



Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z)

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

zwischen der

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

einerseits

und dem

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

andererseits

Stand: 01.02.2023

Bundesmantelvertrag – Zahnärzte

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

in der Fassung vom 25.04.2018

Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

Zuletzt geändert durch 40. Änderungsvereinbarung zum BMV-Z vom 01.03.2023 - Nachtragsvereinbarung gem. § 3 Abs. 4 Satz 2 Anlage 11c BMV-Z, Änderung der EBZ-Pauschalen

Datum des Inkrafttretens: 01.02.2023

Hinweis:

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

Inhalt

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

§ 26 – Wirtschaftlichkeitsprüfung.....	16
§ 27 – Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfung	16
Abschnitt 10 – Vertragsverletzungen und Forderungen.....	17
§ 28 – Vertragsverletzungen	17
§ 29 – Forderungen von Krankenkassen	17
Abschnitt 11 – Qualität der vertragszahnärztlichen Versorgung	17
§ 30 – Qualitätssicherung in der vertragszahnärztlichen Versorgung	17
§ 31 – Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.....	18
§ 32 – Arbeitsgemeinschaften	18
Abschnitt 12 – Inkrafttreten und Kündigung	18
§ 33 – Inkrafttreten und Kündigung	18

Anlagenübersicht

Anlage 1	Behandlungsplanung und Erstellung der Abrechnung	1-1
Anlage 2	Vereinbarung nach § 87 Absatz 1a SGB V über die Versorgung mit Zahn-ersatz	2-1
Anlage 3	Vereinbarung über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)	3-1
Anlage 4	Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der kieferorthopädischen Behandlung	4-1
Anlage 5	Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der systematischen Behandlung von Parodontopathien	5-1
Anlage 6	Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen	6-1
Anlage 7	Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei implantologischen Leistungen	7-1
Anlage 8a	Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung (DTA-Vertrag)	8a-1
Anlage 8b	Technische Anlage zum Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung (DTA-Vertrag)	8b-1
Anlage 8c	Vereinbarung zur Technischen Anlage gemäß § 14 des DTA-Vertrags	8c-1
Anlage 9	Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung	9-1
Anlage 10	Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte	10-1
Anlage 11	Grundsatzfinanzierungsvereinbarung zur Finanzierung der Maßnahmen nach § 378 SGB V (GFinV)	11-1
Anlage 11a	Pauschalen-Vereinbarung	11a-1
Anlage 11b	Vereinbarung einer Stichprobenprüfung	11b-1

Anlage 11c	Vereinbarung Erstausstattung elektronisches Beantragungs- und Genehmigungsverfahren	11c-1
Anlage 11d	Sondereinbarung	11d-1
Anlage 12	Vereinbarung nach § 119b Absatz 2 SGB V über Anforderungen an eine kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen (Rahmenvereinbarung kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen)	12-1
Anlage 13	Beschluss des Bundesschiedsamtes für die vertragszahnärztliche Versorgung vom 13.12.1993 zur Gewährleistung bei Füllungen und Zahnersatz	13-1
Anlage 14a	Formulare für die vertragszahnärztliche Versorgung	14a-1
Anlage 14b	Erläuterungen und Ausfüllhinweise zu den Formularen	14b-1
Anlage 14c	Elektronische Formulare (eFormulare) für die vertragszahnärztliche Versorgung	14c-1
Anlage 14d	Erläuterungen und Ausfüllhinweise zu den eFormularen	14d-1
Anlage 15	Grundsatzvereinbarung über ein elektronisches Beantragungs- und Genehmigungsverfahren für Leistungsanträge nach den BEMA-Teilen 2 bis 5 gemäß § 87 Abs. 1 Satz 8 SGB V	15-1
Anlage 15a	Technische Anlage zur Grundsatzvereinbarung über ein elektronisches Beantragungs- und Genehmigungsverfahren für Leistungsanträge nach den BEMA-Teilen 2 bis 5 gemäß § 87 Abs. 1 Satz 8 SGB V	15a-1
Anlage 15b	Anforderungen an ein elektronisches Antrags- und Genehmigungsverfahren für die BEMA-Teile 2 bis 5	15b-1
Anlage 16	Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 5 SGB V	16-1
Anlage 17	Rahmenempfehlungen nach § 106a Abs. 3 SGB V	17-1
Anlage 18	Vereinbarung zur Behandlung von Patienten im Rahmen über- und zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrechts bei vorübergehendem Aufenthalt in Deutschland	18-1
Anlage A	Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA)	A-1
Anlage B	[Aufgehoben durch 20. Änderungsvereinbarung zum BMV-Z vom 29.09.2020 mit Wirkung zum 01.01.2021]	B-1

Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (Paragrafenteil)

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

In der Fassung vom 25.04.2018, Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

Zuletzt geändert am 07.02.2022, mit Wirkung ab dem 01.01.2023

Abschnitt 1 – Regelungs- und Geltungsbereich

§ 1 – Vertragsgegenstand

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

§ 2 – Geltungsbereich

Der Vertrag erstreckt sich auf den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches.

Abschnitt 2 – Gegenstand und Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung

§ 3 – Umfang und Inhalt der vertragszahnärztlichen Versorgung

- (1) Die vertragszahnärztliche Versorgung umfasst insbesondere:
 1. die zahnärztliche Behandlung gemäß § 28 Absatz 2 Satz 1 SGB V,
 2. die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen einschließlich Suprakonstruktionen, soweit sie § 56 Absatz 2 SGB V entspricht,
 3. die kieferorthopädische Behandlung gemäß §§ 28 Absatz 2 und 29 SGB V,
 4. implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion gemäß § 28 Absatz 2 Satz 9 SGB V,
 5. Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) gemäß § 22 SGB V,
 6. Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gemäß § 26 Absatz 1 Sätze 2 und 3 SGB V,
 7. die zahnärztliche Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, von Krankentransporten, von Krankenhausbehandlung,
 8. die zahnärztliche Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit,
 9. die Ausstellung von Bescheinigungen und die Erstellung von Berichten, welche die Krankenkasse oder der Medizinische Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder welche die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen,
 10. die in Notfällen ambulant ausgeführten zahnärztlichen Leistungen durch nicht an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende Zahnärzte,

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

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

§ 4 – Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren für vertragszahnärztliche Leistungen, Gutachterwesen

- (1) Für das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterverfahren gelten:
- a) bei der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und Kiefergelenkserkrankungen (BEMA-Teil 2) Anlage 1 Nr. 3 zum BMV-Z,
 - b) bei kieferorthopädischen Maßnahmen (BEMA-Teil 3) Anlage 4 zum BMV-Z,
 - c) bei der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen (BEMA-Teil 4) Anlage 5 zum BMV-Z,
 - d) bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5) Anlage 6 zum BMV-Z,
 - e) für implantologische Maßnahmen bei Ausnahmeindikationen gemäß § 28 Absatz 2 Satz 9 SGB V Anlage 7 zum BMV-Z.
- (2) ¹Die KZVen, die Landesverbände der Krankenkassen bzw. die Ersatzkassen können Vertragszahnärzte als Gutachter für die Durchführung von vertraglich vereinbarten Gutachten vorschlagen. ²Die vorgeschlagenen Personen müssen die in Absatz 5 normierten Qualifikationskriterien erfüllen.
- (3) ¹Im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Ersatzkassen bestellt jede KZV Gutachter und Zahnersatz-Obergutachter in der erforderlichen Anzahl. ²Die Obergutachter für kieferorthopädische und parodontologische Behandlungsfälle sowie Gutachter und Obergutachter für implantologische Leistungen bestellt die KZBV im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband. ³Das Einvernehmen kann aus wichtigem Grund verweigert werden.
- ⁴Die Bestellung der Gutachter und Obergutachter erfolgt jeweils für vier Jahre und kann – außer im Falle der erstmaligen Bestellung – nur einvernehmlich widerrufen werden.
- ⁵Auf der Gesamtvertragsebene können abweichende Amtsperioden für die dort bestellten Gutachter vereinbart werden. ⁶Bei erstmaliger Bestellung des Gutachters kann das Einvernehmen innerhalb des ersten Jahres von jeder Seite widerrufen werden. ⁷Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können hierbei nur gemeinsam und einheitlich handeln. ⁸Sofern das Widerrufsrecht nicht ausgeübt wird, gilt der erstmalig bestellte Gutachter für seine laufende Amtsperiode als bestellt.
- (4) Zahnärzte, die vor dem 17.10.2006 hauptamtlich bei den Krankenkassen und deren Verbänden als Gutachter für Zahnersatz und Zahnkronen tätig waren, gelten weiterhin als einvernehmlich bestellt.
- (5) ¹Die Gutachter sollen über eine zum Beststellungszeitpunkt mindestens seit vier Jahren ununterbrochen bestehende vertragszahnärztliche Zulassung verfügen. ²Sie sollen in dem Leistungsbereich, für den sie bestellt werden, über eine ausreichende Erfahrung verfügen und eine angemessene Anzahl an Behandlungsfällen vorweisen können. ³Gutachter und Obergutachter für Kieferorthopädie sollen die Anerkennung als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie besitzen. ⁴Die Gutachter sind verpflichtet, an den Gutachter- bzw. Obergutachtertägungen der sie bestellenden KZV/KZBV teilzunehmen und gegenüber dieser jährlich die Teilnahme an fachbezogenen Fortbildungsmaßnahmen in dem jeweiligen Leistungsbereich nachzuweisen. ⁵Die Gutachter haben bei der Bestellung zu versichern, dass sie ihre Tätigkeit fachlich unabhängig und weisungsgebunden ausüben werden. ⁶Im ersten Jahr der

Tätigkeit als Gutachter werden die erstellten Gutachten der KZV bzw. dem von ihr bestellten Fachberater zur Beratung hinsichtlich einer kontinuierlichen Qualitätssicherung vorgelegt.

