

Bundesmantelvertrag - Zahnärzte (BMV-Z)

Die

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., in Köln

einerseits

und der

Bundesverband der Ortskrankenkassen, K.d.ö.R. in Bonn

Knappschaft, K.d.ö.R. in Bochum

Seekrankenkasse, K.d.ö.R. in Hamburg

Bundesverband der Betriebskrankenkassen, K.d.ö.R. in Essen

Bundesverband der Innungskrankenkassen, K.d.ö.R. in Bergisch-Gladbach

Bundesverband der landw. Krankenkassen, K.d.ö.R. in Kassel

andererseits,

vereinbaren gemäß § 82 Abs. 1 SGB V den nachstehenden Bundesmantelvertrag (BMV-Z) über den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge

Stand: 01.01.2012

Bundemantelvertrag - Zahnärzte (BMV-Z)

INHALTSVERZEICHNIS

| | Seite |
|--------|---|
| § 1 | Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages5 |
| § 2 | Umfang der vertragszahnärztlichen Versorgung5 |
| § 3 | Leistungen außerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung6 |
| § 4 | Rechte und Pflichten des Vertragszahnarztes6 |
| § 5 | Aufzeichnungen7 |
| § 6 | Sprechstundenbehandlung, Zweigpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft7 |
| § 7 | Besuchsbehandlung9 |
| § 8 | Krankenversichertenkarte10 |
| § 8a | Zuzahlung nach § 28 Absatz 4 SGB V10 |
| § 9 | Behandlungsfall12 |
| § 10 | Überweisungen12 |
| § 10 a | Ermächtigung zur Durchführung kieferorthopädischer Behandlungen im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung12 |
| § 10 b | Ermächtigung von Zahnärzten aus Mitgliedsstaaten der EG zur Erbringung von Dienstleistungen13 |
| § 11 | Verordnung von Krankenhauspflege13 |
| § 12 | Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit, Vertrauensärztlicher Dienst14 |
| § 13 | Ausschuss für Untersuchungs- und Heilmethoden14 |
| § 14 | Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen Grundsatz der Wirtschaftlichkeit15 |
| § 15 | Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Sprechstundenbedarf15 |
| § 16 | Auskünfte, Bescheinigungen15 |
| § 17 | Vordrucke zur Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung, edv-mäßige Erstellung der Abrechnung16 |
| § 18 | Verzeichnis der an der kassenzahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte17 |
| § 19 | Rechnungsprüfung durch die KZV, Beratung des Kassenzahnarztes17 |
| § 20 | Prüfungseinrichtungen, Grundsätze für die Prüfung17 |
| § 21 | Prüfungseinrichtungen bei Pauschalvergütung18 |
| § 22 | Prüfungseinrichtungen bei Einzelleistungsvergütung18 |
| § 23 | Prüfung der Verordnungsweise, Feststellung des sonstigen Schadens19 |
| § 24 | Begleichung von Schadenersatzansprüchen19 |
| § 25 | Stationäre kassenzahnärztliche Behandlung19 |
| § 26 | Kassenzahnärztliche Vergütung19 |
| § 27 | Zusammenstellung der Abrechnungsergebnisse durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung20 |
| § 28 | Prüfung der Abrechnungsunterlagen20 |
| § 29 | Mitteilung über Disziplinarverfahren21 |
| § 30 | Vertragsausschuss21 |
| § 31 | Eigeneinrichtungen der Krankenkassen21 |
| § 32 | Inkrafttreten21 |
| § 33 | Kündigung21 |
| | Vereinbarung über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe):23 |
| | Beschluss des Bundesschiedsamtes für die vertragszahnärztliche Versorgung vom 13.12.1993 zur Gewährleistung bei Füllungen und Zahnersatz26 |
| | Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung27 |
| | Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung,39 |
| | Richtlinien nach § 106 Abs. 2 b SGB V (Zufälligkeitsprüfung)41 |
| | Richtlinien nach § 106a Abs. 6 SGB V zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfungen nach § 106a Abs. 2 und 3 SGB V44 |
| | Erklärung über die Abrechnung von Material- und Laborkosten49 |

| | | |
|-------------------------|--|-----|
| Anlage 1 | <i>mit Wirkung zum 01.07.2007 entfallen</i> | 50 |
| Anlage 2 | zum BMV-Z/EKVZ in der Fassung vom 01.01.2012: Bestimmungen über die Gestaltung und die Ausfüllung der Planungsvordrucke und die edv-mäßige Erstellung der Abrechnung | 51 |
| Anlage 3 | Vereinbarung nach § 87 Abs. (1a) SGB V über die Versorgung mit Zahnersatz | 59 |
| Anlage 4 | Verfahrensordnung (§ 22 Abs. 6 BMV-Z) | 65 |
| Anlage 5 | Vereinbarung über die Bildung einer Technischen Kommission | 71 |
| | Beschlüsse der Technischen Kommission | 74 |
| Anlage 6 | Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei kieferorthopädischen Maßnahmen | 75 |
| Anlage 7 a | Vereinbarung über das Verfahren bei der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und Kiefergelenkserkrankungen..... | 78 |
| Anlage 8 | Kieferorthopädischer Behandlungsplan | 79 |
| | Mitteilung an den Patienten nach § 29 Abs. 1 SGB V..... | 80 |
| Anlage 9 | Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei Behandlungen von Parodontopathien..... | 81 |
| Anlage 10 a | Parodontalstatus -Blatt 1-..... | 85 |
| Anlage 10 b | Parodontalstatus -Blatt 2-..... | 87 |
| Anlage 11 | Leistungsnachweis gem. § 16 Abs. 3a SGB V | 88 |
| Anlage 12 | Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen ab 01.01.2007..... | 89 |
| Anlage 13a | Auftrag zur Begutachtung..... | 95 |
| Anlage 13b | Begutachtung prothetischer Behandlung..... | 99 |
| Anlage 13 c | Begutachtung kieferorthopädischer Behandlungen | 102 |
| Anlage 14 | Vereinbarung über das Gutachterverfahren für implantologische Leistungen | 103 |
| | | |
| Anlage A | Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gem. § 87 Abs. 2 und 2d SGB V (einschl. Abrechnungsbestimmungen) | |
| Allgemeine Bestimmungen | | |
| Teil 1: | Konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen | |
| Teil 2: | Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels | |
| Teil 3: | Kieferorthopädische Leistungen | |
| Teil 4: | Systematische Behandlung von Parodontopathien | |
| Teil 5: | Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen | |
| Anlage B | Zuordnung der Leistungs-Nummern von Teil 1 und 2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zu numerischen Leistungs-Nummern | |

Sonderdruckstück

Bundesmantelvertrag-Zahnärzte

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

und

Bundesverband der Ortskrankenkassen, K.d.ö.R. in Bonn

Knappschaft, K.d.ö.R. in Bochum

Seekrankenkasse, K.d.ö.R. in Hamburg

Bundesverband der Betriebskrankenkassen, K.d.ö.R. in Essen

Bundesverband der Innungskrankenkassen, K.d.ö.R. in Bergisch-Gladbach

Bundesverband der landw. Krankenkassen, K.d.ö.R. in Kassel

vereinbaren gemäß § 82 Abs. 1 SGB V den nachstehenden Bundesmantelvertrag (BMV-Z) über den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge

§ 1¹

Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag regelt die vertragszahnärztliche Versorgung (§§ 72 und 73 SGB V), die den Versicherten gegenüber den Krankenkassen nach Gesetz, Satzung und versicherungsrechtlichen Abkommen zusteht. Er bildet den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge (§ 82 Abs. 1 SGB V) und ist insoweit verbindlich, als Ausnahmen nicht vorgesehen sind.
- (2) Der Vertrag erstreckt sich auf den Geltungsbereich des SGB V.

§ 2¹

Umfang der vertragszahnärztlichen Versorgung

- (1) Die vertragszahnärztliche Versorgung umfasst die gem. § 73 Abs. 2 SGB V bezeichnete zahnärztliche Behandlung. Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehören auch die Anordnung der Hilfeleistungen anderer Personen, die zahnärztliche Behandlung und kieferorthopädische Behandlung nach Maßgabe des § 28 Abs. 2 SGB V, die Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen, soweit sie § 56 Abs. 2 SGB V entspricht, die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil-, Hilfsmitteln und Krankenhausbehandlung sowie die Ausstellung von Bescheinigungen und die Erstellung von Berichten, die die Krankenkassen und der medizinische Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben und die die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen.
- (2) Zur zahnärztlichen Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung gehören
 - a) die ambulante zahnärztliche Behandlung einschließlich der ambulant in Krankenhäusern ausgeführten zahnärztlichen Leistungen, der von Nichtvertragszahnärzten in dringenden Fällen ambulant ausgeführten zahnärztlichen Leistungen, der zahnärztlichen Leistungen, die in poliklinischen Einrichtungen der Hochschulen nach Verträgen gem. §§ 76 Abs. 1, 115, 120 SGB V ausgeführt werden;
 - b) die stationäre vertragszahnärztliche Behandlung gem. § 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V.
- (3) Im Falle kieferorthopädischer Maßnahmen, der Behandlung von Parodontopathien und der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen können sich die Krankenkassen eines Gutachterverfahrens bedienen, das in Vereinbarungen zwischen den Partnern dieses Vertrags geregelt wird (Anlagen 6, 9 und 12).

¹ §§ 1-6 in der Fassung vom 29.03.2007, gültig ab 01.07.2007

§ 3¹

Leistungen außerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung

Nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehören insbesondere:

1. die von Personen im Sinne des § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V auf Anordnung eines Vertragszahnarztes oder in dringenden Fällen auch ohne eine solche Anordnung in selbständiger Tätigkeit erbrachten Leistungen;
2. die Behandlung von Mund- und Kieferkrankheiten durch die als Vertragsärzte zugelassenen Ärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, einfache Verrichtungen (z. B. Zahnextraktion), die auch von Vertragsärzten gelegentlich vorgenommen werden, sowie die Leistungen, die auf Veranlassung von Vertragszahnärzten durch an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen ausgeführt werden;
3. zahnärztliche Tätigkeiten, die nicht zu den den Krankenkassen obliegenden Leistungen gehören (z. B. Reihen-, Kontroll-, Einstellungs- und Tauglichkeitsuntersuchungen, auch wenn sie in Betrieben, Schulen oder Heimen erfolgen oder für Angehörige bestimmter Berufsgruppen vorgeschrieben sind), sowie Leistungen, für die ein Träger der Unfall- oder Rentenversicherung oder der Sozialhilfe dem Zahnarzt einen Auftrag gegeben hat;
4. 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);
5. zahnärztliche Behandlung außerhalb des Geltungsbereiches dieses Vertrags, sofern nichts Gegenteiliges ausdrücklich vereinbart wird.

§ 4¹

Rechte und Pflichten des Vertragszahnarztes

- (1) Der Vertragszahnarzt hat die vertragszahnärztliche Versorgung persönlich durchzuführen. Werden angestellte Zahnärzte, Assistenten, Vertreter oder Hilfskräfte beschäftigt, so haftet der Vertragszahnarzt für die Erfüllung der vertragszahnärztlichen Pflichten durch sie im gleichen Umfange wie für die eigene Tätigkeit. Der Vertragszahnarzt kann im Rahmen der allgemeinen zulassungsrechtlichen Bestimmungen Zahnärzte zur Tätigkeit an seinem Vertragszahnarztsitz anstellen. Der Vertragszahnarzt ist auch in diesem Falle weiterhin zur persönlichen Praxisführung verpflichtet. Die von angestellten Zahnärzten erbrachten Leistungen gegenüber Versicherten stellen Leistungen des Vertragszahnarztes dar, die er als eigene gegenüber der KZV abzurechnen hat. Der Vertragszahnarzt hat die angestellten Zahnärzte bei der Leistungserbringung persönlich anzuleiten und zu überwachen. Unter diesen Voraussetzungen können am Vertragszahnarztsitz 2 vollzeitbeschäftigte Zahnärzte, bzw. bis zu 4 halbezeitbeschäftigte Zahnärzte angestellt werden. Bei Teilzulassung gem. § 19a Abs. 2 ZV-Z können entweder 1 vollzeitbeschäftigter Zahnarzt, 2 halbezeitbeschäftigte Zahnärzte oder 4 Zahnärzte mit insgesamt höchstens vollzeitiger Beschäftigungsdauer angestellt werden.
- (2) Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.
- (3) Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder die unwirtschaftlich sind, darf der Vertragszahnarzt nicht zu Lasten der Krankenkasse bewirken oder verordnen; die Kasse darf sie nachträglich nicht bewilligen.

¹ §§ 1-6 in der Fassung vom 29.03.2007, gültig ab 01.07.2007

- (4) Heilmaßnahmen dürfen nur verordnet werden, wenn sich der Vertragszahnarzt persönlich von dem Krankheitszustand des Patienten überzeugt hat; hiervon darf nur in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden.
- (5) Der Vertragszahnarzt darf von einem Versicherten eine Vergütung nur fordern:
 - a) im Falle des § 8 Abs. 2,
 - b) wenn Versicherte bei Zahnfüllungen eine über das ausreichende und zweckmäßige hinausgehende Versorgung wählen, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen und vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen. Die Mehrkostenregelung gilt nicht für Fälle, in denen intakte plastische Füllungen ausgetauscht werden,
 - c) wenn Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 SGB V hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz wählen, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 SGB V aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen. Die Krankenkassen haben die bewilligten Festzuschüsse in den Fällen zu erstatten, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 SGB V abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird,
 - d) wenn und soweit der Versicherte klar erkennbar verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden. Hierüber ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Vertragszahnarzt und dem Versicherten zu treffen. Im Übrigen soll sich der Vertragszahnarzt den Wunsch des Versicherten, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen, schriftlich bestätigen lassen.
- (6) Der Vertragszahnarzt darf die Behandlung oder Weiterbehandlung eines Versicherten in begründeten Fällen ablehnen. Von der Ablehnung der Weiterbehandlung hat er die Krankenkasse unter Mitteilung der Gründe zu unterrichten.
- (7) Die Übernahme der Behandlung verpflichtet den Vertragszahnarzt dem zu Behandelnden gegenüber zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechtes.

§ 5¹ Aufzeichnungen

- (1) Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, über jeden behandelten Kranken Aufzeichnungen zu machen, aus denen die einzelnen Leistungen, die behandelten Zähne und, soweit erforderlich, der Befund sowie die Behandlungsdaten ersichtlich sein müssen.
- (2) Die Aufzeichnungen nach Abs. 1 sowie die diagnostischen Unterlagen bei kieferorthopädischen Behandlungen sind vom Vertragszahnarzt mindestens vier Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Die Aufbewahrungsfrist für Röntgenaufnahmen richtet sich nach der Röntgenverordnung. Eine längere Aufbewahrung ist darüber hinaus geboten, wenn sie nach medizinischen Erfordernissen angezeigt ist.

§ 6¹ Sprechstundenbehandlung, Zweigpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft

- (1) Für die Behandlung in den Praxisräumen des Zahnarztes (Sprechstundenbehandlung) hat der Berechtigte die freie Wahl unter den Vertragszahnärzten.
- (2) Der Vertragszahnarzt ist gehalten, seine Sprechstunden entsprechend dem Bedürfnis nach einer ausreichenden und zweckmäßigen vertragszahnärztlichen Versorgung und den Gegebenheiten seines Praxisbereiches festzusetzen und die Sprechstunden auf einem Praxisschild bekannt zu geben.

¹ §§ 1-6 in der Fassung vom 29.03.2007, gültig ab 01.07.2007

- (3) Die Krankenkassen haben die Berechtigten dazu anzuhalten, dass sie sich ausgenommen im dringenden Fall an die Sprechstunden der Zahnärzte halten und rechtzeitig erscheinen sowie begonnene Behandlungen bis zum Abschluss durchführen lassen.
- (4) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung stellt für Tage, an denen die Sprechstunden allgemein ausfallen, eine ausreichende Versorgung für dringende Fälle sicher.
- (5) Ist der Vertragszahnarzt an der Ausübung seiner Praxis verhindert, hat er durch geeignete Maßnahmen die Versorgung seiner Patienten zu regeln. Ist dies nicht möglich, hat er die Kassenzahnärztliche Vereinigung unverzüglich zu benachrichtigen.
- (6) Der Vertragszahnarzt darf außerhalb seines Vertragszahnarztsitzes Zweigpraxen an weiteren Orten betreiben, wenn und soweit
 1. dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und
 2. die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragszahnarztsitzes nicht beeinträchtigt wird.

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

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

Soweit sich die Zweigpraxis im Bezirk einer anderen Kassenzahnärztlichen Vereinigung als der befindet, bei der der Vertragszahnarzt Mitglied ist, kann der Vertragszahnarzt für die Tätigkeit an seinem Vertragszahnarztsitz angestellte Zahnärzte beschäftigen. Er kann außerdem Zahnärzte für die Tätigkeit in der Zweigpraxis nach Maßgabe der Vorschriften anstellen, die für ihn als Vertragszahnarzt gelten würden, wenn er an dem weiteren Ort zugelassen wäre. Die Dauer der Tätigkeit der am Vertragszahnarztsitz angestellten Zahnärzte in der oder den Zweigpraxen darf ein Drittel der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit am Vertragszahnarztsitz nicht überschreiten. Am Ort der Zweigpraxis kann ein Zahnarzt angestellt werden. Die Dauer dessen Tätigkeit in der Zweigpraxis darf die Dauer der Tätigkeit des Vertragszahnarztes in der Zweigpraxis um höchstens 100 v. H. überschreiten. § 4 Abs. 1 gilt entsprechend.

Im Falle der Ermächtigung zur Tätigkeit in einer Zweigpraxis in einem Ort außerhalb des Bezirkes der KZV, bei der der Vertragszahnarzt Mitglied ist, erfolgt die Abrechnung nach den gesamtvertraglichen Regelungen am Ort der Zweigpraxis. In diesen Fällen 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.

- (7) Die gemeinsame Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit an einem gemeinsamen Vertragszahnarztsitz (örtliche Berufsausübungsgemeinschaft) oder an un-

terschiedlichen Vertragszahnarztsitzen (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft) bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses nach näherer Maßgabe des § 33 Abs. 2 und 3 ZV-Z. Zur Durchführung des Genehmigungsverfahrens ist dem Zulassungsausschuss von den beteiligten Vertragszahnärzten der schriftliche Gesellschaftsvertrag der Berufsausübungsgemeinschaft vorzulegen. Der Zulassungsausschuss hat auf dieser Grundlage zu prüfen, ob eine gemeinsame Berufsausübung oder lediglich ein Anstellungsverhältnis bzw. eine gemeinsame Nutzung von Personal- und Sachmitteln vorliegt. Eine gemeinsame Berufsausübung setzt die auf Dauer angelegte berufliche Kooperation selbständiger, freiberuflich tätiger Zahnärzte voraus. Erforderlich ist hierfür eine Teilnahme aller Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft, an deren unternehmerischem Risiko und an unternehmerischen Entscheidungen sowie eine gemeinschaftliche Gewinnerzielungsabsicht. Für die Genehmigung KZV-bezirksübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften ist die Abgabe einer schriftlichen Erklärung aller Mitglieder dieser Berufsausübungsgemeinschaft erforderlich, wonach sich diese allen Bestimmungen in Satzungen, Verträgen oder sonstigen Rechtsnormen der gem. § 33 Abs. 3 ZV-Z gewählten KZV hinsichtlich der Vergütung, der Abrechnung sowie zu den Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen, unterwerfen.

- (8) Mitglieder überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften können ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit auch an den Vertragszahnarztsitzen der übrigen Mitglieder dieser Berufsausübungsgemeinschaft ausüben, wenn die Erfüllung der Versorgungspflicht des Mitgliedes an seinem Vertragszahnarztsitz unter Berücksichtigung der Mitwirkung angestellter Zahnärzte weiterhin im erforderlichen Umfang gewährleistet ist. Dies ist dann der Fall, wenn die Tätigkeit an anderen Vertragszahnarztsitzen der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft ein Drittel der Zeit der vertragszahnärztlichen Tätigkeit des Vertragszahnarztes an seinem Vertragszahnarztsitz nicht überschreitet. Dies gilt entsprechend für die Tätigkeit der am Vertragszahnarztsitz angestellten Zahnärzte des Vertragszahnarztes an anderen Vertragszahnarztsitzen der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft. Soweit überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften, die Mitglieder in mehreren KZVen haben, ihre Wahlentscheidung hinsichtlich desjenigen Vertragszahnarztsitzes, der maßgeblich für die auf die Leistungserbringung der Gemeinschaft anzuwendenden ortsgebundenen Regelungen gem. § 33 Abs. 3 Satz 3 ZV-Z sein soll, ändern, ist dies nur zum Quartalsende durch schriftliche Erklärungen gegenüber allen beteiligten KZVen möglich, die diesen mindestens sechs Monate vor Wirksamkeit der geänderten Wahlentscheidung zuzugehen haben.

§ 7

Besuchsbehandlung

- (1) Auch für die Behandlung außerhalb der Praxisräume des Zahnarztes (Besuchsbehandlung) hat der Berechtigte die freie Wahl unter den Kassenzahnärzten. Wird ohne zwingenden Grund ein anderer als einer der nächsterreichbaren Kassenzahnärzte in Anspruch genommen, so hat der Versicherte entstehende Mehrkosten zu tragen.
- (2) Besuche außerhalb seines üblichen Praxisbereiches kann der Kassenzahnarzt ablehnen, es sei denn, dass es sich um einen dringenden Fall handelt und ein Kassenzahnarzt, in dessen Praxisbereich die Wohnung des Kranken liegt, nicht zu erreichen ist.
- (3) Anspruch auf Besuchsbehandlung haben Kranke nur, wenn ihnen das Aufsuchen des Zahnarztes in dessen Praxisräumen nicht möglich oder nicht zumutbar ist.
- (4) Die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sind gehalten, durch Bestimmungen in der Krankenordnung, die landwirtschaftlichen Krankenkassen in anderer geeigneter Weise durch Aufklärung der Berechtigten und dgl. darauf hinzuwirken, dass Besuche nur für Kranke bestellt werden, denen das Aufsuchen des Zahnarztes in seinen Praxisräumen nicht möglich oder nicht zumutbar ist.

