärztlichen Vordrucken immer leer), ASV-Kennzeichen

Im Statusfeld wird obligat die Versichertenart, optional die Besondere Personengruppe und optional das DMP-Kennzeichen gedruckt. Für das ASV-/TSS-Kennzeichen wird im vertragszahnärztlichen Bereich standardmäßig eine „00“ eingetragen.

Zeile 7: Vertragszahnarztnummer, Vertragszahnarztnummer, Datum

Im ersten Feld (ohne Bezeichnung) und im Feld für die Vertragszahnarzt-Nr. wird jeweils die Vertragszahnarztnummer eingetragen, die wie folgt aufgebaut ist: 2-stellige KZV- und 6-stellige Vertragszahnarzt-Nr.

Es gelten die nachfolgenden Druckvorschriften:

Druckzeile	Feld	Position	Druckvorschrift eGK
1	Krankenkasse bzw. Kostenträger	1-27	ab 27 kürzen
	WOP-Kennzeichen	29-30	wenn bei Ersatzverfahren unbekannt: leer
2	Nachname	1-30	ab 30 kürzen
3	Titel Vorname Namenszusatz Vorsatzwort(e) ¹	1-21	ab 21 kürzen
	Geburtsdatum	23-30	Format TT.MM.JJ
4	Straßenname Hausnummer ¹ alternativ: "Postfach" Postfachnummer ^{1, 2}	1-30	$\text{Länge}_{\text{Max}}(\text{Straßenname}) = 30$ – [Länge(Hausnummer) + 1] ³
5	Wohnsitzländercode Postleitzahl Ort ¹ alternativ: Items der Postfachadresse ^{1, 2}	1-24	$\text{Länge}_{\text{Max}}(\text{Ort}) = 24$ – [Länge(Wohnsitzländercode) + 1] ³ – Länge(Postleitzahl) – 1
	Versicherungsschutz Ende	26-30	Format MM/JJ

Druck- zeile	Feld	Position	Druckvorschrift eGK
6	Kostenträgerkennung	1-9	9-stellig (Institutionskennzeichen)
	Versicherten-Nr.	11-22	linksbündig, 10-stellig
	Status	24-30	Beim Arbeitgeber-Exemplar einer AU-Bescheinigung: 7 Leerzeichen
	Versichertenart	24	wenn bei Ersatzverfahren unbekannt: "0"
	Besondere Personengruppe	25-26	} wenn einstellig mit führender "0" wenn nicht vorhanden: "00"
	DMP-Kennzeichen (<u>nur für Re- zepte</u> ansonsten "00")	27-28	
	ASV-/TSS-Kennzeichen	29-30	immer „00“
7		2-9	2-stellige KZV- und 6-stellige Zahnarzt-Nr.
	Vertragszahnarzt-Nr.	12-19	2-stellige KZV- und 6-stellige Zahnarzt-Nr.
	Datum des Ausdrucks bei zahnärztlicher Heilmittelverordnung und ärztlichen Mustern 1, 2, 4, 16, 21 oder Karteneinlesedatum bei zahnärztlichen Vordrucken, die das abgebildete Personalfeld enthalten (Ersatzverfahren: keine Angabe)	22-29	Format TT.MM.JJ

¹ durch Leerzeichen getrennt

² nur zulässig, wenn keine Straßenadresse vorhanden

³ Abzug nur, wenn Länge (*Feld*) > 0, d.h. falls *Feld* vorhanden

- Die Verwendung von Vordrucken und Mustern außerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung ist unzulässig.
- Die zur Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung erforderlichen Vordrucke und Stempel sind zur Verhütung missbräuchlicher Benutzung sorgfältig aufzubewahren.
- Die Vordrucke sind vollständig, sorgfältig und leserlich auszufüllen, vom Zahnarzt mit dem Vertragszahnarztstempel zu versehen und persönlich zu unterzeichnen. Die Unterschrift darf nicht mittels roter Farbe erfolgen.
- Bei der Ausstellung der Vordrucke kann auf die Verwendung des Vertragszahnarztstempels verzichtet werden, wenn dessen Inhalt an der für die Stempelung vorgesehenen Stelle bereits aufgedruckt ist. Bei der Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen kann auf den hierfür vorgesehenen Vordrucken, wenn die Erstellung der Abrechnung mittels EDV erfolgt, der Inhalt des Vertragszahnarztstempels an der dafür vorgesehenen Stelle eingedruckt werden.
- Bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen können nur die Muster 1 (Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung), 4 (Verordnung einer Krankenförderung) und 16 (Arzneiverordnungsblatt) verwendet werden. Das Ankreuzfeld „sonstiger Unfall, Unfallfolgen“

auf Muster 1 bzw. „Unfall, Unfallfolgen“ auf Muster 4 ist nicht bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten usw. zu verwenden, sondern nur bei sonstigen Unfällen (z. B. Haus-, Sport-, Verkehrsunfällen).

8. Die Muster aus dem vertragsärztlichen Bereich sind jeweils unten rechts nummeriert, wobei zusätzlich der Monat und das Jahr ihrer Einführung bzw. ihrer letzten Änderung angegeben sind.

B. Erläuterungen und Ausfüllhinweise zu Formularen aus dem vertragszahnärztlichen Bereich

Vordruck 2 - Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch

Ausfüllhinweise:

1. Im Feld „Behandlungsplan für“ ist anzukreuzen, ob es sich um eine Kiefergelenkserkrankung oder um einen Kieferbruch handelt.
2. Bei einem Kieferbruch sind Angaben über Ort, Zeit und Ursache des Unfalls sowie Art der Verletzung in dem dafür vorgesehenen Feld zu machen.
3. Bei einer Kiefergelenkserkrankung sind die Anamnese, die Befunde und die Diagnose in dem dafür vorgesehenen Feld anzugeben.
4. Im Feld „Vorgesehene Behandlung“ sind Leistungen einzutragen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der durchzuführenden Behandlung bei Kieferbruch oder einer Kiefergelenkserkrankung erfolgen, wie z. B. Verbandsplatten, Schienungen oder Aufbissbehelfe sowie die für diese Behandlung erforderlichen konservierend-chirurgischen Leistungen.
5. Die Felder „Stationäre Behandlung Krankenhaus“ und „Voraussichtliche Dauer“ können frei bleiben.

Vordruck 3a - Heil- und Kostenplan Teil 1

Vordruck 3b - Heil- und Kostenplan Teil 2

Erläuterungen und Ausfüllhinweise zum Heil- und Kostenplan

Vorwort

1. Die Ausfüllhinweise beziehen sich auf den nach der Vereinbarung zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband nach § 87 Absatz 1a SGB V über die Versorgung mit Zahnersatz festgelegten Heil- und Kostenplan (Teil 1 und Teil 2/Vordruck 3a und 3b).
2. Der Heil- und Kostenplan/Teil 1 (Vordruck 3a) ist mit Blindfarbe bedruckt und maschinenlesbar gestaltet.
3. Teil 2 ist nicht maschinenlesbar.

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
- voraussichtlicher Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes (als Herstellungsort wird für das Inland der Buchstabe „D“ dem Ortsnamen vorangestellt, bei Herstellung im Ausland ist der Landesname anzugeben)

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/Vordruck 3a und 3b) hat die Gesamtplanung zu enthalten.
- Der Heil- und Kostenplan (Teil 1 und Teil 2/Vordruck 3a und 3b) 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)

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

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.

Mit dem Kürzel „ew“ sind ersetzte, aber erneuerungsbedürftige Zähne bei herausnehmbarem Zahnersatz zu kennzeichnen.

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.

Das Ausfüllen des Befundfeldes entfällt bei Wiederherstellungsmaßnahmen von Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen (Befund-Nrn. 6.0 – 6.10, 7.3, 7.4, 7.7).

2. R – Regelversorgung

Die zur Versorgung des zahnmedizinischen Befundes notwendige Regelversorgung in Zeile R ist unabhängig von der Art des Zahnersatzes 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 Gebührensätzen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (BEMA) 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 Absatz 2 SGB V hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Absatz 2 Satz 10 SGB V aufgeführten Leistungen selbst zu tragen.

Versicherte haben Anspruch auf Erstattung bewilligter Festzuschüsse nach § 55 Absatz 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 Nichtedelmetalllegierung (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, zum Beispiel

- zur Art der Verblendung (Kunststoff, Komposit oder Keramik) oder
- zu vorhandenen, funktionsfähigen Verbindungselementen und Verblockungen, für die es keine Befundkürzel gibt.

Bei der Planung einer Wiederherstellung/Erweiterung oder der Versorgung des Gesamtbefundes in Therapieschritten sind folgende Hinweise im Bemerkungsfeld verpflichtend anzugeben:

- Angaben zur Art der Leistung, für die Festzuschüsse in den Befundklassen 6 und 7 (Wiederherstellung/Erweiterung) anzusetzen sind
- Hinweis, dass die Versorgung des Gesamtbefundes in Therapieschritten erfolgt

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 elektronischen Gesundheitskarte (eGK) sowie den Vertragszahnarztstempel 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 KZVen übermittelt oder im Falle der Direktabrechnung auf dem bereits genehmigten Heil- und Kostenplan eingetragen.

Das Feld „Nachträgliche Befunde“ unter der Zeile „vorläufige 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

In diesem Abschnitt sind die der geplanten Regelversorgung zugeordneten BEMA-Nrn. und ihre jeweilige Anzahl anzugeben; Beispiel: 19 x 3, 91b x 2, 92.

Liegen bei der Kostenplanung mehr als 10 BEMA-Positionen vor, sind die weiteren BEMA-Positionen auf einem zweiten Heil- und Kostenplan aufzulisten. Eine Wiederholung der vorhergehenden Daten ist entbehrlich. Der zweite Heil- und Kostenplan muss jedoch die Daten der eGK sowie den Vertragszahnarztstempel enthalten.

2. Nr. 2: Zahnärztliches Honorar BEMA

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

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

Fallen Leistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bei gleich- bzw. andersartigen Versorgung an, wird das sich aus Heil- und Kostenplan/Teil 2 (Vordruck 3b) ergebende geschätzte GOZ-Honorar in EUR angegeben. Dabei ist nur der Honorarbetrag für die prothetischen Leistungen einzutragen, nicht jedoch eventuell anfallende Beträge für zusätzliche, nicht festzuschussfähige Leistungen, wie implantologische oder funktionsdiagnostische Maßnahmen.

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 Leistungen nach dem Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis (BEL) als auch die Leistungen nach der Bundeseinheitlichen Benennungsliste (BEB) addiert in EUR hier einzutragen.

5. Nr. 5: Behandlungskosten insgesamt (geschätzt)

Die anzugebende Summe ergibt sich aus den Nrn. 1 bis 4.

Das Feld III. ist mit Datum zu versehen und zu unterschreiben. Der Heil- und Kostenplan (Teil 1/Vordruck 3a und ggf. Teil 2/Vordruck 3b, siehe dazu unter B, Teil 2) ist der Krankenkasse grundsätzlich über den Versicherten 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.

Die Krankenkasse setzt die jeweiligen Festzuschüsse fest. Des Weiteren trägt sie ein, ob „00“, „20“ oder „30“ Prozent Vorsorge-Bonus in den Festzuschüssen enthalten ist. 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 grundsätzlich über den Versicherten zurück; mit der Behandlung soll erst nach Bewilligung begonnen werden.

Wird nach der Festsetzung der Festzuschüsse die Planung (z. B. bei Befundänderungen) 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 Versorgungen erfolgt über die KZV 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 (Anlage 8a zum BMV-Z) vollständig zu erstellen und an die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) zu übermitteln. Die KZV bestimmt das Verfahren der Datenlieferung gem. § 4 der Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung vom 12.07.2011 (Anlage 9 zum BMV-Z).

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 anzugeben.

Wurden nur Teilleistungen erbracht, zum Beispiel weil der Versicherte verstorben ist, werden diese mit einem „T“ für Teilleistungen gekennzeichnet und 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 Neuankfertigung 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 Versorgungsgen 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

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

7. Gesamtsumme

Die Gesamtsumme bestehend aus der Addition der Rechnungsbeträge für das Zahnarzthonorar 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 und Cent zu übermitteln. Er 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 Absatz 2 SGB V unzumutbar belastet würden und eine Regelversorgung wählen, erhalten grundsätzlich den doppelten Festzuschuss bzw. höchstens die tatsächlichen Kosten. Deckt der doppelte Festzuschuss die tatsächlichen Kosten nicht ab, übernimmt die Krankenkasse auch die zusätzlichen Kosten.

Wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, 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 Versorgungsgen 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 Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (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

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 und Cent zu übermitteln. Er bildet die Differenz zwischen der Gesamtsumme und dem Festzuschuss der Krankenkasse.

VI. Sonstige Angaben

Das Eingliederungsdatum des Zahnersatzes ist in der Form: „TTMMJJ“ zu übermitteln.

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 (Vordruck 3b)

Teil 2 des Heil- und Kostenplans (Vordruck 3b) ist vom Zahnarzt nur bei gleich- und andersartigen Versorgung, 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 (Vordruck 3b) des Heil- und Kostenplans vom Versicherten oder seinem gesetzlichen Vertreter spätestens vor Behandlungsbeginn zu unterschreiben. Das Unterschriftserfordernis auf Teil 1 (Vordruck 3a) des Heil- und Kostenplans bleibt davon unberührt.

Information:

Das 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 KZVen grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung.

Handelt es sich um andersartige Versorgungungen oder entfallen bei Mischfällen (Regelleistungen und/oder gleichartige Leistungen in Verbindung mit andersartigen Leistungen) mehr als 50 v. H. des zahnärztlichen Honorars auf andersartige Versorgungungen, erfolgt eine Direktabrechnung mit dem Versicherten. Teil 1 (Vordruck 3a) des Heil- und Kostenplans ist bei andersartigen Versorgungungen 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 Regelversorgungungen übernimmt, bis zur tatsächlichen Rechnungshöhe über die KZVen abgerechnet. Die Rechnungsstellung gegenüber dem Härtefall bleibt davon unberührt.

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 Praxislabors über zahntechnische Leistungen und die Erklärung nach Anhang VIII der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14.06.1993 über Medizinprodukte (Konformitätserklärung) beizufügen. Die Konformitätserklärung verbleibt beim Versicherten.

Vordruck 9 – Zahnärztliche Heilmittelverordnung

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

Patienten- und Versicherungsdaten		Zahnärztliche Heilmittelverordnung	
Seitenschein	Krankenkasse bzw. Krankenkörper	15. St. des Leistungsgebietes	
Seitenschein	Name, Vorname des Versicherten	Seitenschein	
Seitenschein	ggf. im	Seitenschein	
Seitenschein	Krankenkategorie	Seitenschein	
Seitenschein	Versicherungsart	Seitenschein	
Seitenschein	Stellen	Seitenschein	
Seitenschein	Versicherungsnummer	Seitenschein	
Seitenschein	Datum	Seitenschein	
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)		Seitenschein	
☐ Erstverordnung ① ☐ Folgeverordnung ② ☐ Verordnung außerhalb des Regelfalles ③ ☐ Verordnung außerhalb des Regelfalles ④ ☐ Verordnung außerhalb des Regelfalles ⑤ ☐ Verordnung außerhalb des Regelfalles ⑥		Seitenschein	
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges		Seitenschein	
Physiotherapie und physikalische Therapie Vorrangige Heilmittel ⑦ ☐ KG ☐ KG-ZNS-Kinder ☐ Bobath ☐ Vojta ☐ KG-ZNS ☐ Bobath ☐ Vojta ☐ MPT ☐ MT ☐ MLD 30 ☐ MLD 45		Ergänzende Heilmittel ⑧ ☐ Kälte ☐ Wärme ☐ Heißluft ☐ Heiße Rolle ☐ Ultraschall ☐ Packungen ☐ Elektrostimulation ☐ Elektrotherapie ggf. Spezifizierung ⑧	
Sprech- und Sprachtherapie ⑨ Therapiedauer ☐ 30 min. ☐ 45 min. ☐ 60 min.		Anzahl pro Woche ⑩ ☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x Verordnungsmenge ☐ ggf. ergänzendes Heilmittel Anzahl pro Woche ⑪ ☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x Verordnungsmenge ☐	
Indikationsbereich ⑫ ☐ ICD-10 ☐ ICD-10 ☐ ICD-10		Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele ⑬ ☐	
Medizinische Begründung bei Verordnung außerhalb des Regelfalles (ggf. Beileist) ⑭ ☐		Zahnärztliche Begründung bei Verordnung außerhalb des Regelfalles (ggf. Beileist) ⑮ ☐	

- ① Erstverordnung ② Folgeverordnung ③ Verordnung außerhalb des Regelfalles

Bei der Kennzeichnung einer Verordnung als „Erstverordnung“, „Folgeverordnung“ oder „Verordnung außerhalb des Regelfalles“ darf immer nur ein Kästchen angekreuzt werden. Das Ankreuzen mehrerer Kästchen ist nicht zulässig.