- (6) ¹Die Tätigkeit der Gutachter und Zahnersatz-Obergutachter soll in der Regel auf den jeweiligen KZV-Bereich beschränkt sein. ²In Ausnahmefällen, z. B. bei Wohnortwechsel des Versicherten oder in grenznahen Gebieten, kann hiervon abgewichen werden. ³Bei der Auswahl der Gutachter und Obergutachter sollen die Ortsnähe zum Versicherten und der jeweilige KZV-Bereich berücksichtigt werden. ⁴Dabei soll auf eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Gutachtenfälle auf alle Gutachter für eine schnellstmögliche Erledigung der Gutachten geachtet werden.
- (7) ¹An den Gutachter- und Obergutachtertugungen auf der Bundesebene können Vertreter des GKV-Spitzenverbandes teilnehmen. ²Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen bzw. Vertreter der Ersatzkassen und ggf. Vertreter des GKV-Spitzenverbandes können an den Gutachtertugungen auf der Landesebene teilnehmen.
- (8) Das Nähere über die Bestellung der Gutachter und Zahnersatz-Obergutachter vereinbaren die KZVen mit den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Ersatzkassen.
- (9) ¹Die Krankenkasse kann auch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit der Begutachtung geplanter Behandlungen und ausgeführter Leistungen beauftragen und das Begutachtungsergebnis zur Grundlage ihrer Leistungsentscheidung machen. ²Erteilt die Krankenkasse einen Begutachtungsauftrag an einen nach diesem Vertrag bestellten Gutachter oder an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, ist zum selben Behandlungsfall, auch im Fall des Widerspruchs, ein späterer Begutachtungsauftrag an das jeweils andere Begutachtungsverfahren ausgeschlossen.

Protokollnotiz:

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

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

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

Protokollnotiz:

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

§ 5 – Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung

- (1) ¹Die KZVen und die KZBV stellen die vertragszahnärztliche Behandlung der Versicherten der Krankenkassen sicher. ²Die Sicherstellung umfasst auch die vertragszahnärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst).
- (2) ¹Kommt die KZV ihrem Sicherstellungsauftrag im Sinne des § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V aus Gründen, die sie zu vertreten hat, nicht nach, können die Krankenkassen die in den Gesamtverträgen nach § 85 SGB V vereinbarten Vergütungen unter den nachstehenden Vo-

raussetzungen teilweise zurückbehalten. ²Das Zurückbehaltungsrecht setzt eine schuldhaft, noch andauernde und erhebliche Verletzung des Sicherstellungsauftrags voraus. ³Die Krankenkasse hat konkret zu benennen, in welcher Weise und in welchem Umfang die KZV ihrem Sicherstellungsauftrag nicht nachgekommen ist und in welcher Höhe sie beabsichtigt, die vereinbarte Vergütung teilweise zurückzubehalten. ⁴Die Höhe der zurückbehaltenen Gesamtvergütung hat dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu entsprechen. ⁵Hat die Krankenkasse die Absicht, Teile der Gesamtvergütung zurückzubehalten, hat sie dies der KZV anzukündigen und ihr eine Frist von vier Wochen einzuräumen, dazu Stellung zu nehmen bzw. Abhilfe zu schaffen. ⁶Abweichend hiervon ist eine kürzere Frist zur Stellungnahme bzw. Abhilfe zulässig, wenn die Versorgung des überwiegenden Teils der betroffenen Versicherten der Krankenkasse gefährdet ist. ⁷Hilft die KZV der angezeigten Verletzung des Sicherstellungsauftrags ab, entfällt das Recht zur Ausübung der Zurückbehaltung. ⁸Ist keine Abhilfe erfolgt und liegt auch unter Berücksichtigung der Stellungnahme der KZV eine schuldhafte Pflichtverletzung vor, kann die Krankenkasse Teile der Gesamtvergütung in der angezeigten Höhe einbehalten. ⁹Nach Abstellung der Verletzung des Sicherstellungsauftrags sind die zurückbehaltenen Beträge an die KZV auszuzahlen. ¹⁰Bei unrechtmäßiger Ausübung des Zurückbehaltungsrechts zahlt die Krankenkasse ab dem Zeitpunkt der Zurückbehaltung Verzugszinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz; es können abweichende gesamtvertragliche Regelungen getroffen werden. ¹¹Soweit der Krankenkasse aufgrund der Pflichtverletzung Schäden entstanden sind, können sich daraus ergebende Ansprüche mit den auszuzahlenden Beträgen aufgerechnet werden; es können abweichende gesamtvertragliche Regelungen getroffen werden.

Abschnitt 3 – Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung

§ 6 – Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung

(1) ¹An der vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten der Krankenkassen nehmen teil:

1. zugelassene Zahnärzte und Kieferorthopäden (Vertragszahnärzte) sowie zugelassene medizinische Versorgungszentren (MVZ)
2. ermächtigte Zahnärzte und zahnärztlich geleitete Einrichtungen gemäß § 31 Absätze 1 und 3 und § 31a der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (Zahnärzte-ZV)
3. ermächtigte Zahnärzte und Kieferorthopäden gemäß § 31 Absatz 2 der Zahnärzte-ZV
4. nach § 311 Absatz 2 Sätze 1 und 2 SGB V zugelassene Einrichtungen (neue Bundesländer)
5. ermächtigte Zahnärzte zur vorübergehenden Erbringung von Dienstleistungen auf Grund europarechtlicher Bestimmungen (siehe § 7)

²Die für Vertragszahnärzte getroffenen Regelungen gelten auch für zugelassene Einrichtungen sowie ermächtigte Zahnärzte und ermächtigte zahnärztlich geleitete Einrichtungen, soweit nichts anderes bestimmt ist.

(2) Über Ermächtigungen gemäß Absatz 1 Nr. 3 entscheiden die Zulassungsausschüsse.

(3) Alle nach § 311 Absatz 2 SGB V zugelassenen Einrichtungen, die am 31.12.2003 noch bestanden, nehmen in dem Umfang an der vertragszahnärztlichen Versorgung teil, in welchem sie zu diesem Zeitpunkt Leistungen im Sinne von § 2 dieses Vertrages erbracht haben.

(4) ¹Die Rechtsstellung der Vertragszahnärzte, die vor dem 01.01.1977 an der vertragszahnärztlichen Versorgung der Ersatzkassenversicherten beteiligt waren, bleibt unberührt. ²Die Rechtsstellung der Vertragszahnärzte, die am 31.12.1992 nach § 2 Nr. 2 des Zahnarzt-

/Krankenkassenvertrages in der am 31.12.1992 geltenden Fassung für den Bereich der Kieferorthopädie beteiligt waren, bleibt unberührt.

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

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

Abschnitt 4 – Allgemeine Grundsätze der vertragszahnärztlichen Versorgung

§ 8 – Rechte und Pflichten der Vertragszahnärzte

- (1) Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, die Versorgung der Versicherten nach den Bestimmungen dieses Vertrages durchzuführen.
- (2) ¹Dem Vertragszahnarzt steht die Wahl der therapeutischen Mittel frei. ²Er hat bei seiner zahnärztlichen Tätigkeit die Regeln der zahnärztlichen Kunst und den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu berücksichtigen und hierauf seine Behandlungs- und Ordnungsweise einzurichten.
- (3) ¹Der Vertragszahnarzt hat die Befunde, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassenden Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung mit Zahnbezug fortlaufend in geeigneter Weise zu dokumentieren. ²Die Dokumentation kann auch durch geeignete Verfahren in elektronischer Form erfolgen.