§ 8¹ Krankenversichertenkarte

(1) Der Berechtigte weist seinen Anspruch auf vertragszahnärztliche Versorgung durch Vorlage der Krankenversichertenkarte nach. Die Vereinbarung zur Gestaltung und bundesweiten Einführung der Krankenversichertenkarte in der jeweils geltenden Fassung ist Bestandteil des Vertrages.

(2) Solange die Krankenversichertenkarte nicht vorgelegt oder die Anspruchsberechtigung auf andere Weise nicht nachgewiesen worden ist, darf der Vertragszahnarzt eine Privatvergütung für die Behandlung verlangen. Wird die Krankenversichertenkarte oder die Anspruchsberechtigung innerhalb einer Frist von 10 Tagen nach der ersten Inanspruchnahme vorgelegt, so muss die entrichtete Vergütung zurückgezahlt werden.

(3) Die Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen und die landwirtschaftlichen Krankenkassen haben die Berechtigten in geeigneter Weise

- a) zu verpflichten,
dem Vertragszahnarzt bei Behandlungsbeginn und bei Fortdauer der Behandlung zu Beginn eines neuen Kalendervierteljahres unaufgefordert die Krankenversichertenkarte vorzulegen,
in dringenden Fällen die Krankenversichertenkarte spätestens innerhalb einer Frist von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachzureichen,
auf Verlangen des Vertragszahnarztes ihre Identität mit der auf der Krankenversichertenkarte benannten Person nachzuweisen,
- b) anzuhalten,
den Vertragszahnarzt innerhalb eines Kalendervierteljahres nur bei Vorliegen eines triftigen Grundes zu wechseln.
Bei kieferorthopädischer Behandlung sowie bei Behandlung von Parodontopathien ist bis zu deren Abschluss ein Wechsel ebenfalls nur bei Vorliegen eines triftigen Grundes möglich. Die Krankenkasse soll in diesen Fällen den bisher behandelnden Vertragszahnarzt anhören.

(4) Die Krankenkasse wird den Vertragszahnarzt auf dessen Wunsch dabei unterstützen, dass der Versicherte die Krankenversichertenkarte dem Vertragszahnarzt nachträglich vorlegt.

(5) Für Kosten einer Behandlung, die aufgrund einer vorgelegten falschen Krankenversichertenkarte **oder der unrechtmäßigen Vorlage der Krankenversichertenkarte statt des Gebrauchs des Leistungsnachweises gem. § 16 Abs. 3a SGB V² bei Ruhen der Ansprüche** erfolgte, haftet die Krankenkasse dem Vertragszahnarzt gegen Abtretung seines Vergütungsanspruches. Das Nähere regeln die Partner der Gesamtverträge.

§ 8a Zuzahlung nach § 28 Absatz 4 SGB V

(1) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben vor jeder ersten Inanspruchnahme von zahnärztlichen Leistungen bei einem Vertragszahnarzt im Kalendervierteljahr eine Zuzahlung von 10,00 € nach § 28 Abs. 4 SGB V zu leisten.

(2) Der Vertragszahnarzt ist nicht berechtigt, auf die Zuzahlung zu verzichten oder einen anderen Betrag als 10,00 € zu erheben.

(3) Die Zuzahlung entfällt

- für die Inanspruchnahme aufgrund der Überweisung eines Vertragszahnarztes aus demselben Kalendervierteljahr.

¹ In der Fassung der Vereinbarung zum Datenträgeraustausch vom 31.5.1996, gültig ab 1.1.1997.

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

- wenn vor der Behandlung ein aktueller, mit Gültigkeitszeitraum versehener Befreiungsausweis der Krankenkasse vorgelegt wird.
- wenn bei der ersten Inanspruchnahme eine zahnärztliche Untersuchung nach § 30 Abs. 2 Satz 4 und 5 SGB V (Eingehende Untersuchung nach Nr. 01) durchgeführt wird. Dies gilt nicht, wenn in derselben Sitzung neben der Untersuchung nach § 30 Abs. 2 Satz 4 und 5 SGB V andere zahnärztliche Leistungen (mit Ausnahme der Leistungen nach den Nummern 04, Ä 925 bis Ä 935, 8, 107) erbracht werden und für weitere Sitzungen im Kalendervierteljahr.

Diese Regelung gilt auch für eine weitere zahnärztliche Untersuchung (§ 30 Abs. 2 Satz 4 und 5 SGB V / Nr. 01 Bema) in demselben Jahr und im zeitlichen Abstand entsprechend den Abrechnungsbestimmungen.

Die nachträgliche Vorlage einer Überweisung oder eines Befreiungsausweises bei dem Vertragszahnarzt begründet keinen Rückzahlungsanspruch des Versicherten.

Das Entfallen der Zuzahlungspflicht ist bei der Kons- bzw. Kfo-Abrechnung zu kennzeichnen.

(4) Bei einem Wechsel der Krankenkasse innerhalb eines Quartals kennzeichnet der Vertragszahnarzt bei der Abrechnung gegenüber der neuen Krankenkasse, dass die Zuzahlung bereits geleistet worden ist.

(5) Bei der Inanspruchnahme von Vertragszahnärzten, die auch als Vertragsärzte gemäß § 95 Abs. 1 SGB V an der Versorgung teilnehmen, fällt die Zuzahlung nur einmal an. Der Zuzahlungsbetrag ist entsprechend dem abgerechneten Behandlungsfall entweder über die Kassenzahnärztliche Vereinigung oder über die Kassenärztliche Vereinigung zu verrechnen.

(6) Geleistete Zuzahlungen sind zu quittieren. Ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

(7) Bei akuter Behandlungsbedürftigkeit kann die Zuzahlung auch nach der Inanspruchnahme erhoben werden. Dies gilt ebenfalls bei einer telefonischen Inanspruchnahme.

(8) Soweit im Kalendervierteljahr eine Erstinanspruchnahme als Notfall oder im organisierten Notfalldienst erfolgt, ist die nach Absatz 6 zu erstellende Quittung entsprechend zu kennzeichnen. Die Zuzahlung entfällt, wenn der Versicherte bei der Inanspruchnahme eines weiteren Vertragszahnarztes in demselben Kalendervierteljahr diese Quittung vorlegt. In diesen Fällen hat der in Folge in Anspruch genommene Vertragszahnarzt die Quittung mit dem Vertragszahnarztstempel zu versehen, ein erneutes Erheben der Zuzahlung ist unzulässig.

Sätze 1 und 2 finden entsprechende Anwendung, wenn der Versicherte nach der Erstinanspruchnahme den Notdienst aufsucht.

(9) Wird die zahnärztliche Behandlung von einem bestellten Vertreter außerhalb der Praxis des erstbehandelnden Vertragszahnarztes in demselben Kalendervierteljahr weitergeführt, legt der Versicherte die Quittung über die geleistete Zuzahlung vor. Eine erneute Erhebung der Zuzahlung ist unzulässig.

Soweit im Behandlungsvierteljahr eine Erstinanspruchnahme eines bestellten Vertreters erfolgt, erhebt dieser die Zuzahlung. Eine erneute Erhebung der Zuzahlung durch den vertretenen Vertragszahnarzt ist in diesem Behandlungsvierteljahr unzulässig.

In den Fällen von Satz 1 und 3 hat der in Folge in Anspruch genommene vertretende bzw. vertretene Vertragszahnarzt die Quittung mit dem Vertragszahnarztstempel zu versehen.

(10) Der Vertragszahnarzt ist berechtigt, die Behandlung eines Versicherten, der das 18. Lebensjahr vollendet hat, abzulehnen, wenn dieser in den in § 28 Absatz 4 SGB V bestimmten Fällen vor der Behandlung keine Zuzahlung von 10,00 € leistet. Dies gilt nicht bei akuter Behandlungsbedürftigkeit. Der Vertragszahnarzt darf die Behandlung eines Versicherten im übrigen nur in begründeten Fällen ablehnen. Er ist berechtigt, die Krankenkasse unter Mitteilung der Gründe zu informieren.

(11) Wird die Zuzahlung nicht vor der Behandlung entrichtet, ist der Versicherte verpflichtet, die Zuzahlung unverzüglich, spätestens innerhalb einer Frist von 10 Tagen, zu entrichten. Die

gegebenenfalls entstehenden Portokosten für die Zuzahlungsaufforderung stellt der Vertragszahnarzt dem Versicherten in Rechnung.

(12) Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten, die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Vertragszahnärzte über die gesetzliche Zuzahlungsverpflichtung.

(13) Leistet der Versicherte trotz einer schriftlichen Zuzahlungsaufforderung des Vertragszahnarztes innerhalb von 10 Tagen nicht, übernimmt die zuständige Krankenkasse den weiteren Zuzahlungseinzug.

(14) Ist eine Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durchgeführt worden und hat der Versicherte die Zuzahlung trotz Aufforderung des Vertragszahnarztes bis zur Abrechnung des Kalendervierteljahres nicht geleistet, ist dies bei der Kons- bzw. Kfo-Abrechnung zu kennzeichnen. In diesem Fall darf die Krankenkasse die Gesamtvergütung nicht um den nicht einbehaltenen Zuzahlungsbetrag kürzen.

(15) Die nach § 28 Absatz 4 SGB V vom Vertragszahnarzt einbehaltenen Zuzahlungen werden mit dem Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung bei der Kons- bzw. Kfo-Abrechnung, bzw. gegenüber der Krankenkasse verrechnet. Die einbehaltenen Zuzahlungen sind bei der Schlussabrechnung zu berücksichtigen; die Gesamtvertragspartner können Näheres vereinbaren.

*** Regelung zum Inkrafttreten zu § 8a:**

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2004 in Kraft. Sie gilt für alle Abrechnungsfälle ab dem 1. Quartal 2004.

§ 9¹

Behandlungsfall

(1) Behandlungsfall im Sinne dieses Vertrages ist bei Leistungen nach den Teilen 1 und 3 des Bewertungsmaßstabes (Anlage A) die gesamte von demselben Vertragszahnarzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres vorgenommene Behandlung.

(2) Leistungen, die am Ende des Kalendervierteljahres nicht abgeschlossen sind, werden im nächsten Kalendervierteljahr abgerechnet.

¹⁾ *In der Fassung der Vereinbarung zum Datenträgeraustausch vom 31.5.1996, gültig ab 1.1.1997.*

§ 10

Überweisungen

(1) Der Kassenzahnarzt kann, wenn erforderlich, den Kranken zur Durchführung bestimmter zahnärztlicher Leistungen oder zur Weiterbehandlung einem anderen Kassenzahnarzt oder einer sonstigen berechtigten Stelle (poliklinische Einrichtung der Hochschule, kasseneigenes Institut) überweisen; die Überweisung zur Weiterbehandlung an einen anderen Kassenzahnarzt ist nur in Ausnahmefällen zulässig.

(2) Eine Überweisung kann grundsätzlich nur ein Kassenzahnarzt vornehmen, dem eine gültige Krankenversichertenkarte vorliegt.

§ 10 a

Ermächtigung zur Durchführung kieferorthopädischer Behandlungen im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung

(1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ermächtigen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen über den Kreis der zugelassenen und beteiligten Zahnärzte hinaus weitere Zahnärzte zur Durchführung kieferorthopädischer Behandlung.

(2) In der Ermächtigung (§ 31 Abs. 2 ZO-Z) ist festzulegen, dass die für den Kassenzahnarzt maßgeblichen gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen entsprechend gelten.

Protokollnotiz zu § 10 a des Bundesmantelvertrags

„Die Partner des Bundesmantelvertrags sind darüber einig, dass die Ermächtigung nicht willkürlich versagt werden darf. Als äußerste Frist für die Bearbeitung des Antrages sind drei Monate anzusehen. Da Einvernehmen zwischen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Landesverbänden der Krankenkassen sowie den örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen herbeigeführt werden muss, sollen die Landesverbände sowie die örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen möglichst rasch nach der Unterrichtung durch die KZV über den Ermächtigungsantrag ihre Stellungnahme abgeben. Als äußerste Frist hierfür wird ein Monat angesehen.“

§ 10 b

Ermächtigung von Zahnärzten aus Mitgliedsstaaten der EG zur Erbringung von Dienstleistungen

(1) Zahnärzte, die als Angehörige eines der anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Gemeinschaften nach Maßgabe der Artikel 15 und 16 der Richtlinien des Rates der Europäischen Gemeinschaften vom 25. Juli 1978 78/686/EWG zahnärztliche Leistungen ohne Begründung einer Niederlassung in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich Land Berlin (Dienstleistungen) erbringen wollen, werden auf ihren Antrag gemäß § 31 Abs. 4 ZO-Z (jetzt: § 31 Abs. 5 ZV-Z) von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, in deren Bereich die Leistungen durchgeführt werden sollen, hierzu ermächtigt, wenn

- a) der Antragsteller berechtigt ist, als Dienstleistungserbringer im Sinne des Artikels 60 des EWG-Vertrages vorübergehend den zahnärztlichen Beruf im Geltungsbereich des Zahnheilkundengesetzes auszuüben,
- b) der Antragsteller die persönlichen Voraussetzungen erfüllt, die ein Kassenzahnarzt nach seinem Berufsrecht erfüllen muss, um die gleiche Leistung zu erbringen,
- c) in der Person des Antragstellers keine Gründe vorliegen, die bei einem Kassenzahnarzt die Entziehung der Zulassung zur Folge haben würden und
- d) die Dienstleistungen, welche der Antragsteller erbringen will, Gegenstand der Kassenzahnärztlichen Versorgung nach § 368 Abs. 2 RVO sind.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen sowie die örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen sind über die Ermächtigung zu unterrichten.

(3) Die Ermächtigung berechtigt und verpflichtet den Zahnarzt zur Erbringung der Dienstleistungen nach Maßgabe der für Kassenzahnärzte geltenden Bestimmungen.

(4) Der Versicherte hat entstehende Mehrkosten (insbesondere Reisekosten) zu tragen, wenn ohne zwingenden Grund ermächtigte Zahnärzte aus anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Gemeinschaften als Dienstleistungserbringer in Anspruch genommen werden.

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

§ 11

Verordnung von Krankenhauspflege

(1) Krankenhauspflege soll nur verordnet werden, wenn sie wegen Art oder Schwere der Krankheit erforderlich ist. Die Notwendigkeit ist zu begründen, falls sie sich nicht aus der Art der Erkrankung ergibt.

(2) Die Kostenverpflichtungserklärung gegenüber dem Krankenhaus bleibt der Krankenkasse vorbehalten. Veranlasst der Kassenzahnarzt in Notfällen ausnahmsweise von sich aus die Aufnahme in ein Krankenhaus, so hat er dieses in der Verordnung besonders zu begründen.

§ 12

Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit, Vertrauensärztlicher Dienst

(1) Die Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit und ihre voraussichtliche Dauer erfordert im Hinblick auf ihre Bedeutung besondere Sorgfalt; deshalb darf die Arbeitsunfähigkeit nur aufgrund einer zahnärztlichen Untersuchung bescheinigt werden.

(2) Die Bescheinigung soll auf den dafür vorgesehenen Vordrucken erfolgen. Eine Durchschrift der Bescheinigung (Vordruckmuster 1c gemäß Bundesmantelvertrag-Ärzte) soll der Zahnarzt 12 Monate lang aufbewahren.

(3) Die Arbeitsunfähigkeit soll für eine vor der ersten Inanspruchnahme des Zahnarztes 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.

(4) Hat der Versicherte einen Lohnfortzahlungsanspruch, so ist eine Bescheinigung über die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit auszustellen. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als in der Bescheinigung angegeben, wird eine neue zahnärztliche Bescheinigung ausgestellt; eine rückwirkende Bescheinigung über die Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit ist nur ausnahmsweise und nur nach gewissenhafter Prüfung und in der Regel nur bis zu zwei Tagen zulässig.

(5) Im weiteren Verlauf der Krankheit soll die Arbeitsunfähigkeit zum Zwecke der Erlangung von Krankengeld in der Regel nicht für einen mehr als 7 Tage zurückliegenden Zeitraum und nicht für mehr als zwei Tage im voraus bescheinigt werden.

(6) Zum Zwecke der Erlangung von Krankengeld ist die Bescheinigung über die letzte Arbeitsunfähigkeitsperiode dann zu versagen, wenn der Kranke entgegen zahnärztlicher Anordnung ohne triftigen Grund länger als eine Woche nicht zur Behandlung gekommen ist und er bei der Untersuchung arbeitsfähig befunden wird. In diesem Fall darf lediglich die Arbeitsfähigkeit ohne den Tag ihres Wiedereintritts bescheinigt werden; zusätzlich ist der vorletzte Behandlungstag anzugeben.

(7) Der Kassenzahnarzt erteilt dem Vertrauensärztlichen Dienst diejenigen Auskünfte, die dieser zur Durchführung seiner gesetzlichen Aufgaben (§ 369 b Abs. 1 RVO) benötigt.

(8) Das Gutachten des Vertrauensarztes ist vorbehaltlich der Bestimmung in Absatz 9 verbindlich.

(9) Bestehen zwischen dem Kassenzahnarzt und dem Vertrauensärztlichen Dienst über das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit oder in anderer Hinsicht Meinungsverschiedenheiten, so soll der Kassenzahnarzt unter Darlegung seiner Gründe die Krankenkasse unterrichten, die das Weitere veranlasst. Der Kassenzahnarzt kann die Entscheidung durch ein Obergutachten beantragen.

§ 13

Ausschuss für Untersuchungs- und Heilmethoden

(1) Bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung wird ein Ausschuss für Untersuchungs- und Heilmethoden gebildet, dessen Mitglieder von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung berufen werden. Die Bundesverbände der Krankenkassen können als Mitglieder des Ausschusses zwei Zahnärzte benennen. Die Geschäftsführung des Ausschusses liegt bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung.

(2) Der Ausschuss nimmt auf Antrag der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung oder eines Bundesverbandes der Krankenkassen dazu Stellung, ob für eine Untersuchungs- oder Heilmethode sowie für die Verwendung bestimmter Materialien die in § 368 e RVO bezeichneten Voraussetzungen vorliegen. Seine Stellungnahmen sind von den Zahnärzten und von den Krankenkassen zu beachten.

(3) Eine neue Untersuchungs- oder Heilmethode oder ein neues Material sollen die Zahnärzte im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung nicht anwenden, die Krankenkassen sollen

die Kosten dafür nicht übernehmen, solange der Ausschuss zu der neuen Methode bzw. dem neuen Material nicht Stellung genommen hat.

Protokollnotiz zu § 13

Die Partner des Bundesmantelvertrages-Zahnärzte stimmen darin überein, dass sich die Tätigkeit des Ausschusses gem. § 13 BMV-Z auch auf die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen bezieht. In diesem Zusammenhang soll es insbesondere zu den Aufgaben des Ausschusses gehören, unterschiedliche prothetische Versorgungsmöglichkeiten auf das Vorliegen der in § 368 e RVO genannten Voraussetzungen zu überprüfen. In diese Überprüfungen sind auch bereits bekannte Versorgungsmöglichkeiten einzubeziehen.

§ 14

Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen Grundsatz der Wirtschaftlichkeit

(1) Die vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen beschlossenen Richtlinien nach § 368 p RVO sind zu beachten.

(2) Heilmaßnahmen, insbesondere die von den Kranken anzuwendenden Arzneien sowie Heilmittel, sind hinsichtlich ihrer Art und ihres Umfanges bei sorgfältiger Prüfung der Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu verordnen.

§ 15

Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Sprechstundenbedarf

(1) Die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln soll auf den von den Krankenkassen zu liefernden Vordrucken erfolgen, falls ein gültiger Behandlungsausweis vorliegt. Die Verordnung muss erkennen lassen, ob sie für

- a) ein Mitglied (mit Ausnahme der nach § 165 Abs. 1 Nr. 3 sowie der nach § 315 a RVO bzw. § 2 Abs. 1 Nrn. 4 und 5 KVLG Versicherten),
- b) den Familienangehörigen eines Mitgliedes nach a),
- c) einen pflichtversicherten Rentner (§ 165 Abs. 1 Nr. 3 oder § 315 a RVO bzw. § 2 Abs. 1 Nrn. 4 und 5 KVLG) oder dessen Angehörigen

erfolgt.

(2) Die Beschaffung von Sprechstundenbedarf wird zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen geregelt.

§ 16

Auskünfte, Bescheinigungen

(1) Der Kassenzahnarzt ist verpflichtet, den Krankenkassen ohne besonderes Honorar, aber gegen Erstattung der baren Auslagen auf Verlangen Auskünfte und Bescheinigungen zu erteilen, die die Krankenkassen zur Durchführung ihrer Aufgaben benötigen.

(2) Der Kassenzahnarzt ist verpflichtet, dem Vertrauensarzt auf Anforderung die diagnostischen Unterlagen zur Beurteilung bestimmter Behandlungsfälle zur Verfügung zu stellen. Hierzu können die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen bzw. die örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen Näheres vereinbaren.

(3) Nimmt der Kassenzahnarzt an oder behauptet der Kranke, dass die Krankheit eine Berufskrankheit im Sinne der Unfallversicherung oder deren Spätfolge oder die Folge, Spätfolge eines Arbeitsunfalls, eines sonstigen Unfalles, einer Körperverletzung oder einer Schädigung im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes ist, so hat der Kassenzahnarzt dies der Krankenkasse auf dem Behandlungsausweis mitzuteilen. Die Mitteilung erfolgt außerdem, wenn Ar-

beitsunfähigkeit bescheinigt oder Krankenhauspflege verordnet wird, durch Anmerkung auf den dafür vorgesehenen Vordrucken.