Jeder Heilmittelverordnung liegt ein Regelfall zugrunde, der in den jeweiligen Abschnitten des Heilmittelkataloges Zahnärzte definiert wird. Im Heilmittelkatalog wird beschrieben, welche Heilmittel in welchen Mengen bei welchen Indikationen (Indikationsgruppen und Leitsymptomatik) im **Regelfall** dazu führen, das angestrebte Therapieziel zu erreichen. Für den Regelfall gilt der

Heilmittelkatalog als Leitfaden zur Verordnung. Die Indikationsgruppen und ggf. die Leitsymptomatik werden durch einen drei- bzw. vierstelligen Indikationsschlüssel definiert, der auf dem Vordruck abgebildet wird.

① Erstverordnung

Jeder Regelfall beginnt mit einer Erstverordnung. In diesem Fall ist das Kästchen „Erstverordnung“ vom Vertragszahnarzt anzukreuzen. Vor der Erstverordnung ist eine Eingangsdiagnostik durch den Vertragszahnarzt notwendig.

② Folgeverordnung

Nach einer Erstverordnung gilt jede Verordnung zur Behandlung derselben Erkrankung (desselben Regelfalles) als Folgeverordnung. In diesem Fall ist das Kästchen „Folgeverordnung“ vom Vertragszahnarzt anzukreuzen. Dies gilt auch, wenn sich während der Behandlung die Leitsymptomatik ändert und unterschiedliche Heilmittel zum Einsatz kommen.

③ Verordnung außerhalb des Regelfalles

Lässt sich die Behandlung mit der nach Maßgabe des Heilmittelkataloges Zahnärzte bestimmten Gesamtverordnungsmenge im Regelfall nicht abschließen, sind weitere Verordnungen außerhalb des Regelfalles möglich. In diesem Fall ist das Kästchen „Verordnung außerhalb des Regelfalles“ vom Vertragszahnarzt anzukreuzen. Solche Verordnungen bedürfen einer besonderen Begründung mit prognostischer Einschätzung (siehe Feld ⑭ Medizinische Begründung). Bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles ist eine störungsbildabhängige erneute Diagnostik durchzuführen.

Soweit ein längerfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 8 der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte besteht, wird dieser als „Verordnung außerhalb des Regelfalles“ gekennzeichnet. In diesen genehmigungspflichtigen Fällen muss eine Regelfallverordnung nicht zuvor durchlaufen werden.

Besonderheit bei der Verordnung außerhalb des Regelfalles

Im Fall einer Verordnung außerhalb des Regelfalles ist die Verordnungsmenge abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass mindestens eine Überprüfung des Behandlungsfortschrittes durch den Vertragszahnarzt innerhalb einer Zeitspanne von 12 Wochen nach der Verordnung gewährleistet ist (siehe § 7 Abs. 1 Satz 4 HeilM-RL ZÄ).

④ Behandlungsbeginn spätestens am

Das Feld „Behandlungsbeginn spätestens am“ ist vom Vertragszahnarzt nur dann auszufüllen, wenn die Notwendigkeit besteht, die Behandlung mit dem verordneten Heilmittel früher oder später als innerhalb von 14 Kalendertagen aufzunehmen. Für diese Frist wird ein sechsstelliges Format verwendet TTMMJJ (z. B. 010917). Wird hier kein Datum eingetragen, muss die Behandlung mit dem verordneten Heilmittel innerhalb von 14 Kalendertagen beginnen.

⑤ Hausbesuch

Das Kästchen „Hausbesuch - Ja“ ist vom Vertragszahnarzt anzukreuzen, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder der Hausbesuch aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. Soweit ein Hausbesuch nicht notwendig ist, ist das Kästchen „Hausbesuch - Nein“ vom Vertragszahnarzt anzukreuzen.

⑥ Therapiebericht

Bei Bedarf kann der Vertragszahnarzt einen Therapiebericht beim Heilmittelerbringer anfordern. Dies ist auf der zahnärztlichen Heilmittelverordnung durch Ankreuzen des Kästchens „Therapiebericht - Ja“ zu kennzeichnen. Soweit auf den Therapiebericht verzichtet werden kann, bleibt dieses Kästchen frei.

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Auf der zahnärztlichen Heilmittelverordnung sind die Maßnahmen der Physiotherapie und der physikalischen Therapie sowie der Sprech- und Sprachtherapie nach Maßgabe des Heilmittelkataloges Zahnärzte anzugeben.

Die gleichzeitige Verordnung von Heilmitteln aus den verschiedenen Abschnitten des Heilmittelkataloges (gleichzeitige Verordnung von Maßnahmen der Physiotherapie/physikalischen Therapie sowie Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie) ist bei entsprechender Indikation zulässig. Werden Heilmittel aus verschiedenen Abschnitten des Heilmittelkataloges verordnet, ist für jede Verordnung je ein Ordnungsvordruck zu verwenden.

⑦ Vorrangige Heilmittel (Physiotherapie und physikalische Therapie)

Der Vertragszahnarzt verordnet durch Ankreuzen eines entsprechenden Kästchens „KG“ Krankengymnastik, „KG-ZNS-Kinder“ Krankengymnastik bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, „KG-ZNS“ Krankengymnastik bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems nach Vollendung des 18. Lebensjahres, „MT“ Manuelle Therapie, „MLD-30“ Manuelle Lymphdrainage 30 Minuten, „MLD-45“ Manuelle Lymphdrainage 45 Minuten. Der Vertragszahnarzt kann durch das Ankreuzen des entsprechenden Kästchens „Bobath“, „Vojta“ oder „PNF“ die Maßnahmen der „KG-ZNS-Kinder“ bzw. „KG-ZNS“ spezifizieren. Erfolgt keine Spezifikation, kann der Heilmittelerbringer selbstständig die entsprechende Maßnahme auswählen. Es kann maximal ein vorrangiges Heilmittel verordnet werden.

⑧ Ergänzende Heilmittel (Physiotherapie und physikalische Therapie)

Die Wärme- und Kälteapplikation kann nur als therapeutisch erforderliche Ergänzung in Kombination mit „KG“, „KG-ZNS-Kinder“, „KG-ZNS“, „MT“, „MLD-30“ oder „MLD-45“ verordnet werden. Der Vertragszahnarzt kann durch das Ankreuzen des entsprechenden Kästchens „Heißluft“, „Heiße Rolle“, „Ultraschall“ oder „Packungen“ die Maßnahmen der „Wärmetherapie“ spezifizieren. Erfolgt keine Spezifikation, kann der Heilmittelerbringer unter Berücksichtigung der für ihn maßgebenden Vorschriften selbstständig die entsprechende Maßnahme auswählen.

Die Elektrotherapie oder Elektrostimulation kann als ergänzendes Heilmittel zu den vorrangigen Heilmitteln „KG“, „KG-ZNS-Kinder“, „KG-ZNS“, „MT“, „MLD-30“ oder „MLD-45“ verordnet werden. Die Elektrotherapie oder Elektrostimulation kann ohne Verordnung eines vorrangigen Heilmittels verordnet werden, soweit der Heilmittelkatalog dies vorsieht.

Der Vertragszahnarzt kann die beiden leeren Zeilen „ggf. Spezifizierung“ für eine weitere Spezifizierung der Maßnahmen nach den §§ 21 und 22 der HeilM-RL ZÄ nutzen. Hierzu gehören die nachstehend beschriebenen Maßnahmen:

1. Kältetherapie mittels Kaltpackungen, Kaltgas, Kaltluft
2. Wärmetherapie mittels Heißluft, als strahlende oder geleitete Wärme zur Muskeldetonisierung und Schmerzlinderung

3. Wärmetherapie mittels heißer Rolle, zur lokalen Hyperämisierung mit spasmolytischer, sedierender, schmerzlindernder Wirkung
4. Wärmetherapie mittels Ultraschall, zur Verbesserung der Durchblutung und des Stoffwechsels und zur Erwärmung tiefergelegener Gewebsschichten
5. Wärmetherapie mittels Warmpackungen mit Peloiden (z. B. Fango), Paraffin oder Paraffin-Peloidgemischen zur Applikation intensiver Wärme
6. Elektrotherapie unter Verwendung konstanter galvanischer Ströme oder unter Verwendung von Stromimpulsen (z. B. diadynamische Ströme, mittelfrequente Wechselströme, Interferenzströme)
7. Elektrostimulation unter Verwendung von Reizströmen mit definierten Einzel-Impulsen nach Bestimmung von Reizparametern (nur zur Behandlung von Lähmungen bei prognostisch reversibler Nervenschädigung)

Maßnahmen der Übungsbehandlung können in geeigneten Fällen zusätzlich zur Manuellen Lymphdrainage ergänzend verordnet werden.

Es kann maximal ein ergänzendes Heilmittel verordnet werden.

⑨ Sprech- und Sprachtherapie: Therapiedauer pro Sitzung

Der Vertragszahnarzt verordnet durch Ankreuzen eines entsprechenden Kästchens der Minutenangaben „30 min“, „45 min“ oder „60 min“ Sprech- und Sprachtherapie nach Maßgabe des Heilmittelkataloges Zahnärzte in Abhängigkeit von der medizinischen Indikation (konkretes Störungsbild) sowie der jeweiligen Belastbarkeit des Patienten.

⑩ Anzahl pro Woche und Verordnungsmenge

Im Feld „Anzahl pro Woche“ ist vom Vertragszahnarzt durch Ankreuzen eines entsprechenden Kästchens „1x“, „2x“, „3x“ eine Behandlungsfrequenz anzugeben. Sofern der Vertragszahnarzt eine Frequenzspanne vorgeben möchte, ist jeweils der untere und der obere Wert der Frequenzspanne mit einem Kreuz zu versehen (z. B. bei 1 - 2x wöchentlich Kreuz im Feld „1x“ und im Feld „2x“; bei „2 - 3x wöchentlich“ Kreuz im Feld „2x“ und im Feld „3x“; usw.). Die spätere Abweichung von der angegebenen Frequenz ist nur zulässig, wenn zwischen Vertragszahnarzt und Therapeut ein abweichendes Vorgehen verabredet wurde.

Im Fall einer Erst- oder Folgeverordnung darf die Verordnungsmenge je Indikationsgruppe den Wert gemäß ausgewähltem Indikationsschlüssel in Verbindung mit dem gewählten Heilmittel die Vorgabe des Heilmittelkataloges Zahnärzte nicht überschreiten. Nicht jede Schädigung/Funktionsstörung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung oder der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles.

⑪ ggf. ergänzendes Heilmittel: Anzahl pro Woche und Verordnungsmenge

Dieses Feld steht zur Verfügung in Fällen, in denen zu einem vorrangigen Heilmittel ein ergänzendes Heilmittel auf einem Vordruck verordnet werden soll. Es kann hier die Anzahl pro Woche und die Verordnungsmenge für das ergänzende Heilmittel nach Maßgabe der Ziffer ⑩ angegeben werden.

Besonderheit bei der Verordnung außerhalb des Regelfalles

Im Falle einer Verordnung außerhalb des Regelfalles ist die Verordnungsmenge in den Feldern ⑩ und ⑪ abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass die Behandlung einen Zeitraum von bis zu 12 Wochen umfasst und eine zahnärztliche Untersuchung gewährleistet ist (siehe § 7 Abs. 1 Satz 4 HeilM-RL ZÄ).

⑫ Indikationsschlüssel

In diesem Feld ist der vollständige Indikationsschlüssel anzugeben. Dieser setzt sich bei der zahnärztlichen Heilmittelverordnung in der Regel aus der Bezeichnung der Diagnosegruppe (z. B. LYZ2) und in Ausnahmefällen aus der Bezeichnung der Diagnosegruppe und dem Buchstaben der vorrangigen Leitsymptomatik (nur bei CD1, CD2 und CSZ) gemäß Heilmittelkatalog Zahnärzte zusammen (z. B. CD1a oder CSZb).

⑬ Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele

Die Felder für den ICD-10-Code sind vom Vertragszahnarzt nicht auszufüllen. Die Diagnose ist als Freitext anzugeben.

Therapierelevante Befundergebnisse sind auf der zahnärztlichen Heilmittelverordnung anzugeben. Diese können sich aus der Eingangsdiagnostik oder aus einer erneuten störungsbildabhängigen Erhebung des Befundes ergeben.

Die Therapieziele sind vom Vertragszahnarzt anzugeben, wenn sich diese nicht aus der Angabe der Diagnose und der Leitsymptomatik ergeben.

⑭ Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Dieses Feld ist nur bei einer Verordnung außerhalb des Regelfalles zu befüllen.

In diesem Feld hat der Vertragszahnarzt eine besondere Begründung mit prognostischer Einschätzung abzugeben. Es ist gegebenenfalls ein Beiblatt zu benutzen.

⑮ Felder für den Leistungserbringer

Die Felder „IK des Leistungserbringers“, „Gesamt-Zuzahlung“, „Gesamt-Brutto“, „Heilmittel-Pos.-Nr.“, „Faktor“, „Wegegeld-/Pauschale“, „km“, „Hausbesuch“, „Rechnungsnummer“ und „Belegnummer“ sind nicht vom Vertragszahnarzt auszufüllen.

Rückseite oder Seite 2 des Vordruckes:

Die Rückseite oder die Seite 2 des Vordruckes ist bei der EDV-mäßigen Erstellung des gesamten Vordruckes ebenfalls vom Vertragszahnarzt zu drucken. Die Rückseite oder Seite 2 ist vom Vertragszahnarzt nicht auszufüllen.

C. Erläuterungen und Ausfüllhinweise zu den Formularen aus dem vertragsärztlichen Bereich, die auch für den vertragszahnärztlichen Bereich anzuwenden sind

Die im Folgenden aufgeführten Vordruckmuster aus dem vertragsärztlichen Bereich finden im vertragszahnärztlichen Bereich in der jeweils angegebenen Fassung entsprechende Anwendung. Änderungen der vertragsärztlichen Vordruckmuster werden im vertragszahnärztlichen Bereich nur wirksam, wenn der GKV-Spitzenverband und die KZBV dies vereinbaren.

Muster 1 – Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
--

Das Muster 1 besteht aus dem folgenden vierteiligen Formularsatz:

Muster 1a - Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 1b - Ausfertigung für den Arbeitgeber

Muster 1c - Ausfertigung für den Versicherten

Muster 1d - Ausfertigung für den Arzt/Zahnarzt

Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer voraussichtlichen Dauer erfordert im Hinblick auf ihre Bedeutung eine besondere Sorgfalt. Arbeitsunfähigkeit darf deshalb nur aufgrund einer zahnärztlichen Untersuchung bescheinigt werden.

Der Zahnarzt soll den für ihn bestimmten Durchschlag der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1d) mindestens 12 Monate aufbewahren.

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie) ist zu beachten.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

1 Erst-/Folgebescheinigung

Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung muss erkennen lassen, ob es sich um eine Erst- oder Folgebescheinigung handelt. Das Kästchen „Erstbescheinigung“ ist von dem Vertragszahnarzt anzukreuzen, der die Arbeitsunfähigkeit erstmalig festgestellt hat, ansonsten ist das Kästchen „Folgebescheinigung“ (auch bei Mit-/Weiterbehandlung) anzukreuzen. Tritt eine neue Erkrankung auf und hat zwischenzeitlich, wenn auch nur kurzfristig, Arbeitsfähigkeit bestanden, ist „Erstbescheinigung“ anzukreuzen; dies gilt auch dann, wenn eine neue Arbeitsunfähigkeit am Tag nach dem Ende der vorherigen Arbeitsunfähigkeit beginnt.

2 Arbeitsunfall, -folgen, Berufskrankheit/ dem Durchgangsarzt zugewiesen

Bei Vorliegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit ist „Arbeitsunfall/-folgen, Berufskrankheit“ anzukreuzen. Die entsprechenden Regelungen hierzu gelten weiter fort.