³Die zahnärztlichen Aufzeichnungen oder sonstigen Behandlungsunterlagen, z. B. Heil- und Kostenpläne, Modelle zur diagnostischen Auswertung und Planung, Fotografien und ver-

tragsärztliche Befunde, deren Einholung der Vertragszahnarzt veranlasst hat, sind grundsätzlich 10 Jahre nach Abschluss des Jahres, in dem die Behandlung abgerechnet wurde, aufzubewahren, soweit nicht andere Vorschriften – z. B. die Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen (Röntgenverordnung – RöV) eine abweichende Aufbewahrungszeit vorschreiben.

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

- (4) ¹Die Beantragung bzw. die Anzeige von Leistungen nach den BEMA-Teilen 2 bis 5 erfolgt gegenüber der Krankenkasse grundsätzlich in elektronischer Form. ²Dabei sind die Vorgaben der Grundsatzvereinbarung (Anlage 15 BMV-Z) zu beachten. ³Die vertraglich vereinbarten Formulare (eFormulare, Vordrucke und Muster) sind zu verwenden und vollständig auszufüllen. ⁴Eine gesonderte Gebühr ist nur abrechenbar, wenn dies vereinbart ist. ⁵Im Übrigen gilt der BEMA.
- (5) ¹Der Vertragszahnarzt unterrichtet die Krankenkasse in elektronischer Form oder schriftlich, wenn die kieferorthopädische Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen wurde bzw. einen unplanmäßigen Verlauf nimmt. ²Über den Abbruch einer kieferorthopädischen Behandlung ist die Krankenkasse unter Angabe der Gründe ebenfalls in elektronischer Form oder schriftlich und kostenfrei zu unterrichten; die Portokosten sind abrechenbar. ³Die Unterrichtung nach den Sätzen 1 und 2 erfolgt entsprechend den Vorgaben der Grundsatzvereinbarung über ein elektronisches Beantragungs- und Genehmigungsverfahren (Anlage 15 BMV-Z), im Papierverfahren über Vordruck 4c nach Anlage 14a des BMV-Z. ⁴Eine abgebrochene kieferorthopädische Behandlung kann innerhalb einer Frist von in der Regel sechs Monaten nach Übermittlung der Abbruchmitteilung wiederaufgenommen werden, falls das Behandlungsziel auf der Grundlage des ursprünglichen Behandlungsplans durch eine Wiederaufnahme der Behandlung erreicht werden kann. ⁵Der Vertragszahnarzt zeigt der Krankenkasse die Wiederaufnahme der Behandlung an, bei elektronischem Verfahren durch einen Mitteilungsdatensatz gemäß § 12 der Anlage 15 zum BMV-Z, bei Anwendung des Papierverfahrens durch ein formloses Schreiben.
- (6) ¹Der Vertragszahnarzt darf die Behandlung eines Versicherten nur in begründeten Fällen ablehnen. ²Er ist berechtigt, die Krankenkasse unter Mitteilung der Gründe zu informieren.
- (7) ¹Der Vertragszahnarzt rechnet gegenüber dem Versicherten die Eigenanteile an den Kosten der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen und der kieferorthopädischen Behandlung sowie die Mehrkosten für Zahnfüllungen nach § 28 Absatz 2 Satz 2 SGB V und für Zahnersatz und Zahnkronen nach § 55 Absatz 4 und 5 SGB V ab.

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

§ 9 – Persönliche Leistungserbringung

- (1) ¹Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, die vertragszahnärztliche Tätigkeit gemäß § 3 Absatz 1 dieses Vertrages persönlich auszuüben. ²Persönliche Leistungen sind auch zahnärztliche Leistungen durch genehmigte Assistenten und angestellte Zahnärzte gemäß §§ 32 Absatz 4 bzw. 32b Zahnärzte-ZV.

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

§ 10 – Zweigpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft

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

²Sofern die weiteren Orte im Bezirk der KZV liegen, in der der Vertragszahnarzt Mitglied ist, ist für die Tätigkeit in einer Zweigpraxis die vorherige Genehmigung der KZV erforderlich. ³Soweit die weiteren Orte außerhalb des Bezirks der KZV liegen, in der der Vertragszahnarzt Mitglied ist, ist für den Betrieb einer Zweigpraxis eine Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss erforderlich, in dessen Bezirk die Zweigpraxis liegt. ⁴Eine Verbesserung der Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten im Sinne von Satz 1 liegt insbesondere dann vor, wenn in dem betreffenden Planungsbereich eine bedarfsplanungsrechtliche Unterversorgung vorliegt. ⁵Eine Verbesserung ist in der Regel auch dann anzunehmen, wenn unabhängig vom Versorgungsgrad in dem betreffenden Planungsbereich regional bzw. lokal nicht oder nicht im erforderlichen Umfang angebotene Leistungen im Rahmen der Zweigpraxis erbracht werden und die Versorgung auch nicht durch andere Vertragszahnärzte sichergestellt werden kann, die räumlich und zeitlich von den Versicherten mit zumutbaren Aufwendungen in Anspruch genommen werden können. ⁶Dies gilt auch, wenn in der Zweigpraxis spezielle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angeboten werden, die im Planungsbereich nicht im erforderlichen Umfang angeboten werden. ⁷Die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragszahnarztsitzes wird in der Regel dann nicht beeinträchtigt, wenn die Dauer der Tätigkeit des Vertragszahnarztes in der oder den Zweigpraxen ein Drittel seiner Tätigkeit am Vertragszahnarztsitz nicht übersteigt.

⁸Soweit sich die Zweigpraxis im Bezirk einer anderen KZV als der befindet, bei der der Vertragszahnarzt Mitglied ist, kann der Vertragszahnarzt für die Tätigkeit an seinem Vertragszahnarztsitz angestellte Zahnärzte beschäftigen. ⁹Er kann außerdem Zahnärzte für die

Tätigkeit in der Zweigpraxis nach Maßgabe der Vorschriften anstellen, die für ihn als Vertragszahnarzt gelten würden, wenn er an dem weiteren Ort zugelassen wäre. ¹⁰Die Dauer der Tätigkeit der am Vertragszahnarztsitz angestellten Zahnärzte in der oder den Zweigpraxen darf ein Drittel der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit am Vertragszahnarztsitz nicht überschreiten. ¹¹Am Ort der Zweigpraxis kann ein Zahnarzt angestellt werden. ¹²Die Dauer dessen Tätigkeit in der Zweigpraxis darf die Dauer der Tätigkeit des Vertragszahnarztes in der Zweigpraxis um höchstens 100 v. H. überschreiten. ¹³§ 9 Absatz 3 dieses Vertrages gilt entsprechend.

¹⁴Im Falle der Ermächtigung zur Tätigkeit in einer Zweigpraxis in einem Ort außerhalb des Bezirkes der KZV, bei der der Vertragszahnarzt Mitglied ist, erfolgt die Abrechnung nach den gesamtvertraglichen Regelungen am Ort der Zweigpraxis. ¹⁵In diesem Fall hat sich der Vertragszahnarzt mit einer Übermittlung seiner Abrechnungsdaten hinsichtlich der Zweigpraxis durch die KZV, in deren Bezirk die Zweigpraxis liegt an diejenige KZV, bei der er Mitglied ist, für Zwecke der Leistungs- und Abrechnungskontrolle und der Honorarverteilung einverstanden zu erklären.