(4) Der Kassenzahnarzt soll die Krankenkassen über besondere Vorkommnisse, welche die Versicherungsgemeinschaft schädigen, und über besondere Umstände, z. B. bei der Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit, bei Nichtbefolgung von Vorschriften der Krankenordnung oder bei Abbruch kieferorthopädischer Behandlung und der Behandlung von Parodontopathien, unterrichten.

Protokollnotiz zu § 16 Abs. 4

Die Partner des BMV-Z sind darüber einig, dass ein besonderes Vorkommnis im Sinne des § 16 Abs. 4 BMV-Z auch dann vorliegt, wenn kieferorthopädische Behandlungsmittel nicht sorgfältig behandelt werden.

§ 17

Vordrucke zur Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung, edv-mäßige Erstellung der Abrechnung

(1)¹ Die zur Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung erforderlichen Vordrucke – mit Ausnahme der von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu schaffenden und von ihnen zu liefernden Vordrucke für die Abrechnung der Vertragszahnärzte – werden zwischen den Partnern dieses Vertrages vereinbart.

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

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

Für den kieferorthopädischen Behandlungsplan gilt Anlage 8.

Für den Parodontalstatus gelten Anlagen 10a und 10b.

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

Für die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und das Ordnungsblatt für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel gelten die Vordrucke, die auf Grund des Bundesmantelvertrages-Ärzte vereinbart werden.

Werden Vordrucke nach dem BMV-Z oder seinen Anlagen individuell mittels EDV erstellt, werden die Kosten von den Krankenkassen nicht übernommen.

(2) Die Kosten für diese Vordrucke werden von den Krankenkassen getragen.

(3) Vordrucke und Bescheinigungen sind vollständig und leserlich auszufüllen, mit dem Zahnarztstempel zu versehen und vom Vertragszahnarzt persönlich zu unterzeichnen, sofern nichts anderes bestimmt wird.

(4)¹ Die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen durch die Vertragszahnärzte mittels EDV bedarf der Genehmigung durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung nach Maßgabe der Anlage 2.

(5) Das Nähere über den Zahnarztstempel ist im Gesamtvertrag zu vereinbaren.

(6) Die zur Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung erforderlichen Vordrucke und Stempel sind zur Verhütung missbräuchlicher Benutzung sorgfältig aufzubewahren.

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

§ 18

Verzeichnis der an der Kassenzahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte

(1) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung stellt den Krankenkassen ihres Bezirks ein laufend zu ergänzendes Verzeichnis der an der Kassenzahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte unterteilt nach zugelassenen Zahnärzten, beteiligten Krankenhauszahnärzten (§ 29 ZO-Z), zur kieferorthopädischen Behandlung zugelassene oder ermächtigte Zahnärzte (11) und sonstige ermächtigte Zahnärzte (§ 31 Abs. 1 und 3 ZO-Z) zur Verfügung. Das Verzeichnis enthält die Namen der Zahnärzte sowie Angaben über Praxisstelle, Sprechzeiten und Fernsprechnummer. Näheres zu dem Verzeichnis vereinbaren die Partner des Gesamtvertrags.

(2) Die Krankenkassen sind verpflichtet, dieses Verzeichnis in ihren Geschäftsstellen zur Einsichtnahme für die Berechtigten auszulegen.

Protokollnotiz vom 27. 5. 74

Die Partner des Bundesmantelvertrags-Zahnärzte vereinbaren, dass die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen eine Liste erstellen, in die sich die Zahnärzte, die an der Durchführung der systematischen Pa-Behandlungen besonders interessiert sind, eintragen lassen können. Die Liste wird den Landesverbänden der Krankenkassen und den örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen zur Verfügung gestellt.

§ 19

Rechnungsprüfung durch die KZV, Beratung des Kassenzahnarztes

Der Kassenzahnärztlichen Vereinigung obliegt es,

- a) die vom Zahnarzt eingereichten Honoraranforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. zu berichtigen,
- b) den Zahnarzt hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und Verordnungsweise zu beraten.

Anmerkung der KZBV zu den §§ 20-24:

Das Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung wird zwischen den Partnern der Gesamtverträge vereinbart.

§ 20

Prüfungseinrichtungen, Grundsätze für die Prüfung

(1) Die Kassenzahnärztliche Tätigkeit wird im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der Kassenzahnärztlichen Versorgung durch Prüfungseinrichtungen überwacht. Prüfungseinrichtungen sind Prüfungsausschüsse und Beschwerdeausschüsse.

(2) Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit ist die gesamte Tätigkeit des Kassenzahnarztes zu berücksichtigen.

(3) Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise haben die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise die Krankenkassen die erforderlichen Unterlagen zu erstellen; die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen sollen sich dabei gegenseitig unterstützen. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen können Näheres regeln.

(4) Der Kassenzahnarzt hat den Prüfungseinrichtungen auf Anforderung alle notwendigen Unterlagen einschließlich Röntgenaufnahmen zur Verfügung zu stellen.

(5) Die Prüfungseinrichtungen können von sich aus oder auf Antrag Kontrolluntersuchungen veranlassen. Näheres, insbesondere über das Verfahren, die durchführenden Stellen und die Kosten, regeln die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen.

(6) Die Krankenkassen können Anträge auf Überprüfung der kassenzahnärztlichen Behandlungs- und Ordnungsweise stellen; sie sind zu begründen und sollen nur über den jeweiligen Landesverband gestellt werden.

Protokollnotiz zu § 20

Solange die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen keine Vereinbarungen über die Prüfung der Wirtschaftlichkeit gem. § 368 n Abs. 5 RVO in der ab 1. 7. 1977 gültigen Fassung getroffen haben, richtet sich das Verfahren der Prüfungseinrichtungen nach der als Anlage 4 zum Bundesmantelvertrag in der ab 1.1.1975 gültigen Fassung vereinbarten Verfahrensordnung unter Berücksichtigung der durch das KVKG geschaffenen Rechtslage. Vereinbarungen, die zwischen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Landesverbänden der Krankenkassen sowie den örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen auf der Grundlage von § 22 Abs. 6 Satz 2 des Bundesmantelvertrags in der ab 1. 1. 1975 gültigen Fassung getroffen worden sind, bleiben bestehen.

§ 21

Prüfungseinrichtungen bei Pauschalvergütung

(1) Wird die Gesamtvergütung nach einer Kopfpauschale, Fallpauschale oder einem ähnlichen System berechnet, so errichtet die Kassenzahnärztliche Vereinigung die Prüfungseinrichtungen.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen können einen von ihnen beauftragten Zahnarzt benennen, der an den Sitzungen der Prüfungseinrichtungen einschließlich Beschlussfassung beratend mitwirkt.

(3) Anträge und schriftliche Stellungnahmen werden dem nach Abs. 2 benannten Zahnarzt unverzüglich mitgeteilt. Zu den Sitzungen der Prüfungseinrichtungen erhält dieser Zahnarzt schriftliche Ladung. Zwischen Ladung und Sitzung der Prüfungseinrichtungen soll ein Zeitraum von mindestens zwei Wochen liegen.

(4) Krankenkassen, die Anträge gestellt haben, erhalten Abschriften der Beschlüsse der Prüfungseinrichtungen.

(5) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen können Ergänzungen zu der Bestimmung des Abs. 2 sowie Ergänzungen zu und Abweichungen von den Bestimmungen der Abs. 3 und 4 vereinbaren.

§ 22

Prüfungseinrichtungen bei Einzelleistungsvergütung

(1) Wird die Gesamtvergütung nach Einzelleistungen berechnet, werden die Prüfungseinrichtungen bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen errichtet. Die von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen benannten Vertreter in den Prüfungseinrichtungen müssen in der kassenzahnärztlichen Tätigkeit erfahrene Zahnärzte sein.

(2) Der Prüfungsausschuss setzt sich zusammen aus von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen benannten Vertretern, die Stimmrecht haben, und aus Vertretern der Krankenkassen, die an den Sitzungen einschließlich Beschlussfassung beratend teilnehmen. Die Landesverbände der Krankenkassen benennen die Vertreter der Krankenkassen, unter denen ein Zahnarzt sein soll. Näheres über die Zahl der stimmberechtigten und beratend mitwirkenden Vertreter regeln die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen. Bis zu dieser Regelung besteht der Prüfungsausschuss aus drei Vertretern der Kassenzahnärztlichen Vereinigung und zwei Vertretern der Krankenkassen.

(3) Der Beschwerdeausschuss besteht aus je drei von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen benannten Vertretern. Unter den Vertretern der Krankenkassen soll sich ein Zahnarzt befinden. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen

und die Landesverbände der Krankenkassen können Näheres regeln, insbesondere auch die Zahl der Vertreter im Beschwerdeausschuss unter Wahrung der paritätischen Besetzung anders festlegen.

(4) Für die Vertreter in den Prüfungseinrichtungen sind Stellvertreter in der notwendigen Anzahl zu benennen.

(5) Die Zahl der Ausschüsse ist von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen zu regeln. Bis zu dieser Regelung ist auf höchstens 600 Kassenzahnärzte ein Prüfungsausschuss zu bilden.

(6) Die Prüfungseinrichtungen teilen ihre Entscheidungen mit schriftlicher Begründung und Rechtsmittelbelehrung den Betroffenen (Kassenzahnarzt und Krankenkassen) mit. Im übrigen richten sich die Prüfungseinrichtungen nach der als Anlage 4 zu diesem Vertrag vereinbarten Verfahrensordnung. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen können Änderungen und Ergänzungen der Verfahrensordnung vereinbaren.

§ 23

Prüfung der Verordnungsweise, Feststellung des sonstigen Schadens

(1) Die Prüfungseinrichtungen nach §§ 21 und 22 sind auch zuständig für die Prüfung der Verordnungsweise der Kassenzahnärzte. Sie haben auch den sonstigen Schaden festzustellen, den der Kassenzahnarzt infolge schuldhafter Verletzung kassenzahnärztlicher Pflichten einer Krankenkasse verursacht hat.

(2) Die Vorschriften der §§ 20 bis 22 gelten entsprechend für die Verfahren nach Abs. 1; jedoch steht den Krankenkassen auch dann die Beschwerde zu, wenn die Prüfungseinrichtungen sich gem. § 21 zusammensetzen.

§ 24

Begleichung von Schadenersatzansprüchen

Lässt der Kassenzahnarzt oder eine der Personen, für die er haftet, bei der Erfüllung der kassenzahnärztlichen Pflichten die nach den Umständen erforderliche Sorgfalt außer acht, so hat die Kassenzahnärztliche Vereinigung der betroffenen Krankenkasse den durch die Nichterfüllung der kassenzahnärztlichen Pflichten entstandenen und durch die Prüfungseinrichtungen festgestellten Schaden zu ersetzen, soweit ihr ein Rückgriff gegen den Kassenzahnarzt durch Aufrechnung gegen Honorarforderungen möglich ist. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung behält den von den Prüfungseinrichtungen festgestellten Regress(Schadens)-Betrag an den Honorarforderungen des Kassenzahnarztes gegen die Kassenzahnärztliche Vereinigung ein und führt ihn vorbehaltlich einer anderweitigen Entscheidung im Rechtswege an die Krankenkasse ab; soweit dies nicht möglich ist, weil Honorarforderungen des Kassenzahnarztes gegen die Kassenzahnärztliche Vereinigung nicht mehr bestehen, tritt die Kassenzahnärztliche Vereinigung den Anspruch auf den Regress-(Schadens-)Betrag an die Krankenkasse zur unmittelbaren Einziehung ab.

§ 25

Stationäre kassenzahnärztliche Behandlung

Für die stationäre kassenzahnärztliche Behandlung gem. § 368 g Abs. 6 RVO gelten die Bestimmungen dieses Vertrages mit Ausnahme des § 6 Abs. 1-4 und 6 sowie des § 7.

§ 26

Kassenzahnärztliche Vergütung

(1) Die für die kassenzahnärztliche Versorgung zu entrichtende Vergütung wird an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gezahlt. Für Material- und Laboratoriumskosten bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen obliegt der Krankenkasse die Zahlungsverpflichtung

jedoch nur insoweit, als sie Zuschüsse gewährt. Die Krankenkasse zahlt mit befreiender Wirkung für den Versicherten und gegenüber dem Kassenzahnarzt an die Kassenzahnärztliche Vereinigung.

(2) Krankenkassen im Sinne des § 368 g Abs. 2 Satz 2 RVO entrichten die Vergütung an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung oder an eine von ihr bevollmächtigte Kassenzahnärztliche Vereinigung.

(3) Der durch den Bewertungsausschuss nach § 368 g Abs. 4 RVO vereinbarte einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (Bema-Z) ist Bestandteil (Anlage A) dieses Vertrags.

(4) Grundsätze für die Festsetzung und die Berechnung der kassenzahnärztlichen Vergütung können als Anlage zu diesem Vertrag vereinbart werden.

(5) Die Parteien dieses Vertrags können eine Empfehlungsvereinbarung über die Höhe des den jeweiligen Verhältnissen entsprechenden Punktwertes des in Abs. 3 genannten Bewertungsmaßstabes schließen, wenn eine gemeinsame Empfehlung nach § 368 f Abs. 4 RVO nicht zustande gekommen ist.

(6) Wird die Gesamtvergütung nach Einzelleistungen errechnet und werden für poliklinische Einrichtungen der Hochschulen davon abweichende Vergütungen vereinbart (§ 368 n Abs. 3 RVO), so ist dies im Gesamtvertrag entsprechend zu berücksichtigen.

Zu § 26 BMV-Z wird folgende Protokollnotiz vereinbart:

„Die Verringerung des Vergütungsanspruchs gem. § 85 Abs. 4 b SGB V bezieht sich bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen auf den in § 30 Abs. 1 SGB V genannten Zuschuss von 50 v.H., bei der kieferorthopädischen Behandlung auf die in § 29 Abs. 1 SGB V genannten Vomhundertsätze (80 v.H. bzw. 90 v.H.).“

Vereinbarung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen vom 17.03.1993

§ 27

Zusammenstellung der Abrechnungsergebnisse durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung

(1) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung übermittelt der Krankenkasse alsbald nach Abschluss ihrer Abrechnungen getrennt nach Mitgliedern, Familienangehörigen sowie Rentnern einschließlich deren Familienangehörigen

- a) die vom Zahnarzt eingereichten Abrechnungsunterlagen, fortlaufend numeriert sowie getrennt nach Leistungsarten,
- b) die Zusammenstellung der abgerechneten Einzelleistungen, aufgegliedert nach Leistungspositionen je Kassenzahnarzt für die konservierend-chirurgischen Leistungen,
- c) die Zusammenstellung der Vergütungsanforderungen je Kassenzahnarzt, getrennt nach Leistungsarten.

(2) Das Nähere wird im Gesamtvertrag geregelt. Dabei kann auch vereinbart werden, dass weitergehende Abrechnungsdaten zur Verfügung gestellt werden.

§ 28

Prüfung der Abrechnungsunterlagen

(1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind berechtigt, bei den Krankenkassen

- a) die Unterlagen, die Grundlage für die Vergütungsregelung waren, insbesondere die Unterlagen für Ausgangsgrundlohnsummen, bis zum Ablauf von drei Jahren seit Abschluss der letzten Honorarfestsetzung zu prüfen,
- b) die Abrechnung über die Gesamtvergütung und die dazugehörigen Unterlagen bis zum Ablauf des auf den Eingang der Abrechnung folgenden Kalenderjahres zu prüfen.

- (2) Die Krankenkassen sind berechtigt, bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung
- a) die Unterlagen, die Grundlage für die Vergütungsregelung waren, bis zum Ablauf von drei Jahren seit Abschluss der letzten Vergütungsregelung sowie die Unterlagen, die Grundlage für die Ermittlung des Leistungsbedarfs werden, zu prüfen,
 - b) sich durch Einsicht in die Abrechnung und die dazugehörigen Unterlagen über die Verteilung der Gesamtvergütung bis zum Ablauf des auf den Eingang der Abrechnung folgenden Kalenderjahres zu unterrichten.
- (3) Das Nähere zu Abs. 1 und 2 wird im Gesamtvertrag geregelt.

§ 29

Mitteilung über Disziplinarverfahren

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung wird in Fällen, in denen auf Anregung einer Krankenkasse oder eines Landesverbandes der Krankenkassen gegen einen Kassenzahnarzt wegen Verletzung kassenzahnärztlicher Pflichten ein Disziplinarverfahren eingeleitet wurde, die Krankenkasse oder deren Landesverband über die Einleitung und über das Ergebnis des Verfahrens unterrichten.

§ 30

Vertragsausschuss

(1) Zur Förderung einer vertrauensvollen Zusammenarbeit in der Durchführung dieses Vertrags und seiner Anlagen, zur Vorbereitung ihrer Anpassung an veränderte Verhältnisse und zur Vorbereitung des Abschlusses neuer Verträge oder Anlagen bilden die Parteien dieses Vertrages einen Vertragsausschuss.

(2) Der Vertragsausschuss besteht aus sechs Vertretern der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, drei Vertretern des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen und je einem Vertreter der Bundesverbände der Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen und landwirtschaftlichen Krankenkassen.

§ 31

Eigeneinrichtungen der Krankenkassen

(1) Die Vorschriften dieses Vertrags gelten nicht für die kasseneigenen Zahnkliniken.

(2) Die Inanspruchnahme der übrigen Einrichtungen der Krankenkassen oder ihrer Verbände können - soweit hierfür ein Bedürfnis besteht - die Krankenkassen oder ihre Verbände mit den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen in gemäß § 368 d Abs. 1 Satz 3 RVO zu schließenden Verträgen regeln.

§ 32

Inkrafttreten

Dieser Vertrag tritt mit dem 1. 1. 1986 als allgemeiner Inhalt der unter seinen Geltungsbereich fallenden Gesamtverträge in Kraft. Er löst den am 1. 6. 1962 in Kraft getretenen Bundesmantelvertrag, zuletzt geändert durch die Vereinbarung vom 3.10.1980, ab.

§ 33

Kündigung

(1) Dieser Vertrag kann von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und von jedem beteiligten Bundesverband der Krankenkassen mit einer Frist von 6 Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres gekündigt werden. Die Kündigung des Vertrags schließt die der Anlagen mit ein.

(2) Sofern für die Anlagen nicht besondere Kündigungsfristen vereinbart werden, gilt Abs. 1 Satz 1 entsprechend.

(3) Über die Fristen der Abs. 1 und 2 hinaus haben die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und jeder beteiligte Bundesverband das Recht, die Kündigung einer Anlage des Vertrags durch die andere Seite binnen 14 Tagen mit der Kündigung des Vertrags oder weiterer Anlagen zu beantworten.

(4) Die Kündigung durch einen Bundesverband berührt die Weitergeltung des Vertrags und der Anlagen für die übrigen Bundesverbände nicht.

(5) Die Kündigungen haben durch eingeschriebenen Brief an alle Vertragspartner zu erfolgen. Der die Kündigung des Vertrags aussprechende Partner hat hierüber gleichzeitig das Bundesschiedsamt durch eingeschriebenen Brief zu unterrichten.

(6) Abs. 1 - 5 gelten nicht für den durch den Bewertungsausschuss vereinbarten einheitlichen Bewertungsmaßstab (Bema-Z).

Köln, Bonn-Bad Godesberg, Essen, Bergisch-Gladbach, Kassel, 13. 11. 1985

Kassenzahnärztliche
Bundesvereinigung

Bundesverband der
Ortskrankenkassen

Bundesverband der
Betriebskrankenkassen

Bundesverband der
Innungskrankenkassen

Bundesverband der
landwirtschaftlichen Krankenkassen

Die
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
und der
AOK-Bundesverband
Bundesverband der Betriebskrankenkassen
IKK-Bundesverband
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
sowie die
Bundesknappschaft
schließen als Anlage zum BMV-Z die nachstehende

Vereinbarung
über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen
(Individualprophylaxe):
in der Fassung der Änderungsvereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004

§ 1

Allgemeines

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

§ 2

Nachweis der Anspruchsberechtigung

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

§ 3

Bonusheft

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

§ 4

Abrechnung

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

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

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

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

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

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

§ 5

Vergütung

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

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

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

§ 6

Vordrucke

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

(2) Die Kosten der Vordrucke tragen die Krankenkassen

§ 7¹

Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2004 in Kraft.

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

Köln, Bonn, Essen, Bergisch Gladbach, Kassel, Bochum, 16.10.2003

¹ Vom Abdruck des Bonusheftes wurde abgesehen.

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

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

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

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

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

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

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

"Nach § 76 Abs. 4 SGB V ist der Zahnarzt dem Versicherten gegenüber zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts verpflichtet. Die höchstrichterliche Rechtsprechung hat die Verpflichtung nach Dienstvertragsrecht beurteilt. Entsprechend § 135 Abs. 4 Satz 5 SGB 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,
- Füllen, in denen besondere Umstände (z. B. Bruxismus oder Vorerkrankungen) vorliegen, die der Zahnarzt auf dem Krankenblatt festhält.