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am		Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung 1 ☐ Erstbescheinigung 1 ☐ Folgebescheinigung
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status		
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum		
2 ☐ Arbeitsunfall, Arbeitsunfall- folgen, Berufskrankheit 2 ☐ dem Durchgangsarzt zugewiesen		
arbeitsunfähig seit		Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit		
festgestellt am		
Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse		

AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)		
6 ICD-10 - Code	6 ICD-10 - Code	6 ICD-10 - Code
6 ICD-10 - Code	6 ICD-10 - Code	6 ICD-10 - Code
6		
7 ☐ sonstiger Unfall, Unfallfolgen		8 ☐ Versorgungs- leiden (z.B. BVG)
Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten		
9 ☐ Leistungen zur medizinischen Rehabilitation		9 ☐ stufenweise Wiedereingliederung
9 ☐ Sonstige		
Im Krankengeldfall 10 ☐ ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall 11 ☐ Endbescheinigung		

Muster 1a (1.2018)

3 arbeitsunfähig seit

In der Zeile „arbeitsunfähig seit“ ist einzutragen, von welchem Tag an beim Versicherten nach dem vom Vertragszahnarzt erhobenen Befund Arbeitsunfähigkeit besteht. Dabei soll Arbeitsunfähigkeit für eine vor der ersten Inanspruchnahme des Vertragszahnarztes liegende Zeit grundsätzlich nicht bescheinigt werden. Eine Rückdatierung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit auf einen vor dem Behandlungsbeginn liegenden Tag ist nur ausnahmsweise und nur nach gewissenhafter Prüfung und in der Regel nur bis zu zwei Tagen zulässig.

Bei erstmaliger Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Erstbescheinigung) ist in jedem Falle sowohl die Zeile „arbeitsunfähig seit“ als auch die Zeile „festgestellt am“ auszufüllen, und zwar auch dann, wenn die Daten übereinstimmen. Handelt es sich um eine Folgebescheinigung, kann die Eintragung des Datums in der Zeile „arbeitsunfähig seit“ unterbleiben.

Die Angaben sind ausschließlich sechsstellig im Format TTMMJJ (z. B. 010215) anzugeben.

4 voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit

In das Kästchen „voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit“ ist das Datum einzusetzen, bis zu welchem auf Grund des erhobenen zahnärztlichen Befundes voraussichtlich Arbeitsunfähigkeit bestehen wird. Die Prognose der Dauer der Arbeitsunfähigkeit soll nicht für einen mehr als zwei Wochen im Voraus liegenden Zeitraum bescheinigt werden. Ist es auf Grund der Erkrankung oder eines besonderen Krankheitsverlaufs sachgerecht, kann die Arbeitsunfähigkeit bis zur Dauer von einem Monat bescheinigt werden.

Besteht an arbeitsfreien Tagen Arbeitsunfähigkeit z. B. an Samstagen, Sonntagen, Feiertagen, Urlaubstagen oder an arbeitsfreien Tagen aufgrund einer flexiblen Arbeitszeitregelung (sog. „Brückentage“), ist sie auch für diese Tage zu bescheinigen.

Liegt ein potentieller Krankengeldfall vor und der Vertragszahnarzt kann bereits bei der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit einschätzen, dass die Arbeitsunfähigkeit tatsächlich an dem im Feld „voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich bzw. letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit“ angegebenen Datum endet, enden wird bzw. geendet hat, ist zusätzlich zur Angabe des letzten Tages der Arbeitsunfähigkeit das Kästchen „Endbescheinigung“ anzukreuzen. Auf diese Angabe ist besondere Sorgfalt zu verwenden, weil das bescheinigte Datum für die Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers, die Leistungsfortzahlung der Agentur für Arbeit und die Krankengeldzahlung wichtig ist.

Die Angaben sind ausschließlich sechsstellig im Format TTMMJJ (z. B. 010215) anzugeben.

5 festgestellt am

Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit darf weder vor- noch rückdatiert werden; es ist vielmehr der Tag einzusetzen, an dem die Arbeitsunfähigkeit tatsächlich jeweils für den in der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung angegebenen Arbeitsunfähigkeitszeitraum zahnärztlich festgestellt wurde.

Das Feststelldatum ist wichtig für einen lückenlosen Nachweis des Fortbestehens einer Arbeitsunfähigkeit. Hierfür muss die weitere Arbeitsunfähigkeit spätestens an dem auf das bisher attestierte voraussichtliche Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Werktag erneut zahnärztlich festgestellt werden. Samstage gelten nicht als Werktage im vorgenannten Sinne. Eine verspätete Feststellung der Arbeitsunfähigkeit führt zu einem lückenhaften Nachweis der Arbeitsunfähigkeit; hierdurch droht Krankengeldverlust für den Versicherten.

6 AU-begründende Diagnose(n)

Alle die aktuelle Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen sind unter „AU-begründende Diagnose(n)“ anzugeben. Der Vertragszahnarzt nutzt für die Angabe als Klartext/Freitext die freie Zeile und bei einem höheren Platzbedarf auch die sechs Felder über der Freizeile, die mit ICD-10-Code beschrieben sind. Damit stehen dem Vertragszahnarzt 3 Zeilen für den Klartext/Freitext zur Verfügung.

Bei der Blankoformularbedruckung können die zusätzlichen Zeilen für die Klartext-/Freitext-Eingabe der die Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnose genutzt werden. Die im Original-Muster unter „AU-begründende Diagnose“ vorgesehenen Felder für die Angabe des ICD-10 Codes werden durch zwei Zeilen für die Freitexteingabe ersetzt. Aus Gründen der Beleglesung ist in der dritten Zeile mit der Angabe der die Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnose zu beginnen.

7 sonstiger Unfall, Unfallfolgen

Bei Vorliegen eines Unfalls oder Unfallfolgen ist dies entsprechend anzukreuzen. Handelt es sich um einen Arbeitsunfall bzw. Folgen eines Arbeitsunfalls, ist stattdessen „Arbeitsunfall/-folgen, Berufskrankheit“ anzukreuzen.

8 Versorgungsleiden (z. B. Bundesversorgungsgesetz (BVG))

Bei Vorliegen eines Versorgungsleidens ist dies entsprechend anzukreuzen. Unter Versorgungsleiden werden alle Krankheiten oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen verstanden, die wegen einer öffentlich angeordneten beziehungsweise angeregten Maßnahme oder als Folge einer Straftat entstanden sind und vom Versorgungsamt anerkannt worden sind. Hierunter sind z. B. folgende Ansprüche zu subsumieren:

- Bundesversorgungsgesetz (Kriegsschäden)
- Opferentschädigungsgesetz (z. B. Opfer von Gewalttaten)
- Infektionsschutzgesetz (z. B. Impfschäden, anderweitige Gesundheitsschäden durch Prophylaxe)
- Soldatenversorgungsgesetz

9 Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Dieser Abschnitt entfällt für den Vertragszahnarzt. Bei der Blankoformularbedruckung kann dieser Bereich außer Acht gelassen werden.

10 ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall

Sobald die durchgängige Dauer der Arbeitsunfähigkeit mehr als 6 Wochen beträgt oder der Vertragszahnarzt über das Vorliegen eines sonstigen Krankengeldfalles (z. B. wegen anrechenbaren Vorerkrankungen oder Arbeitsunfähigkeit während der ersten vier Wochen des Arbeitsverhältnisses) Kenntnis erlangt, ist in jeder dieser Arbeitsunfähigkeit folgenden Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung das Kästchen „ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall“ anzukreuzen. Bei der Angabe handelt es sich um einen Hinweis des Vertragszahnarztes für die Krankenkasse, dass die aktuelle Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in einem potentiellen Krankengeldfall ausgestellt wurde; der Vertragszahnarzt beurteilt durch die Angabe nicht, ob tatsächlich ein Anspruch auf Krankengeld für den Versicherten gegeben ist.

11 Endbescheinigung

Liegt ein Krankengeldfall vor und der Vertragszahnarzt kann bei der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bereits einschätzen, dass die Arbeitsunfähigkeit tatsächlich an dem im Feld „voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich bzw. letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit“ angegebenen Datum endet, enden wird bzw. geendet hat, ist das Kästchen „Endbescheinigung“ anzukreuzen.“

Muster 2 – Verordnung von Krankenhausbehandlung
--

Hinweise:

1. Die Verordnung von Krankenhausbehandlung darf, von Notfällen abgesehen, nur erfolgen, wenn der behandelnde Vertragszahnarzt festgestellt hat, dass der Zustand des Patienten dies notwendig macht.
2. Vor der Verordnung von Krankenhausbehandlung hat der Vertragszahnarzt alle notwendigen Maßnahmen zu treffen oder zu veranlassen, die nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst angezeigt und wirtschaftlich sind, um die Einweisung in das Krankenhaus entbehrlich zu machen. Insbesondere soll er prüfen, ob eine ambulante Versorgung zur Erzielung des Heil- oder Linderungserfolgs ausreicht.
3. Nur bei medizinischer Notwendigkeit darf die Verordnung von Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkassen erfolgen. Die Notwendigkeit ist bei der Verordnung zu begründen, wenn sich die Begründung nicht aus dem im Feld „Diagnose“ anzugebenden Befund oder den Symptomen ergibt.
4. Der Vertragszahnarzt füllt zunächst den Teil 2a des Vordrucksatzes vollständig aus. Dabei ist auch darauf zu achten, dass, sofern die Krankenhausbehandlung aufgrund eines Unfalls oder von Unfallfolgen (keine Arbeitsunfälle/Berufskrankheiten) erforderlich wird, eine entsprechende Kennzeichnung vorgenommen wird, damit die Krankenkassen in der Lage sind, ggf. Kosten gegenüber Dritten geltend zu machen.
5. Bei Aushändigung der Verordnung (Teil 2a) soll der Vertragszahnarzt den Versicherten auf die Genehmigungspflicht durch die Krankenkasse (s. Rückseite des Vordrucks) hinweisen. In Notfällen entfällt die Genehmigungspflicht. Auf Teil 2b hat der Vertragszahnarzt notwendige Informationen für den Krankenhausarzt einzutragen. Dieser Teil ist zusammen mit allen für die stationäre Behandlung bedeutsamen Unterlagen dem Patienten für den Krankenhausarzt mitzugeben.
6. Der Vertragszahnarzt wird im Einzelfall zu entscheiden haben, ob er dem Versicherten neben dem Muster 2a auch Muster 2b offen oder in einem verschlossenen Briefumschlag mitgibt.
7. Neben einer Verordnung von Krankenhausbehandlung ist erforderlichenfalls eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1a - 1d) auszustellen, und zwar auch dann, wenn der Beginn der Arbeitsunfähigkeit mit dem Tage der Krankenhausaufnahme übereinstimmt.

Muster 4 – Verordnung einer Krankbeförderung (Stand 01.04.2019)
--

Voraussetzung für die Verordnung einer Krankbeförderung ist, dass die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig ist. Maßgeblich für die Auswahl des Beförderungsmittels ist die medizinische Notwendigkeit im Einzelfall unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Für die Auswahlentscheidung sind deshalb insbesondere der aktuelle Gesundheitszustand des Patienten und seine Gehfähigkeit zu berücksichtigen. Fahrten ohne zwingenden medizinischen Grund, z. B. zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden oder Abholen von Verordnungen, dürfen nicht verordnet werden. Nicht verordnungsfähig sind zudem Fahrten zu Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI, z. B. Fahrten von der Wohnung des Patienten zum Pflegeheim. Grundsätzlich ist die Verordnung vor der Beförderung auszustellen. Grundlage der Verordnung einer Krankbeförderung ist die Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (KT-RL).

Die Verordnung ist dem Versicherten auszuhändigen, der diese bei genehmigungsfreien Fahrten direkt an den Transporteur weiterreichen kann. Bei genehmigungspflichtigen Fahrten ist die Verordnung vom Versicherten vor Fahrtantritt an die Krankenkasse zu senden, damit diese eine datenschutzkonforme Genehmigung veranlassen kann.

Änderungen und Ergänzungen der Verordnung bedürfen einer erneuten Unterschrift des Vertragszahnarztes mit Stempel und Datumsangabe.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

(s. nachfolgende Seiten)

Zuzahl- pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Verordnung einer Krankenförderung 4 2 Unfall, Unfallfolge 2 Arbeitsunfall, Berufskrankheit 2 Versorgungsleiden (z.B. BVG) 3 Hinfahrt 3 Rückfahrt
Zuzahl- frei	Name, Vorname des Versicherten	
	geb. am	
	Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status	
	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

a) 4 voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung

4 vor-/nachstationäre Behandlung

b) 5 anderer Grund, z.B. Fahrten zu stationären Hospizen: 5

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

c) hochfrequente Behandlung 6 Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie

6 vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung erforderlich)

d) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung 7 Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5

7 vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung erforderlich)

Begründung 8

e) 9 anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert (z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben, Begründung unter 3. angeben)

10 2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am TTMMJJ / x pro Woche, bis voraussichtlich TTMMJJ
Behandlungsstätte (Name, Ort)

3. Art der Beförderung

11 Taxi/Mietwagen:

11 Rollstuhl

11 Tragestuhl

11 liegend

12 KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen

12

13 RTW

14 NAW/NEF

15 andere

15

Sonstiges (z.B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/ zur Wohnung stattfindet)

16

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (4.2.019)

1 Zuzahlungsfrei bzw. Zuzahlungspflicht

Hier ist anzugeben, ob der Versicherte Zuzahlungen zu leisten hat. Grundsätzlich ist die Verordnung zuzahlungspflichtig und damit das Feld „Zuzahlungspflicht“ anzukreuzen.

Das Feld „Zuzahlungsfrei“ ist nur anzukreuzen

- bei Verordnungen zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers (siehe 2),
 - bei Verordnungen für Versicherte aufgrund eines Versorgungsleidens (siehe 2)
- sowie

- in den Fällen, in denen eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht vom Versicherten nachgewiesen wird.

② Unfall, Unfallfolge, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Versorgungsleiden (z. B. BVG)

Liegt ein Unfall, ein Arbeitsunfall, eine Berufskrankheit oder ein Versorgungsleiden vor, ist dies zu kennzeichnen.

Bei einem Arbeitsunfall (auch Schulunfall) oder einer anerkannten Berufskrankheit ist die Verordnung zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers auszustellen. Dafür ist im Kostenträgerfeld der zuständige Unfallversicherungsträger zu benennen.

Unter Versorgungsleiden werden alle Krankheiten oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen verstanden, die wegen einer öffentlich angeordneten bzw. angeregten Maßnahme oder als Folge einer Straftat entstanden sind und vom Versorgungamt anerkannt wurden. Hierunter sind z. B. folgende Ansprüche zu subsumieren:

- Bundesversorgungsgesetz (Kriegsschäden),
- Opferentschädigungsgesetz (z. B. Opfer von Gewalttaten),
- Infektionsschutzgesetz (z. B. Impfschäden, anderweitige Gesundheitsschäden durch Prophylaxe),
- Soldatenversorgungsgesetz.

③ Hinfahrt, Rückfahrt

Im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse sind in der Regel nur Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem Aufenthaltsort des Patienten und der nächst erreichbaren, geeigneten Behandlungsmöglichkeit verordnungsfähig.

Im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes prüft der Vertragszahnarzt die medizinische Notwendigkeit jeweils für die Hinfahrt und für die Rückfahrt. Ist beispielsweise nur die Rückfahrt nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln möglich, so ist nur diese verordnungsfähig.

Bei Bedarf soll die für den Transporteur ggf. anfallende Wartezeit durch den Vertragszahnarzt unter **⑩** angegeben werden.

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

④ a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankentransportbeförderung zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung ist ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse zulässig.

④ a) vor-/nachstationäre Behandlungen

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankentransportbeförderung zur vor-/nachstationären Behandlung ist ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse zulässig.

5 b) anderer Grund, z. B. Fahrten zu stationären Hospizen

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenförderung aus einem anderen Grund, z. B. Fahrt zu stationärem Hospiz, ist ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse zulässig.

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen

c) hochfrequente Behandlung

6 Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie

Dieses Feld ist vom Vertragszahnarzt nicht auszufüllen.