- (2) ¹Die gemeinsame Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit an einem gemeinsamen Vertragszahnarztsitz (örtliche Berufsausübungsgemeinschaft) oder an unterschiedlichen Vertragszahnarztsitzen (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft) bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses nach näherer Maßgabe des § 33 Absatz 2 und 3 Zahnärzte-ZV. ²Zur Durchführung des Genehmigungsverfahrens ist dem Zulassungsausschuss von den beteiligten Vertragszahnärzten der schriftliche Gesellschaftsvertrag der Berufsausübungsgemeinschaft vorzulegen. ³Der Zulassungsausschuss hat auf dieser Grundlage zu prüfen, ob eine gemeinsame Berufsausübung oder lediglich ein Anstellungsverhältnis bzw. eine gemeinsame Nutzung von Personal- und Sachmitteln vorliegt. ⁴Eine gemeinsame Berufsausübung setzt die auf Dauer angelegte berufliche Kooperation selbständiger, freiberuflich tätiger Zahnärzte voraus. ⁵Erforderlich ist hierfür eine Teilnahme aller Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft an deren unternehmerischem Risiko und an unternehmerischen Entscheidungen sowie eine gemeinschaftliche Gewinnerzielungsabsicht. ⁶Für die Genehmigung KZV-bezirksübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften ist die Abgabe einer schriftlichen Erklärung aller Mitglieder dieser Berufsausübungsgemeinschaft erforderlich, wonach sich diese allen Bestimmungen in Satzungen, Verträgen oder sonstigen Rechtsnormen der gem. § 33 Absatz 3 Zahnärzte-ZV gewählten KZV hinsichtlich der Vergütung, der Abrechnung sowie zu den Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen unterwerfen.
- (3) ¹Mitglieder überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften können ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit auch an den Vertragszahnarztsitzen der übrigen Mitglieder dieser Berufsausübungsgemeinschaft ausüben, wenn die Erfüllung der Versorgungspflicht des Mitgliedes an seinem Vertragszahnarztsitz unter Berücksichtigung der Mitwirkung angestellter Zahnärzte weiterhin im erforderlichen Umfang gewährleistet ist. ²Dies ist dann der Fall, wenn die Tätigkeit an anderen Vertragszahnarztsitzen der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft ein Drittel der Zeit der vertragszahnärztlichen Tätigkeit des Vertragszahnarztes an seinem Vertragszahnarztsitz nicht überschreitet. ³Dies gilt entsprechend für die Tätigkeit der am Vertragszahnarztsitz angestellten Zahnärzte des Vertragszahnarztes an anderen Vertragszahnarztsitzen der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft. ⁴Soweit überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften, die Mitglieder in mehreren KZVen haben, ihre Wahlentscheidung hinsichtlich desjenigen Vertragszahnarztsitzes, der maßgeblich für die auf die Leistungserbringung der Gemeinschaft anzuwendenden ortsgebundenen Regelungen gem. § 33 Absatz 3 Satz 3 Zahnärzte-ZV sein soll, ändern, ist dies nur zum Quartalsende durch schriftliche Erklärungen gegenüber allen beteiligten KZVen möglich, die diesen mindestens sechs Monate vor Wirksamkeit der geänderten Wahlentscheidung zuzugehen haben.

§ 11 – Überweisungen

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

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

Abschnitt 5 – Veranlasste Leistungen

§ 12 – Verordnung von Arzneimitteln

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

§ 13 – Verordnung von Sprechstundenbedarf

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

§ 14 – Verordnung von Heilmitteln

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

§ 15 – Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit

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

§ 16 – Verordnung von Krankenhausbehandlung

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

Abschnitt 6 – Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen

§ 17 – Pflichten der Krankenkassen

- (1) ¹Die Krankenkassen informieren die Versicherten über die Ansprüche aus diesem Vertrag in geeigneter Weise.
²Die Krankenkassen haben die Versicherten in geeigneter Weise zu verpflichten, dem Vertragszahnarzt bei Behandlungsbeginn und bei Fortdauer der Behandlung zu Beginn eines neuen Kalendervierteljahres unaufgefordert die eGK vorzulegen, in dringenden Fällen die eGK spätestens innerhalb einer Frist von 10 Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachzureichen, auf Verlangen des Vertragszahnarztes ihre Identität mit der auf der eGK benannten Person nachzuweisen.
- (2) Die Krankenkassen unterrichten im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Behandlungen die Versicherten über die mit der Behandlung übernommenen Pflichten.
- (3) ¹Der Versicherte soll den Vertragszahnarzt innerhalb eines Kalendervierteljahres nur bei Vorliegen eines triftigen Grundes wechseln. ²Bei der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und bei Kiefergelenkerkrankungen, bei der kieferorthopädischen Behandlung, der Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen und der prothetischen Behandlung gilt dies für den kompletten Zeitraum bis zum Abschluss der Behandlung.
- (4) Die Krankenkasse wird den Vertragszahnarzt auf dessen Wunsch dabei unterstützen, dass der Versicherte die eGK dem Vertragszahnarzt nachträglich vorlegt.
- (5) ¹Für Kosten einer Behandlung, die auf Grund einer vorgelegten falschen eGK oder der unrechtmäßigen Vorlage der eGK statt des Gebrauchs des Leistungsnachweises gem. § 16 Absatz 3a SGB V bei Ruhen der Ansprüche erfolgte, haftet die Krankenkasse dem Vertragszahnarzt gegen Abtretung seines Vergütungsanspruches. ²Das Nähere regeln die Partner der Gesamtverträge.
- (6) Bei kieferorthopädischen Behandlungen bzw. systematischen Behandlungen von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen wird der Vertragszahnarzt über das Erlöschen des Leistungsanspruchs unterrichtet.

§ 18 – Anspruchsberechtigung und Zahnarztwahl

- (1) ¹Anspruchsberechtigt nach diesem Vertrag sind alle Versicherten der Krankenkassen. ²Der Versicherte weist seinen Anspruch auf vertragszahnärztliche Versorgung durch Vorlage der eGK nach. ³Die Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der eGK in der jeweils geltenden Fassung ist Bestandteil des Vertrages.
- (2) ¹Solange der Versicherte die eGK nicht vorlegt oder die Anspruchsberechtigung auf andere Weise nicht nachweist, darf der Vertragszahnarzt eine Privatvergütung für die Behandlung verlangen. ²Wird die eGK oder die Anspruchsberechtigung innerhalb einer Frist von 10 Tagen nach der ersten Inanspruchnahme vorgelegt, so muss die entrichtete Vergütung zurückgezahlt werden.
- (3) ¹Die Versicherten haben die freie Wahl unter den Vertragszahnärzten und den weiteren in § 6 Absatz 1 dieses Vertrages genannten Leistungserbringern und dürfen hierbei nicht beeinflusst werden. ²Dies gilt auch, wenn der Vertragszahnarzt und der Versicherte Vereinbarungen nach § 8 Absatz 7 dieses Vertrages schließen.
- (4) Die Krankenkassen geben ihren Versicherten die Vertragszahnärzte in geeigneter Weise bekannt.
- (5) Versicherte können nach Maßgabe von § 13 Absatz 2 SGB V an Stelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen.

§ 19 – Einträge im Bonusheft

- (1) ¹Das Bonusheft dient dem Versicherten als Nachweis eigener Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne im Sinne von § 55 Absatz 1 Satz 4 SGB V. ²Die Bestätigung durch Eintrag im Bonusheft ist Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung; ein gesonderter Vergütungsanspruch für einen Eintrag in das papiergeführte Bonusheft besteht insoweit nicht. ³Satz 2 gilt auch für die Bestätigung gesundheitsbewussten Verhaltens im Sinne des § 65a SGB V.
- (2) Die Krankenkassen informieren die Versicherten oder deren Erziehungsberechtigte darüber,
 - a) dass sie bei Wahl des Papierverfahrens dem Vertragszahnarzt das Bonusheft unaufgefordert vorzulegen und bei Wahl des elektronischen Verfahrens dem Vertragszahnarzt eine Zugriffsberechtigung zum eBonusheft zwecks Datenverarbeitung zu erteilen haben;
 - b) dass es sich empfiehlt, bei Wahl des elektronischen Verfahrens die Eintragungen im eBonusheft für den Fall einer unbeabsichtigten Löschung in geeigneter Form (z. B. PDF) zusätzlich in einem anderen Speichermedium zu sichern.
- (3) ¹Im Papierverfahren händigt der Vertragszahnarzt jedem Versicherten, der das 12. Lebensjahr vollendet hat, ein Bonusheft aus, im elektronischen Verfahren ist das eBonusheft als Medizinisches Informationsobjekt (MIO) Bestandteil der elektronischen Patientenakte (ePA). ²Die Ausgabe des Bonushefts bzw. die Entscheidung des Versicherten zur Führung eines eBonushefts ist in der Patientenakte der Praxis zu dokumentieren. ³Bei Versicherten, die das 12. Lebensjahr vollendet haben, trägt der Vertragszahnarzt für jedes Kalenderhalbjahr das Datum des Mundhygienestatus (Nr. IP 1) ein. ⁴Bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, trägt der Vertragszahnarzt jährlich das Datum einer zahnärztlichen Untersuchung im Sinne von § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V ein. ⁵Die Eintragungen sind im Papierverfahren mit Stempel und Unterschrift, im elektronischen Verfahren mit elektronischer Signatur der Praxis mittels Praxis-/Institutionskarte (SMC-B) zu versehen.
- (4) ¹Ist ein Zugriff auf das eBonusheft nicht möglich oder legt der Versicherte im Papierverfahren das Bonusheft nicht vor, kann der Eintrag beim nächsten Zahnarztbesuch nachgeholt oder dem Versicherten eine Ersatzbescheinigung über die Durchführung der zahnärztlichen Untersuchung im Sinne von § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V ausgestellt werden. ²In die

Ersatzbescheinigung sind Name, Vorname, Geburtsdatum und Krankenversicherungsnummer des Versicherten einzutragen.

- (5) Das papiergebundene Bonusheft hat die aus der Anlage 14a (Vordruck 8) zum BMV-Z ersichtliche Fassung.
- (6) Die Kosten der Formulare tragen die Krankenkassen.
- (7) Die KZVen halten – bei gegebenem Anlass – die Vertragszahnärzte zu einer wirtschaftlichen Verwendung des Papier-Bonushefts an.