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

2. Zahnersatz

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

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

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

¹ [ab 01.07.2008] § 137 Abs. 4 Satz 5 SGB V

² Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004

Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)

und

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

vereinbaren als Bestandteil der Bundesmantelverträge den nachstehenden

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

Abschnitt 1 Abrechnungsunterlagen

§ 1 Allgemeines zu Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen

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

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

Protokollnotiz:

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

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

Protokollnotiz:

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

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

§ 2

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

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

Protokollnotiz:

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

10. Kosten der Behandlung (Fallwert in Punkten oder EUR nach Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit durch die KZV),
 11. Röntgenbegründung,
 12. Art der Inanspruchnahme (z. B. Notfall),
 13. Angabe Unfall / Unfallfolge,
 14. Kennzeichen zur Zuzahlung nach § 28 Absatz 4 SGB V gemäß Punkt 1.4.10 der Anlage 2 zum BMV-Z/EKVZ,
 15. Höhe der einbehaltenen Zuzahlung nach § 28 Absatz 4 SGB V in EUR.
- (2) Die Verschlüsselung der Zahnarztnummer gemäß Absatz 1 Nr. 5 legt die Kassenzahnärztliche Vereinigung fest.
- Dabei ist sicherzustellen, dass auf Verlangen einer Krankenkasse die zahnarztbezogene Zuordnung der zurückliegenden Abrechnungsquartale (bis zu zwölf Quartale) erfolgt.
- (3) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse eine Gesamtrechnung bestehend aus:

1. Fallzahl,
2. Punktsummen und jeweils gültigem Punktwert,
3. Summen der gesondert abgerechneten Kosten in EUR,
4. Gesamtbetrag, errechnet aus 2. und 3.,
5. Teilrechnungen für besondere Personengruppen nach Kennzeichnung 4, 6, 7 und 8 auf dem Versicherungsnachweis (analog zu 1. bis 4.),
6. Teilrechnungen nach dem Status M, F, R und für fehlenden Status (analog zu 1. bis 4.),
7. Summe der einbehaltenen Zuzahlungen nach § 28 Abs. 4 SGB V,
8. Rechnungsbetrag, errechnet aus 4. und 7.,
9. Datum der Rechnungsstellung.

§ 3

Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für Leistungen bei Kieferbruch und Kiefergelenkerkrankungen

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

1. KZV-Nummer,
2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen,
3. Krankenversicherungsnummer (bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten),
4. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren,
5. Zahnarztnummer (verschlüsselt),
6. Monat der Abrechnung,
7. Fallnummer,
8. Ausstellungsdatum des Behandlungsplanes,
9. Abgerechnete Gebührennummern des BEMA für Leistungen bei Kieferbruch und Kiefergelenkerkrankungen einschließlich des Tages der Behandlung und ggf. des Zahnbezuges sowie gesondert abrechenbare Kosten einschließlich Art der Kosten,
10. Kosten des Eigenlabors in EUR sowie deren Einzelangaben (abgerechnete BEL-Nrn. einschließlich Kosten je Materialbezeichnung),
11. Kosten des Fremdlabors in EUR (Sofern gesamtvertraglich nicht anders vereinbart ist die spezifizierte Rechnung unter Herstellung des Versichertenbezuges beizufügen.),
12. Kosten der Behandlung (Fallwert in Punkten oder EUR nach Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit durch die KZV),

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

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

- (3) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse eine Gesamtrechnung bestehend aus:

1. Fallzahl,
2. Punktsummen 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 Personengruppen nach Kennzeichnung 4, 6, 7 und 8 auf dem Versicherungsnachweis (analog zu 1. bis 4.),
6. Teilrechnungen nach dem Status M, F, R und für fehlenden Status (analog zu 1. bis 4.),
7. Datum der Rechnungsstellung.

§ 4

Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für kieferorthopädische Leistungen

- (1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). Dieser enthält folgende Angaben:
 1. KZV-Nummer,
 2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen,
 3. Krankenversichertennummer (bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten),
 4. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren,
 5. Zahnarzt Nummer (verschlüsselt),
 6. Abrechnungsquartal,
 7. Leistungsquartal,
 8. Fallnummer,
 9. Ausstellungsdatum des Behandlungsplanes bzw. des Verlängerungsantrages, Datum des Beginns und des Endes der Behandlung,
 10. Abschlagskennzeichen (Regel-, Früh-, Verlängerungsbehandlung) und -nummer oder Leerquartalszeichen oder Notfallvertretungskennzeichen oder Kennzeichen, falls nur Diagnostik bzw. Einzelmaßnahmen außerhalb der Kfo-Behandlung,
 11. Begleitleistungen bzw. Einzelmaßnahmen außerhalb der Kfo-Behandlung (abgerechnete Gebührennummern für konservierend chirurgische Leistungen einschließlich FU/IP des BEMA, der GOÄ einschließlich des Tages der Behandlung und ggf. des Zahnbezuges, bei Füllungen einschließlich der Angabe der Füllungslage, gesondert abrechenbare Kosten einschließlich Art der Kosten),
 12. Kosten der Begleitleistungen (in Punkten oder EUR),
 13. abgerechnete Gebührennummern des BEMA für kieferorthopädische Leistungen einschließlich eines Kennzeichens für nicht genehmigungspflichtige außerplanmäßige Leistungen (ggf. mit Zahnbezug) und deren Punktsumme mit Angabe der Punktwertes,
 14. Kosten des Eigenlabors in EUR sowie ggf. deren Einzelangaben (abgerechnete BEL-Nrn. einschließlich Kosten je Materialbezeichnung) sofern gesamtvertraglich nicht anders vereinbart,
 15. Kosten des Fremdlabors in EUR (Sofern gesamtvertraglich nicht anders vereinbart, ist die spezifizierte Rechnung unter Herstellung des Versichertenbezuges beizufügen.),
 16. Kosten der kieferorthopädischen Leistungen, errechnet aus 13., 14. und 15. sowie Kassen- und Versichertenanteile einschließlich des zugrundeliegenden Kassenzuschusses in Prozent,
 17. Fallwert (Summe aus 12. und 16.) in EUR nach Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit durch die KZV),
 18. Kennzeichen für spezielle Abrechnungsverträge,
 19. Kennzeichen zur Zuzahlung nach § 28 Absatz 4 SGB V gemäß Punkt 1.4.10 der Anlage 2 zum BMV-Z/EKVZ,

20. Höhe der einbehaltenen Zuzahlung nach § 28 Absatz 4 SGB V in EUR.
- (2) Die Verschlüsselung der Zahnarztnummer gemäß Absatz 1 Nr. 5 legt die Kassenzahnärztliche Vereinigung fest.
- Dabei ist sicherzustellen, dass auf Verlangen einer Krankenkasse die zahnarztbezogene Zuordnung der zurückliegenden Abrechnungsquartale (bis zu zwölf Quartale) erfolgt.
- (3) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse eine Gesamtrechnung bestehend aus:
1. Fallzahl,
 2. Punktschichten und jeweils gültigem Punktwert, getrennt nach kieferorthopädischen, individualprophylaktischen/Früherkennungsmaßnahmen und konservierend/chirurgischen Leistungen,
 3. Summen in EUR getrennt nach Kosten für das Fremdlabor und Eigenlabor sowie der gesondert abgerechneten Kosten,
 4. Gesamtbetrag, errechnet aus 2. und 3.,
 5. Teilrechnungen für besondere Personengruppen nach Kennzeichnung 4, 6, 7 und 8 auf dem Versicherungsnachweis (analog zu 1. bis 4.),
 6. Teilrechnungen nach dem Status M, F, R und für fehlenden Status (analog zu 1. bis 4.),
 7. Summe der einbehaltenen Zuzahlungen nach § 28 Abs. 4 SGB V,
 8. Rechnungsbetrag, errechnet aus 4. und 7.,
 9. Datum der Rechnungsstellung.

§ 5

Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für PAR-Leistungen

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

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

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

§ 6

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

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

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

Bis zur Umsetzung einer papierlosen Regelung mit den gewerblichen Laboratorien und einer entsprechenden Regelung für Eigenlabore sind bei der Abrechnung von Leistungen in Härtefällen oder zum Zweck von nicht bewilligungsbedürftigen Wiederherstellungen/Erweiterungen, Kopien der Rechnungen für die zahntechnischen Leistungen unter Herstellung des Versichertenbezuges beizufügen. Diese können auch als elektronische Dokumente, beispielsweise in Form von PDF Dateien, mit versandt werden.

Protokollnotiz:

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

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

§ 7

Art und Inhalt der Unterlagen für den Einzug der Zuzahlungen nach § 28 Abs. 4 SGB V durch die Krankenkassen

Ergänzend zu den §§ 2 und 4 dieses Vertrages erstellen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall zum Zwecke des Einzugs der Zuzahlungen nach § 28 Abs. 4 SGB V durch die Krankenkasse einen Datensatz mit folgenden Angaben:

1. KZV-Nummer,
2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen,
3. Krankenversicherungsnummer (bei Ersatzverfahren Name und Geburtsdatum des Versicherten),
4. Zahnarztnummer,
5. Abrechnungsquartal,
6. Leistungsquartal,
7. Leistungsbereich in dem die Zuzahlungspflicht auslösenden Inanspruchnahme erfolgte anhand folgender Angaben bzw. Ziffern
- in Bezug zu Datenlieferungen nach § 2 dieses Vertrages:

KCH: erster und letzter Behandlungstag,
KB: 2,

PAR: 4,

ZE: 5,

- in Bezug zu Datenlieferungen nach § 4 dieses Vertrages:

KCH: erster und letzter Behandlungstag (Anmerkung: nur relevant, sofern der Patient in dieser Zeit das achtzehnte Lebensjahr vollendet hat),

KFO: 3.

§ 8

Übermittlung der Datensätze

- (1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermitteln den jeweiligen Krankenkassen oder den von ihnen benannten Stellen im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern die jeweiligen Gesamtrechnungen gemäß den Absätzen 3 der §§ 2 bis 6 dieses Vertrages zusammen mit den jeweiligen Einzelfallnachweisen gemäß den Absätzen 1 der §§ 2 bis 6 dieses Vertrages. Die Datenlieferungen zu den §§ 2 und 4 dieses Vertrages werden jeweils ergänzt um die Lieferung der Daten gemäß § 7 dieses Vertrages.
- (2) Die Weiterleitung der Daten nach Absatz 1 kann unter Beachtung der Vorschriften des § 80 SGB X auch unmittelbar an eine von der Krankenkasse mit der Datenverarbeitung beauftragte Stelle erfolgen.

§ 9

Verbot der Zusammenführung der Daten

- (1) Eine Zusammenführung der unter §§ 2 oder 4 (jeweils Absatz 1) und § 7 dieses Vertrages genannten Daten durch die Krankenkasse darf nicht vorgenommen werden. Dies ist durch technische und organisatorische Maßnahmen im Sinne von § 9 BDSG* sicherzustellen.
- (2) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen liefern in Einzelfällen den Krankenkassen auf Anforderung unter Angabe des Verwendungszwecks in Form von Begründungsnummern gemäß vereinbartem Katalog laut Anlage die unverschlüsselte Zahnarzt Nummer des Zahnarztverzeichnisses nach § 11 dieses Vertrages.
- (3) Zu den Anforderungen nach Absatz 2 hat die Krankenkasse folgende Daten aus dem jeweiligen Einzelfallnachweis nach § 2 Absatz 1 dieses Vertrages anzugeben:
 1. KZV-Nummer,
 2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse.
 3. Krankenversichertennummer (bei Ersatzverfahren Name und Geburtsdatum des Versicherten),
 4. Abrechnungsquartal,
 5. Leistungsquartal,
 6. Fallnummer,
 7. Zahnarzt Nummer (verschlüsselt).
- (4) Die Voraussetzungen der Begründungsnummer 601 der Anlage zu § 9 Abs. 2 dieses Vertrages sind dann erfüllt, wenn in begründeten Fällen seitens der Krankenkasse konkrete Anhaltspunkte für Fehlabbrechnungen oder Vertragsverletzungen aufgezeigt werden.

* Bundesdatenschutzgesetz

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

§ 10
Art und Inhalt der Prüfunterlagen

- (1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermitteln den Prüfungsstellen nach § 106 Abs. 4a SGB V im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern quartalsweise eine Liste der Vertragszahnärzte, die gemäß § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V in die Zufälligkeitsprüfung einbezogen werden, und aus den Abrechnungen dieser Vertragszahnärzte je Zahnarzt folgende Daten:

1. Leistungsquartal,
2. KZV-Nummer,
3. Zahnarztnummer,
4. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse,
5. Krankenversichertennummer (bei Ersatzverfahren Name und Geburtsdatum des Versicherten),
6. Abgerechnete Gebührennummern des BEMA, der GOÄ je Behandlungsfall einschließlich des Tages der Behandlung und des Zahnbezugs (ohne IP-Positionen).

Protokollnotiz:

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

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

- (2) Die Krankenkassen übermitteln den Prüfungsstellen nach § 106 Abs. 4a SGB V im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern von den in die Prüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V einbezogenen Vertragszahnärzten quartalsweise je Zahnarzt folgende Daten:

1. Zahnarztnummer,
2. Ordnungsquartal,
3. Institutionskennzeichen (IK),
4. Krankenversichertennummer (bei Ersatzverfahren Name und Geburtsdatum des Versicherten),
5. Status (M/F/R),
6. Zahl der zahnärztlich verordneten Arzneimittel (inkl. Verbandmittel) und SSB, gesamt und getrennt nach Arznei- bzw. Verbandmittel und SSB,
7. Bruttowert der zahnärztlich verordneten Arzneimittel (inkl. Verbandmittel), gesamt und getrennt nach Arznei- und Verbandmittel.

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

- (3) Die versichertenbezogene Übermittlung von Angaben über zahnärztliche und zahnärztlich verordnete Leistungen an die Prüfungsstellen nach § 106 Abs. 4a SGB V ist nur zulässig, soweit die Wirtschaftlichkeit oder Qualität der zahnärztlichen Behandlungs- oder Ordnungsweise im Einzelfall zu beurteilen ist.

- (4) Daten nach Absatz 1 über zahnärztliche und Daten nach Absatz 2 über zahnärztlich verordnete Leistungen dürfen, soweit sie versichertenbezogen sind, auf maschinell verwertbaren Datenträgern bei den Prüfungsstellen nach § 106 Abs. 4a SGB V nur zusammengeführt werden, soweit dies zur Durchführung der Prüfungen nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V erforderlich ist.

Abschnitt 3 Zahnarztverzeichnis

§ 11 Art, Inhalt und Übermittlung

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

Abschnitt 4 Nutzung, Speicherung und Löschung von Daten

§ 12 Nutzung, Speicherung und Löschung von Daten

- (1) Die nach diesem Vertrag rechtmäßig erhobenen versichertenbezogenen Daten dürfen jeweils nur zu den Zwecken verwendet werden, zu denen sie rechtmäßig erhoben worden sind, für andere Zwecke nur, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist.
- (2) Die Krankenkasse speichert die Daten der Einzelfallnachweise gemäß § 2 Abs. 1 dieses Vertrages für einen Zeitraum von höchstens drei Jahren, beginnend nach dem Ende des jeweiligen Geschäftsjahres. Nach Ablauf von zwölf Quartalen werden die Daten von der Krankenkasse quartalsweise fortlaufend gelöscht.
- (3) Daten sind entsprechend § 304 SGB V zu löschen, wenn ihre Kenntnis für die speichernde Stelle zur Erfüllung der in ihrer Zuständigkeit liegenden Aufgaben nicht mehr erforderlich ist.

Abschnitt 5 Statistische Daten

§ 13 Übermittlung statistischer Daten auf Landesebene

- (1) Soweit die Partner der Gesamtverträge nichts Abweichendes vereinbaren, erhalten die Landesverbände der Krankenkassen/Verbände der Ersatzkassen für statistische Zwecke von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf maschinell verwertbaren Datenträgern, getrennt nach den einzelnen BEMA-Teilen (1 bis 4), für jede Kassenart und kassenartenübergreifend:
 1. die Frequenzstatistik (Aufgliederung nach Gebührennummern) je Zahnarzt

- und insgesamt,
 - 2. die Anzahl der Behandlungsfälle,
 - 3. die Zahl der abgerechneten Punkte,
 - 4. die Vergütung, getrennt nach Honorar-, Material- und Laborkosten und
 - 5. die Zahl der Vertragszahnärzte.
- (2) Die Weiterleitung der Daten nach Absatz 1 kann unter Beachtung der Vorschriften des § 80 SGB X gemäß besonderer Regelungen nach Anlage zu diesem Vertrag auch unmittelbar an eine von den Krankenkassen mit der Datenverarbeitung beauftragten Stelle erfolgen.
- (3) Weitergehende Regelungen können vereinbart werden.

Abschnitt 6 Technische Durchführung des Vertrages

§ 14 Technische und organisatorische Form der Datenübermittlung

- (1) Die technische und organisatorische Form sowie die Kontroll- und Berichtigungsverfahren der Datenübermittlung werden in Anlagen zu diesem Vertrag geregelt. Sie sind Bestandteil dieses Vertrages.
- (2) Hinsichtlich der technischen und organisatorischen Form der Datenübermittlung sind Verschlüsselungsmaßnahmen gemäß der Anlage zu § 78 a SGB X zu treffen, die geeignet sind zu verhindern, dass bei der Übertragung der Daten sowie beim Transport von Datenträgern die Daten unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder gelöscht werden können (Transportkontrolle). In der Technischen Anlage wird hierzu festgelegt, welcher Mindeststandard für die Verschlüsselung der Daten erfolgt.
- (3) Die Vertragspartner streben für die Verschlüsselung ein Krypto-Verfahren an. Solange dieses Verfahren noch nicht realisiert ist, ist sicherzustellen, dass die übermittelnde Stelle einen geheimen Algorithmus verwendet. Für die Beachtung des Mindeststandards bei der Verschlüsselung ist die nach den gesamtvertraglichen Bestimmungen für die Übermittlung jeweils zuständige Stelle verantwortlich. Eine Datenübermittlung mittels Fernübertragung ist erst dann zulässig, wenn die Vertragspartner gemeinsam feststellen, dass ein geeignetes Verfahren zur Datenverschlüsselung zur Verfügung steht. Auf der Grundlage der Technischen Anlage zur Vereinbarung über den Risikostrukturausgleich vom 07.12.1994 werden zwischen den Vertragspartnern weitere Einzelheiten zur Technik der Datenträger und der Datenformate sowie der Datenübermittlung festgelegt.

Abschnitt 7 Inkrafttreten und Übergangsregelung

§ 15 Inkrafttreten

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

§ 16 Übergangsregelung

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

Anlage zum Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern

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

- | | | |
|-----|---|---|
| 500 | ■ | Prüfung auf sonstigen Schaden mit entsprechender Begründung Auffälligkeiten/Missbrauch - SGB X § 69 ff. - |
| 601 | ■ | begründeter Verdacht auf Fehlabrechnungen/Vertragsverletzungen durch Vertragszahnärzte |
| 611 | ■ | Verdacht auf Leistungerschleichung durch Mitglieder/Patienten |

Köln, Berlin, 10.06.2010

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

GKV-Spitzenverband

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

**Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung,
gültig ab dem 01.01.2012**

Präambel

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

§ 1

Umsetzung des DTA-Vertrages

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

§ 2

Bestimmungen über die edv-mäßige Erstellung der Abrechnung

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

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

§ 3

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

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

§ 4

Übergangsregelungen

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

§ 5

Inkrafttreten

Dieser Vertrag tritt am 1. Januar 2012 in Kraft.

Köln, Berlin 12.07.2011

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

GKV-Spitzenverband

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

beschließen die folgenden

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

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

§ 1

Anwendungsbereich

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

§ 2

Zuständigkeit

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

§ 3

Umfang der Stichproben

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

Abweichend von Absatz 1 können für einzelne Stichprobengruppen abweichende Prüfquoten vereinbart werden. Die Quote nach Absatz 1 darf insgesamt nicht unterschritten werden.

§ 4

Bestimmung der Stichproben

Die Stichproben sind nach dem Zufallsprinzip zu bestimmen.

§ 5

Verfahren der Stichprobenziehung

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

§ 6

Prüfzeitraum

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

§ 7

Prüfgegenstand

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

§ 8

Prüfkriterien

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

§ 9

Nebeneinander von Prüfarten

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

§ 10

Prüfvereinbarungen

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

§ 11

Inkrafttreten

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

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

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

beschließen die folgenden

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

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

I. Anwendungsbereich und Zuständigkeit

§ 1

Anwendungsbereich

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

§ 2

Zuständigkeit

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

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

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

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

§ 3

Gegenstand der Abrechnungsprüfung durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen

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

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

§ 4

Gegenstand der Prüfung der Berechtigung zur Abrechnung

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

§ 5

Gegenstand der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnungen

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

Protokollnotiz:

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

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

§ 6

Einordnung der Prüfung der Plausibilität der Abrechnungen

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

§ 7

Auffälligkeitskriterien im Rahmen der Plausibilitätsprüfung

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

§ 8

Durchführung weiterer Plausibilitätsprüfungen bei Abrechnungsauffälligkeiten

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

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

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

§ 9

Gegenstand der Abrechnungsprüfung durch die Krankenkassen

Die Abrechnungsprüfung durch die Krankenkassen ist gerichtet auf:

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

Protokollnotiz:

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

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

§ 10

Einordnung und Gegenstand der Prüfung der Plausibilität der Abrechnungen

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

Protokollnotiz:

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

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

§ 11

Information der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen

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

§ 12

Prüfvereinbarungen

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

IV. Inkrafttreten und Übergangsvorschriften

§ 13

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

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

**Erklärung über die Abrechnung von Material- und Laborkosten
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung,
des AOK-Bundesverbandes,
des BKK-Bundesverbandes,
des IKK-Bundesverbandes,
des Bundesverbandes der Landwirtschaftlichen Krankenkassen
und der
der Bundesknappschaft**

Die KZBV, die Bundesverbände der Krankenkassen und die Bundesknappschaft stellen gemeinsam fest, dass Zahnärzte nach geltendem Recht (gesetzliche und gesamtvertragliche Bestimmungen) nur die Material- und Laboratoriumskosten gegenüber den Versicherten und den Krankenkassen abrechnen dürfen, die tatsächlich entstanden sind.

Auf der Grundlage dieser gemeinsamen Rechtsauffassung empfehlen die KZBV und die Bundesverbände der Krankenkassen in die gesamtvertraglichen Vereinbarungen, analog der Formulierung im Zahnarzt-Ersatzkassenvertrag, den folgenden Text aufzunehmen:

„Bei prothetischer Behandlung ist jeder einzelne Heil- und Kostenplan, bei systematischer Behandlung von Parodontopathien jeder Pa-Status, zu unterschreiben.