6 vergleichbarer Ausnahmefall

Ein vergleichbarer Ausnahmefall ist anzunehmen, wenn Patienten mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt werden, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist und die Patienten durch die Behandlung oder dem zu dieser Behandlung führenden Krankheitsverlauf so beeinträchtigt sind, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist. Die Vergleichbarkeit ist unter **8** zu begründen.

d) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung

7 Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenfahrt zur ambulanten Behandlung ist auch für Patienten möglich, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder einen Einstufungsbescheid in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 bei der Verordnung vorlegen. Bei Patienten mit einem Pflegegrad 3, die bis zum 31.12.2016 nicht mindestens in die Pflegestufe 2 eingestuft waren, muss zusätzlich wegen dauerhafter (mindestens über 6 Monate) körperlicher, kognitiver oder psychischer Beeinträchtigung ihrer Mobilität ein Unterstützungsbedarf bei der Beförderung bestehen, sodass sie nicht eigenständig (z. B. mit öffentlichen Verkehrsmitteln) zur ambulanten Behandlung fahren können. Dies ist im Einzelfall zu bewerten. Dabei kann sich der Vertragszahnarzt auf bereits vorliegende Feststellungen bezüglich der Mobilität des Versicherten stützen (z. B. Merkzeichen „G“ [erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr] im Schwerbehindertenausweis). Bei Patienten mit einem Pflegegrad 3, die bis zum 31.12.2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren, ist von einer entsprechenden dauerhaften Mobilitätsbeeinträchtigung auszugehen.

Die Verordnung von Krankenfahrten für Versicherte mit einem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ sowie mit einer Einstufung in den Pflegegrad 3 (bei dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung), 4 oder 5 muss seit dem 01.01.2019 nicht mehr der Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt werden, die Genehmigung gilt in diesen Fällen von Gesetzes wegen als erteilt. Dennoch ist für solche Fahrten auch ab dem 01.01.2019 das Ankreuzfeld „Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5“ vom Vertragszahnarzt bei der Verordnung zu nutzen und von den Krankenkassen ohne Durchführung eines Genehmigungsverfahrens zu akzeptieren. Diese Verfahrensweise gilt übergangsweise, bis der G-BA die Krankentransport-Richtlinie an die gesetzlichen Änderungen angepasst hat.

7 vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate

Bei einer den vorgenannten Kriterien vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität (Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder

5) kommt eine Verordnung nur in Betracht, wenn der Patient einer ambulanten Behandlung für mindestens 6 Monate bedarf. Die Vergleichbarkeit der Mobilitätsbeeinträchtigung ist unter ⑧ zu begründen.

⑧ Freitextfeld zur Begründung der Vergleichbarkeit nach ⑥ und ⑦.

⑨ e) anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert

Andere Gründe als die vorgenannten können die Verordnung einer Krankenförderung mit einem Krankentransportwagen (KTW) erforderlich machen, wenn Patienten während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtung eines KTW bedürfen oder zu erwarten ist, dass dies erforderlich wird (z. B. weil während der Fahrt wegen Dekubitus ohne Pflegegrad ein fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich ist) oder wenn dadurch die Übertragung schwerer, ansteckender Krankheiten der Patienten vermieden wird. Angaben, weshalb eine fachliche Betreuung oder besondere Einrichtung benötigt wird, sind unter ⑫ zu machen.

⑩ 2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

Hier sind Angaben zum (voraussichtlichen) Behandlungstag bzw. zur Behandlungsfrequenz und die Behandlungsstätte (z. B. Name des Krankenhauses/Vertragszahnarztes) anzugeben.

Dabei ist zu beachten, dass Krankenkassen Fahrkosten in der Regel bis zur nächst erreichbaren, geeigneten Behandlungsmöglichkeit (z. B. Vertragszahnarztpraxis) übernehmen. Wird eine andere Behandlungsmöglichkeit gewählt, hat der Versicherte grundsätzlich die Mehrkosten zu tragen.

3. Art der Beförderung

⑪ Taxi/Mietwagen: Rollstuhl, Tragestuhl, liegend

Ein Taxi/Mietwagen ist verordnungsfähig, wenn der Patient aus zwingenden medizinischen Gründen kein öffentliches Verkehrsmittel oder privates Kraftfahrzeug benutzen kann. Soll ein Patient mit Rollstuhl, im Tragestuhl oder liegend befördert werden, so sind diese Anforderungen an das Taxi/den Mietwagen hier zusätzlich zu kennzeichnen. Es handelt sich hierbei nicht um besondere Einrichtungen des KTW. Eine medizinisch-fachliche Betreuung der Patienten findet nicht statt.

⑫ KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen

Die Verordnung eines KTW ist nur zulässig, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung und/oder die besondere Einrichtung des KTW aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist und eine Beförderung durch ein weniger aufwendiges Beförderungsmittel nicht möglich ist. Dabei ist zu beachten, dass nicht die Diagnose oder die Behandlung an sich die „zwingende medizinische Notwendigkeit“ des KTW begründet, sondern Art und Ausmaß der Funktionsstörung. Diese ist daher hier anzugeben (z. B. Blutungsgefahr) bzw. muss sich aus der Begründung ableiten lassen.

⑬ RTW

Rettungswagen (RTW) sind für Notfallpatienten zu verordnen, die vor und während der Beförderung neben den Erste-Hilfe-Maßnahmen auch zusätzlicher Maßnahmen bedürfen, die geeignet sind, die vitalen Funktionen aufrecht zu erhalten oder wiederherzustellen. In Notfällen kann die Beförderung nachträglich verordnet werden.

14 NAW/NEF

Notarztwagen (NAW) bzw. Notarzteinsatzfahrzeug (NEF) sind für Notfallpatienten zu verordnen, bei denen vor oder während der Beförderung lebensrettende Sofortmaßnahmen durchzuführen oder zu erwarten sind, für die eine notärztliche Versorgung erforderlich ist.

In Notfällen kann die Beförderung nachträglich verordnet werden.

15 andere

Dieses Feld ist vom Vertragszahnarzt nicht auszufüllen.

16 Sonstiges

Dieses Freitextfeld ist für sonstige relevante Angaben zu nutzen, z. B.:

- Dauer der Wartezeit des Transporteurs bei Hin- und Rückfahrt in zeitlichem Zusammenhang,
- Möglichkeit der Nutzung von Gemeinschaftsfahrten, ggf. mit Namensnennung der Mitfahrer,
- Ortsangabe, wenn die Fahrt nicht von/zur Wohnung des Patienten stattfindet,
- Gewicht bei schwergewichtigen Patienten,
- Angabe, dass keine Genehmigungsmöglichkeit bestand mit Uhrzeit (bei nicht planbaren Fahrten zu einer ambulanten Behandlung),
- Angabe, dass eine Begleitperson medizinisch erforderlich ist,
- Hinweis, dass die Beförderung eines intensivbeatmungspflichtigen Patienten stattfindet,
- Angabe, dass der Patient einen Rollator besitzt oder
- Angabe, dass der Patient keine Stufen steigen kann.

RÜCKSEITE

Die auf der Rückseite der Verordnung einer Krankentransportauftrag aufgeführten Datenfelder sind vom Transporteur und dem Patienten auszufüllen.

Diese Felder sind vom Vertragszahnarzt nicht auszufüllen.

Muster 16 – Arzneiverordnungsblatt

Verwendungshinweise

1. Auf dem Arzneiverordnungsblatt können bis zu drei verschiedene Arzneimittel verordnet werden.
2. Betäubungsmittel dürfen auf Grund der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung vom 16. Dezember 1981 nur auf einem dreiteiligen amtlichen Formblatt verordnet werden.
3. Werden für Versicherte, die die Kostenerstattung durch eine gesetzliche Krankenkasse in Anspruch nehmen, Arzneimittel verordnet, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig sind, ist das Muster 16 zu verwenden, die Angabe des Namens der Krankenkasse und das Krankenkassen-IK zu streichen und stattdessen das Wort „Kostenerstattung“ einzutragen.

Für die Verordnung von Arzneimitteln und Maßnahmen, die nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallen, darf das Muster 16 nicht verwendet werden.

Ausfüllhinweise

Freigabe 01.09.2014

Verbindliches Muster

① Gebühr frei
 ② Geb.-pfl.
 ③ Sonstige
 ④ Unfall
 Arbeitsunfall

Krankenkasse bzw. Kostenträger
 Name, Vorname des Versicherten
 geb. am
 Kostenträgerkennung
 Versicherten-Nr.
 Status
 Betriebsstätten-Nr.
 Arzt-Nr.
 Datum

⑤ BVG
 ⑥ Hilfsmittel
 ⑦ Implants
 Sp.-St.-Bedarf
 ⑧ Best.-Pflicht
 Apotheken-Nummer / IK

Zahlung
 Gesamt-Brutto
 Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.
 Faktor
 Taxe

1. Verordnung
 2. Verordnung
 3. Verordnung

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)
 ⑨ aut idem
 ⑩ aut idem
 ⑪ aut idem

Abgabedatum in der Apotheke
 Unterschrift des Arztes
 Muster 16 (10.2014)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!
 Unfalltag
 Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrummer

① Gebühr frei bzw. Gebührenpflichtig

Grundsätzlich ist von der Gebührenpflichtigkeit der Verordnung auszugehen und das Feld „Geb.-pfl.“ anzukreuzen.

Das Feld „Gebühr frei“ ist nur anzukreuzen

- bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- bei Verordnungen zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers,
- sowie in den Fällen, in denen eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht (z. B. Härtefallregelung) nachgewiesen wird.

② noctu

Wird das Arzneimittel innerhalb der Zeiten gemäß § 6 Arzneimittelpreisverordnung (Notdienst) abgeholt, so hat der Versicherte eine Gebühr zu zahlen, sofern der Vertragszahnarzt nicht einen entsprechenden Vermerk (noctu) anbringt.

③ Sonstige

Bei einer Verordnung zu Lasten eines Sonstigen Kostenträgers wie Freie Heilfürsorge der Polizei, Bundespolizei, Bundeswehr u. a. ist das Feld „Sonstige“ anzukreuzen.

④ Unfall / Arbeitsunfall

Das Feld „Unfall“ ist anzukreuzen, wenn die Verordnung Folge eines Unfalls ist, der kein Arbeitsunfall war.

Das Feld „Arbeitsunfall“ ist anzukreuzen, wenn eine Verordnung zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers ausgestellt wird. In diesem Fall sind neben der Bezeichnung des zuständigen Unfallversicherungsträgers auch Unfalltag und Unfallbetrieb (ggf. Kindergarten, Schule, Hochschule) in den dafür vorgesehenen Feldern anzugeben. Erfolgt die Beschriftung des Versichertenfeldes mittels elektronischer Gesundheitskarte (eGK), so ist unbedingt die Kostenträgerkennung zu streichen.

⑤ BVG

Bei Verordnungen für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG) ist, wie bei Anspruchsberechtigten nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), das Feld 6 zu kennzeichnen.

⑥ Sprechstundenbedarf

Bei der Verordnung von Arzneimitteln des Sprechstundenbedarfs ist das Feld 9 durch Eintragen der Ziffer 9 zu kennzeichnen.

⑦ Begründungspflicht

Das Feld „Begründungspflicht“ ist mit einer „1“ zu befüllen.

⑧ Abrechnungsfelder Apotheke

Die Abrechnungsfelder im rechten oberen Teil des Rezeptes (Apotheken-Nr., Zuzahlung, Gesamtbrutto, Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr., Faktor, Taxe) werden von der abgebenden Stelle (Apotheke) ausgefüllt.

⑨ aut idem

Der Vertragszahnarzt kann auf dem Verordnungsblatt durch Ankreuzen des Aut-idem-Felds ausschließen, dass die Apotheke ein preisgünstigeres wirkstoffgleiches Arzneimittel an Stelle des verordneten Mittels abgibt.

Hinweis: Andernfalls kann eine Substitution erfolgen nach den Bestimmungen des zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Deutschen Apothekerverband e.V. getroffenen Rahmenvertrages nach § 129 SGB V in der jeweils geltenden Fassung.

⑩ Verordnungsfeld/Unterschrift

Beim Ausfüllen des Vordruckes ist darauf zu achten, dass keine Leerräume verbleiben oder entstehen, die für Manipulationen genutzt werden können. Um zu vermeiden, dass unbefugterweise noch weitere Arzneiverordnungen (insbesondere mit Suchtpotenzial) hinzugefügt werden können, hat der Vertragszahnarzt seine Unterschrift unmittelbar unter die letzte Verordnung auf das Arzneiverordnungsblatt zu setzen.

Änderungen und Ergänzungen von Verordnungen von Arzneimitteln bedürfen einer erneuten Vertragszahnarztunterschrift mit Datumsangabe.

⑪ Vertragszahnarztstempel

Es ist darauf zu achten, dass der Vertragszahnarztstempel im Verordnungsfeld an der dafür vorgesehenen Stelle abgedruckt wird und eine Überstempelung weder in das darüberliegende noch in das darunterliegende Feld erfolgt, weil sonst eine maschinelle Erfassung dieser Felder nicht möglich ist.

Aus der Verordnung müssen Name, Vorname, Berufsbezeichnung und Anschrift der Praxis der verschreibenden zahnärztlichen Person einschließlich einer Telefonnummer zur Kontaktaufnahme hervorgehen. Dies gilt auch für Verordnungen, die von Berufsausübungsgemeinschaften, medizinischen Versorgungszentren oder Einrichtungen gemäß § 311 Absatz 2 SGB V ausgestellt werden.

Anlage 15

Neufassung der Grundsatzvereinbarung über ein elektronisches Beantragungs- und Genehmigungsverfahren für Leistungsanträge nach den BEMA-Teilen 2 bis 5 gemäß § 87 Abs. 1 Satz 8 SGB V

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

in der Fassung vom 18.12.2019

mit Wirkung ab dem 01.04.2021

§ 1

Vereinbarungsgegenstand und Grundlagen

§ 87 Abs. 1 Satz 8 SGB V verpflichtet die Bundesmantelvertragspartner im Bundesmantelvertrag das Nähere zu einem elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren zu regeln. In Erfüllung dieser Vorgabe vereinbaren die Vertragspartner die nachfolgenden Regelungen für die elektronische Übermittlung von Antrags- und Genehmigungsdaten für bewilligungspflichtige Leistungen nach den BEMA-Teilen 2 bis 5.

Parallel dazu werden die Vertragspartner im Bundesmantelvertrag die für das elektronische Antrags- und Genehmigungsverfahren erforderlichen Anpassungen vornehmen. Bei der Digitalisierung der vereinbarten Vordrucke sollen die Datenfelder und die Feldinhalte der in Anlage 14a BMV-Z dargestellten Papiervordrucke möglichst inhaltlich identisch übernommen werden.

§ 2

Allgemeines zum Verfahren

Grundvoraussetzungen für die Einführung des elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens sind der Anschluss des Vertragszahnarztes* und der Krankenkasse an die Telematikinfrastruktur (TI) und die Verwendung der kryptografischen Funktionen der TI-Plattform, zum Verschlüsseln, Entschlüsseln und Signieren, sowie die Verwendung der Fachanwendung „Sichere Kommunikation zwischen Leistungserbringern“ (KOM-LE). Die KOM-LE-Adresse des Vertragszahnarztes darf von der Krankenkasse nur zur Versendung von Antwortdatensätzen, technischen Empfangsbestätigungen oder Fehlermeldungen verwendet werden.

Der Vertragszahnarzt hat die für die Beantragung von Leistungen notwendigen Angaben an die Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung zu übermitteln.

Der Vertragszahnarzt erstellt für die elektronische Übermittlung von Leistungsanträgen einen Antragsdatensatz gemäß den in dieser Vereinbarung aufgeführten Parametern. Die Antragsdaten enthalten die für die Genehmigung erforderlichen versichertenbezogenen Informationen sowie zur Identifikation des Antragsdatensatzes eine eindeutige Antragsnummer. Mit der Anbindung der Vertragszahnarztpraxen an der TI sind die Vertragszahnärzte in der Lage, die Daten zu signieren und zu verschlüsseln. Die Antragsdaten werden vom Vertragszahnarzt mit dem öffentlichen Schlüssel der Krankenkasse verschlüsselt. Die signierten und verschlüsselten Antragsdaten sendet der Vertragszahnarzt an die zuständige Krankenkasse bzw. deren Datenannahmestelle.