Abschnitt 7 – Vordrucke, Vertragszahnarztstempel, Zahnarztnummer

§ 20 – Formulare

- (1) Die zur Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung erforderlichen Formulare – mit Ausnahme der von den KZVen zu schaffenden und von ihnen zu liefernden Formulare für die Abrechnung der Vertragszahnärzte – werden zwischen den Partnern dieses Vertrags vereinbart.
- (2) Für die Formulare sowohl aus dem vertragszahnärztlichen als auch aus dem vertragsärztlichen Bereich gelten die Anlagen 14a und 14b (Vordrucke) sowie 14c und 14d (eFormulare) zum BMV-Z.

§ 21 – Vertragszahnarztstempel

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

§ 21a – Zahnarztnummer

- (1) ¹In den vorgeschriebenen Fällen hat der Vertragszahnarzt die ihm von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung zugewiesene Zahnarztnummer zu verwenden. ²In den zur Abrechnung gebrachten Behandlungsfällen werden die Zahnarztnummern aller am Behandlungsfall beteiligten Zahnärzte der Praxis (Zahnarztpraxis oder Einrichtung) angegeben.
- (2) ¹Wird der Zahnarzt außerhalb des Bereichs der Kassenzahnärztlichen Vereinigung tätig, die die Zahnarztnummer vergeben hat, hat er der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, in deren Bereich er die Tätigkeit aufnimmt, vor Aufnahme der Tätigkeit seine Zahnarztnummer mitzuteilen. ²Diese prüft die Richtigkeit der Angabe.
- (3) Das Nähere zur Vergabe der Zahnarztnummern und der Abrechnungsnummern regelt die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung in den Richtlinien nach § 75 Abs. 7 SGB V.

Protokollnotizen:

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass unter den Begriff „aller am Behandlungsfall beteiligten Zahnärzte“ i.S.v. § 21a Abs. 1 BMV-Z auch angestellte und ermächtigte Zahnärzte fallen.

Die Regelung über die Verwendung der Zahnarzt Nummer nach Maßgabe des § 21a Abs. 1 BMV-Z gilt für Medizinische Versorgungszentren sowie Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V entsprechend.

Abschnitt 8 – Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen

§ 22 – Vergütung der Vertragsleistungen

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

§ 23 – Abrechnung zwischen Vertragszahnarzt und Kassenzahnärztlicher Vereinigung

- (1) ¹Leistungen nach BEMA-Teil 1 und Zuschüsse zur kieferorthopädischen Behandlung (BEMA-Teil 3) hat der Vertragszahnarzt vierteljährlich, Leistungen nach den BEMA-Teilen 2 und 4 und Festzuschüsse zu Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5) monatlich zu dem von der KZV bestimmten Termin, getrennt voneinander abzurechnen. ²Die Abrechnung erfolgt grundsätzlich auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung.
³Die Abrechnung muss für jede Krankenkasse gesondert und getrennt nach den Personenkreisen Mitglieder (M), Familienangehörige der Mitglieder (F) sowie Rentner und ihre Familienangehörigen (R) aufgestellt werden.
- (2) ¹Mit der Abrechnung der BEMA-Teile 1 bis 5 bestätigt der Vertragszahnarzt, dass die abgerechneten Leistungen nach Maßgabe des § 9 dieses Vertrages persönlich erbracht worden sind und dass die Abrechnung sachlich richtig ist.
²Die Bestätigung beinhaltet auch, dass
 - a) die abgerechneten Material- und Laborkosten der gewerblichen Laboratorien tatsächlich entstanden sind und dass er Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten an die Krankenkasse weitergibt,
 - b) die zahntechnischen Leistungen des Zahnarztlabors tatsächlich von diesem erbracht worden sind.
- (3) ¹Grundsätzlich dürfen nur abgeschlossene Leistungen abgerechnet werden, es sei denn, Leistungen können aus Gründen, die der Vertragszahnarzt nicht zu vertreten hat, nicht abgeschlossen werden. ²Leistungen, die entsprechend den in Absatz 1 genannten Fristen nicht abgeschlossen worden sind, können in einem der nächsten Abrechnungszeiträume abgerechnet werden.
- (4) ¹Kommt eine kieferorthopädische Behandlung, eine systematische Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen, eine prothetische Behandlung, eine Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels oder Kiefergelenkerkrankungen nach diesem Vertrag nicht zur Durchführung, so können die Kosten für diagnostische Leistungen, für die Erstellung eines Behandlungsplans, für die Erstellung eines Parodontalstatus und Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen nach den Vertragssätzen unabhängig von der Genehmigung des Behandlungsplans abgerechnet werden. ²Wird die Behandlung abgebrochen oder entfällt die Leistungspflicht der Krankenkasse, so erhält der Vertragszahnarzt die bis zum Zeitpunkt des Behandlungsabbruchs bzw. des Wegfalls der

Leistungspflicht der Krankenkasse entstandenen Kosten, insbesondere die entstandenen Materialkosten und zahntechnischen Leistungen, in voller Höhe vergütet.

- (5) Der Vertragszahnarzt kann die bei der KZV eingereichte Abrechnung nur solange ergänzen oder ändern, als sie nicht bereits von der KZV an die Krankenkasse weitergeleitet worden ist.
- (6) Versäumt der Vertragszahnarzt den Abrechnungstermin für Leistungen nach den BEMA-Teilen 1 bis 5, so kann die KZV die Abrechnung bis zum nächsten Abrechnungstermin zurückstellen.
- (7) Die Abrechnung von vertragszahnärztlichen Leistungen ist nach Ablauf eines Jahres vom Ende des Kalendervierteljahres an gerechnet, in dem sie erbracht worden sind, abgeschlossen.

Protokollnotiz:

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

- (8) Nicht ordnungsgemäß erstellte Abrechnungen können von der laufenden Abrechnung ausgeschlossen werden.
- (9) ¹Die KZV erteilt dem Vertragszahnarzt vierteljährlich einen Bescheid über seinen Honoraranspruch. ²Der Honorarbescheid steht unter dem Vorbehalt rechtswirksamer Prüfungen insbesondere auf Richtigkeit und Wirtschaftlichkeit. ³Bis zu diesem Zeitpunkt sind die Zahlungen der KZV an den Vertragszahnarzt aufrechnungsfähige und ggf. rückzahlungspflichtige Vorschüsse.
- (10) ¹Bei Tod, Verzug und Aufgabe der Praxis ist die KZV verpflichtet, weitere Zahlungen an den Vertragszahnarzt bzw. dessen Erben ganz oder teilweise so lange auszusetzen, bis festgestellt wird, ob Prüfungen auf Richtigkeit und Wirtschaftlichkeit anhängig oder Schadenersatzforderungen geltend gemacht worden sind. ²Ist dies der Fall, so hat die KZV den rechtswirksamen Abschluss der Prüfungen oder die Feststellung einer Schadenersatzforderung abzuwarten und nach dem Ergebnis dieser Verfahren die Abrechnung mit dem Vertragszahnarzt bzw. dessen Erben durchzuführen.
- (11) Abweichende Regelungen in den Gesamtverträgen sind zulässig.

§ 24 – Abrechnung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen

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

der Rechnung bei der Krankenkasse von dieser bei der KZV geltend gemacht werden. ²Die Abrechnungsprüfung nach § 106d SGB V bleibt unberührt.

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

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

Protokollnotiz:

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

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

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

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

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

§ 25 – Abrechnungsunterlagen und Datenträgeraustausch

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

Abschnitt 9 – Prüfung der Abrechnung und Wirtschaftlichkeit

§ 26 – Wirtschaftlichkeitsprüfung

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

§ 27 – Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfung

Die KZVen und die Krankenkassen führen Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfungen gemäß den Richtlinien der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbands

nach § 106d Absatz 6 SGB V zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfungen nach § 106d Absatz 2 und 3 SGB V sowie nach den ergänzenden gesamtvertraglichen Regelungen durch.

Abschnitt 10 – Vertragsverletzungen und Forderungen

§ 28 – Vertragsverletzungen

- (1) ¹Bei Verstößen gegen vertragszahnärztliche Pflichten finden die Disziplinarbestimmungen der KZVen (§ 81 Absatz 5 SGB V) Anwendung.
²Die Möglichkeit des Zulassungsentzugs wegen gröblicher Vertragsverletzungen bleibt unberührt (§ 95 Absatz 6 SGB V).
- (2) ¹Die Krankenkassen bzw. Landesverbände der Krankenkassen sind berechtigt, bei der zuständigen KZV die Eröffnung eines Disziplinarverfahrens anzuregen.
²Die nach Satz 1 antragstellende Krankenkasse bzw. der antragstellende Landesverband ist über das Ergebnis, ggf. über die Nichteröffnung oder Einstellung des Verfahrens unter Angabe der Gründe zu benachrichtigen.
- (3) Die rechtskräftige Anordnung des Ruhens der Zulassung ist der antragstellenden Krankenkasse bzw. dem antragstellenden Landesverband der Krankenkasse binnen zwei Wochen nach Eintritt der Rechtskraft mitzuteilen.