Mit der Unterschrift bestätigt der Vertragszahnarzt, dass

- a) die abgerechneten Material- und Laborkosten der gewerblichen Laboratorien tatsächlich entstanden sind und dass er auftragsbezogene Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten an die Vertragskasse und die Versicherten weitergibt,
- b) die abgerechneten Material- und Laborkosten seines Zahnarztlabors tatsächlich von diesem erbracht worden sind und das Zahnarztlabor die für die abgerechneten Leistungen erforderlichen Ausstattungen enthält.“

Köln/ Bonn/ Essen/ Bergisch Gladbach/ Kassel/ Bochum, den 07.02.2003

Anlage 1 mit Wirkung zum 01.07.2007 entfallen

Anlage 2 zum BMV-Z/EKVZ in der Fassung vom 01.01.2012

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

1. Bestimmungen über die edv-mäßige Erstellung der Abrechnung

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

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

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

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

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

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

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

2.3. Ergänzende Inhalte der elektronischen Abrechnung

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

2.3.2. Der Datensatz umfasst die Angabe des behandelten Zahnes bzw. der behandelten Zähne unter Verwendung des zweiziffrigen FDI-Gebisschemas. Sofern die Behand-

lung keinen Bezug zu bestimmten Zähnen aufweist, ist die Zahnangabe entbehrlich. Dies gilt z.B. auch bei den Geb.-Nrn. 8, 10, 105, 106, 107 und IP4.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.8. Bei jeder Abrechnung ist zu kennzeichnen, dass eine Zuzahlungspflicht nicht besteht oder eine Zuzahlung gemäß § 13 Bundesmantelvertrag nicht geleistet wurde. Die Kennzeichnung erfolgt durch folgende Ziffern:

- 1 = Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- 2 = Inanspruchnahme auf Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr, im Rahmen der Vertretung, im Notfall, bei Kassenwechsel
- 3 = Zahnärztliche Untersuchung gemäß § 55 Abs. 1 Satz 4 und 5 SGB V
- 4 = Bescheinigung der Krankenkasse über eine Befreiung von der Zuzahlung
- 5 = Keine Zahlung des zuzahlungspflichtigen Versicherten bis zur Abrechnung des Kalendervierteljahres geleistet.

2.4. Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

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

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

Soweit die GOÄ dreistellige Nummern vorsieht, wird die Ziffer 8 vorangestellt.

Für die Abrechnung der übrigen GOÄ-Leistungen einschließlich möglicher Zuschläge, des Wegegeldes und der Reiseentschädigung gelten die folgenden Nrn. 2.4.2. und 2.4.3.

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

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

Der Zuschlag K2 wird bei Abrechnung der Nrn. 45 bis 51, 55 oder 56 als Nr. 7003 angegeben.

2.4.3 Die Abrechnung von Wegegeldern (§ 8 Abs. 1 GOÄ) und Reiseentschädigungen (§ 9 GOÄ) erfolgt nach folgenden Nrn.

Nr. Erläuterung

7810 Wegegeld für Entfernung bis zu 2 Kilometern

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

7820 Wegegeld von mehr als 2 bis zu 5 Kilometern

7821 Wegegeld von mehr als 2 bis zu 5 Kilometern bei Nacht

- 7830 Wegegeld von mehr als 5 bis zu 10 Kilometern
- 7831 Wegegeld von mehr als 5 bis zu 10 Kilometern bei Nacht
- 7840 Wegegeld von mehr als 10 bis zu 25 Kilometern
- 7841 Wegegeld von mehr als 10 bis zu 25 Kilometern bei Nacht
- 7928 Reiseentschädigung bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern und Abwesenheit bis zu 8 Stunden je Tag
- 7929 Reiseentschädigung bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern und Abwesenheit von mehr als 8 Stunden je Tag
- 7930 Kosten für notwendige Übernachtungen

Bei der Abrechnung von Reiseentschädigungen sind 26 Cent je Kilometer sowie zusätzlich ein Betrag von 51,13 Euro abzurechnen. Die Zahl der zurückgelegten Kilometer ist anzugeben.

Darüber hinaus können Reiseentschädigungen nach § 9 GOÄ im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht abgerechnet werden.

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

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

Jede abrechnungsfähige Gebührennummer ist gesondert anzugeben.

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

- 602 Telefon-, Versand- und Portokosten

605 Pauschbetrag Abformmaterial

Der Pauschbetrag ist in Cent zu übermitteln.

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

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

4.1.

- (a) Vor Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung sowie bei einem Behandlerwechsel oder bei einer Therapieänderung stellt der Vertragszahnarzt persönlich und eigenverantwortlich einen Behandlungsplan (Anlage 8 a) in zweifacher Ausfertigung auf und leitet beide Exemplare der Krankenkasse zu. Satz 1 gilt nicht für Leistungen nach den Nrn. 121 bis 125 von BEMA-Teil 3. Über das 16. Behandlungsvierteljahr hinausgehende, noch erforderliche Leistungen sind nach Maßgabe der Abrechnungsbestimmungen zu den Nrn. 119 und 120 von BEMA-Teil 3 schriftlich unter Verwendung des Verlängerungsantrages (Anlage 8 a) in zweifacher Ausfertigung zu beantragen. Behandlungsfall im Sinne des Vertrages ist bei Leistungen nach dem BEMA-Teil 3 die gesamte, von demselben Vertragszahnarzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres vorgenommene Behandlung.
- (b) Stellt der Vertragszahnarzt fest, dass die beabsichtigte kieferorthopädische Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört, hat er dies dem Versicherten schriftlich nach dem Muster der Anlage 8 b zum Bundesmantelvertrag mitzuteilen und der Krankenkasse eine zweite Ausfertigung zu übermitteln.
- (c) Bei Kostenübernahme sendet die Krankenkasse in der Regel innerhalb von zwei Wochen nach Eingang bei der Krankenkasse ein Exemplar des Behandlungsplanes an den Vertragszahnarzt zurück.
- (d) Mit der Behandlung soll erst begonnen werden, wenn die Krankenkasse eine Kostenübernahmeerklärung auf dem Behandlungsplan abgegeben hat.

4.2. Die Abrechnung von kieferorthopädischen Leistungen sowie von Leistungen, die im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Leistungen anfallen, erfolgt grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.

4.3. Ergänzende Inhalte zur elektronischen Abrechnung

Bei der Frühbehandlung nach Nr. 5 der Abrechnungsbestimmung zu den Nrn. 119 und 120 von BEMA-Teil 3 ist die Nummer der Abschlagszahlung mit „F“ zu kennzeichnen. Bei der Abrechnung von Verlängerungszahlungen ist die Nummer der Abschlagszahlung mit „V“ zu kennzeichnen. Fallen die Gebühren- Nr. 126a, 126b, 127a, 128b, 130 oder 131 a bis c bei Ersatzanfertigungen von Behandlungsgeräten an, sind diese als außerplanmäßig zu kennzeichnen.

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

5.1. Vor Beginn einer systematischen Behandlung von Parodontopathien ist vom Vertragszahnarzt anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen ein Parodontalstatus (Blatt 1 – Anlage 10 a und Blatt 2 – Anlage 10 b) zu erstellen. Der Vertragszahnarzt sendet den Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) der Krankenkasse zu.

Die Krankenkasse sendet den Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) mit einer Kostenübernahmeerklärung an den Vertragszahnarzt zurück, wenn sie der Übernahme der Behandlungskosten zustimmt. Mit der Behandlung soll erst nach Eingang dieser Mitteilung begonnen werden; hiervon ausgenommen sind Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen.

Eine Therapieergänzung im Sinne eines zusätzlichen offenen Vorgehens (chirurgische Therapie) ist auf dem Parodontalstatus (Blatt 1) zu vermerken und der Krankenkasse zu übermitteln. Soweit die Krankenkasse innerhalb von vierzehn Tagen nach Eingang des Parodontalstatus (Blatt 1) kein Gutachterverfahren einleitet, gilt die Therapieergänzung als genehmigt. Eine Therapieergänzung kann nur innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten nach Durchführung des geschlossenen Vorgehens erfolgen.

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.

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

5.3. Ergänzende Inhalte zur elektronischen Abrechnung

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

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

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

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

Muster 2

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

Muster 3a

(Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch)

Anlage 4

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

Vereinbarung zum Heil- und Kostenplan

(Ausfüllhinweise)

Anlage 8a

(Kfo – Behandlungsplan)

Anlage 8b

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

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

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

Anhang 1 zur Vereinbarung über das Gutachterformular für implantologische Leistungen, (Rückseite) –Begutachtungsformular-

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

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

Anlage 6c Formular Kfo Gutachten

Weitere Formulare aus dem vertragsärztlichen Bereich, die auch für den vertragszahnärztlichen Bereich anzuwenden sind:

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

Muster 3a zur Anlage 2 zum BMV-Z: - Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch -

Name der Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status
 Vertragszahnarzt-Nr. VK gültig bis Datum

Behandlungsplan für

- Kiefergelenkserkrankung
 Kieferbruch

Angaben über Ort, Zeit und Ursache des Unfalls sowie Art der Verletzung (nur bei Kieferbruch)
Anamnese/Befunde/Diagnose (nur bei Kiefergelenkserkrankungen)

Vorgesehene Behandlung

Stationäre Behandlung
Krankenhaus:

Voraussichtliche Dauer: von _____ bis _____

Kostenübernahme der Krankenkasse (Begründung ggf. auf besonderem Blatt)

Die Kosten für die Behandlung werden übernommen werden nicht übernommen

Anschriftenfeld der Krankenkasse

Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

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

SCHÜTZDRUCK 30159 Hannover, Marktstr. 49, Tel. (0511) 32 73 44
 Ver.-Nr. Z. 77/ 104

**Anlage 3 zum BMV-Z
Vereinbarung zwischen der KZBV
und den Spitzenverbänden der Krankenkassen
nach § 87 Abs. (1a) SGB V
über die Versorgung mit Zahnersatz**

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

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

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

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

Kronen

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

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

Stifte

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

Brücken

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

¹ Geändert auf Grund einer Vereinbarung vom 27.04.2006

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

Teilprothesen/Kombinationszahnersatz

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Die Kosten für Regelversorgungsleistungen sind mit den Versicherten nach Bema und BEL II abzurechnen.

Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen. Diese werden nach der GOZ/BEB in Rechnung gestellt. Der Rechnung ist eine Durchschrift der Rechnung des gewerblichen oder des Praxislabor über zahntechnische Leistungen und die Erklärung nach Anhang VIII der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Medizinprodukte beizufügen (Konformitätserklärung). Für die zahntechnischen Leistungen ist darüber hinaus der Herstellungsort des Zahnersatzes mitzuteilen.

7. Abrechnung der Festzuschüsse

a) Regelversorgungen und gleichartige Versorgungen

Genehmigte Festzuschüsse im Zusammenhang mit erbrachten Regelleistungen oder mit gleichartigen Leistungen werden mit dem HKP/Teil 1 nach Eingliederung oder Wiederherstellung des Zahnersatzes über die KZV abgerechnet. Bei der Rechnungslegung gegenüber dem Versicherten ist der Betrag für die Festzuschüsse abzusetzen. Unterschreitet der tatsächliche Rechnungsbetrag den von der Krankenkasse festgesetzten Festzuschuss, ist dies bei der Abrechnung bei V.8. zu berücksichtigen.

b)¹ Härtefälle

Bei Härtefällen übernimmt die Krankenkasse den über dem Festzuschuss liegenden tatsächlich Rechnungsbetrag nur, wenn eine Regelversorgung durchgeführt wird. Der tatsächliche Rechnungsbetrag wird über die KZV abgerechnet.

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

In Härtefällen, in denen die tatsächlich entstandenen Kosten mit den Heil- und Kostenplänen über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechnet werden, sind den Abrechnungen mit den Krankenkassen die rechnungsbegründenden Unterlagen (Heil- und Kostenplan-Teil 1 und eine Kopie der Rechnung des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über zahntechnische Leistungen) beizufügen.

Bei nicht bewilligungsbedürftigen Wiederherstellungen und Erweiterungen nach den Befunden 6.1 - 6.10 und 7.3, 7.4 und 7.7 sind den Abrechnungen mit den Krankenkassen ebenfalls die rechnungsbegründenden Unterlagen (Heil- und Kostenplan und eine Kopie der Rechnung des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über zahntechnische Leistungen) zu übermitteln. Dies gilt nicht nur für Härtefälle.

c) Ausschließlich andersartige Leistungen

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

d) Mischfälle

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

8. Diese Vereinbarung ersetzt die bisherige Anlage 3 zum BMV-Z (EKV-Z2), die Vereinbarung sowie die Empfehlung zur Mehrkostenregelung vom 01. Juli 1986, die Vereinbarung über die Festlegung des Abrechnungsbetrages für Dentallegierungen bei der Versorgung mit Zahnersatz und mit Zahnkronen vom 01.10.1995 sowie die Übergangsregelung vom 09.11.2004. Sie tritt am 01. Juli 2005 in Kraft.

¹ Geändert auf Grund einer Vereinbarung vom 27.04.2006

Anlage 1: Heil- und Kostenplan - Teil 1

Anlage 2: Heil- und Kostenplan - Teil 2

Heil- und Kostenplan (Anlage 2)

Zahnarzt (Briefkopf)

Patient (Adresse)

Heil- und Kostenplan Teil 2

— **Anlage zum Heil- und Kostenplan vom _____**

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

| Zahn/ Gebiet | GOZ | Leistungsbeschreibung | Anzahl | Betrag EUR |
|--------------------|-----|-----------------------|--------|------------|
| Muster 14.06.05 | | | | |

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

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

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

Gesamtkosten (entsprechend Zeile III/5 HKP): EUR _____

abzüglich Festzuschüsse: EUR _____

— **Ihr voraussichtlicher Eigenanteil wird hiernach betragen EUR _____**

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

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

Datum / Unterschrift des Zahnarztes

Datum / Unterschrift des Versicherten

Informationen über die Kosten der Regelversorgung

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

doppelter Festzuschuss EUR _____

abzüglich von der Kasse festgesetzter Festzuschüsse EUR _____

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

Originalgröße DIN A 4

Anmerkung der KZBV zu Anlage 4 zum BMV-Z

Die Verfahrensordnung wird zwischen den Partnern der Gesamtverträge vereinbart.

Verfahrensordnung (§ 22 Abs. 6 BMV-Z)

§ 1 - Prüfung der Abrechnungsfälle

(1) Die Abrechnungsstellen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen überprüfen die von den Kassenzahnärzten zur Abrechnung eingereichten Behandlungsausweise darauf,

- a) ob es sich um Behandlungsausweise der jeweiligen Kasse handelt,
- b) ob sie ordnungsgemäß und vollständig ausgefüllt sind und
- c) ob die Honoraranforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig stimmen.

(2) Die Abrechnungsstellen haben nicht abrechnungsfähige Leistungen zu streichen. Sonstige Mängel haben sie unter Mitwirkung des Kassenzahnarztes zu beheben; desgleichen sorgen sie für die Abstellung entsprechender Beanstandungen von Krankenkassen.

(3) Soweit über die Berichtigung von Honorarforderungen keine Einigung erzielt werden kann, entscheidet hierüber der Prüfungsausschuss.

§ 2 - Vorbereitung der Prüfungen

(1) Zur Vorbereitung eingehender individueller Überprüfung der Behandlungsausweise der einzelnen Kassenzahnärzte durch die Prüfungsausschüsse erstellen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen vierteljährlich eine Statistik der ausgeführten Leistungen, bezogen auf 100 Behandlungsfälle, für die Gesamtheit aller Krankenkassen getrennt nach Orts-, Betriebs-, Innungs- und Landwirtschaftlichen Krankenkassen.

(2) Ferner erstellen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen vierteljährlich die durchschnittliche Summe der Bewertungszahlen je Behandlungsfall für jeden Kassenzahnarzt und für die Gesamtheit aller Kassenzahnärzte.

(3) In jedem Abrechnungsvierteljahr errechnet die Kassenzahnärztliche Vereinigung bei 30 v.H. ihrer Kassenzahnärzte, die vom Prüfungsausschuss jeweils bezeichnet werden, aus der gesamten kassenzahnärztlichen Tätigkeit, getrennt für jeden Kassenzahnarzt, die Anzahl der einzelnen Leistungen bezogen auf 100 Behandlungsfälle.

(4) Die Statistiken nach Abs. 1 bis 3 werden den Prüfungsausschüssen und den Landesverbänden der Krankenkassen übermittelt.

§ 3 - Festsetzen der Prüfungen¹

(1) Die Prüfungsausschüsse haben alsbald nach Eingang der Abrechnungen für jedes Abrechnungsvierteljahr Prüfungen in der Regel bei 15 v. H. aller Kassenzahnärzte ihres Bezirks vorzunehmen. Insbesondere sollen Kassenzahnärzte überprüft werden, deren Abrechnungen insgesamt oder bei einzelnen Leistungen in dem vorausgegangenen Abrechnungsvierteljahr

¹ *Beschluss Nr. 2 der Technischen Kommission zu § 3 Abs. 1: Werden bei der Prüfung erhebliche Mängel festgestellt und besteht begründeter Anlass zu der Vermutung, dass solche Mängel auch in früheren Abrechnungen vorgekommen sind, hat der Prüfungsausschuss in entsprechender Anwendung des § 3 Abs. 2 Verfahrensordnung auch zurückliegende Quartale zu prüfen.*

erheblich vom Durchschnitt abgewichen sind (§ 2). In der in Satz 1 genannten Zahl sind die auf Antrag von Krankenkassen durchzuführenden Prüfungen eingeschlossen.

(2) Prüfungsanträge der Krankenkassen oder ihrer bevollmächtigten Verbände können höchstens für die jeweils letzten acht den Krankenkassen vorliegenden Quartalsabrechnungen gestellt werden.

§ 4 - Prüfung der Verordnungsweise

(1) Die Prüfungsausschüsse setzen auf Antrag der Krankenkassen oder ihrer bevollmächtigten Verbände Prüfungen der Verordnungsweise von Kassenzahnärzten an. Sie können diese Prüfungen auf die Behandlungsweise ausdehnen.

(2) Anträge auf Prüfung der Verordnungsweise können sich beziehen auf

- a) die Verordnung einzelner Medikamente, deren Ausstellungsdatum in ein Abrechnungs- vierteljahr fällt, dessen Ende nicht länger als ein Jahr zurückliegt, und
- b) die gesamte Arzneiverordnung eines Kassenzahnarztes während der letzten zwei Jahre.

Allen Anträgen sind die Behandlungsausweise und Verordnungsblätter beizufügen, auf die sie sich erstrecken.

§ 5 - Entscheidungen des Prüfungsausschusses

(1) Die Prüfungsausschüsse entscheiden darüber,

- a) ob die berechneten Leistungen nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen als abrechnungsfähig anzuerkennen sind,
- b) ob die berechneten Leistungen den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen über die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechen,
- c) ob die Arzneiverordnungen der Kassenzahnärzte den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen über Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechen, und
- d) ob und in welcher Höhe ein sonstiger Schaden (§ 23 Abs. 1 BMV-Z) vorliegt; sie entscheiden außerdem über die Beanstandungen nach § 1 Abs. 3.

(2) Die Prüfungsausschüsse setzen die Höhe des zu kürzenden oder zu erstattenden Betrages fest, der sich aus den Feststellungen nach Abs. 1 ergibt.

(3) Bei Verstößen von geringer Bedeutung kann die Kürzung oder die Festsetzung des zu erstattenden Betrages unterbleiben; dem betreffenden Kassenzahnarzt ist eine Belehrung zu erteilen.

§ 6 - Grundlagen für die Entscheidungen der Prüfungsausschüsse

(1) Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit sind die gesamte Tätigkeit des Zahnarztes und die besonderen Verhältnisse seiner Praxis zu berücksichtigen.

(2) Soweit die Prüfung anhand einzelner Behandlungsfälle ohne unverhältnismäßige Schwierigkeiten und Aufwendungen durchgeführt werden kann, haben die Prüfungseinrichtungen die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der kassenzahnärztlichen Behandlung grundsätzlich in dieser Weise zu prüfen. Im übrigen können sie den Umfang der Unwirtschaftlichkeit auf Grund eines Vergleichs schätzen, den sie ziehen

- a) zwischen unterschiedlichen Berechnungen des Kassenzahnarztes in verschiedenen Abrechnungszeiträumen oder

b) zu den Abrechnungen anderer Kassenzahnärzte mit gleichartiger Praxis in demselben Abrechnungsbezirk.

(3) Eine unwirtschaftliche Behandlungsweise ist insbesondere zu vermuten, wenn sich Fälle häufen, in denen

- a) Untersuchungen und Beratungen (Pos. 1 des Bema) neben anderen Leistungen oder
- b) wiederholt Füllungen an derselben Stelle oder
- c) vor Wurzelbehandlungen Maßnahmen gegen caries profunda oder
- d) vor Extraktionen Wurzelbehandlungen oder
- e) Röntgenaufnahmen vitaler Zähne

berechnet werden.

(4) Über die Höhe der zu kürzenden oder zu erstattenden Beträge gem. § 5 Abs. 2 entscheidet der Prüfungsausschuss unter Würdigung aller in Betracht kommenden Umstände nach freier Überzeugung.

§ 7 - Allgemeine Beweismittel

(1) Die Prüfungsausschüsse erheben die notwendigen Beweise von Amts wegen oder auf Antrag.

(2) Beweismittel sind insbesondere

- a) die zur Abrechnung eingereichten Behandlungsausweise des Kassenzahnarztes und gegebenenfalls sonstige Abrechnungsunterlagen,
- b) die Arznei-Verordnungen des Kassenzahnarztes,
- c) die vom Kassenzahnarzt ausgestellten Bescheinigungen,
- d) die Aufzeichnungen des Kassenzahnarztes gem. § 5 Abs. 1 BMV-Z,
- e) die vom Kassenzahnarzt abgerechneten Röntgenaufnahmen,
- f) das aus den Behandlungsausweisen zusammengestellte Zahlenmaterial (§ 27 BMV-Z) und
- g) das aus den Arznei-Verordnungen, Krankenhauseinweisungen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen der Kassenzahnärzte zusammengestellte Zahlenmaterial.