Nach Prüfung der Antragsdaten erstellt die Krankenkasse einen Antwortdatensatz und signiert und verschlüsselt diesen für den Vertragszahnarzt. Die Krankenkasse sendet den signierten und verschlüsselten Antwortdatensatz an den Vertragszahnarzt zurück.

**Die Bezeichnung „Vertragszahnarzt“ wird im Folgenden stellvertretend für alle Teilnehmer an der vertragszahnärztlichen Versorgung gemäß § 95 Abs. 1 SGB V verwendet.*

Protokollnotiz zu § 2:

Die Vertragspartner werden sich bis zum 31.12.2020 über ein elektronisches Äquivalent zur Unterschrift des Zahnarztes verständigen, welches auch die von der gematik GmbH entwickelten technischen Lösungen zur Vereinfachung des Signaturvorgangs berücksichtigt.

§ 3

Art und Struktur der Datensätze

Die elektronische Übermittlung von Anträgen und Mitteilungen des Vertragszahnarztes an die Krankenkasse sowie von Antworten der Krankenkasse an den Zahnarzt erfolgt mit jeweils eigenen Datensätzen. Antragsdatensätze beinhalten Kopfdaten, die Stammdaten des Versicherten und des Zahnarztes sowie die jeweiligen Antragsdaten in Abhängigkeit von der beantragten Leistung. Mitteilungsdatensätze beinhalten Kopfdaten, die Stammdaten des Versicherten und des Zahnarztes sowie die jeweiligen Mitteilungsdaten in Abhängigkeit von der Art der Mitteilung. Antwortdatensätze beinhalten Kopfdaten und Antwortdaten.

§ 4

Inhalte der Kopfdaten (Header)

Der Vertragszahnarzt übermittelt zu jedem Antrag und zu jeder Mitteilung, die Krankenkasse zu jeder Antwort folgende Kopfdaten:

1. KZV-Bereich
2. Abrechnungsnummer der Praxis oder Einrichtung
3. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse
4. Erstellungsdatum der Datei
5. Erstellungszeitpunkt der Datei
6. Verfahrenskennzeichen (zur Unterscheidung von Test- und Echtdaten)
7. Logische Version (Schlüssel-Nr. zur Feststellung, auf welcher Dokumentengrundlage der Datensatz beruht)
8. Nachrichtentyp (Schlüssel-Nr. zur Kennzeichnung der Art der Nachricht)

§ 5

Art und Inhalt der Stammdaten des Versicherten

Der Vertragszahnarzt übermittelt zu jedem Antrag und zu jeder Mitteilung folgende Stammdaten des Versicherten:

1. Name der Krankenkasse bzw. des Kostenträgers
2. Versichertennummer oder Ersatznummer*
3. Versichertenart und ggf. besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf der elektronischen Gesundheitskarte
4. Titel, Name, Vorname, Namenszusatz, Vorsatzwort(e) des Versicherten
5. Geburtsdatum des Versicherten
6. Anschrift des Versicherten (Straße, Hausnummer, Ländercode, PLZ, Ort)

** Eine Ersatznummer ist diejenige Nummer, die Krankenkassen neuen Versicherten für die Übergangszeit bis zum Vorliegen der eGK zuteilen. Die Ersatznummer ist dem Anspruchsnachweis der Krankenkasse zu entnehmen.*

§ 6

Art und Inhalt der Stammdaten des Vertragszahnarztes

Der Vertragszahnarzt übermittelt zu jedem Antrag und zu jeder Mitteilung seine folgenden Stammdaten:

1. KZV-Bereich
2. Zahnarzt Nummer*
3. Abrechnungsnummer der Praxis oder der Einrichtung
4. Name der Praxis (Nachname des Zahnarztes oder Praxisname) oder der Einrichtung
5. Anschrift der Praxis oder der Einrichtung (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)
6. Telefonnummer (optional)
7. E-Mail-Adresse (optional)

**Die Vertragspartner sind sich einig, dass keine Personenidentität zwischen antragstellendem und abrechnendem Zahnarzt bestehen muss und aus diesem Grund die Zahnarzt Nummer im Antragsdatensatz von der Zahnarzt Nummer im Abrechnungsdatensatz abweichen kann. In den Stammdaten gemäß § 6 wird die Zahnarzt Nummer des Planerstellers übermittelt zu dem Zweck von Rückfragen im Rahmen des elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens.*

§ 7

Art und Inhalt der Daten zur Anzeigepflicht für Leistungen bei Kieferbruch

Der Vertragszahnarzt übermittelt folgende Daten zur Anzeige:

1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, ob es sich um einen Antrag oder um die Änderung eines Antrags handelt)
2. Antragsnummer
3. Ausstellungsdatum des Behandlungsplans
4. Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans bei Änderung
5. Angaben über Ort, Zeit und Ursache des Unfalls sowie zur Art der Verletzung
6. Angaben zur vorgesehenen Behandlung, zu geplanten Gebührennummern einschließlich deren Anzahl
7. Angabe, ob eine stationäre Behandlung erforderlich ist und über deren voraussichtliche Dauer (Beginn/Ende)
8. Name und Anschrift des Krankenhauses (optional)

§ 8

Art und Inhalt der Antragsdaten für Leistungen bei Kiefergelenkserkrankungen

Der Vertragszahnarzt übermittelt folgende Antragsdaten:

1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, ob es sich um einen Antrag oder um die Änderung eines Antrags handelt)
2. Antragsnummer
3. Ausstellungsdatum des Behandlungsplans
4. Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans bei Änderung
5. Angaben zur Anamnese, zu Befunden, zur Diagnose
6. Angaben zur vorgesehenen Behandlung, zu geplanten Gebührennummern einschließlich deren Anzahl
7. Angabe, ob eine stationäre Behandlung erforderlich ist und über deren voraussichtliche Dauer (Beginn, Ende)
8. Name und Anschrift des Krankenhauses (optional)

Haben die Vertragspartner auf Landesebene bei Kiefergelenkserkrankungen einen Genehmigungsverzicht vereinbart, entfällt die Übermittlung der Antragsdaten an die Krankenkasse.

§ 9

Art und Inhalt der Antragsdaten für Leistungen bei kieferorthopädischer Behandlung

Der Vertragszahnarzt übermittelt folgende Antragsdaten:

1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, ob es sich um einen Antrag oder um die Änderung eines Antrags handelt)
2. Antragsnummer
3. Ausstellungsdatum des Behandlungsplans
4. Art des Behandlungsplans (Behandlungsplan, Therapieänderung, Verlängerungsantrag, Behandlerwechsel, Krankenkassenwechsel)
5. Bei Therapieänderung, Verlängerungsantrag, Behandlerwechsel oder einer sonstigen Änderung: Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans
6. Bei Verlängerungsanträgen: (ursprünglicher) Behandlungsbeginn Quartal, Beginn der Verlängerung Quartal, voraussichtliche Dauer der Verlängerung in Quartalen
7. Bei Behandlerwechsel: Quartal, in dem der Behandler in den laufenden Behandlungsplan einsteigt
8. Bei Krankenkassenwechsel: IK der vorherigen Krankenkasse und Nummer des Abschlags, bis zu dem mit der vorherigen Kasse abgerechnet wird
9. Kennzeichen für Unfall/Unfallfolge/Berufskrankheit
10. Angabe, ob Frühbehandlung, Frühe Behandlung oder Erwachsenenbehandlung
11. KIG-Einstufung
12. Anamnese
13. Diagnose im Ober- oder Unterkiefer, einschl. Angaben zur Bisslage
14. Therapie im Ober- oder Unterkiefer, einschl. Angaben zur Bisslage
15. Angabe verwendeter Geräte
16. Gebührennummer BEMA und Anzahl für Diagnostik und Behandlungsmaßnahmen
17. Angabe der Punkte für die Bewertungskriterien nach I. bis V. einschließlich der Punktschritten sowie des daraus resultierenden Buchstabens für den Schwierigkeitsgrad für die Umformung eines Kiefers nach BEMA-Nr. 119
18. Angabe der Punkte für die Bewertungskriterien nach I. bis IV. einschließlich der Punktschritten sowie des daraus resultierenden Buchstabens für den Schwierigkeitsgrad für die Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss nach BEMA-Nr. 120
19. Gebührennummer BEMA und Anzahl für sonstige Leistungen
20. Voraussichtliche Behandlungsdauer in Quartalen
21. Geschätzte Material- und Laborkosten
22. Voraussichtliche Gesamtkosten

§ 10

Art und Inhalt der Antragsdaten für Leistungen bei systematischer Behandlung von Parodontopathien

Der Vertragszahnarzt übermittelt folgende Antragsdaten:

1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, ob es sich um einen Antrag oder um die Änderung eines Antrags handelt)
2. Antragsnummer
3. Ausstellungsdatum des Behandlungsplans
4. Art des Behandlungsplans (Behandlungsplan, Therapieergänzung)
5. Bei Therapieergänzung oder einer sonstigen Änderung: Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans
6. Angaben zur allgemeinen Vorgeschichte des Versicherten (Diabetes mellitus, Bluterkrankungen, HIV-Infektion, genetische Erkrankung, Osteoporose, Tabakkonsum, Sonstiges)
7. Angaben zur Familienvorgeschichte (Zahnfleischerkrankungen bei Eltern)

8. Angaben zur speziellen Vorgeschichte (Zahnfleischbluten, Entzündungen mit Anschwellen des Zahnfleisches, Zahnwanderungen, Zahnverlust durch Zahnlockerung, frühere Zahnfleischbehandlung), bei früherer Zahnfleischbehandlung mit ca.-Jahresangabe
9. Angaben zum Befund: Marginales Parodontium (Bluten auf Sondieren (generell/lokalisiert), subgingivaler Zahnstein, Taschensekretion), Folgen von Parafunktionen (Abrasionen, Schliff-Flächen), Zahnersatz (feststehend, herausnehmbar)
10. Angaben zur Diagnose (Chronische Parodontitis, aggressive Parodontitis, Parodontitis als Manifestation von Systemerkrankungen, nekrotisierende Parodontalerkrankung, Parodontalabszess, Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen, gingivale Vergrößerungen, Gingiva- und Weichgewebswucherung, ergänzende Angaben zur Diagnose)
11. ca.-Jahresangabe des feststehenden und/oder des herausnehmbaren Zahnersatzes
12. Zahnstatus einschließlich fehlender Zähne
13. Angaben der Sondierungstiefen an allen vorhanden Zähnen in mm, mesial-distal oder vestibulär-oral, der Lockerungsgrade I, II oder III und der Grad des Furkationsbefalls 1, 2 oder 3
14. Angabe von Rezessionen in mm
15. Angabe zum geplanten Vorgehen (geschlossenes oder offenes Verfahren), zu Gebührennummern einschließlich Anzahl und Zahnangabe, auch bei Folgeplanung, bei Therapieergänzung ausschließlich die BEMA-Positionen P202, P203 und 111

§ 11

Art und Inhalt der Antragsdaten für Leistungen bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen

Der Vertragszahnarzt übermittelt folgende Antragsdaten:

1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, ob es sich um einen Antrag oder um die Änderung eines Antrags handelt)
2. Antragsnummer des Behandlungsplans
3. Ausstellungsdatum
4. Bei Änderung: Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans
5. Befund (B)
6. Regelversorgung (R)
7. Therapieplanung (TP)
8. Bemerkungen (bei Wiederherstellung: Art der Leistung) und ggf. zusätzliche Erläuterungen
9. Unfall oder Unfallfolgen/Berufskrankheit, Versorgungsleiden,
10. Weitere Angaben: Interimsversorgung, Immediatversorgung, unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone, Alter des ZE in Jahren, NEM
11. Befunde für Festzuschüsse: Befund-Nummern, Zahn/Gebiet, Anzahl
12. Gebührennummern BEMA und Anzahl
13. Bei GOZ-Leistungen:
 - a. Zahn/Gebiet
 - b. Gebührennummer GOZ
 - c. Leistungsbeschreibung
 - d. Anzahl
14. Zahnärztliches Honorar BEMA
15. Zahnärztliches Honorar GOZ: (geschätzt)
16. Geschätzte Material- und Laborkosten
17. Geschätzte Behandlungskosten insgesamt
18. Bonusstufe*
19. Kennzeichen für Härtefall (optional)
20. Angaben zu Therapieschritten (Anzahl Therapieschritte insgesamt und lfd. Nr. des Therapieschritts)

**Protokollnotiz zu Nr. 17: Die Vertragsparteien sind sich einig, dass der Zahnarzt im Nachhinein für eine falsche Angabe der Bonusstufe nicht haftbar gemacht werden kann, wenn die Krankenkasse bei der Prüfung des Antrags keinen Bonus oder eine andere Bonusstufe feststellt.*

§ 12

Art und Inhalt von Mitteilungen an die Krankenkasse

Der Vertragszahnarzt übermittelt bei jeder Mitteilung folgende Daten:

1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, ob es sich um eine Mitteilung oder um die Änderung einer Mitteilung handelt)
2. Antragsnummer, auf die sich die Mitteilung bezieht (außer bei Mitteilungsart „KIG-Einstufung“)
3. Ausstellungsdatum der Mitteilung
4. Art der Mitteilung
5. Datum ursprünglicher Behandlungsplan (außer bei Mitteilungsart „KIG-Einstufung“)

Je nach Art der Mitteilung sind zusätzlich folgende Daten zu übermitteln:

KFO / Abschluss der Behandlung

6. Datum Behandlungsabschluss

KFO / Unplanmäßiger Verlauf

7. Begründung für unplanmäßigen Verlauf
8. Weitergehende Erläuterungen

KFO / Behandlungsabbruch

9. Begründung für den Abbruch der Behandlung
10. Weitergehende Erläuterungen

KFO / Wiederaufnahme der abgebrochenen Behandlung

11. Begründung für die Wiederaufnahme der Behandlung

KFO / Behandlungsbedarf nach der Indikationsgruppe (KIG)

12. KIG-Einstufung

KFO / Zusätzliche Leistungen nach § 2 Abs. 6 der Anlage 4 zum BMV-Z

13. Gebührennummern BEMA und Anzahl

ZE / Verlängerung eines Heil- und Kostenplans

14. Verlängerung HKP

§ 13

Aufbau der Antragsnummer

Für eine eindeutige Identifikation des Antrags fügt der Vertragszahnarzt dem Datensatz für den jeweiligen Leistungsantrag eine eindeutige Antragsnummer an. Die eindeutige Antragsnummer hat den folgenden Aufbau:

1. KZV-Nummer
2. Abrechnungsnummer der Praxis oder der Einrichtung
3. Angabe des Antragsjahrs („20“ für 2020)
4. Angabe des Antragsmonats („01“ bis „12“)
5. Leistungsbereich, zweistellig
6. 16-stellige praxisinterne Nummer

Der Vertragszahnarzt stellt sicher, dass jede Antragsnummer eindeutig ist. Die Antragsnummer wird für jeden – erstmalig oder bei Änderung erneut übermittelten – Antragsdatensatz neu vergeben.

§ 14

Art und Inhalt des Antwortdatensatzes

Nach Prüfung des Antrags übermittelt die Krankenkasse das Ergebnis der Prüfung an den Vertragszahnarzt zurück. Der Antwortdatensatz enthält die folgenden Angaben:

1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, ob es sich um eine Genehmigung/Bewilligung, Ablehnung oder um eine Änderung oder einen Widerruf einer Genehmigung handelt)
2. Antragsnummer des übermittelten Antragsdatensatzes
3. Kennzeichen für die Genehmigung/Bewilligung, Ablehnung, Änderung oder Widerruf einer Genehmigung mit einem oder mehreren Begründungskennzeichen inklusive der Angabe zum Ergebnis der ggf. erfolgten gutachterlichen Stellungnahme (Schlüsseltabelle, ggf. Freitext)
4. Datum der Genehmigung/Bewilligung, Ablehnung, Änderung oder Widerruf der Genehmigung
5. Bei ZE: Befundnummer und Anzahl, Bonusstufe/Härtefall, FZ-Betrag/FZ-Beträge und deren vorläufige Summe
6. Bei KFO: Zuschusshöhe (80/90) und Quartal des Anspruchsbeginns
7. Bei Widerruf: Endedatum

§ 15

Gutachterverfahren

Bei Einleitung eines evtl. erforderlichen Gutachterverfahrens wird dieses bis auf Weiteres papiergebunden gemäß den Vordrucken in ihrer jeweils aktuellen Fassung durchgeführt. Das Ergebnis der gutachterlichen Stellungnahme ist im Antwortdatensatz der Krankenkasse zum elektronisch gestellten Antrag des Vertragszahnarztes anzugeben.