§ 29 – Forderungen von Krankenkassen

- ¹Forderungen aus diesem Vertrag von Krankenkassen gegen einen Vertragszahnarzt, die durch die KZV bzw. durch das jeweilige Gremium bestandskräftig festgestellt worden sind, werden bei der nächsten Abrechnung von der Krankenkasse gegenüber der KZV abgesetzt.
- ²Forderungen in diesem Sinne können sich insbesondere ergeben aufgrund mangelhafter prothetischer oder kieferorthopädischer Leistung, sachlich rechnerischer Unrichtigkeit der Abrechnung, unwirtschaftlicher Leistungserbringung oder aufgrund eines sonstigen Schadens.
- ³Eine Befriedigung der Forderung über die KZV findet nicht statt, wenn diese belegt, dass sie ohne eigenes Verschulden die Forderung gegen den Vertragszahnarzt nicht durchsetzen kann; in diesen Fällen kann die Krankenkasse ihre Forderung unmittelbar gegenüber dem Vertragszahnarzt geltend machen.
- ⁴Abweichend davon haftet die KZV den Krankenkassen aus der Gesamtvergütung für Forderungen gegenüber einem Vertragszahnarzt aufgrund sachlich-rechnerischer Unrichtigkeit oder unwirtschaftlicher Leistungserbringung, soweit nach Maßgabe der Gesamtverträge ein Erstattungsanspruch für Forderungen aus sachlich-rechnerischer Richtigstellung und Wirtschaftlichkeitsprüfung besteht.
- ⁵Die KZV haftet nicht nach Satz 4, soweit die Gesamtvergütung überschritten wird oder ein Pauschalvergütungsvertrag vorliegt.
- ⁶Gesamtvertragliche Regelungen zur Ausgestaltung des Abwicklungsverfahrens sind zulässig.

Abschnitt 11 – Qualität der vertragszahnärztlichen Versorgung

§ 30 – Qualitätssicherung in der vertragszahnärztlichen Versorgung

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

§ 31 – Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

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

§ 32 – Arbeitsgemeinschaften

- (1) ¹Die Vertragspartner bilden bei Bedarf themenspezifische Arbeitsgemeinschaften. ²Die Arbeitsgemeinschaften haben die Aufgabe, Entscheidungen in grundsätzlichen Fragen, die für die Durchführung des Vertrages von Bedeutung sind, vorzubereiten.
- (2) Die Vertragspartner sollen für jede Arbeitsgemeinschaft eine Geschäftsordnung erstellen, in der insbesondere das Nähere über Zielsetzung, Aufgaben, Besetzung und Verfahren zu regeln ist.

Abschnitt 12 – Inkrafttreten und Kündigung

§ 33 – Inkrafttreten und Kündigung

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

Anlage 1

Behandlungsplanung und Erstellung der Abrechnung

Vereinbarung zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

In der Fassung vom 25.04.2018, Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

Zuletzt geändert am 10.10.2022, mit Wirkung ab dem 01.01.2023

1. Bestimmungen über die EDV-mäßige Erstellung der Abrechnung

¹Die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen erfolgt im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.

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

⁵Ein System ist für die vertragszahnärztliche Abrechnung geeignet, wenn feststeht, dass programmierte Abrechnungsregeln den jeweils gültigen Bestimmungen des BMV-Z entsprechen und dass befund- und leistungsorientierte Abrechnungsautomatismen keine Verwendung finden. ⁶Über die Eignung befindet die Prüfstelle der KZBV. ⁷Die Abrechnung mittels EDV auf maschinell verwertbaren Datenträgern und die elektronische Übermittlung der Abrechnung ist zulässig, wenn die Prüfstelle der KZBV festgestellt hat, dass die Voraussetzungen hierfür vorliegen.

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

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

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

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

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

2.4 Ergänzende Inhalte der elektronischen Abrechnung

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

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

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

2.4.3 ¹Der Datensatz umfasst die Angabe der Gebührennummer des BEMA.

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

2.4.4 ¹Bei Füllungen nach den Nrn. 13 a) bis h) ist die Füllungslage zu übermitteln. ²Für die Bezeichnung der Füllungslage sind folgende Buchstaben bzw. Ziffern zu verwenden:

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

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

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

⁴Amalgamfüllungen werden zusätzlich mit dem Buchstaben „A“ gekennzeichnet.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.5.2 ¹Bei der Abrechnung von Leistungen der Abschnitte B IV bis B VI der GOÄ wird der zweistelligen GOÄ-Nummer die Ziffer 7 vorangestellt und die Ziffer 0 angefügt. ²Werden Zuschläge nach Abschnitt B V zusätzlich zu den Leistungen nach den Nrn. 55, 56, 61, 62 abgerechnet, wird die Ziffer 0 durch folgende Ziffern ersetzt:

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

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

2.5.3 ¹Die Abrechnung von Wegegeldern (§ 8 Absatz 2 GOZ) und Reiseentschädigungen (§ 8 Absatz 3 GOZ) erfolgt nach folgenden Nrn.

Nr. Erläuterung

- | | |
|------|---|
| 7810 | Wegegeld für eine Entfernung bis zu 2 Kilometern |
| 7811 | Wegegeld für eine Entfernung bis zu 2 Kilometern bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) |
| 7820 | Wegegeld für eine Entfernung von mehr als 2 Kilometern und bis zu 5 Kilometern |
| 7821 | Wegegeld für eine Entfernung von mehr als 2 Kilometern und bis zu 5 Kilometern bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) |
| 7830 | Wegegeld für eine Entfernung von mehr als 5 Kilometern und bis zu 10 Kilometern |
| 7831 | Wegegeld für eine Entfernung von mehr als 5 Kilometern und bis zu 10 Kilometern bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) |
| 7840 | Wegegeld für eine Entfernung von mehr als 10 Kilometern und bis zu 25 Kilometern |
| 7841 | Wegegeld für eine Entfernung von mehr als 10 Kilometern und bis zu 25 Kilometern bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) |
| 7928 | Reiseentschädigung bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern und Abwesenheit von bis zu 8 Stunden je Tag |
| 7929 | Reiseentschädigung bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern und Abwesenheit von mehr als 8 Stunden je Tag |
| 7930 | Kosten für notwendige Übernachtungen |

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

3. Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe) und obstruktiver Schlafapnoe (Unterkieferprotrusionsschiene) (BEMA Teil 2)

3.1 Behandlungsplanung bei Verletzung und Erkrankungen im Bereich des Gesichtsschädels

3.1.1 Behandlungsplanung bei Kiefergelenkserkrankungen

¹Vor Beginn der Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen erstellt der Vertragszahnarzt anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen einen Behandlungsplan und sendet ihn der Krankenkasse zu. ²Im elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren sind für den Plan die Angaben nach § 8 der Anlage 15 zum BMV-Z erforderlich. ³Soweit das Papierverfahren zur Anwendung kommt, ist der Vordruck „Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch“ (Vordruck 2 der Anlage 14a zum BMV-Z) zu verwenden. ⁴Im elektronischen Verfahren sendet die Krankenkasse einen Antwortdatensatz an den Vertragszahnarzt mit dem Vermerk, ob der Antrag genehmigt oder abgelehnt wird. ⁵Im Papierverfahren sendet sie den Behandlungsplan mit entsprechendem Vermerk an den Zahnarzt zurück. ⁶Mit der Behandlung soll erst nach Genehmigung des Behandlungsplans begonnen werden. ⁷Hiervon ausgenommen sind Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen sowie zahnmedizinisch unaufschiebbare Maßnahmen. ⁸Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Behandlungsplan begutachten lassen. ⁹Die Gesamtvertragspartner auf Landesebene können Näheres vereinbaren. ¹⁰Ist auf Landesebene ein Genehmigungsverzicht vereinbart, entfällt die Übermittlung der Behandlungsplanung an die Krankenkasse.

3.1.2 Behandlungsplanung bei Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels

¹Vor Beginn der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels erstellt der Vertragszahnarzt anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen einen Behandlungsplan. ²Im elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren sind für den Plan die Angaben nach § 7 der Anlage 15 zum BMV-Z erforderlich. ³Soweit das Papierverfahren zur Anwendung kommt, ist der Vordruck „Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch“ (Vordruck 2 der Anlage 14a zum BMV-Z) zu verwenden. ⁴Die geplante Behandlung ist vom Vertragszahnarzt der Krankenkasse durch Übersendung des elektronischen Datensatzes bzw. im Papierverfahren durch Zusendung des Vordrucks 2 unverzüglich anzuzeigen.