(3) Die in Abs. 2 a-c bezeichneten Beweismittel sind auf Anforderung des Vorsitzenden des Prüfungsausschusses zu den Akten des Prüfungsausschusses zu geben; die unter d und e genannten Beweismittel hat der Kassenzahnarzt auf Anforderung vorzulegen. Die unter f genannten Beweismittel stellen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen oder ihre Abrechnungsstellen und die unter g) genannten die Krankenkassen oder ihre Verbände zur Verfügung.

§ 8 - Kontrolluntersuchungen

(1) Zur Sicherung ihrer Entscheidung über Umfang, Art und Sorgfalt der Behandlung eines Kassenzahnarztes können die Prüfungseinrichtungen Kontrolluntersuchungen anordnen. Eine Kontrolluntersuchung soll insbesondere dann durchgeführt werden, wenn der Verdacht auf Abrechnung nicht erbrachter Leistungen besteht oder wenn der der Prüfung unterworfenen Kassenzahnarzt oder die Krankenkassen, deren Versicherten von ihm behandelt wurden, es beantragt haben.

(2) Die Vorladung der Patienten zur Kontrolluntersuchung erfolgt durch ihre Krankenkasse.

(3) Der der Prüfung unterworfenen Kassenzahnarzt und die zahnärztlichen Mitglieder der Prüfungseinrichtungen haben das Recht auf Teilnahme an der Kontrolluntersuchung. Sie sind rechtzeitig von Ort und Zeitpunkt der Kontrolluntersuchung zu verständigen.

(4) Die Kosten der Kontrolluntersuchung haben die Prüfungseinrichtungen in ihren Entscheidungen ganz oder teilweise aufzuerlegen:

- a) dem der Prüfung unterworfenen Kassenzahnarzt, wenn die Kontrolluntersuchung Beanstandungen ergab, oder
- b) der die Kontrolluntersuchung beantragenden Krankenkassen, wenn sich keine Beanstandungen ergaben.

(5) Die vorstehenden Vorschriften gelten nur insoweit, als ihnen keine Vereinbarungen gem. § 20 Abs. 5 Satz 2 BMV-Z entgegenstehen.

§ 9 - Verfahren vor dem Prüfungsausschuss

(1) Beteiligte am Verfahren sind der Kassenzahnarzt und die Krankenkasse bzw. deren bevollmächtigte Verbände, soweit sie Anträge gestellt haben.

(2) Anträge der Beteiligten sollen in vierfacher Ausfertigung mit schriftlicher Begründung beim Prüfungsausschuss eingereicht werden.

(3) Der Vorsitzende des Prüfungsausschusses kann zur Vorbereitung des Verfahrens Anträge und Stellungnahmen den Beteiligten zur Stellungnahme zuleiten. Er kann für Stellungnahmen eine Frist setzen. Für Stellungnahmen der Beteiligten gilt § 9 Abs. 2 entsprechend.

(4) Der Vorsitzende hat die Beteiligten mit einer Frist von mindestens zwei Wochen zur Sitzung zu laden; er hat in der Ladung darauf hinzuweisen, dass auch in Abwesenheit der Beteiligten entschieden werden kann. Die Ladung des Kassenzahnarztes kann unterbleiben, wenn eine ihn beschwerende Entscheidung nicht zu erwarten ist. Die Kosten ihrer Teilnahme tragen die Beteiligten selbst.

(5) Über die Sitzungen der Prüfungsausschüsse sind Niederschriften zu fertigen, die die Entscheidungen sowie die wichtigsten Erklärungen und Feststellungen enthalten und vom Vorsitzenden zu unterzeichnen sind. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen erhalten je eine Ausfertigung der Niederschriften.

(6) Der Prüfungsausschuss entscheidet mit Stimmenmehrheit; Stimmenenthaltungen sind unzulässig. Die Entscheidungen der Prüfungsausschüsse sind so zu begründen, dass aus ihnen die Gründe für die Vornahme oder das Unterbleiben von Kürzungen oder für die Festsetzung von Erstattungsbeträgen unter Berücksichtigung der Grundsätze des § 6 klar erkennbar sind. Sie sind mit Rechtsmittelbelehrung zu versehen, vom Vorsitzenden zu unterzeichnen und den Betroffenen (§ 22 Abs. 6 BMV-Z) möglichst innerhalb eines Monats nach der Entscheidung zuzusenden.

§ 10 - Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss

(1) Die Kassenzahnärzte und Krankenkassen, die durch die Entscheidungen des Prüfungsausschusses beschwert sind, bzw. die bevollmächtigten Verbände dieser Krankenkassen, haben das Recht, Beschwerde gegen die Entscheidungen des Prüfungsausschusses einzulegen. Die Beschwerde ist binnen eines Monats nach Zugang der Entscheidung dem Beschwerdeausschuss schriftlich oder zur Niederschrift einzureichen. Die Beschwerde soll in vierfacher Ausfertigung eingereicht werden und Angaben darüber enthalten, inwieweit und aus welchen Gründen die Entscheidung angefochten wird.

(2) Der Vorsitzende des Beschwerdeausschusses setzt alsbald einen Termin zur Verhandlung an und leitet Durchschriften der Beschwerdeschrift den am Verfahren Beteiligten zu. Die Beteiligten können vor dem Termin zur Beschwerde schriftlich Stellung nehmen.

(3) Allen Beteiligten ist im Termin Gelegenheit zu geben, ihre Auffassung persönlich oder durch einen Vertreter vorzutragen. Der beteiligte Kassenzahnarzt kann sich durch einen Kassenzahnarzt oder durch einen Rechtsanwalt vertreten lassen. Die beteiligten Krankenkassen lassen sich in der Regel durch ihren Landesverband vertreten.

(4) Der Beschwerdeausschuss entscheidet mit einfacher Stimmenmehrheit; bei Stimmengleichheit gilt eine Beschwerde als zurückgewiesen. Die Entscheidungen sind entsprechend § 9 Abs. 6 Satz 2 zu begründen und vom Vorsitzenden sowie einem Vertreter der Krankenkassen zu unterzeichnen.

(5) Die Entscheidungen des Beschwerdeausschusses sind den Betroffenen (§ 22 Abs. 6 BMV-Z) zuzustellen. Die Betroffenen sind hierbei über die Zulässigkeit der Klage, das Gericht, bei dem die Klage zu erheben ist, den Sitz des zuständigen Gerichts und die Frist zur Erhebung der Klage zu belehren (§§ 85 Abs. 3, 66, 87 und 90 des Sozialgerichtsgesetzes). Zugestellt wird nach den §§ 2 bis 15 des Verwaltungszustellungsgesetzes vom 3. Juli 1952 (Bundesgesetzblatt I Seite 379).

(6) Soweit sich aus den Abs. 1 bis 5 nicht etwas anderes ergibt, gelten die Vorschriften des § 9 für das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss entsprechend.

§ 11 - Gemeinsame Vorschriften für die Prüfungseinrichtungen

(1) Die Amtsdauer der Mitglieder der Prüfungseinrichtungen beträgt vier Jahre.

(2) Ein Mitglied kann aus einem wichtigen Grunde durch die Stelle abberufen werden, von der es bestellt ist.

(3) Die Mitglieder der Ausschüsse haben Anspruch auf Erstattung ihrer baren Auslagen und auf eine Entschädigung für Zeitverlust nach den für die Mitglieder der Organe der bestellenden Körperschaften geltenden Grundsätzen. Der Anspruch richtet sich gegen die bestellenden Körperschaften.

(4) Die Mitglieder der Ausschüsse sind bei Ausübung ihrer Entscheidung an Weisungen nicht gebunden. Sie haben über den Hergang bei der Beratung sowie über die Person des von einem Prüfungsverfahren betroffenen Zahnarztes - soweit dienstliche Verpflichtungen nicht entgegenstehen - und über die Abstimmung Stillschweigen zu bewahren.

(5) Den Vorsitz des Beschwerdeausschusses hat ein Vertreter der Kassenzahnärztlichen Vereinigung.

(6) Stimmberechtigte Mitglieder der Prüfungsausschüsse können nicht Mitglieder der Beschwerdeausschüsse sein.

(7) Die am Verfahren Beteiligten haben das Recht, die gesamten Unterlagen eines Prüfungsverfahrens in den Räumen der Prüfungseinrichtung in Anwesenheit eines Beauftragten der Prüfungseinrichtung einzusehen.

§ 12 - Mitteilung gröblicher Verletzungen kassenzahnärztlicher Pflichten

Werden den Prüfungseinrichtungen Tatsachen bekannt, die ein Verfahren vor den Disziplinar- oder Zulassungsinstanzen nach sich ziehen könnten, so unterrichten sie den Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung und den zuständigen Landesverband der Krankenkassen.

§ 13 - Inkrafttreten

Diese Verfahrensordnung gilt ab 1. Juli 1962; sie ist auf alle Verfahren, die sich auf frühere Abrechnungszeiträume beziehen, sinngemäß anzuwenden, sofern nicht schon eine Sitzung in der jeweiligen Instanz vor dem 1. Juli 1962 stattgefunden hat.

**Vereinbarung über die
Bildung einer Technischen Kommission**

§ 1

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Orts-, Betriebs-, Innungs- und Landwirtschaftlichen Krankenkassen bilden eine Technische Kommission. Sie hat die Aufgabe, Zweifelsfragen, die sich aus dem BMV-Z und seinen Anlagen, insbesondere aus den Positionen der Bewertungsmaßstäbe und ihren Erläuterungen ergeben, durch verbindliche Auslegung der in Frage kommenden Bestimmungen zu klären. Änderungen des BMV-Z und seiner Anlagen gehören nicht zu den Aufgaben der Kommission; sie bleiben der förmlichen Vereinbarung durch die Parteien des BMV-Z vorbehalten.

§ 2

Beschlüsse der Kommission, die Feststellungen gem. § 1 zum Gegenstand haben, werden Bestandteil des BMV-Z oder seiner Anlagen. Sie werden verbindlich, wenn nicht innerhalb eines Monats nach der Beschlussfassung eine der beteiligten Körperschaften eine erneute Beratung beantragt; der Antrag ist zu begründen.

§ 3

Die Kommission besteht aus sechs Vertretern der KZBV, drei Vertretern des BdO und je einem Vertreter des BdB, Bdl und BLK.

§ 4

Den Vorsitz in der Kommission führt abwechselnd ein Vertreter der KZBV und der Bundesverbände der Krankenkassen.

§ 5

Die Geschäftsführung liegt jeweils bei der Körperschaft, deren Vertreter den Vorsitz führt.

§ 6

Die Kommission tritt nach Bedarf zusammen. Soweit sie nicht über ihr nächstes Zusammenkommen beschlossen hat, wird der Termin für die Sitzung durch die Geschäftsführung im Einvernehmen mit den übrigen Körperschaften festgelegt. Die Kommission ist innerhalb eines Monats einzuberufen, wenn eine der Körperschaften dies schriftlich beantragt.

§ 7

Die Kommission ist beschlussfähig, wenn mindestens zwei Drittel der Mitglieder anwesend sind. Die Beschlussfassung erfolgt mit einfacher Stimmenmehrheit; bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt. An der Abstimmung darf sich jeweils nur die gleiche Zahl von Vertretern der KZBV und der Bundesverbände der Krankenkassen beteiligen.

§ 8

Anträge an die Kommission sind schriftlich formuliert der Geschäftsführung bis spätestens 14 Tage vor einer Sitzung einzureichen. Die Geschäftsführung stellt aus den Anträgen nach § 2, aus den unerledigten Anträgen der vergangenen Sitzung und den ihr rechtzeitig zugehenden Anträgen die Tagesordnung nach der Reihenfolge des Eingangs der Anträge zusammen und versendet sie mit ihrem vollen Wortlaut spätestens eine Woche vor der anstehenden Sitzung an die übrigen Körperschaften in der erforderlichen Zahl.

§ 9

Die Kommission beschließt zunächst über Anträge zu der von der Geschäftsführung vorgelegten Tagesordnung (Änderung der Reihenfolge, Aufnahme weiterer Sachanträge) und behandelt sodann die Anträge in der Reihenfolge der Tagesordnung.

§ 10

Ist ein Antrag durch Beschluss der Kommission abgelehnt worden, so kann ein Antrag gleichen Inhalts in der laufenden und für die darauffolgende Sitzung der Kommission nicht gestellt werden.

§ 11

Zu den Aufgaben der Geschäftsführung gehört es,

- a) die Beschlüsse der Kommission zu protokollieren und das Protokoll den übrigen Körperschaften zuzuleiten,
- b) die Feststellungen der Kommission gem. § 1 in einem Ergebnisprotokoll zusammenzustellen und den übrigen Körperschaften in ausreichender Zeit zur Weiterleitung an ihre Mitglieder zu übersenden.

§ 12

Diese Vereinbarung ist als Anlage 5 Bestandteil des Bundesmantelvertrags-Zahnärzte. Sie tritt am 1. Januar 1964 in Kraft.

Köln, den 18. November 1963

TK-Protokoll

Protokollarische Feststellungen zu der Vereinbarung über die Bildung einer Technischen Kommission

(Anlage 5 zum Bundesmantelvertrag-Zahnärzte vom 2. Mai 1962)

Zu § 3 besteht Übereinstimmung darüber, dass mit der hierin festgelegten Zahl der Mitglieder der Kommission die Teilnahme weiterer beratender Vertreter der Körperschaften nicht ausgeschlossen ist; die in § 3 festgelegte Mitgliederzahl der Kommission hat nur für die Beschlussfassung Bedeutung.

Zu § 8 besteht Übereinstimmung, dass die schriftliche Formulierung der Anträge so zu verstehen ist, dass die Anträge soweit möglich in Form von Beschlussvorschlägen gestellt und hierzu kurz Begründungen gegeben werden.

Zu § 11 besteht die Übereinstimmung, dass die Beschlüsse der Kommission in derselben Sitzung zu formulieren und schriftlich festzuhalten sind.

Beschlüsse der Technischen Kommission¹

Beschluss Nr. 1

Zu § 8 Abs. 1 Satz 2 BMV-Z:

Behandlungsausweise, die nicht den Bestimmungen in § 8 Abs. 1 Satz 2 BMV-Z entsprechen, können von der Abrechnung und Honorierung nur dann zurückgewiesen werden, wenn der behandelte Patient keinen Anspruch auf die abgerechneten Leistungen hatte.

Beschluss Nr. 2

Zu Nr. 3 Abs. 1 VerfO:

Werden bei der Prüfung erhebliche Mängel festgestellt und besteht begründeter Anlass zu der Vermutung, dass solche Mängel auch in früheren Abrechnungen vorgekommen sind, hat der Prüfungsausschuss in entsprechender Anwendung des § 3 Abs. 2 Verfahrensordnung auch zurückliegende Quartale zu prüfen.

Beschluss Nr. 10

Zu Nrn. 23, 43, 44, 45 und 47:

Eine Abrechnung der Nr. 23 mit nachfolgender Abrechnung der Nrn. 43, 44, 45 oder 47 für denselben Zahn ist in besonderen Fällen möglich.

Beschluss Nr. 16

Zu § 2:

Erscheint ein Patient nicht oder nicht zur vereinbarten Zeit, so kann der Zahnarzt Nr. 24 Bugo-Ä nicht zu Lasten der Krankenkassen abrechnen.

¹ Diese Beschlüsse sind am 1. Januar 1966 in Kraft und an die Stelle aller vorangegangenen Beschlüsse getreten.

**Vereinbarung
über das Gutachterverfahren bei kieferorthopädischen Maßnahmen**

§ 1

Einleitung des Verfahrens

(1) Vor Beginn der Behandlung ist vom Zahnarzt anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen ein Behandlungsplan (Anlage 8 zum BMV-Z) zu erstellen. Der Zahnarzt sendet den Behandlungsplan in doppelter Ausfertigung der Krankenkasse zu. Entsprechendes gilt bei einem Verlängerungsantrag und einer Therapieänderung. Eine weitere Ausfertigung des Behandlungsplans sendet der Zahnarzt seiner zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung zu.

(2) Stellt der Zahnarzt fest, dass die beabsichtigte kieferorthopädische Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört, hat er dies dem Versicherten schriftlich nach dem Muster der Anlage 8a zum BMV-Z mitzuteilen und der Krankenkasse eine zweite Ausfertigung zu übermitteln. Der Zahnarzt hat der Kassenzahnärztlichen Vereinigung eine weitere Ausfertigung zu übersenden.

(3) Die Krankenkasse kann in der Regel innerhalb von vier Wochen nach Kenntnisnahme der Mitteilung gem. § 1 Abs. 2 ein Gutachten zur Überprüfung der Zuordnung zur vertragszahnärztlichen Versorgung einleiten. Die gutachterliche Beurteilung ist anhand von Modellen oder durch eine klinische Untersuchung vorzunehmen. Die Krankenkasse hat im Falle einer Begutachtung die Kassenzahnärztliche Vereinigung über das Ergebnis der Begutachtung zu unterrichten. Im übrigen gelten die Bestimmungen dieser Gutachtervereinbarung sinngemäß.

(4) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen überprüfen auf der Grundlage der Behandlungspläne und der Mitteilungen gemäß § 1 Abs. 2 Satz 1 die Auswirkungen der Einführung des Kieferorthopädischen Indikationssystems (KIG).

§ 2

Kostenregelung, Behandlungsbeginn

(1) Bei Kostenübernahme bzw. Bezuschussung sendet die Krankenkasse in der Regel innerhalb von 4 Wochen ein Exemplar des Behandlungsplanes an den Zahnarzt zurück.

(2) Mit der Behandlung soll erst nach Rücksendung des Behandlungsplanes an den Zahnarzt begonnen werden.

(3) Behandlungen, für die die Krankenkasse auf Grund eines Behandlungsplanes die Kosten übernommen oder einen Zuschuss gewährt hat, unterliegen nicht mehr der Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit.

§ 3

Bestimmungen für den Fall der Begutachtung

(1) Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Behandlungsplan begutachten lassen. In diesem Falle sendet sie den Behandlungsplan in doppelter Ausfertigung in der Regel innerhalb von 4 Wochen an den Zahnarzt zurück mit der Bitte, dem von ihr benannten Gutachter beide Ausfertigungen des Behandlungsplanes zusammen mit den Befundunterlagen (Kiefermodelle, Rö-Aufnahmen, ggf. Fotografie, Fernröntgenaufnahme und HNO-Befund) zuzuleiten. Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung der Anlage 13 a zum BMV-Z.

(2) Der Gutachter kann der Krankenkasse anheim stellen, weitere Unterlagen sowie Nachbefunde zu verlangen. Die Kosten hierfür sind dem Zahnarzt unter Berücksichtigung des § 16 Abs. 1 BMV-Z nach dem Bema von der Kasse zu vergüten.

(3) Die Begutachtung einschließlich der Kostenregelung richtet sich nach den Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter (siehe Anhang).

(4) Der Gutachter nimmt zum Behandlungsplan Stellung. Befürwortet er ihn, so sendet er beide Exemplare des Behandlungsplanes der Krankenkasse zu. Die übrigen Unterlagen sendet er dem Zahnarzt zurück. Befürwortet er ihn nicht, so sendet er mit seiner schriftlichen Stellungnahme ein Exemplar des Behandlungsplanes der Krankenkasse, das 2. Exemplar und die übrigen Unterlagen dem Zahnarzt zurück. Der Gutachter erstellt das Gutachten unter Verwendung des Vordrucks „Gutachten“ (Anlage 13c). Der Vordruck „Gutachten“ (Anlage 13c) kann individuell mittels EDV erstellt werden. Hierbei dürfen Inhalt, Aufbau und Struktur nicht verändert werden. § 1 Abs. 3 Satz 3 gilt entsprechend.

(5) Die Verlängerung der kieferorthopädischen Behandlung über das 16. Behandlungsvierteljahr hinaus ist nach Maßgabe der Abrechnungsbestimmungen zu den Nrn. 119 und 120 unter Verwendung des Vordrucks Kfo-Behandlungsplan (Anlage 8 zum BMV-Z) zu beantragen. Die Abs. 1 bis 4 gelten entsprechend.

(6) Bei unterschiedlicher Auffassung über die Zuordnung der beabsichtigten kieferorthopädischen Maßnahmen zur kassenzahnärztlichen Versorgung hat die Krankenkasse auf Antrag des Zahnarztes ein Gutachten herbeizuführen.

§ 4 Obergutachten

(1) Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Behandlungsplan oder zum Verlängerungsantrag können Zahnarzt und Krankenkasse Einspruch zum Zwecke der Einholung eines Obergutachtens einlegen. Der Einspruch ist zu begründen und binnen zweier Monate nach dem Zugang der Stellungnahme des Gutachters schriftlich bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung einzulegen.

(2) Im übrigen gelten die Bestimmungen des § 3 sinngemäß.

§ 5 Bestellung der Gutachter

(1) Das Nähere über die Bestellung der Gutachter vereinbaren die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den landwirtschaftlichen Krankenkassen.

(2) Der Vorstand der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung bestellt im Einvernehmen mit den Bundesverbänden der Krankenkassen die Obergutachter. Die Bestellung kann widerrufen werden. Die Bundesverbände der Krankenkassen können den Widerruf aus wichtigem Grund verlangen.

(3) Gutachter und Obergutachter sollen die Anerkennung als Fachzahnärzte für Kieferorthopädie besitzen.

§ 6 Kosten der Begutachtung

Die Kosten der Begutachtung trägt grundsätzlich die Krankenkasse. In den Fällen des § 3 Abs. 6 und des § 4 gehen die Kosten einschließlich der Kosten nach § 3 Abs. 2 Satz 2 zu Lasten des Zahnarztes, wenn der Gutachter oder der Obergutachter der Auffassung des Zahnarztes nicht folgt.