§ 16

Technische und organisatorische Form der Datenübermittlung

Die technische und organisatorische Form der Datenübermittlung, insbesondere der Verfahrensablauf einschließlich Kontroll-, Fehler- und Berichtigungs- sowie Testverfahren werden in einer Anlage 15a, „Technischen Anlage“ und in einer Anlage 15b, „Ergebnisse und Szenarien“ zu dieser Vereinbarung geregelt, die in ihrer jeweils aktuellen Form Bestandteil dieser Vereinbarung sind.

§ 17

Testverfahren

Die Vertragspartner legen fest, dass ein Testverfahren durchgeführt wird. Dieses Testverfahren wird mit zahnärztlichen Anwendern in verschiedenen KZVen und mehreren Krankenkassen durchgeführt. Dabei ist sicherzustellen, dass jedes auf dem Markt befindliche Softwareverwaltungsprogramm, das das Eignungsfeststellungsverfahren der KZBV durchlaufen hat bzw. dessen Hersteller, in die Testverfahren einbezogen werden kann. Die genauen Modalitäten der Testverfahren werden in der technischen Anlage nach § 16 dieser Vereinbarung festgelegt.

Der Test mit echten Anträgen und Genehmigungen/Bewilligungen erfolgt erst, wenn KOM-LE verwendet wird. Sofern der Test mit echten Anträgen und Genehmigungen/Bewilligungen erfolgt, sind die am Test Beteiligten von den bestehenden vertraglichen Bestimmungen zum Antrags- und Genehmigungsverfahren insoweit befreit, als dies für den Testbetrieb des elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens erforderlich ist. Insbesondere wird im Antragsdatensatz auf die Unterschrift des Vertragszahnarztes verzichtet. Die datenschutzrechtlichen Erfordernisse sind zu beachten.

Während der Testverfahren sind Störungen und Verzögerungen im Verfahrensablauf insbesondere im Hinblick auf die in § 13 Abs. 3a SGB V geregelten Fristen zu vermeiden. Es ist sicherzustellen, dass im Störfall das herkömmliche, papiergebundene Verfahren weiterhin angewendet werden kann. Diese Störfälle sind auf dem Bemerkungsfeld des Papierformulars zu kennzeichnen, um diese evaluieren zu können.

Die Vertragspartner verständigen sich über Beginn, Dauer und Ende der Testverfahren. Nach einem durch eine Evaluation bestätigten erfolgreichem Abschluss der Testverfahren erfolgt die Aufnahme des elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens in den Echtbetrieb. Mit Beginn des Echtbetriebs muss der Vertragszahnarzt mit den entsprechenden Modulen ausgestattet sein.

Nach dem Start des flächendeckenden Echtbetriebs des elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens kann in begründeten Fällen, insbesondere bei Programmierfehlern oder sonstigen technischen Störungen, für 12 Monate auf das Papierverfahren zurückgegriffen werden. Die Anwendung des Papierverfahrens ist auf dem Bemerkungsfeld des entsprechenden Vordrucks zu begründen.

Nach 12 Monaten werden die Vertragspartner evaluieren, in welcher Anzahl und mit welcher Begründung das Papierverfahren angewendet wurde. Die Vertragspartner werden dann über ggf. erforderliche Anpassungen des Verfahrens beraten.

§ 18

Weiterentwicklung des Verfahrens

Die Vertragspartner unterziehen das Verfahren spätestens nach fünf Jahren einer Prüfung und berücksichtigen dabei auch die Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen.

§ 19

Inkrafttreten

Die Vereinbarung tritt zum 01.04.2021 in Kraft und kann mit einer Frist von 6 Monaten jeweils zum 31.12. oder 30.06. eines jeden Jahres gekündigt werden.

Bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung gelten die bisherigen Regelungen fort.

Anlage 15a

Technische Anlage zur Grundsatzvereinbarung über ein elektronisches Beantragungs- und Genehmigungsverfahren für Leistungsanträge nach den BEMA-Teilen 2 bis 5 gemäß § 87 Abs. 1 Satz 8 SGB V

Hier nicht abgedruckt

Anlage 15a

**Technische Anlage zur Grundsatzvereinbarung über ein elektronisches
Beantragungs- und Genehmigungsverfahren für Leistungsanträge nach
den BEMA-Teilen 2 bis 5 gemäß § 87 Abs. 1 Satz 8 SGB V**

Hier nicht abgedruckt

Ergebnisse und Szenarien

Anforderungen an ein elektronisches Antrags- und Genehmigungsverfahren für die BEMA-Teile 2 bis 5

Stand: 18.12.2019

Teil 1 – Grundsätze des elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahrens

1. Standardverfahren bei Antragstellung

1.1 Antragstellung

Der Vertragszahnarzt gibt in seinem Praxisverwaltungssystem (PVS) alle für den Antrag erforderlichen Daten an und versendet den Antrag auf elektronischem Weg an die zuständige Krankenkasse.

1.2 Technische Empfangsbestätigung

Der Vertragszahnarzt erhält bei allen übermittelten Datensätzen automatisch Kenntnis über die erfolgreiche Übermittlung des Datensatzes an die Datenannahmestelle der Krankenkasse (technische Empfangsbestätigung). Dies erfordert keinen händisch zu erstellenden Bestätigungsdatensatz von der Krankenkasse. Gemeint ist eine technische Quittung. Das PVS informiert den Zahnarzt über die erfolgreiche Übermittlung des Datensatzes und speichert diese Information.

1.3 Fehlermeldung

Der bei der Krankenkasse eingehende Datensatz wird in technischer Hinsicht auf Validität und, soweit möglich, auf Plausibilität geprüft. Erkennt das Prüfprogramm einen Fehler, zum Beispiel ein nicht ausgefülltes Pflichtfeld, weist es den Datensatz umgehend durch eine Fehlermeldung an den Vertragszahnarzt zurück. Die Fehlermeldung enthält eine Begründung, warum der Datensatz nicht angenommen werden konnte. Damit der Antrag von der Datenannahmestelle der Krankenkasse angenommen werden kann, muss der Fehler behoben und der Antrag erneut verschickt werden.

Eine Fehlermeldung erfolgt auch, wenn der Versicherte nicht im Datenbestand der Krankenkasse aufgeführt ist, weil er weder aktuell noch zu einem früheren Zeitpunkt dort versichert war. Die Fehlermeldung liefert in diesen Fällen die Begründung, dass der Versicherte nicht zuzuordnen ist (z. B. „Krankenkasse war noch nie zuständig für den Versicherten“).

1.4 Antwort der Krankenkasse

Die Krankenkasse sendet einen Antwortdatensatz an den Vertragszahnarzt mit dem Vermerk, ob der Antrag genehmigt oder abgelehnt wurde. Außerdem muss der Datensatz das Datum der Leistungsentscheidung der Krankenkasse enthalten. Je nach Leistungsbereich sind weitere Angaben (z. B. Festzuschussbeträge beim Zahnersatz) erforderlich. Der Antwortdatensatz wird automatisch im PVS in den Antragsdatensatz übertragen, d. h. die Daten des Antwortdatensatzes sind nicht mehr veränderbar oder überschreibbar und ein Zwischenspeicher kann erspart werden. Der Zahnarzt kann nur abrechnen wie genehmigt.

Ist der Versicherte im Datenbestand der Krankenkasse aufgeführt, aber zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht mehr dort versichert, erfolgt keine Fehlermeldung. Die Krankenkasse nimmt den Antrag zur Bearbeitung an und lehnt ihn mittels Antwortdatensatz (siehe unten) ab.

1.5 Besonderheiten des Antwortdatensatzes bei Einschaltung eines Gutachters

Wenn die Krankenkasse vor ihrer Leistungsentscheidung einen Gutachter einschaltet, ist der Vertragszahnarzt auch im elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahren über das Ergebnis der gutachterlichen Entscheidung zu informieren. Folgende Varianten kommen in Betracht.

- Der Gutachter befürwortet die Behandlung: Die Krankenkasse übermittelt in ihrem Antwortdatensatz die Genehmigung nebst der Information „Gutachterlich befürwortet“.
- Der Gutachter lehnt die Behandlung ab: Die Krankenkasse lehnt im Antwortdatensatz die Behandlung mit der Begründung „Gutachterlich nicht befürwortet“ ab. Da der Vertragszahnarzt die Möglichkeit haben muss, ein Obergutachten einzuholen, wird der Antragsdatensatz nicht verändert. Die nachträgliche Genehmigung des bereits abgelehnten Plans nach einem Obergutachterverfahren muss möglich sein.
- Der Gutachter empfiehlt Änderungen: Die Krankenkasse lehnt im Antwortdatensatz die Behandlung mit der Begründung „Gutachterlich teilweise befürwortet“ ab. Da der Vertragszahnarzt die Möglichkeit haben muss, ein Obergutachten einzuholen, wird der Antragsdatensatz nicht verändert. Die nachträgliche Genehmigung des bereits abgelehnten Plans nach einem Obergutachterverfahren muss möglich sein. Anstelle der Einholung eines Obergutachtens kann der Vertragszahnarzt einen neuen Antragsdatensatz auf der Grundlage des ursprünglichen Antragsdatensatzes (Kopierfunktion) mit den vom Gutachter empfohlenen Änderungen erstellen.

2. Standardereignisse nach Genehmigung

2.1 Widerruf der Genehmigung durch die Krankenkasse

In bestimmten Fällen kann/muss die Krankenkasse die leistungsrechtliche Entscheidung gegenüber einem Vertragszahnarzt – also einen genehmigten Plan – widerrufen. Dazu erstellt sie einen Antwortdatensatz mit dem Vermerk „Widerruf“ (Widerrufdatensatz) und der Angabe des Datums, ab dem der Widerruf gilt (Endedatum der Genehmigung). Damit erhält der Vertragszahnarzt die Information, dass er die ursprünglich genehmigte Planung ab diesem Datum nicht mehr zulasten der Krankenkasse ausführen darf. Abrechenbar sind lediglich die vor dem Endedatum erbrachten Leistungen/Teilleistungen.

2.2 Änderungen des Antrags / der Planung durch den Vertragszahnarzt

Möchte der Vertragszahnarzt einen bereits genehmigten Antrag ändern, muss er bei der Krankenkasse einen Änderungsantrag einreichen.

Die Krankenkasse sendet einen Antwortdatensatz an den Vertragszahnarzt mit dem Vermerk, ob sie die beantragte Änderung genehmigt oder ablehnt. Bei Genehmigung sendet sie einen zusätzlichen Antwortdatensatz mit Endedatum für den ursprünglichen Antrag.

Für den Bereich KFO gilt:

Es ist kein zusätzlicher Antwortdatensatz mit Endedatum für den ursprünglichen Antrag notwendig, weil eine Abrechnung von Leistungen für den ursprünglichen Plan bis zum Ende eines Quartals möglich sein muss. Die Gültigkeit des ursprünglichen KFO-Behandlungsplans bleibt bestehen, und es bleiben beide Pläne offen.

2.3 Krankenkassenwechsel

Wechselt der Patient während der Behandlung nach den BEMA-Teilen 2, 4 und 5 die Krankenkasse, rechnet der Zahnarzt den Antrag mit derjenigen Krankenkasse ab, welche die Genehmigung erteilt hat. Der vorzunehmende Ausgleich von Kosten ist Sache der Krankenkassen un-

tereinander. Das Verfahren beim Wechsel der Krankenkasse während einer kieferorthopädischen Behandlung ist in Teil 2 dieses Dokuments beschrieben (Szenarien BEMA-Teil 3: Szenario 13).

Teil 2 – Szenarien

Szenarien BEMA-Teil 2: Kiefergelenkserkrankungen

1. Genehmigung erfolgt entsprechend Beantragung
2. Ablehnung durch die Krankenkasse
3. Nach Genehmigung Antragsänderung durch den Zahnarzt
4. Krankenkasse liegt genehmigter Plan von Zahnarzt 1 vor; Zahnarzt 2 reicht Plan für denselben Patienten ein; Patient entscheidet sich für Zahnarzt 1
5. Krankenkasse liegt genehmigter Plan von Zahnarzt 1 vor; Zahnarzt 2 reicht Plan für denselben Patienten ein; Patient entscheidet sich für Zahnarzt 2
6. Krankenkasse liegen zwei nicht genehmigte Pläne für denselben Patienten vor

1. Standardszenario: Genehmigung erfolgt entsprechend Beantragung

- Der Zahnarzt erstellt einen Antragsdatensatz für Kiefergelenkserkrankungen.
- Der Antragsdatensatz wird an die Krankenkasse übermittelt.
- Die Krankenkasse prüft den Antragsdatensatz und erstellt den Antwortdatensatz.
- Der Antwortdatensatz wird an die Zahnarztpraxis übermittelt.
- Das Praxisverwaltungssystem (PVS) informiert den Zahnarzt über die genehmigten Daten, die von dem PVS unverändert übernommen werden.

2. Szenario: Ablehnung durch die Krankenkasse

- Der Zahnarzt erstellt einen Antragsdatensatz.
- Der Antragsdatensatz wird an die Krankenkasse übermittelt.
- Die Krankenkasse prüft den Antragsdatensatz und lehnt den Antrag mit Begründungsziffer und ggf. mit Freitext ab (evtl. Kontaktaufnahme mit dem Zahnarzt).
- Der Antwortdatensatz mit Ablehnungs- und Begründungskennzeichen ggf. mit Freitext wird an die Zahnarztpraxis übermittelt.
- Das PVS informiert den Zahnarzt über die Ablehnung mit entsprechender Begründung (Schlüsseltabelle) und stellt die Information in der PVS zur Verfügung.

3. Szenario: Nach Genehmigung Antragsänderung durch den Zahnarzt

- Der Zahnarzt stellt fest, dass der Antrag geändert werden muss.

- Der Zahnarzt erstellt einen neuen Antragsdatensatz als Änderungsantrag (mit Verweis auf die ursprüngliche Antragsnummer) und übermittelt diesen an die Krankenkasse.
 - Die Krankenkasse übernimmt den Änderungsantrag in ihr System.
 - Die Krankenkasse genehmigt den neuen Antrag und sendet den Antwortdatensatz an die Praxis zurück. Zusätzlich schickt sie einen Antwortdatensatz mit Endedatum für den ursprünglichen Antrag.
 - Das PVS informiert den Zahnarzt über die zwei Antwortdatensätze, die von der PVS übernommen werden.
- 4. Szenario: Krankenkasse liegt genehmigter Plan von Zahnarzt 1 vor; Zahnarzt 2 reicht Plan für denselben Patienten ein; Patient entscheidet sich für Zahnarzt 1**
- Die Krankenkasse bittet den Versicherten, sich für eine Versorgung zu entscheiden.
 - Der Patient entscheidet sich für die Behandlung bei Zahnarzt 1.
 - Die Krankenkasse lehnt den Antrag von Zahnarzt 2 mit Begründungsziffer und ggf. mit Freitext ab.
 - Das PVS informiert Zahnarzt 2 über die Ablehnung mit entsprechender Begründung (Schlüsseltabelle) und stellt die Information in der PVS zur Verfügung.
- 5. Szenario: Krankenkasse liegt genehmigter Plan von Zahnarzt 1 vor; Zahnarzt 2 reicht Plan für denselben Patienten ein; Patient entscheidet sich für Zahnarzt 2. Unerheblich ist, ob die Behandlung bereits bei Zahnarzt 1 begonnen worden ist oder nicht, da Krankenkasse nicht unbedingt weiß, in welcher Phase sich die Behandlung befindet**
- Die Krankenkasse bittet den Versicherten, sich für eine Versorgung zu entscheiden.
 - Der Patient entscheidet sich für Behandlung bei Zahnarzt 2.
 - Die Krankenkasse vermerkt die Patientenentscheidung im Krankenkassensystem. Ein Widerrufdatensatz (Antragsnummer, Datum und Begründungskennzeichen (keine weiterführende Behandlung)) ist an Zahnarzt 1 zu übermitteln, da Zahnarzt 1 bereits ein genehmigter Plan vorliegt und Zahnarzt 1 ggf. schon erbrachte Teilleistungen abrechnen kann. Das PVS informiert Zahnarzt 1 über den Abbruch und übernimmt die Information in das PVS.
 - Die Krankenkasse erstellt den Antwortdatensatz mit Genehmigungskennzeichen und übermittelt diesen an Zahnarzt 2.
 - Das PVS informiert Zahnarzt 2 über die Genehmigung und die Daten werden in das PVS übernommen.
- 6. Szenario: Krankenkasse liegen zwei nicht genehmigte Pläne für denselben Patienten vor**
- Die Krankenkasse bittet den Versicherten, sich für eine Versorgung zu entscheiden.