3.2 Abrechnung

3.2.1 Die Abrechnung von Leistungen bei der Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe) und obstruktiver Schlafapnoe (Unterkieferprotrusionsschiene) zwischen Vertragszahnarzt und KZV erfolgt im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.

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

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

³Pro Abformung bei der Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels oder Kiefergelenkserkrankungen kann ein Pauschalbetrag in Höhe von 3,00 EUR abgerechnet werden

⁴Für Versandkosten der Praxis an das gewerbliche Labor kann je Versandgang zwischen Zahnarztpraxis und Labor der von der Deutschen Post AG für ein Päckchen (Inland,

max. 2 kg) festgelegte Preis der Onlinefrankierung in der jeweils aktuellen Höhe abgerechnet werden. ⁵Bei praxiseigenen Laboratorien können keine Versandkosten berechnet werden.

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

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

3.3 Ergänzende Inhalte der elektronischen Abrechnung

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

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

3.3.3 ¹Der Datensatz umfasst die Angabe der Gebührennummer des BEMA.

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

602 Telefon-, Versand- und Portokosten

605 Pauschalbetrag Abformmaterial

⁴Der Pauschalbetrag ist in Cent zu übermitteln.

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

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

4.1 Behandlungsfall im Sinne des Vertrages ist bei Leistungen nach dem BEMA-Teil 3 die gesamte, von demselben Vertragszahnarzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres vorgenommene Behandlung.

4.2 Behandlungsplanung

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

4.3 Abrechnung

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

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

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

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

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

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

4.3.3 Ergänzende Inhalte zur elektronischen Abrechnung

¹Bei der Frühbehandlung nach Nr. 5 der Abrechnungsbestimmung zu den Nrn. 119 und 120 von BEMA-Teil 3 ist die Nummer der Abschlagszahlung mit „F“ zu kennzeichnen.

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

5. **Planung und Abrechnung von Leistungen bei der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen (BEMA-Teil 4)**

5.1 Behandlungsplanung

¹Für die Planung der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen (BEMA-Teil 4) gilt Anlage 5 zum BMV-Z. ²Ab der Einführung des elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens gewährleistet die unveränderliche Antragsnummer die Erzeugung sog. Parodontalfälle.

5.2 Abrechnung

¹Die Abrechnung der parodontologischen Leistungen erfolgt im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern. ²Die erste Abrechnung erfolgt frühestens nach Abschluss der antiinfektiösen Therapie (AIT) über die Monatsabrechnung. ³Ab diesem Zeitpunkt ist jede weitere Leistung monatlich abrechenbar. ⁴Zu jeder Leistung ist der Behandlungstag anzugeben. ⁵Der Zwei-Jahres-Zeitraum der UPT beginnt am Tag der Erbringung der ersten UPT-Leistung. ⁶Im Falle einer Verlängerung der UPT können die Leistungen abgerechnet werden, die innerhalb des genehmigten Verlängerungszeitraums erbracht wurden. ⁷Bei der Abrechnung ist der am Tag der jeweiligen Leistungserbringung gültige Punktwert für die Leistung anzusetzen. ⁸Leistungen, die zur Behandlung von Parodontitis außerhalb der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen bei den anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V erbracht werden, sind mit dem Buchstaben „S“ zu kennzeichnen. ⁹Leistungen der UPT, die im Rahmen der Verlängerung erbracht werden, sind mit dem Buchstaben „V“ zu kennzeichnen.

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

6.1 Behandlungsplanung

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

6.2 Abrechnung

6.2.1 Rechnungsbeträge/Erstellung der Abrechnung

¹Die Abrechnung der Festzuschüsse für Regel- und/oder gleichartige Versorgungsleistungen erfolgt über die KZV im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern. ²Dabei ist der Datensatz unter Berücksichtigung der vertraglichen Bestimmungen, insbesondere des § 6 zum DTA-Vertrag (Anlage 8a zum BMV-Z) vollständig zu erstellen und an die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) zu übermitteln. ³Die KZV bestimmt das Verfahren der Datenlieferung gem. § 4 der Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung vom 12.07.2011 (Anlage 9 zum BMV-Z).

6.2.2 Zahnarztthonorar (BEMA)

¹Die im Heil- und Kostenplan unter „Kostenplanung“ aufgeführte Summe des BEMA-Honorars für die Regelleistungen ist in EUR und Cent anzugeben. ²Wurden nur Teilleistungen erbracht, zum Beispiel, weil der Versicherte verstorben ist, werden diese mit einem „T“ für Teilleistungen gekennzeichnet und mit der Erklärung versehen, warum es nicht zur Vollendung der vorgesehenen Leistungen gekommen ist.

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

6.2.3 Zahnarztthonorar zusätzliche Leistungen BEMA

¹Das Zahnarztthonorar für BEMA-Leistungen, die im Laufe der Behandlung zusätzlich angefallen sind (beispielsweise das Wiederbefestigen oder die Neuherstellung eines Provisoriums) ist in EUR und Cent zu übermitteln. ²Das umfasst auch das Honorar für nachträgliche Befunde, soweit diese der Regelversorgung zuzuordnen sind.

6.2.4 Zahnarztthonorar GOZ

Es ist die Gesamtsumme der angefallenen GOZ-Gebühren bei gleich- und andersartigen Versorgungsleistungen in EUR und Cent zu übermitteln.

6.2.5. Material- und Laborkosten Gewerblich

Es sind je Behandlungsfall alle im gewerblichen Labor angefallenen zahntechnischen Leistungen nach BEL (Leistungsnummer und Leistungsinhalt) und BEB (Leistungsinhalt) einschließlich deren Preise sowie die abgerechneten Materialien einschließlich Materialbezeichnung und Preis in EUR und Cent zu übermitteln.

6.2.6 Material- und Laborkosten Praxis

Es sind je Behandlungsfall alle im Praxislabor angefallenen zahntechnischen Leistungen nach BEL (Leistungsnummer und Leistungsinhalt) und BEB (Leistungsinhalt) einschließlich deren Preise sowie die abgerechneten Materialien einschließlich Materialbezeichnung und Preis in EUR und Cent zu übermitteln.

6.2.7 Versandkosten Praxis

¹Es sind die Versandkosten der Praxis je Versandgang für die Versendung von Arbeitsunterlagen (Abformung, Modell u. Ä.) an das gewerbliche Labor zu übermitteln. ²Für Versandkosten der Praxis an das gewerbliche Labor können je Versandgang zwischen Zahnarztpraxis und Labor der von der Deutschen Post AG für ein Päckchen (Inland,

max. 2 kg) festgelegte Preis der Onlinefrankierung in der jeweils aktuellen Höhe abgerechnet werden. ³Bei praxiseigenen Laboratorien können keine Versandkosten berechnet werden. ⁴Abweichende bzw. ergänzende gesamtvertragliche Regelungen zur Höhe der Versandkosten sowie zu den Praxismaterialien sind zulässig.

6.2.8 Gesamtsumme

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

6.2.9 Festzuschuss Kasse

¹Der Festzuschuss der Krankenkasse ist in EUR und Cent zu übermitteln. ²Er errechnet sich durch Addition des/der von der Krankenkasse bewilligten Festzuschusses/Festzuschüsse sowie ggf. Festzuschüsse für nachträgliche Befunde, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. ³Bei Teilleistungen sind die Beträge gemäß Befundklasse 8 einzutragen.

Härtefall:

⁴Versicherte, die gemäß § 55 Absatz 2 SGB V unzumutbar belastet würden und eine Regelversorgung wählen, erhalten grundsätzlich einen Festzuschuss in Höhe von 100 Prozent bzw. höchstens die tatsächlichen Kosten. ⁵Deckt der Festzuschuss in Höhe von 100 Prozent die tatsächlichen Kosten nicht ab, übernimmt die Krankenkasse auch die zusätzlichen Kosten.

⁶Wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- und/oder andersartigen Zahnersatz, erhalten sie maximal einen Festzuschuss in Höhe von 100 Prozent.

⁷Bei der Abrechnung des Festzuschusses ist zu prüfen, ob und in welcher Höhe Kosten für die Verwendung einer Edelmetalllegierung oder von Reinmetall angefallen sind. ⁸Die tatsächlichen Kosten bei der Regelversorgung und der Festzuschuss in Höhe von 100 Prozent bei gleich- und andersartigen Versorgungungen werden von der Krankenkasse nur insoweit übernommen, als darin keine Mehrkosten für Edel- oder Reinmetall enthalten sind.