Anhang zur Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei kieferorthopädischen Maßnahmen (Anlage 6 zum BMV-Z)

Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter

1. Der behandelnde Zahnarzt, dem die Wahl der therapeutischen Mittel freisteht, hat darauf zu achten, dass der Behandlungsaufwand in einem sinnvollen Verhältnis zur Prognose und zur erreichbaren Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten steht.
2. Der Gutachter nimmt zu dem Behandlungsplan nach fachlichen Gesichtspunkten und unter Berücksichtigung der Nr. 1 Stellung. Er empfiehlt Ergänzungen und Änderungen des Behandlungsplanes, wenn die diagnostischen Unterlagen oder die therapeutischen Vorschläge unzureichend sind. Meinungsverschiedenheiten über die Beurteilung des Behandlungsfalles sind in kollegialer Weise zu klären.
3. Der Gutachter ist verpflichtet, die eingehenden Anträge in der Regel innerhalb von vier Wochen zu bearbeiten. Modelle und Röntgenaufnahmen sind dem behandelnden Zahnarzt unmittelbar zurückzusenden.
4. Die Gutachter sind verpflichtet, an den von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung einberufenen Gutachtertägungen teilzunehmen. An den Gutachtertägungen können auch Vertreter der Bundesverbände der Krankenkassen teilnehmen.
5. Die Gebühren errechnen sich durch Multiplikation der nachstehend angegebenen Bewertungszahlen mit den jeweils gültigen Punktwerten. Centbeträge sind auf 10 Cent aufzurunden.

| | Bewertungszahl |
|--|----------------|
| a) für die Begutachtung eines Behandlungsplanes oder eines Verlängerungsantrages | 80 |
| b) Gutachten zur Überprüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen gemäß § 29 Abs. 1 SGB V anhand der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG), (Anlage 1 zum Abschnitt B Nr. 2 der Kfo-Richtlinien), ohne Begutachtung der Behandlungsplanung | 50 |
| c) für die Begutachtung eines Nachbefundes (§ 3 Abs. 2 der Anlage 6 zum BMV-Z), soweit die Begutachtung durch denselben Gutachter, der das Erstgutachten erstellt hat, erfolgt, | 20 |
| andererseits | 80 |
| d) für die Untersuchung des Patienten zusätzlich | 18 |
| e) Für Obergutachten wird die Gebühr jeweils vom Fachberater für Kieferorthopädie der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit dem zuständigen Bundesverband der Krankenkassen festgesetzt. | |

Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von EUR 10,70 je Gutachten abgegolten.

Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter/Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen zusätzlich abgerechnet werden. Die GOÄ-Nr. 70 oder 75 kann nicht zusätzlich berechnet werden.

Anlage 7 a zum BMV-Z

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

§ 1

Behandlungsplanung

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

§ 2

Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen

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

§ 3

Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels

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

Anlage 8 zum BMV-Z Kieferorthopädischer Behandlungsplan

Name der Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Vertragszahnarzt-Nr.

VK gültig bis

Datum

KFO-Behandlungsplan

KFO-Therapieänderung

KFO-Verlängerungsantrag

Behandlungs-
beginn Quartal

Beginn der
Verlängerung Quartal

Voraussichtliche
Dauer Quartale

KIG-Einstufung

Anamnese

Diagnose

OK

UK

Bisslage

Therapie

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

Frühe Behandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 d)

OK

UK

Bisslage

Verwend. Geräte

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

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

voraussichtl. Dauer
der Behandlung
Quartale

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

Sonstige
Leistungen:

| Geb.-Nr. | Anz. |
|----------|------|
| | |
| | |

Geschätzte Material
u. Laborkosten EUR

voraussichtl.
Gesamtkosten EUR

Anschrift des Mitgliedes

Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Entscheidung der Krankenkasse

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

%

Anspruch be-
steht ab Quartal

MUSTER SCHÜTZDRUCK 30159 Hannover, Marktstr. 49, Tel. (0511) 327344

SCHÜTZDRUCK 30159 Hannover, Marktstr. 49, Tel. (0511) 327344
Ver.-Nr. Z 131 104

Originalgröße DIN A4

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

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

Behandlungsbedarf nach der Indikationsgruppe (KIG) ____ / ____

Sehr geehrte/r _____ ,

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

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

Ihre Krankenkasse und die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung (*Ort, Strasse*) erhalten eine Kopie dieser Mitteilung.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

**Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei Behandlungen
von Parodontopathien**

§ 1

Einleitung des Verfahrens

(1) Vor Beginn einer systematischen Behandlung von Parodontopathien ist vom Zahnarzt anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen ein Parodontalstatus (Blatt 1 – Anlage 10a zum BMV-Z – und Blatt 2 – Anlage 10b zum BMV-Z) zu erstellen. Der Zahnarzt sendet den Parodontalstatus der Krankenkasse zu.

(2) Eine Therapieergänzung im Sinne eines zusätzlichen offenen Vorgehens (chirurgische Therapie) ist auf dem Parodontalstatus (Blatt 1) zu vermerken und der Krankenkasse zu übermitteln. Soweit die Krankenkasse innerhalb von vierzehn Tagen nach Eingang des Parodontalstatus (Blatt 1) kein Gutachterverfahren einleitet, gilt die Therapieergänzung als genehmigt. Eine Therapieergänzung kann nur innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten nach Durchführung des geschlossenen Vorgehens erfolgen.

(3) 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

Kostenregelung, Behandlungsbeginn

(1) Bei Kostenübernahme sendet die Krankenkasse den Parodontalstatus an den Zahnarzt zurück.

(2) Mit der Behandlung soll erst nach Rücksendung des Parodontalstatus an den Zahnarzt begonnen werden; hiervon ausgenommen sind Maßnahmen zur Beseitigung der Schmerzen.

(3) Die Abrechnung der parodontologischen Leistungen erfolgt nach dem Abschluss der geplanten Leistungen auf dem Vordruck „Parodontalstatus (Blatt 2)“.

§ 3

Bestimmungen für den Fall der Begutachtung

(1)¹ Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Parodontalstatus begutachten lassen. In diesem Falle sendet sie beide Blätter des Parodontalstatus an den Zahnarzt zurück mit der Bitte, dem von ihr benannten Gutachter den Parodontalstatus zusammen mit den Befundunterlagen (Rö-Aufnahmen) zuzuleiten. Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung der Anlage 13 a zum BMV-Z. Dies gilt für die Therapieergänzung gemäß § 1 Abs. 2 entsprechend.

(2) Der Gutachter kann der Krankenkasse anheim stellen, weitere Unterlagen sowie Nachbefunde zu verlangen. Die Kosten hierfür sind dem Zahnarzt unter Berücksichtigung des § 16 Abs. 1 BMV-Z nach dem Bema von der Kasse zu vergüten.

(3) Die Begutachtung einschließlich der Kostenregelung richtet sich nach den Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter (siehe Anhang).

(4) Der Gutachter nimmt zum Parodontalstatus Stellung. Befürwortet er den Parodontalstatus, so vermerkt er dies auf dem Parodontalstatus (Blatt 1) und sendet Blatt 1 und 2 der Krankenkasse zu. Die übrigen Unterlagen sendet er dem Zahnarzt zurück. Befürwortet er den Paro-

dontalstatus nicht, so sendet er Blatt 1 und 2 mit seiner schriftlichen Stellungnahme der Krankenkasse, die übrigen Unterlagen dem Zahnarzt zurück. Die Krankenkasse übersendet den Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) sowie ggf. die gutachterliche Stellungnahme dem Zahnarzt mit dem Vermerk, ob sie die Kosten übernimmt. Dies gilt für die Therapieergänzung gemäß § 1 Abs. 2 entsprechend.

§ 4 **Obergutachten**

(1) Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Parodontalstatus können Zahnarzt und Krankenkasse Einspruch zum Zwecke der Einholung eines Obergutachtens einlegen. Der Einspruch ist zu begründen und binnen zweier Monate nach dem Zugang der Stellungnahme des Gutachters schriftlich bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung einzulegen.

(2) Im übrigen gelten die Bestimmungen des § 3 sinngemäß.

§ 5 **Bestellung der Gutachter**

(1) Das Nähere über die Bestellung der Gutachter vereinbaren die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den landwirtschaftlichen Krankenkassen.

(2) Der Vorstand der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung bestellt im Einvernehmen mit den Bundesverbänden der Krankenkassen die Obergutachter. Die Bestellung kann widerrufen werden. Die Bundesverbände der Krankenkassen können den Widerruf aus wichtigem Grund verlangen.

§ 6 **Kosten der Begutachtung**

Die Kosten der Begutachtung trägt grundsätzlich die Krankenkasse. Der Zahnarzt trägt die Kosten des Obergutachtens, wenn sein Einspruch gegen die Stellungnahme des Gutachters erfolglos bleibt.

Anhang zur Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei Behandlungen von Parodontopathien (Anlage 9 zum BMV-Z)

Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter

1. Der behandelnde Zahnarzt, dem die Wahl der therapeutischen Mittel freisteht, hat darauf zu achten, dass der Behandlungsaufwand in einem sinnvollen Verhältnis zur Prognose und zur erreichbaren Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten steht. Hierbei hat ihn der Gutachter beratend zu unterstützen.
2. Der Gutachter nimmt zu dem Parodontalstatus nach fachlichen Gesichtspunkten und unter Berücksichtigung der Nr. 1 Stellung. Er empfiehlt Ergänzungen und Änderungen, wenn die diagnostischen Unterlagen oder die therapeutischen Vorschläge unzureichend sind. Meinungsverschiedenheiten über die Beurteilung des Behandlungsfalles sind in kollegialer Weise zu klären.
3. Der Gutachter ist verpflichtet, die eingehenden Anträge innerhalb von zwei Wochen zu bearbeiten. Röntgenaufnahmen sind dem behandelnden Zahnarzt unmittelbar zurückzusenden.
4. Die Gutachter sind verpflichtet, an den von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung einberufenen Gutachtertägungen teilzunehmen. An den Gutachtertägungen können auch Vertreter der Bundesverbände der Krankenkassen teilnehmen.
5. Die Gebühren errechnen sich durch Multiplikation der nachstehend angegebenen Bewertungszahlen mit den jeweils gültigen Punktwerten. Centbeträge sind auf 10 Cent aufzurunden.

| | Bewertungszahl |
|---|----------------|
| a) für die Begutachtung eines Parodontalstatus | 80 |
| b) für die Begutachtung eines Nachbefundes (§ 3 Abs. 2 der Anlage 9 zum BMV-Z), soweit die Begutachtung durch denselben Gutachter, der das Erstgutachten erstellt hat, erfolgt, | 20 |
| andererseits | 80 |
| c) für die Untersuchung des Patienten zusätzlich | 18 |
| d) Für Obergutachten wird die Gebühr jeweils vom Fachberater für Parodontologie der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit dem zuständigen Bundesverband der Krankenkassen festgesetzt. | |

Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von EUR 10,70 je Gutachten abgegolten.

Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter/Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen zusätzlich abgerechnet werden. Die GOÄ-Nr. 70 oder 75 kann nicht zusätzlich berechnet werden.

Anlage 10 a zum BMV-Z Parodontalstatus -Blatt 1-

| <p>Name der Krankenkasse</p> <hr/> <p>Name, Vorname des Versicherten</p> <p style="text-align: right;">geb. am</p> <hr/> <p>Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status</p> <hr/> <p>Vertragszahnarzt-Nr. VK gültig bis Datum</p> | <h2 style="text-align: center;">PARODONTALSTATUS Blatt 1</h2> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 40%;"> <input type="checkbox"/> Behandlungsplan <input type="checkbox"/> Therapieergänzung </div> </div> | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|------|------------|------|---|--|------|---|--|-----|---|--|
| <p style="text-align: center;">Zutreffendes ankreuzen bzw. eintragen</p> | | | | | | | | | | | | | |
| <h3>Allgemeine Vorgeschichte</h3> <p>Diabetes mellitus <input type="checkbox"/></p> <p>Bluterkrankungen (z. B. Leukämie) <input type="checkbox"/></p> <p>HIV-Infektion <input type="checkbox"/></p> <p>Genetische Erkrankung (z. B. Down-Syndrom) <input type="checkbox"/></p> <p>Osteoporose <input type="checkbox"/></p> <p>Tabakkonsum <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstiges</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | <h3>Diagnose</h3> <p>Chronische Parodontitis <input type="checkbox"/></p> <p>Aggressive Parodontitis <input type="checkbox"/></p> <p>Parodontitis als Manifestation von Systemerkrankungen <input type="checkbox"/></p> <p>Nekrotisierende Parodontalerkrankung <input type="checkbox"/></p> <p>Parodontalabszess <input type="checkbox"/></p> <p>Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen <input type="checkbox"/></p> <p>Gingivale Vergrößerungen <input type="checkbox"/></p> <p>Gingiva- und Weichgewebswucherung <input type="checkbox"/></p> <p>ergänzende Angaben zur Diagnose</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | | | | | | | | | | | | |
| <h3>Familienvorgeschichte</h3> <p>Eltern hatten Zahnfleischerkrankungen und ggf. dadurch Zähne verloren <input type="checkbox"/></p> | <h3>Therapieergänzung (ggf. eintragen):</h3> <p>Behandlungsplan vom <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Geb.-Nr.</th> <th style="width: 10%;">Anz.</th> <th style="width: 75%;">Zahnangabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>P202</td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>P209</td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>111</td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> | Geb.-Nr. | Anz. | Zahnangabe | P202 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 90%;" type="text"/> | P209 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 90%;" type="text"/> | 111 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 90%;" type="text"/> |
| Geb.-Nr. | Anz. | Zahnangabe | | | | | | | | | | | |
| P202 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 90%;" type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| P209 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 90%;" type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| 111 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 90%;" type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| <h3>Spezielle Vorgeschichte</h3> <p>Zahnfleischbluten <input type="checkbox"/></p> <p>Entzündungen mit Anschwellen des Zahnfleisches <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnwanderungen <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnverlust durch Zahnlockerung <input type="checkbox"/></p> <p>Frühere Zahnfleischbehandlung <input type="checkbox"/></p> <p>Angabe des Jahres <input style="width: 40px;" type="text"/> ca.</p> | <h3>Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes</h3> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> | | | | | | | | | | | | |
| <h3>Befund</h3> <p>Marginales Parodontium <input type="checkbox"/></p> <p>Bluten auf Sondieren <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">generell <input type="checkbox"/> lokalisiert <input type="checkbox"/></p> <p>Subgingivaler Zahnstein <input type="checkbox"/></p> <p>Taschensekretion <input type="checkbox"/></p> <p>Folgen von Parafunktionen <input type="checkbox"/></p> <p>Abrasionen / Schliff-Flächen <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnersatz</p> <p>Festsitzend <input type="checkbox"/> Angabe des Jahres ca. <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>Herausnehmbar <input type="checkbox"/> Angabe des Jahres ca. <input style="width: 40px;" type="text"/></p> | <h3>Entscheidung der Krankenkasse</h3> <p>Die Kosten der vorgesehenen systematischen Par-Behandlung werden übernommen <input type="checkbox"/> nicht übernommen. <input type="checkbox"/></p> <p>Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> | | | | | | | | | | | | |
| <h3>Anschrift Krankenkasse</h3> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> | | | | | | | | | | | | | |

**Vereinbarung über das Gutachterverfahren
bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen ab 01.01.2007**

- Ergebnis der Sitzung des Bundesschiedsamtes am 20.12.2006 –

§ 1

Einleitung des Verfahrens

- (1) Anhand des Befundes stellt der Zahnarzt einen Heil- und Kostenplan (Anlage 3 zum BMV-Z/Anlage 4 zum EKVZ) auf, der der Krankenkasse grundsätzlich über den Versicherten vorzulegen ist. Der Heil- und Kostenplan ist von der Krankenkasse insgesamt zu überprüfen.
- (2) Für Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Kronen, Brücken und Prothesen einschließlich Erweiterung sowie Befunde nach den Nrn. 6.1-6.10, 7.3, 7.4 und 7.7 sind ausgestaltende Regelungen der Gesamtvertragspartner zulässig. Diese Befunde können auch ohne vorherige Zuschussfestsetzung durch die Krankenkasse versorgt werden. Hiervon bleibt das Recht, vor Beginn der Behandlung die Zuschussfestsetzung durch die Krankenkasse einzuholen, unberührt. Bei zum Zeitpunkt der Behandlung dem Zahnarzt bekannten Härtefällen ist der Heil- und Kostenplan vor Behandlungsbeginn zur Zuschussfestsetzung der Krankenkasse vorzulegen. Das gilt auch für die Befunde nach den Nrn. 1.4 und 1.5.

§ 2

Kostenregelung, Behandlungsbeginn

- (1) Bei Kostenübernahme bzw. Bezuschussung gibt die Krankenkasse den Heil- und Kostenplan über den Patienten an den Zahnarzt zurück.
- (2) Mit der prothetischen Behandlung durch den Zahnarzt soll erst nach Festsetzung der Festzuschüsse durch die Krankenkasse begonnen werden. Bei nachträglichen Änderungen des Befundes oder der tatsächlich geplanten Versorgung ist der Heil- und Kostenplan (vgl. Anlage 3 zum BMVZ/Anlage 4 EKVZ, Nr. 5) durch den Zahnarzt zu berichtigen und der Krankenkasse zur Neufestsetzung des Zuschusses zuzuleiten.
- (3) Behandlungen, für die die Krankenkassen aufgrund eines für eine bestimmte Versorgung genehmigten Heil- und Kostenplanes die Kosten übernommen oder einen Zuschuss gewährt hat, unterliegen nicht der Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit, es sei denn, die abgerechneten Leistungen gehen über den Umfang der genehmigten Leistungen hinaus.

§ 3

Bestimmungen für Planungsgutachten

- (1) Die 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. In diesem Fall übersendet sie den Heil- und Kostenplan unverzüglich einem nach § 7 bestellten Gutachter und setzt den Zahnarzt hiervon in Kenntnis. Ausgestaltende Regelungen zur Erteilung von Gutachteraufträgen sind gesamtvertraglich möglich. Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwen-

derung der Anlage 13a zum BMVZ/Anlage 6a zum EKVZ oder individuell nach dem Vorbild der Anlage 13a/Anlage 6a. Der individuelle Vordruck kann drucker- und programmbedingte Abweichungen enthalten, ohne den Aufbau und die Struktur der Anlage 13a/Anlage 6a zu verändern.

- (2) Befunde 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.

Leistungen, für die der Versicherte keinen Festzuschuss erhält, unterliegen nicht dieser Vereinbarung.

- (3) Die Begutachtung einschl. der Gebührenregelung richtet sich nach den Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter (s. Anhang).
- (4) Der Gutachter nimmt zum Heil- und Kostenplan unter Verwendung der Anlage 13 b zum BMV-Z/Anlage 6 b zum EKVZ Stellung. Das Ergebnis der gutachterlichen Stellungnahme ist auf dem Heil- und Kostenplan zu vermerken.

Seine schriftliche Stellungnahme leitet er der Krankenkasse zu. Befürwortet er den Heil- und Kostenplan nicht, so übersendet er seine Stellungnahme auch dem Zahnarzt.

- (5) Die Krankenkasse übersendet nach der Begutachtung den Heil- und Kostenplan gegebenenfalls über den Versicherten dem Zahnarzt mit dem Vermerk, ob und inwieweit Festzuschüsse bewilligt werden.
- (6) Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem Gutachter die erforderlichen Behandlungs- und Befundunterlagen (z.B. Modelle, Röntgenaufnahmen) zur Verfügung zu stellen. Der Gutachter kann vom Vertragszahnarzt weitere Unterlagen anfordern. Die Krankenkasse wird hiervon in Kenntnis gesetzt. Die Kosten hierfür sind dem Vertragszahnarzt von der Krankenkasse unter Berücksichtigung des § 16 Abs. 1 BMVZ / § 7 Abs. 4 EKVZ nach dem Bema zu vergüten.

Protokollnotiz:

„Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die KZBV sind sich einig, durch eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Gutachtenfälle auf alle Gutachter für eine schnellstmögliche Erledigung der Gutachten zu sorgen (Anlage 12 BMV-Z / § 25 EKVZ).“

Auf die Verpflichtung des Gutachters, die eingehenden Gutachtenaufträge innerhalb von 2 Wochen zu bearbeiten (Ziff. 3 der Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter), wird verwiesen.

§ 4

Bestimmungen für Mängelgutachten

- (1) Die Krankenkasse kann in begründeten Einzelfällen bei Regel- und gleichartigen Versorgungen ausgeführte prothetische Leistungen bei vermuteten Planungs- und/oder Ausführungsmängeln überprüfen lassen. In diesem Falle benachrichtigt sie den behandelnden Zahnarzt über die anberaumte Begutachtung und übersendet den Heil- und Kostenplan, der der prothetischen Versorgung zugrunde gelegen hat, einem nach § 7 bestellten Gutachter.
Der Gutachter hat grundsätzlich eine Untersuchung des Versicherten durchzuführen. Die Einladung des Versicherten erfolgt nach Abstimmung der Beteiligten über

den Untersuchungstermin. Die Krankenkasse und der Zahnarzt sind hiervon zu unterrichten. Der Zahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.

Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung der Anlage 13a zum BMVZ/Anlage 6a zum EKVZ oder individuell nach dem Vorbild der Anlage 13a/Anlage 6a. Der individuelle Vordruck kann drucker- oder programmbedingte Abweichungen enthalten, ohne den Aufbau und die Struktur der Anlage 13a/Anlage 6a zu verändern.