- Der Patient entscheidet sich für Behandlung bei Zahnarzt 1.
- Die Krankenkasse lehnt den Antrag von Zahnarzt 2 mit Begründungsziffer und ggf. mit Freitext ab und übermittelt den Antwortdatensatz an Zahnarzt 2.
- Die Krankenkasse genehmigt den Antrag von Zahnarzt 1 und übermittelt den Antwortdatensatz an Zahnarzt 1.
- Zahnarzt 1 wie auch Zahnarzt 2 werden von ihrer jeweiligen PVS über die Genehmigung bzw. Ablehnung informiert, und dies wird jeweils im System gespeichert.

Szenarien BEMA-Teil 2: Kieferbruch

1. Standardszenario: Anzeige der geplanten Kieferbruchbehandlung

- Die geplante Kieferbruchbehandlung wird gegenüber der Krankenkasse mit dem Antragsdatensatz angezeigt, d. h. die Daten werden lediglich zur Anzeige gebracht.
- Der Zahnarzt erstellt einen Antragsdatensatz über die geplante Kieferbruchbehandlung.
- Die Krankenkasse nimmt diese Anzeige zur Kenntnis und übernimmt die Angaben in ihr System.

Szenarien BEMA-Teil 3: Kieferorthopädische Behandlung (KFO)

1. Genehmigung erfolgt entsprechend Beantragung
2. Therapieänderung
3. Verlängerungsantrag
4. Mitteilung an die Krankenkasse über zusätzlich erforderliche Leistungen
5. Mitteilung an die Krankenkasse über den unplanmäßigen Verlauf der Behandlung
6. Mitteilung an die Krankenkasse, dass die Behandlung abgeschlossen ist
7. Mitteilung an die Krankenkasse, dass die Behandlung abgebrochen wurde
8. Mitteilung an den Patienten, dass die beabsichtigte Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört (KIG-Einstufung < 3)
9. Krankenkasse liegt genehmigter Plan von Zahnarzt 1 vor; Zahnarzt 2 reicht Plan für denselben Patienten ein; Patient entscheidet sich für Zahnarzt 1
10. Krankenkasse liegt genehmigter Plan von Zahnarzt 1 vor; Zahnarzt 2 reicht Plan für denselben Patienten ein; Patient entscheidet sich für Zahnarzt 2 (Neuplanung)
11. Krankenkasse liegt genehmigter Plan von Zahnarzt 1 vor; Zahnarzt 2 reicht Plan für denselben Patienten ein; Patient entscheidet sich für Zahnarzt 2 (Behandlerwechsel, Einstieg in die Behandlung)
12. Krankenkasse liegen zwei nicht genehmigte Pläne für denselben Patienten vor
13. Krankenkassenwechsel
14. Mitteilung an die Krankenkasse über die Wiederaufnahme einer abgebrochenen Behandlung

1. Standardszenario: Genehmigung erfolgt entsprechend Beantragung

- Nach Untersuchung nach 01k (KIG – Einstufung >2) und Erhebung der Diagnostik mit den diagnostischen Unterlagen (Befundmodelle, OPG, FRS, Fotos jeweils mit Auswertungen) stellt der Zahnarzt den KFO-Behandlungsplan auf, der mit den Eltern und Patienten besprochen wird. Nach einvernehmlicher Auffassung der Parteien muss der KFO-Plan (anders als bei ZE) nicht vom Patienten oder seinem gesetzlichen Vertreter unterschrieben werden. Vonseiten der KZBV wird vorgetragen, dass bisher der KFO-Plan ersatzweise den Eltern ausgehändigt werden könne, damit diese ihn bei ihrer Krankenkasse einreichen. Patient und Eltern erhalten bisher auf Wunsch ein Exemplar des Behandlungsplans für die eigenen Unterlagen.
- Der Zahnarzt erstellt einen Antragsdatensatz (KFO-Behandlungsplan).
- Der Antragsdatensatz wird an die Krankenkasse übermittelt.
- Die Krankenkasse prüft den Antragsdatensatz und erstellt den Antwortdatensatz.

- Der Antwortdatensatz wird an die Zahnarztpraxis übermittelt.
- Das PVS informiert den Zahnarzt über die genehmigten Daten, die von der PVS unverändert übernommen werden.

2. Szenario: Therapieänderung

- Im Verlauf der Behandlung wird eine vom KFO-Behandlungsplan abweichende Therapie notwendig. Nach Erhebung eines Befundes nach 01k und ggf. Anfertigung weiterer diagnostischer Unterlagen erfolgt eine abweichende Therapieplanung.
- Der Zahnarzt erstellt einen neuen Antragsdatensatz als Therapieänderungsantrag (mit Verweis auf die ursprüngliche Antragsnummer) und übermittelt diesen an die Krankenkasse.
- Die Krankenkasse übernimmt den Therapieänderungsantrag in ihr System.
- Die Krankenkasse genehmigt den neuen Antrag und sendet einen neuen Antwortdatensatz an die Praxis. Der ursprüngliche Antrag wird ergänzt oder erweitert. Die Gültigkeit des ursprünglichen KFO-Behandlungsplans bleibt bestehen, und es bleiben beide Pläne offen. Ein zusätzlicher Antwortdatensatz mit Enddatum hinsichtlich des ursprünglichen Antrags ist nicht erforderlich.
- Das PVS informiert den Zahnarzt über den Antwortdatensatz, der von der PVS übernommen wird.
- Auch hier kann nach einvernehmlicher Auffassung der Parteien ggf. ein Gutachten in Auftrag gegeben werden. Ablauf eines Gutachterverfahrens: s. Begutachtung

3. Szenario: Verlängerungsantrag

- Ist nach Ablauf der 16 Quartale eine Verlängerung der Behandlung notwendig, wird nach Befunderhebung nach 01k und ggf. weiteren diagnostischen Unterlagen ein Verlängerungsplan erstellt.
- Die Zahnarztpraxis übermittelt einen neuen Antragsdatensatz mit neuer Antragsnummer und Verlängerungskennzeichen (mit Verweis auf die ursprüngliche Antragsnummer) als Verlängerungsantrag an die Krankenkasse.
- Die Krankenkasse übernimmt den Verlängerungsantrag in ihr System.
- Die Krankenkasse prüft den neuen Antrag und erstellt einen neuen Antwortdatensatz.
- Der Antwortdatensatz wird an die Zahnarztpraxis übermittelt.
- Das PVS informiert den Zahnarzt über die genehmigten Daten, die von der PVS übernommen werden.

4. Szenario: Mitteilung an die Krankenkasse über zusätzlich erforderliche Leistungen

- Werden Leistungen über das genehmigte Maß hinaus notwendig, die keine Therapieänderung oder Verlängerung sind, wie z. B. notwendige Reparatur-

leistungen, werden diese gegenüber der Krankenkasse bisher formlos angezeigt (kein Vordruck vereinbart). Dies geschieht bisher in der Regel auf dem Postweg oder per Fax.

- Die Zahnarztpraxis erstellt einen Mitteilungsdatensatz über zusätzlich erforderliche Leistungen (mit Verweis auf die ursprüngliche Antragsnummer).
- Der Mitteilungsdatensatz wird an die Krankenkasse übermittelt.
- Die Krankenkasse nimmt diese Leistungen zur Kenntnis und übernimmt die Angaben in ihr System.

5. Szenario: Mitteilung an die Krankenkasse über den unplanmäßigen Verlauf der Behandlung

- Die Zahnarztpraxis informiert die Krankenkasse, dass die kieferorthopädische Behandlung unplanmäßig verläuft.
- Die Zahnarztpraxis erstellt den Mitteilungsdatensatz mit der Angabe des Grundes für den unplanmäßigen Verlauf und übermittelt diesen an die Krankenkasse.
- Die Krankenkasse übernimmt die Angaben in ihr System.

Die Krankenkasse setzt sich ggf. mit dem Versicherten in Verbindung und weist auf die Mitwirkungspflicht bei der Behandlung hin.

6. Szenario: Mitteilung an die Krankenkasse, dass die Behandlung abgeschlossen ist

- Die Zahnarztpraxis informiert den Patienten, dass die kieferorthopädische Behandlung abgeschlossen ist.
- Die Zahnarztpraxis erstellt einen Mitteilungsdatensatz an die Krankenkasse, dass die kieferorthopädische Behandlung abgeschlossen ist.
- Der Mitteilungsdatensatz wird an die Krankenkasse übermittelt.
- Die Krankenkasse nimmt den Mitteilungsdatensatz zur Kenntnis und übernimmt die Angaben in ihr System.

7. Szenario: Mitteilung an die Krankenkasse, dass die Behandlung abgebrochen wurde

- Die Zahnarztpraxis informiert die Krankenkasse, dass die kieferorthopädische Behandlung abgebrochen wird.
- Die Zahnarztpraxis erstellt den Mitteilungsdatensatz mit der Angabe des Grundes für den Abbruch und übermittelt diesen an die Krankenkasse.
- Die Krankenkasse übernimmt die Angaben in ihr System.

Die Krankenkasse setzt sich ggf. mit dem Versicherten in Verbindung.

8. Szenario: Mitteilung an den Patienten, dass die beabsichtigte Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört (KIG-Einstufung < 3)

- Die Zahnarztpraxis informiert den Patienten, dass die beabsichtigte kieferorthopädische Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört.
- Die Zahnarztpraxis erstellt einen Mitteilungsdatensatz an die Krankenkasse, dass die beabsichtigte kieferorthopädische Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört.
- Der Mitteilungsdatensatz wird an die Krankenkasse übermittelt.
- Die Krankenkasse nimmt den Mitteilungsdatensatz zur Kenntnis und übernimmt die Angaben in ihr System.

9. Szenario: Krankenkasse liegt genehmigter Plan von Zahnarzt 1 vor; Zahnarzt 2 reicht Plan für denselben Patienten ein; Patient entscheidet sich für Zahnarzt 1

- Die Krankenkasse bittet den Versicherten, sich für eine Versorgung zu entscheiden.
- Der Patient entscheidet sich für die Behandlung bei Zahnarzt 1.
- Die Krankenkasse lehnt den Antrag von Zahnarzt 2 mit Begründungsziffer und ggf. mit Freitext ab.
- Das PVS informiert Zahnarzt 2 über die Ablehnung mit entsprechender Begründung (Schlüsseltabelle) und stellt die Information in der PVS zur Verfügung.

10. Szenario: Krankenkasse liegt genehmigter Plan von Zahnarzt 1 vor; Zahnarzt 2 reicht Plan für denselben Patienten ein; Patient entscheidet sich für Zahnarzt 2 (Neuplanung)

- Zahnarzt 2 erstellt neuen Antragsdatensatz und übermittelt diesen für denselben Patienten an die Krankenkasse.
- Die Krankenkasse bittet den Versicherten, sich für eine Versorgung zu entscheiden.
- Der Patient entscheidet sich für Behandlung bei Zahnarzt 2.
- Die Krankenkasse vermerkt die Patientenentscheidung im Krankenkassensystem. Ein Widerrufdatensatz (Antragsnummer, Datum und Begründungskennzeichen (keine weiterführende Behandlung)) ist an Zahnarzt 1 zu übermitteln, da Zahnarzt 1 bereits ein genehmigter Plan vorliegt und Zahnarzt 1 ggf. schon erbrachte Teilleistungen abrechnen kann. Das PVS informiert Zahnarzt 1 über den Abbruch und übernimmt die Information in das PVS.
- Die Krankenkasse erstellt den Antwortdatensatz mit Genehmigungskennzeichen und übermittelt diesen an Zahnarzt 2.
- Das PVS informiert den Zahnarzt 2 über die Genehmigung, und die Daten werden in das PVS übernommen.

11. Szenario: Krankenkasse liegt genehmigter Plan von Zahnarzt 1 vor; Zahnarzt 2 reicht Plan für denselben Patienten ein; Patient entscheidet sich für Zahnarzt 2 (Behandlerwechsel, Einstieg in die Behandlung)

- Versicherter entscheidet sich die Behandlung bei Zahnarzt 1 nicht fortzuführen und wechselt bei laufender Behandlung zu Zahnarzt 2.
- Zahnarzt 2 erstellt einen neuen Antragsdatensatz (mit Verweis auf die ursprüngliche Antragsnummer) mit einem Kennzeichen „Behandlerwechsel Planübernahme“, unter Angabe der Abschlagsnummer (ab dem Abschlagsquartal, ab dem der Einstieg in die Behandlung erfolgt).
- Ein Widerrufdatensatz (Antragsnummer, Datum und Begründungskennzeichen (keine weiterführende Behandlung)) ist an Zahnarzt 1 zu übermitteln, da Zahnarzt 1 bereits ein genehmigter Plan vorliegt und Zahnarzt 1 ggf. schon erbrachte Teilleistungen abrechnen kann. Das PVS informiert Zahnarzt 1 über den Abbruch und übernimmt die Information in das PVS.
- Zahnarzt 2 erhält einen Antwortdatensatz.

12. Szenario: Krankenkasse liegen zwei nicht genehmigte Pläne für denselben Patienten vor

- Die Krankenkasse bittet den Versicherten, sich für eine Versorgung zu entscheiden.
- Der Patient entscheidet sich für Behandlung bei Zahnarzt 1.
- Die Krankenkasse lehnt den Antrag von Zahnarzt 2 mit Begründungsziffer und ggf. mit Freitext ab und übermittelt den Antwortdatensatz an Zahnarzt 2.
- Die Krankenkasse genehmigt den Antrag von Zahnarzt 1 und übermittelt den Antwortdatensatz an Zahnarzt 1.
- Zahnarzt 1 wie auch Zahnarzt 2 werden von ihrem jeweiligen PVS über die Genehmigung bzw. Ablehnung informiert, und dies wird jeweils in dem PVS gespeichert.

13. Szenario: Krankenkassenwechsel

- Die Zahnarztpraxis/Das PVS übermittelt den von der alten Krankenkasse genehmigten Antragsdatensatz unter Angabe der alten Krankenkasse mit ursprünglicher Antragsnummer ergänzt um das Kennzeichen „Krankenkassenwechsel“ an die neue Krankenkasse.
- Die neue Krankenkasse übernimmt die genehmigten Antragsdaten der alten Krankenkasse in ihr System.
- Die neue Krankenkasse übermittelt neuen Antwortdatensatz mit Übernahme und Beginndatum ihrer Leistungspflicht an die Zahnarztpraxis (Zahnarztpraxis).

14. Szenario: Mitteilung an die Krankenkasse über die Wiederaufnahme einer abgebrochenen Behandlung

- Die Zahnarztpraxis übermittelt als Mitteilung die ursprüngliche Antragsnummer (ohne Inhalt des Antragsdatensatzes) zusätzlich versehen mit einem Begründungskennzeichen für die Wiederaufnahme der kieferorthopädischen Behandlung an die Krankenkasse.

- Die Krankenkasse übernimmt die Angaben aus der Mitteilung in ihr System.
- Die Krankenkasse prüft die Wiederaufnahme und erstellt einen Antwortdatensatz.
- Der Antwortdatensatz wird an die Zahnarztpraxis übermittelt.
- Das PVS informiert den Zahnarzt über die Daten, die von dem PVS übernommen werden.

Szenarien BEMA-Teil 4: Systematische Behandlung von Parodontopathien

1. Genehmigung erfolgt entsprechend Beantragung
2. Ablehnung durch die Krankenkasse
3. Nach Genehmigung Antragsänderung durch den Zahnarzt
4. Therapieergänzung
5. Krankenkasse liegt genehmigter Plan von Zahnarzt 1 vor; Zahnarzt 2 reicht Plan für denselben Patienten mit gleichem Versorgungsgebiet ein; Patient entscheidet sich für Zahnarzt 1
6. Krankenkasse liegt genehmigter Plan von Zahnarzt 1 vor; Zahnarzt 2 reicht Plan für denselben Patienten mit gleichem Versorgungsgebiet ein; Patient entscheidet sich für Zahnarzt 2
7. Krankenkasse liegen zwei nicht genehmigte Pläne für denselben Patienten mit gleichem Versorgungsgebiet vor

1. Standardszenario: Genehmigung erfolgt entsprechend Beantragung

- Der Zahnarzt erstellt den Antragsdatensatz für parodontologische Leistungen.
- Der Antragsdatensatz wird an die Krankenkasse übermittelt.
- Die Krankenkasse prüft den Antragsdatensatz und erstellt den Antwortdatensatz.
- Der Antwortdatensatz wird an die Zahnarztpraxis übermittelt.
- Das PVS informiert den Zahnarzt über die genehmigten Daten, die von der PVS unverändert übernommen werden.

2. Szenario: Ablehnung durch die Krankenkasse

- Der Zahnarzt erstellt einen Antragsdatensatz.
- Der Antragsdatensatz wird an die Krankenkasse übermittelt.
- Die Krankenkasse prüft den Antragsdatensatz und lehnt den Antrag mit Begründungsziffer und ggf. mit Freitext ab (evtl. Kontaktaufnahme mit dem Zahnarzt).
- Der Antwortdatensatz mit Ablehnungs- und Begründungskennzeichen ggf. mit Freitext wird an den Zahnarzt übermittelt.
- Das PVS informiert den Zahnarzt über die Ablehnung mit entsprechender Begründung (Schlüsseltabelle) und stellt die Information in der PVS zur Verfügung.

3. Szenario: Nach Genehmigung Antragsänderung durch den Zahnarzt

- Der Zahnarzt erstellt einen neuen Antragsdatensatz als Änderungsantrag (mit Verweis auf die ursprüngliche Antragsnummer) und übermittelt diesen an die Krankenkasse.
- Die Krankenkasse übernimmt den Änderungsantrag in ihr System.
- Die Krankenkasse genehmigt den neuen Antrag und sendet den Antwortdatensatz an die Praxis zurück. Zusätzlich schickt sie einen Antwortdatensatz mit Endedatum für den ursprünglichen Antrag.
- Das PVS informiert den Zahnarzt über die zwei Antwortdatensätze, die von der PVS übernommen werden.

4. Szenario: Therapieergänzung

- Ist nach Durchführung des geschlossenen Verfahrens eine Therapieergänzung im Sinne eines zusätzlichen offenen Vorgehens erforderlich, wird ein Therapieergänzungsantrag gestellt.
- Der Zahnarzt erstellt einen neuen Antragsdatensatz als Therapieergänzungsantrag (mit Verweis auf die ursprüngliche Antragsnummer) und übermittelt diesen an die Krankenkasse.
- Die Krankenkasse übernimmt den Therapieergänzungsantrag in ihr System.
- Die Krankenkasse genehmigt den neuen Antrag und sendet den Antwortdatensatz an die Praxis zurück.
- Das PVS informiert den Zahnarzt über die Antwortdatensätze, die von der PVS übernommen werden.

5. Szenario: Krankenkasse liegt genehmigter Plan von Zahnarzt 1 vor; Zahnarzt 2 reicht Plan für denselben Patienten mit gleichem Versorgungsgebiet ein; Patient entscheidet sich für Zahnarzt 1

- Die Krankenkasse bittet den Versicherten, sich für eine Versorgung zu entscheiden.
- Der Patient entscheidet sich für die Behandlung bei Zahnarzt 1.
- Die Krankenkasse lehnt den Antrag von Zahnarzt 2 mit Begründungsziffer und ggf. mit Freitext ab.
- Das PVS informiert Zahnarzt 2 über die Ablehnung mit entsprechender Begründung (Schlüsseltabelle) und stellt die Information in der PVS zur Verfügung.

6. Szenario: Krankenkasse liegt genehmigter Plan von Zahnarzt 1 vor; Zahnarzt 2 reicht Plan für denselben Patienten mit gleichem Versorgungsgebiet ein; Patient entscheidet sich für Zahnarzt 2. Unerheblich ist, ob die Behandlung bereits bei Zahnarzt 1 begonnen worden ist oder nicht, da Krankenkasse nicht unbedingt weiß, in welcher Phase sich die Behandlung befindet

- Die Krankenkasse bittet den Versicherten, sich für eine Versorgung zu entscheiden.
- Der Patient entscheidet sich für Behandlung bei Zahnarzt 2.

- Die Krankenkasse vermerkt die Patientenentscheidung im Krankenkassensystem. Ein Widerrufdatensatz (Antragsnummer, Datum und Begründungskennzeichen (keine weiterführende Behandlung)) ist an Zahnarzt 1 zu übermitteln, da Zahnarzt 1 bereits ein genehmigter Plan vorliegt und Zahnarzt 1 ggf. schon erbrachte Teilleistungen abrechnen kann. Das PVS informiert Zahnarzt 1 über den Abbruch und übernimmt die Information in das PVS.
- Die Krankenkasse erstellt den Antwortdatensatz mit Genehmigungskennzeichen und übermittelt diesen an Zahnarzt 2.
- Das PVS informiert Zahnarzt 2 über die Genehmigung, und die Daten werden in das PVS übernommen.

7. Szenario: Krankenkasse liegen zwei nicht genehmigte Pläne für denselben Patienten mit gleichem Versorgungsgebiet vor

- Die Krankenkasse bittet den Versicherten, sich für eine Versorgung zu entscheiden.
- Der Patient entscheidet sich für Behandlung bei Zahnarzt 1.
- Die Krankenkasse lehnt den Antrag von Zahnarzt 2 mit Begründungsziffer und ggf. mit Freitext ab und übermittelt den Antwortdatensatz an Zahnarzt 2.
- Die Krankenkasse genehmigt den Antrag von Zahnarzt 1 und übermittelt den Antwortdatensatz an Zahnarzt 1.
- Zahnarzt 1 wie auch Zahnarzt 2 werden von ihrer jeweiligen PVS über die Genehmigung bzw. Ablehnung informiert, und dies wird jeweils in der PVS gespeichert.

Szenarien BEMA-Teil 5: Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (ZE)

Übersicht Szenarien

1. Genehmigung erfolgt entsprechend Beantragung
2. Genehmigung erfolgt mit geänderten Festzuschussbeträgen bzw. geänderter Bonusstufe
3. Ablehnung durch die Krankenkasse „andere Festzuschuss-Befunde“
4. Nach Genehmigung erfolgt Änderung der Planung (z. B. Befund- oder Therapieänderung) durch den Zahnarzt
5. Verlängerung des HKP
6. Behandlung in Therapieschritten
7. Reparatur/Wiederherstellung mit Genehmigung
8. Nachträgliche Änderung der Zuschusshöhe (Bonus/Härtefall) durch die Krankenkasse
9. Krankenkasse liegt genehmigter HKP von Zahnarzt 1 vor; Zahnarzt 2 reicht HKP für denselben Patienten mit gleichem Versorgungsgebiet ein; Patient entscheidet sich für Zahnarzt 1
10. Krankenkasse liegt genehmigter HKP von Zahnarzt 1 vor; Zahnarzt 2 reicht HKP für denselben Patienten mit gleichem Versorgungsgebiet ein; Patient entscheidet sich für Zahnarzt 2
11. Krankenkasse liegen zwei nicht genehmigte HKP für denselben Patienten mit gleichem Versorgungsgebiet vor

1. Standardszenario: Genehmigung erfolgt entsprechend Beantragung

- Der Zahnarzt erstellt einen Antragsdatensatz für ZE-Leistungen.
- Der Antragsdatensatz wird an die Krankenkasse übermittelt.
- Die Krankenkasse prüft den Antragsdatensatz und erstellt den Antwortdatensatz.
- Der Antwortdatensatz wird an die Zahnarztpraxis übermittelt.
- Das PVS informiert den Zahnarzt über die genehmigten Daten, die von der PVS unverändert übernommen werden.

Zur Vermeidung von „offenen“ Anträgen („Karteileichen“) bei den Krankenkassen wird im Bundesmantelvertrag eine Empfehlung aufgenommen, nach der grundsätzlich erst nach Unterschrift des Patienten auf der Patienteninfo die Datenübermittlung an die Krankenkasse erfolgen soll. Daraus erwächst jedoch kein Genehmigungs- oder Abrechnungsvorbehalt.

2. Szenario: Genehmigung erfolgt mit geänderten Festzuschussbeträgen bzw. geänderter Bonusstufe

- Der Zahnarzt erstellt einen Antragsdatensatz.
- Der Antragsdatensatz wird an die Krankenkasse übermittelt.
- Die Krankenkasse prüft den Antragsdatensatz und erstellt den Antwortdatensatz mit geänderten Festzuschussbeträgen bzw. geänderter Bonusstufe.
- Der Antwortdatensatz wird an die Zahnarztpraxis übermittelt.
- Das PVS informiert den Zahnarzt über die geänderten Festzuschussbeträge bzw. die geänderte Bonusstufe, die von der PVS übernommen werden.

3. Szenario: Ablehnung durch die Krankenkasse „andere Festzuschuss-Befunde“

- Der Zahnarzt erstellt einen Antragsdatensatz.
- Der Antragsdatensatz wird an die Krankenkasse übermittelt.
- Die Krankenkasse prüft den Antragsdatensatz, stuft den Befund anders ein und lehnt den Antrag mit Begründungsziffer und ggf. mit Freitext ab (evtl. Kontaktaufnahme mit dem Zahnarzt).
- Der Antwortdatensatz mit Ablehnungs- und Begründungskennzeichen und ggf. mit Freitext wird an die Zahnarztpraxis übermittelt.
- Das PVS informiert den Zahnarzt über die Ablehnung mit entsprechender Begründung (Schlüsseltabelle) und stellt die Information in der PVS zur Verfügung.

4. Szenario: Nach Genehmigung erfolgt Änderung der Planung (z. B. Befund- oder Therapieänderung) durch den Zahnarzt

- Der Zahnarzt stellt fest, dass der Befund oder die Therapie geändert werden muss.
- Der Zahnarzt erstellt einen neuen Antragsdatensatz als Befund- oder Therapieänderungsantrag (mit Verweis auf die ursprüngliche Antragsnummer) und übermittelt diesen an die Krankenkasse.
- Die Krankenkasse übernimmt den Befund- oder Therapieänderungsantrag in ihr System.
- Die Krankenkasse genehmigt den neuen Antrag und sendet den Antwortdatensatz an die Praxis zurück. Zusätzlich schickt sie einen Antwortdatensatz mit Endedatum für den ursprünglichen Antrag.
- Das PVS informiert den Zahnarzt über die zwei Antwortdatensätze, die von der PVS übernommen werden.

5. Szenario: Verlängerung des HKP

Mit der Behandlung wurde noch nicht begonnen, oder die Eingliederung kann nicht innerhalb der sechs Monate nach Genehmigung erfolgen.

- Die Zahnarztpraxis übermittelt als Mitteilung die ursprüngliche Antragsnummer (ohne Inhalt des Antragsdatensatzes) zusätzlich versehen mit einem Verlängerungskennzeichen an die Krankenkasse.
 - Die Krankenkasse übernimmt den Verlängerungsantrag in ihr System.
- Die Krankenkasse prüft die Verlängerung und erstellt einen Antwortdatensatz.
- Der Antwortdatensatz wird an die Zahnarztpraxis übermittelt.
- Das PVS informiert den Zahnarzt über die Daten, die von dem PVS übernommen werden.

6. Szenario: Behandlung in Therapieschritten

- Therapieschritt 1: Standardszenario
- Therapieschritt 2: Standardszenario
- Therapieschritt 3: Standardszenario
- Therapieschritt 4: Standardszenario
- Die Parteien sind sich einig, dass aus den Datensätzen für die Krankenkasse ersichtlich wird, dass unterschiedliche Therapieschritte in einer „Gesamtplanung“ erfolgen. Die Beantragung der Therapieschritte erfolgt grundsätzlich immer zeitgleich. Die Planung kann in max. 4 Therapieschritten erfolgen.

7. Szenario: Reparatur/Wiederherstellung mit Genehmigung (nur teilweise Genehmigungsverfahren in manchen KZVen verankert)

- Standardszenario (s. o.)

8. Szenario: Nachträgliche Änderung der Zuschusshöhe (Bonus/Härtefall) durch die Krankenkasse

- Die Krankenkasse vermerkt im Laufe der Behandlung nach Genehmigung die nachträgliche Änderung der Bonusstufe/den Härtefall in ihrem System.
- Die Krankenkasse übermittelt einen neuen Antwortdatensatz (mit der geänderten Zuschusshöhe und der ursprünglichen Antragsnummer) an den Zahnarzt.
- Das PVS informiert den Zahnarzt über den neuen Antwortdatensatz (mit der geänderten Zuschusshöhe und der ursprünglichen Antragsnummer) und übernimmt diese Informationen in das PVS.
- Hier soll nach übereinstimmender Auffassung beider Parteien ein Automatismus eintreten, dass die geänderten Daten in dem PVS ersichtlich sind. Mit geänderter Bonusstufe ändert(n) sich automatisch die Festzuschusshöhe(n).

Eine Änderung der Bonushöhe kann von der Krankenkasse nur nach oben hin nachträglich vorgenommen werden.

9. Szenario: Krankenkasse liegt genehmigter HKP von Zahnarzt 1 vor; Zahnarzt 2 reicht HKP für denselben Patienten mit gleichem Versorgungsgebiet ein; Patient entscheidet sich für Zahnarzt 1

- Die Krankenkasse bittet den Versicherten, sich für eine Versorgung zu entscheiden.
- Der Patient entscheidet sich für Behandlung bei Zahnarzt 1.
- Die Krankenkasse lehnt den Antrag von Zahnarzt 2 mit Begründungsziffer und ggf. mit Freitext ab.
- Das PVS informiert Zahnarzt 2 über die Ablehnung mit entsprechender Begründung (Schlüsseltabelle) und stellt die Information in der PVS zur Verfügung.

10. Szenario: Krankenkasse liegt genehmigter HKP von Zahnarzt 1 vor; Zahnarzt 2 reicht HKP für denselben Patienten mit gleichem Versorgungsgebiet ein; Patient entscheidet sich für Zahnarzt 2. Unerheblich ist, ob die Behandlung bereits bei Zahnarzt 1 begonnen worden ist oder nicht, da Krankenkasse nicht unbedingt weiß, in welcher Phase sich die Behandlung befindet

- Die Krankenkasse bittet den Versicherten, sich für eine Versorgung zu entscheiden.
- Der Patient entscheidet sich für Behandlung bei Zahnarzt 2.
- Die Krankenkasse vermerkt die Patientenentscheidung im Krankenkassensystem. Ein Widerrufdatensatz (Antragsnummer, Datum und Begründungskennzeichen (keine weiterführende Behandlung)) ist an Zahnarzt 1 zu übermitteln, da Zahnarzt 1 bereits ein genehmigter HKP vorliegt und Zahnarzt 1 ggf. schon erbrachte Teilleistungen abrechnen kann. Das PVS informiert Zahnarzt 1 über den Abbruch und übernimmt die Information in das PVS.
- Die Krankenkasse erstellt den Antwortdatensatz mit Genehmigungskennzeichen und übermittelt diesen an Zahnarzt 2.
- Das PVS informiert den Zahnarzt 2 über die Genehmigung, und die Daten werden in das PVS übernommen.

11. Szenario: Krankenkasse liegen zwei nicht genehmigte HKP für denselben Patienten mit gleichem Versorgungsgebiet vor

- Die Krankenkasse bittet den Versicherten, sich für eine Versorgung zu entscheiden.
- Der Patient entscheidet sich für Behandlung bei Zahnarzt 1.
- Die Krankenkasse lehnt den Antrag von Zahnarzt 2 mit Begründungsziffer und ggf. mit Freitext ab und übermittelt den Antwortdatensatz an Zahnarzt 2.
- Die Krankenkasse genehmigt den Antrag von Zahnarzt 1 und übermittelt den Antwortdatensatz an Zahnarzt 1.
- Zahnarzt 1 wie auch Zahnarzt 2 werden von ihrer jeweiligen PVS über die Genehmigung bzw. Ablehnung informiert, und dies wird jeweils in der PVS gespeichert.

Anlage A

Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA)

Hier nicht abgedruckt

Anlage B

Zuordnung der Leistungs-Nummern von Teil 1 und 2 des BEMA

Hier nicht abgedruckt