Protokollnotiz:

Zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen besteht Konsens, dass die Krankenkasse in begründeten Einzelfällen bei andersartigen Versorgung und sogenannten Mischfällen (Nr. 7 d) der Anlage 3 BMVZ/Anlage 4 EKVZ ausgeführte prothetische Leistungen innerhalb von 36 Monaten nach der definitiven Eingliederung bei vermuteten Planungs- und/oder Ausführungsmängeln überprüfen lassen kann. In diesem Falle benachrichtigt sie den behandelnden Zahnarzt über die anberaumte Begutachtung und übersendet den Heil- und Kostenplan, der der prothetischen Versorgung zugrunde gelegen hat, einem nach § 7 bestellten Gutachter, der auch für diese speziellen Fälle empfohlen wird.

- (2) Der Gutachter kann der Krankenkasse anheim stellen, weitere Unterlagen sowie Nachbefunde vom Zahnarzt zu verlangen. Die Kosten hierfür sind dem Zahnarzt unter Berücksichtigung des § 16 Abs. 1 BMV-Z/§ 7 Abs. 4 EKVZ nach dem Bema von der Krankenkasse zu vergüten.
- (3) Die Begutachtung einschließlich der Gebührenregelung richtet sich nach den Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter (s. Anhang).

Der Gutachter nimmt zu den ausgeführten prothetischen Leistungen unter Verwendung der Anlage 13b zum BMVZ/Anlage 6b zum EKVZ Stellung. Seine schriftliche Stellungnahme leitet er der Krankenkasse und auch dem Zahnarzt zu.

§ 5 Einigungsverfahren

- (1) § 5 gilt nur für die Primärkassen, einschließlich Knappschaft.
- (2) Mängelansprüche bei prothetischen Leistungen können innerhalb von 24 Monaten nach der definitiven Eingliederung bei einem Prothetik-Einigungsausschuss geltend gemacht werden. Die Anrufung des Gutachters hemmt diese Frist.
- (3) Der Prothetik-Einigungsausschuss entscheidet durch Beschluss über Einsprüche des Zahnarztes oder der Krankenkasse gegen die Stellungnahme des Gutachters. Über Widersprüche entscheidet die Beschwerdeinstanz.
- (4) Das Nähere über das Einigungsverfahren regeln die Gesamtvertragspartner.

§ 6
Zahnersatz-Obergutachten

- (1) § 6 gilt nur für die Ersatzkassen.
- (2) Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Heil- und Kostenplan sowie zu ausgeführten prothetischen Leistungen können Vertragszahnarzt und Ersatzkasse innerhalb von einem Monat nach Zugang der Stellungnahme des Gutachters ein Obergutachten bei der KZV beantragen. Der Vertragszahnarzt übersendet in diesem Fall dem Obergutachter den Heil- und Kostenplan.
Soweit er Einspruch eingelegt hat, fügt er seine fachliche Begründung bei.
- (3) § 3 Abs. 3 gilt entsprechend.

§ 7
Bestellung der Gutachter

- (1) Im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen/Verbänden der Ersatzkassen bestellt jede KZV Gutachter und (mit den Ersatzkassen) Zahnersatz-Obergutachter in der erforderlichen Anzahl. Entsprechendes gilt für den Widerruf. Das Einvernehmen kann verweigert werden, wenn begründete Zweifel an der Eignung des vorgesehenen Gutachters bestehen oder die erforderliche Anzahl der Gutachter in einer Region überschritten wird. Das Einvernehmen gilt personenbezogen auch hergestellt für die Zahnärzte, die am 16.10.2006 hauptamtlich bei den Krankenkassen und deren Verbänden als Gutachter für Zahnersatz und Zahnkronen tätig sind.
- (2) Das Nähere über die Bestellung der Gutachter vereinbaren die Gesamtvertragspartner.
- (3) Die Bestellung der Gutachter und Obergutachter erfolgt jeweils für die Dauer der Amtsperiode der Organe der Kassenzahnärztlichen Vereinigung.
- (4) Die Tätigkeit der Gutachter und Zahnersatz-Obergutachter soll in der Regel auf den jeweiligen KZV-Bereich beschränkt sein. In Ausnahmefällen, z. B. Wohnortwechsel des Versicherten oder grenznahen Gebieten, kann hiervon abgewichen werden.

Anhang gem. § 3 Abs. 3 der Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen

Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter

I. Planungsgutachten

1. Dem behandelnden Zahnarzt bleibt die Entscheidung über Art und Umfang der prothetischen Versorgung unter Berücksichtigung der Festzuschuss - Richtlinien und der Zahnersatz - Richtlinien vorbehalten.
2. Der Gutachter nimmt zum Heil- und Kostenplan nach fachlichen Gesichtspunkten und unter Berücksichtigung der Ausführungen zu Nr. 1 Stellung. Er empfiehlt Ergänzungen und Änderungen der vorgesehenen prothetischen Versorgung, wenn er sie für unzureichend hält. Meinungsverschiedenheiten über die Beurteilung des Behandlungsfalles sind in kollegialer Weise zu klären. Er erstellt das Gutachten unter Verwendung der Anlage 13 b zum BMV-Z/Anlage 6b zum EKVZ.
3. Der Gutachter soll die eingehenden Anträge innerhalb von zwei Wochen bearbeiten. Modelle und Röntgenaufnahmen sind dem behandelnden Zahnarzt unmittelbar zurückzusenden.
4. Die Gutachter sind verpflichtet, an den von den KZVen bzw. der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung einberufenen Gutachtertägungen teilzunehmen. An den Gutachtertägungen können auch Vertreter der Bundesverbände der Krankenkassen teilnehmen.
5. Die Gebühren errechnen sich durch Multiplikation der nachstehend angegebenen Bewertungszahlen mit den jeweils auf Landesebene gültigen Punktwerten. Centbeträge sind auf 10 Cent aufzurunden.

Bewertungszahl

- | | |
|--|-----------|
| a) Gutachten zur gesamten Behandlungsplanung/ ggf. nach Auswertung von Röntgenaufnahmen und ggf. Modellen, mit fachlicher Begründung | 80 Punkte |
| b) für die körperliche Untersuchung des Patienten zusätzlich | 18 Punkte |

Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von EUR 10,70 je Gutachten abgegolten.

Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter/Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen (z. B. Nm. 8, Ä 925 a-d) zusätzlich abgerechnet werden. Die GOÄ - Nrn. 70 oder 75 können nicht zusätzlich berechnet werden. Für hauptamtlich bei den Krankenkassen und ihren Verbänden angestellte Zahnärzte können die Krankenkassen und ihre Verbände andere Vergütungsregelungen vorsehen.

Kosten der Begutachtung

Die Kosten der Begutachtung trägt grundsätzlich die Krankenkasse.

II. Mängelgutachten

1. Stellt der Gutachter/Obergutachter bei der Begutachtung von bereits ausgeführten prothetischen Leistungen Mängel fest, so hat er diese in einer schriftlichen Stellungnahme gegenüber der Krankenkasse und dem Zahnarzt ausführlich darzulegen.
2. Nrn. 3 und 5 zu I. gelten bei Mängelgutachten entsprechend.

Bei Nr. 5 gilt ergänzend bei Mängelgutachten, dass dem Vertragszahnarzt die Kosten der Begutachtung auferlegt werden können, wenn Mängel festgestellt werden, die der Zahnarzt zu vertreten hat.

3. Bei der Begutachtung ausgeführter prothetischer Leistungen entscheidet der Prothetik-Einigungsausschuss, bzw. die Beschwerdeinstanz über die dem Zahnarzt aufzuerlegenden Kosten.

Auftrag zur Begutachtung

Name und Anschrift des Gutachters

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

Wir bitten um Begutachtung der

Zutreffendes ankreuzen

vorgesehenen prothetischen Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan (Anlage 3 zum BMV-Z) vom _____

| | |
|----|--------------------------|
| ZE | <input type="checkbox"/> |
|----|--------------------------|

ausgeführten prothetischen Leistungen, eingegliedert am _____

| | |
|----|--------------------------|
| Mä | <input type="checkbox"/> |
|----|--------------------------|

vorgesehenen Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen nach dem Behandlungsplan (Muster 3 a der Anlage 2 zum BMV-Z) vom _____

| | |
|----|--------------------------|
| KB | <input type="checkbox"/> |
|----|--------------------------|

vorgesehenen kieferorthopädischen Behandlung nach dem Behandlungsplan vom _____ nach dem Verlängerungsantrag vom _____

| | |
|-----|--------------------------|
| Kfo | <input type="checkbox"/> |
|-----|--------------------------|

vorgesehenen PA-Behandlung nach dem Pa-Status vom _____

| | |
|----|--------------------------|
| Pa | <input type="checkbox"/> |
|----|--------------------------|

Wir bitten um gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:

(Ort / Datum)

(Stempel der Krankenkasse und Unterschrift)

Durchschrift dieses Auftrages ist dem Zahnarzt übersandt worden. Er wurde darauf hingewiesen, dass die erforderlichen Unterlagen (Röntgenaufnahmen, Modelle usw.) dem Gutachter rechtzeitig, spätestens jedoch eine Woche nach Erhalt dieser Benachrichtigung, zur Verfügung zu stellen sind.

Auftrag zur Begutachtung

Name und Anschrift des Gutachters

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

Wir bitten um Begutachtung der

Zutreffendes ankreuzen

vorgesehenen prothetischen Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan (Anlage 3 zum BMV-Z) vom _____

| | |
|----|--------------------------|
| ZE | <input type="checkbox"/> |
|----|--------------------------|

ausgeführten prothetischen Leistungen, eingegliedert am _____

| | |
|----|--------------------------|
| Mä | <input type="checkbox"/> |
|----|--------------------------|

vorgesehenen Behandlung von Kiefergelenkerkrankungen nach dem Behandlungsplan (Muster 3 a der Anlage 2 zum BMV-Z) vom _____

| | |
|----|--------------------------|
| KB | <input type="checkbox"/> |
|----|--------------------------|

vorgesehenen kieferorthopädischen Behandlung nach dem Behandlungsplan vom _____

| | |
|-----|--------------------------|
| Kfo | <input type="checkbox"/> |
|-----|--------------------------|

nach dem Verlängerungsantrag vom _____

vorgesehenen PA-Behandlung nach dem Pa-Status vom _____

| | |
|----|--------------------------|
| Pa | <input type="checkbox"/> |
|----|--------------------------|

Wir bitten um gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:

(Ort / Datum)

(Stempel der Krankenkasse und Unterschrift)

Hinweis an den Zahnarzt

Sie werden gebeten, die erforderlichen Unterlagen (Röntgenaufnahmen, Modelle usw.) dem Gutachter rechtzeitig, spätestens jedoch eine Woche nach Erhalt dieser Benachrichtigung, zur Verfügung zu stellen.

Auftrag zur Begutachtung

Name und Anschrift des Gutachters

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

Wir bitten um Begutachtung der

Zutreffendes ankreuzen

vorgesehenen prothetischen Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan (Anlage 3 zum BMV-Z) vom _____

| | |
|----|--------------------------|
| ZE | <input type="checkbox"/> |
|----|--------------------------|

ausgeführten prothetischen Leistungen, eingegliedert am _____

| | |
|----|--------------------------|
| Mä | <input type="checkbox"/> |
|----|--------------------------|

vorgesehenen Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen nach dem Behandlungsplan (Muster 3 a der Anlage 2 zum BMV-Z) vom _____

| | |
|----|--------------------------|
| KB | <input type="checkbox"/> |
|----|--------------------------|

vorgesehenen kieferorthopädischen Behandlung nach dem Behandlungsplan vom _____

nach dem Verlängerungsantrag vom _____

| | |
|-----|--------------------------|
| Kfo | <input type="checkbox"/> |
|-----|--------------------------|

vorgesehenen PA-Behandlung nach dem Pa-Status vom _____

| | |
|----|--------------------------|
| Pa | <input type="checkbox"/> |
|----|--------------------------|

Wir bitten um gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:

(Ort / Datum)

(Stempel der Krankenkasse und Unterschrift)

Durchschrift dieses Auftrags ist dem Zahnarzt übersandt worden.
Es wurde darauf hingewiesen, dass die erforderlichen Unterlagen (Röntgenaufnahmen, Modelle usw.) dem Gutachter rechtzeitig, spätestens jedoch eine Woche nach Erhalt dieser Benachrichtigung, zur Verfügung zu stellen sind.

vom Gutachter an die Krankenkasse zu senden

Anlage 13 b (Blatt 2)

Name der Krankenkasse

Name des Versicherten

| | | | | | | |
|---------------------------------|--|--|---------|--|--|---------|
| Name | | | Vorname | | | geb. am |
| Ehegatte/Kind/sonst. Angehörige | | | Vorname | | | geb. am |

Begutachtung

Die Begutachtung der

- vorgesehenen prothetischen Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan (Anlage 3 zum BMV-Z) vom _____
- ausgeführten prothetischen Leistungen vom _____
- Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen vom _____

erfolgte am _____

Untersuchung des Patienten am _____

Untersuchungsbefund (Nur auszufüllen, wenn Abweichungen vom Heil- und Kostenplan festgestellt werden)

| Befund | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| | 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 | |
| Befund | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- Erläuterungen / Befund:**
- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> a = Adhäsivbrücke (Anker, Spanne) b = Brückenglied e = ersetzter Zahn ew = ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn f = fehlender Zahn i = Implantat mit intakter Suprakonstruktion ix = zu entfernendes Implantat k = klinisch intakte Krone kw = erneuerungsbedürftige Krone pw = erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten | <ul style="list-style-type: none"> r = Wurzelstiftkappe rw = erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe sw = erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion t = Teleskop tw = erneuerungsbedürftiges Teleskop ur = unzureichende Retention ww = erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung x = nicht erhaltungswürdiger Zahn) = Lückenschluss |
|---|---|

Ergebnis

1. Der Behandlungsplan wird befürwortet ja mit Einschränkung nein
2. Die ausgeführten prothetischen Leistungen sind frei von Fehlern und Mängeln ja nein

Begründung

Name und Anschrift des Zahnarztes

Ort/Datum

Unterschrift und Stempel des Gutachters

Anlage 13 c zum BMV-Z

Gutachten

Kfo-Behandlungsplan vom _____

Kfo-Verlängerungsantrag vom _____

Kfo-Therapieänderung vom _____

KIG-Einstufung vom _____

[_____]

[_____]

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

Untersuchung des Patienten

Ergebnis

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

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

(Ort / Datum)

Stempel des Gutachters

Unterschrift des Gutachters

**Vereinbarung
zwischen der
Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Köln
und dem
AOK-Bundesverband, Bonn
BKK-Bundesverband, Essen,
IKK-Bundesverband, Bergisch-Gladbach
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
sowie
der Bundesknappschaft, Bochum**

Die KZBV und die Bundesverbände der Krankenkassen sowie die Bundesknappschaft schließen gemäß § 82 Abs. 1 SGB V als Bestandteil der Bundesmantelverträge folgende Vereinbarung über das Gutachterverfahren für implantologische Leistungen (Anlage 14 zum BMV-Z).

Die Vertragspartner gehen davon aus, dass diese Regelungen einen Beitrag zur Sicherung der Qualität der zahnärztlichen Versorgung und der Begutachtung leisten.

**Vereinbarung über das Gutachterverfahren
für implantologische Leistungen**

A. Gutachten

1. Vor Beginn der Behandlung ist vom Zahnarzt eine Behandlungs- und Kostenplanung zu erstellen. Dabei sind die vorgesehenen zahnärztlichen Leistungen, das Implantatsystem, der Implantattyp, die Lage der Implantate (Kennzeichnung mit „I“ im Heil- und Kostenplan) und die geschätzten Material- und Laborkosten anzugeben. Es ist ein einheitliches Konzept sowohl für die implantologische als auch die prothetische Behandlungsplanung einzureichen. Der Zahnarzt übermittelt die Behandlungs- und Kostenplanung zusammen mit dem Heil- und Kostenplan für die prothetische Behandlung ggf. über den Versicherten der Krankenkasse jeweils in doppelter Ausfertigung.
2. Die Krankenkasse muss Behandlungspläne für implantologische Leistungen einschließlich der prothetischen Versorgung zur Abklärung ihrer Leistungspflicht begutachten lassen, wenn eine Ausnahmeindikation nach Abschnitt VII der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung in Betracht kommt. Hierzu erteilt sie einem von der KZBV und den Bundesverbänden der Krankenkassen einvernehmlich bestellten Gutachter einen schriftlichen Auftrag. Bei der Auswahl des Gutachters sollen die Ortsnähe zum Patienten und der jeweilige KZV-Bereich berücksichtigt werden. Die Krankenkasse sendet die Behandlungs- und Kostenplanung des Zahnarztes an den Gutachter. Die Krankenkasse unterrichtet den Zahnarzt über den Begutachtungsauftrag durch Übersendung des Vordruckes „Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)“ (Anhang 1 zu dieser Vereinbarung) in zweifacher Ausfertigung.
3. Der Zahnarzt hat zur Begutachtung den Vordruck „Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)“ auszufüllen und zusammen mit den Modellen und Röntgenaufnahmen dem Gutachter vorzulegen. Ergänzend sind Befundberichte zur medizinischen Gesamtbehandlung beizufügen.
4. Der Gutachter soll die eingehenden Aufträge innerhalb von vier Wochen bearbeiten. Er nimmt sowohl zu der implantologischen als auch zu der prothetischen Behandlungspla-

nung - auch hinsichtlich der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit - Stellung. Der Gutachter kann vom behandelnden Zahnarzt weitere Auskünfte und Befundunterlagen verlangen.

5. Der Gutachter nimmt Stellung, ob eine Ausnahmeindikation für die Versorgung mit Implantaten nach Abschnitt VII der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen vorliegt, insbesondere auch ob bei den Ausnahmeindikationen eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist. Er kann Änderungen der Behandlungsplanung - auch hinsichtlich der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der geplanten Implantate - vorschlagen.
6. Der Gutachter übersendet dem Zahnarzt und der beauftragenden Krankenkasse das Gutachten. Die Krankenkasse trifft unter Berücksichtigung des Gutachtens ihre Leistungsentscheidung gegenüber dem Versicherten. Mit der Behandlung soll grundsätzlich erst begonnen werden, wenn die Leistungszusage der Krankenkasse vorliegt.
7. Die Kosten der Begutachtung trägt grundsätzlich die Krankenkasse. Die Gebühren für Gutachten sind im Anhang 2 geregelt.
8. Die KZBV und die Bundesverbände der Krankenkassen werten die Gutachten aus.

B. Obergutachten

1. Der Zahnarzt oder die Krankenkasse können ein Obergutachten bei der KZBV beantragen.
2. Der Abschnitt A gilt entsprechend für das Obergutachterverfahren.
3. Die Kosten des Obergutachtens trägt grundsätzlich der Antragsteller. Die Gebühren sind im Anhang 2 geregelt.“

Diese Vereinbarung tritt am 01.06.2000 in Kraft und tritt an Stelle der bisher abgeschlossenen Vereinbarung über das Gutachterverfahren für implantologische Leistungen.

Bonn, Essen, Bergisch-Gladbach, Kassel, Bochum, 10.05.2000
Köln

Kassenzahnärztliche
Bundesvereinigung

AOK-Bundesverband

Dr. Karl-Horst Schirbort
Vorsitzender

BKK-Bundesverband

Dr. Peter Kuttruff
Stellv. Vorsitzender

IKK-Bundesverband

Bundesverband der
landwirtschaftlichen Krankenkassen

Bundesknappschaft

Auftrag zur Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)

Name und Anschrift des Gutachters

┌

┐

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

└

┘

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

¹ geändert aufgrund der Neufassung der Behandlungsrichtlinien zum 01.01.2004

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 rechtzeitig, spätestens jedoch eine Woche nach Erhalt dieser Benachrichtigung zur Verfügung.

└

┘

Datum

Stempel der Krankenkasse und
Unterschrift

Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)

Hinweis für den Zahnarzt

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

| 1. Befundunterlagen und Vorbehandlung | | | | | | | |
|---|----------|------|-----------|------|--|-----------|------|
| Vorbehandlung | Zahnarzt | | Gutachter | | 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 Gesichtsdefekte liegen vor, die ihre Ursache haben in: | Zahnarzt | | Gutachter | | Größere Kiefer- und Gesichtsdefekte liegen vor, die ihre Ursache haben in: | Zahnarzt | | Gutachter | |
| | Ja | Nein | Ja | Nein | | Ja | Nein | Ja | Nein |
| Tumoroperationen | | | | | Unfällen | | | | |
| Entzündungen des Kiefers | | | | | Dauerhaft bestehende extreme Xerostomie (bei Tumorbehandlung) | | | | |
| Operationen infolge von großen Zysten | | | | | Generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen | | | | |
| Operationen infolge von Osteopathien | | | | | Nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktion (z. B. Spastiken) | | | | |
| Angeborenen Fehlbildungen des Kiefers | | | | | Verankerung von Epithesen bei extraoralen Defekten | | | | |

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

Datum, Unterschrift des Zahnarztes

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

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

Anhang
zur Vereinbarung über ein Gutachterverfahren
für implantologische Leistungen vom 10.05.2000

1. Die Gebühren für Gutachter und Obergutachter für implantologische Leistungen einschließlich der prothetischen Versorgung betragen

- bei Gutachten ohne Untersuchung des Patienten EUR 77,00¹
- bei Gutachten mit Untersuchung des Patienten EUR 97,00¹
- bei Obergutachten ohne Untersuchung des Patienten EUR 164,00¹
- bei Obergutachten einschließlich Untersuchung des Patienten EUR 184,00¹

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

2. Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von EUR 10,70² je Gutachten und Obergutachten abgegolten.

3. Die Vertragspartner werden jährlich über eine Anpassung der Gebühren nach Nr. 1 für das Folgejahr verhandeln.

4.¹ Die Kostenpauschale nach Nr. 2 wird entsprechend der prozentualen Veränderung der Post-Päckchengebühr prozentual angepasst. Centbeträge sind auf 10 Cent aufzurunden.

¹⁾ *geändert aufgrund einer Vereinbarung vom 01.03.2001, gültig ab 01.01.2002*

²⁾ *geändert aufgrund einer Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004*