⁹Daher sind diese Mehrkosten von den tatsächlichen Gesamtkosten abzuziehen. ¹⁰Der sich daraus ergebende Betrag ist der anzusetzende Festzuschuss. ¹¹Der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI) hat zugesagt, gegenüber seinen Mitgliedern die Empfehlung auszusprechen, dass ein gesonderter Ausweis der Edelmetallkosten erfolgen soll. ¹²Die Mehrkosten ergeben sich aus der Differenz der Kosten für die jeweils verwendete Edelmetalllegierung oder Reinmetall abzüglich der für die jeweilige Regelversorgung vorgesehenen NEM-Abrechnungsbeträge inkl. MwSt. ¹³Der errechnete Betrag ist als Kassenanteil zu übermitteln.

Beispiel:	
Gesamtkosten	1.050,- EUR
Festzuschuss 100 %	1.000,- EUR
./. Mehrkosten	
(Edelmetallkosten ./.. fiktive NEM-Kosten)	100,- EUR

Festzuschuss der Krankenkasse	950,- EUR

6.2.10 Versichertenanteil

¹Der Versichertenanteil ist in EUR und Cent zu übermitteln. ²Er bildet die Differenz zwischen der Gesamtsumme und dem Festzuschuss der Krankenkasse.

6.2.11 Sonstige Angaben

¹Das Eingliederungsdatum des Zahnersatzes ist zu übermitteln. ²Als Herstellungsort wird für das Inland der Buchstabe „D“ dem Ortsnamen vorangestellt, bei Herstellung im Ausland ist der Landesname anzugeben.

Anlage 2

Vereinbarung nach § 87 Absatz 1a SGB V über die Versorgung mit Zahnersatz

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

In der Fassung vom 25.04.2018, Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

Zuletzt geändert am 21.12.2021, mit Wirkung ab dem 01.01.2022

Abschnitt 1 – Behandlungsplanung

1. Heil- und Kostenplan

¹Vor Beginn der Behandlung hat der Vertragszahnarzt einen Heil- und Kostenplan (HKP) zu erstellen. ²Im elektronischen Verfahren muss der HKP die in § 11 der Anlage 15 zum BMV-Z aufgeführten Angaben enthalten. ³Im Papierverfahren ist der HKP nach dem in der Anlage 14a zum BMV-Z beigefügten Vordruck 3a (Teil 1) und 3b (Teil 2) zu erstellen; der Teil 2 (Vordruck 3b) ist nur auszufüllen, wenn gleich- oder andersartige Leistungen geplant werden. ⁴Bei der Angabe der zu erwartenden Kosten sind in volle EUR kaufmännisch gerundete Beträge ausreichend, die für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen anzugeben sind. ⁵Der HKP hat die Gesamtplanung zu enthalten.

⁶Der Zahnarzt hat den Patienten vor Erstellung des Heil- und Kostenplans über folgendes aufzuklären:

- Befund und Indikation für die Behandlung
- Behandlungsalternativen
- voraussichtliche Behandlungskosten
- voraussichtlicher Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes

⁷Nach dem Gesetz darf der Vertragszahnarzt keine Gebühr für die Planung oder Erstellung des HKP vom Versicherten verlangen.

2. Gesamtplanung, Therapieschritte, Direktabrechnung

¹Der Vertragszahnarzt hat im HKP den zahnmedizinischen Befund, die Regelversorgung und – bei gleich- und andersartiger Versorgung – die tatsächlich geplante Versorgung anzugeben. ²Für die tatsächlich geplante Versorgung sind Art, Umfang und Kosten der Versorgung anzugeben. ³Im elektronischen Verfahren hat der Vertragszahnarzt außerdem den voraussichtlichen Bonus (prozentuale Höhe der Festzuschüsse) anhand der ihm vorliegenden Unterlagen anzugeben.

⁴In begründeten Ausnahmefällen kann die Wiederherstellung einer ausreichenden Funktion des Kauorgans bzw. die Verhinderung einer Beeinträchtigung des Kauorgans auch in medizinisch sinnvollen Therapieschritten erfolgen. ⁵Damit für die Krankenkasse erkennbar ist, dass die Versorgung des Gesamtbefundes in Therapieschritten erfolgt, muss dies im HKP bei elektronischem Verfahren unter „Anzahl der Therapieschritte“, im Papierverfahren unter „Bemerkungen“ aufgeführt werden. ⁶Für die einzelnen Therapieschritte ist jeweils ein eigener HKP auszustellen; im elektronischen Verfahren sind die Planungen durchzunummerieren und zeitgleich an die Krankenkasse zu übermitteln. ⁷Bei Bewilligung des ersten Therapieschritts müssen für die Krankenkasse der Gesamtbefund und die Gesamtplanung ersichtlich sein. ⁸Soweit die Gesamtvertragspartner für das Papierverfahren ausgestaltungende Regelungen für den Umgang mit Therapieschritten

getroffen haben oder noch treffen werden, gelten diese bis zum Beginn des flächendeckenden Echtbetriebs des elektronischen Antragsverfahren (vgl. § 17 Anlage 15).

⁹Der Vertragszahnarzt kennzeichnet auf dem HKP die Fälle, in denen die Auszahlung der Festzuschüsse direkt von der Krankenkasse an den Versicherten zu erfolgen hat, im elektronischen Verfahren mit dem Kennzeichen „Direktabrechnung“, im Papierverfahren mit dem Kennzeichen „D“.

3. Patienteninformation

¹Im elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahren informiert der Vertragszahnarzt den Patienten in schriftlicher Form (Formular 3c oder Formular 3d der Anlage 14a BMV-Z) über die geplante Behandlung. ²Es wird dem Vertragszahnarzt empfohlen, die Behandlung erst nach Unterschrift des Patienten unter die Patienteninformation bei der Krankenkasse zu beantragen.

4. Gleichartige Versorgung bei Kronen, Stiften, Brücken, Teilprothesen und Kombinationszahnersatz

Kronen

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

²Die Abrechnung erfolgt entsprechend § 55 Absatz 4 i. V. m. § 87 Absatz 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). ³Prothetische Begleitleistungen (Provisorien, Abnehmen und Wiederbefestigen von Provisorien) werden als Regelversorgungsleistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) abgerechnet.

Stifte

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

Brücken

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

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

Teilprothesen/Kombinationszahnersatz

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

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

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

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

¹³Verbindungselemente (Teleskopkrone, Konuskrone, Geschiebe, Anker, Riegel, Steg u. Ä.) an herausnehmbarem Zahnersatz bei Befundsituationen (Befunde nach 3.1), die bei der Regelversorgung lediglich Halte- und Stützelemente (Klammern) vorsehen, ändern die Art der Versorgung; ein herausnehmbarer Zahnersatz wird somit zum Kombinationszahnersatz.

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

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

¹⁶In diesen Fällen gilt die Versorgung als gleichartig.

Abschnitt 2 – Beantragungs- und Genehmigungsverfahren

5. Beantragung

¹Der HKP ist der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung grundsätzlich in elektronischer Form zu übermitteln. ²Bei Anwendung des Papierverfahrens sind die Vordrucke 3a und – bei gleich- oder andersartiger Versorgung – 3b vorzulegen.

6. Entscheidung der Krankenkasse

¹Die Krankenkasse hat den Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung insgesamt zu prüfen. ²Die Krankenkasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen. ³Mit der Behandlung soll erst begonnen werden, wenn die Krankenkasse eine Genehmigung erteilt hat. ⁴Bei bestehender Versorgungsnotwendigkeit bewilligt die Krankenkasse die Festzuschüsse. ⁵Bei Änderungen des Befundes oder der tatsächlich geplanten Versorgung ist der Krankenkasse zur Neufestsetzung der Festzuschüsse im elektronischen Verfahren ein neuer HKP als Änderungsantrag, im Papierverfahren ein geänderter HKP vorzulegen. ⁶Die Festzuschüsse werden gezahlt, wenn der Zahnersatz in der bewilligten Form innerhalb von 6 Monaten eingegliedert wird. ⁷Die Gesamtvertragspartner können Regelungen zur Vereinfachung des Bewilligungsverfahrens für Wiederherstellungen/Erweiterungen vereinbaren.

Abschnitt 3 – Abrechnung

7. Abrechnung mit Versicherten

¹Der Versicherte erhält vom Zahnarzt eine Rechnung über die angefallenen Kosten für die einzelnen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen.

²Die Kosten für Regelversorgungsleistungen sind mit den Versicherten nach dem BEMA und dem Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen (BEL II) abzurechnen. ³Bei der Rechnungslegung gegenüber dem Versicherten ist der Betrag für die Festzuschüsse abzusetzen.

⁴Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Absatz 2 SGB V hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Absatz 2 Satz 10 SGB V aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen. ⁵Diese werden nach der GOZ bzw. nach der Bundeseinheitlichen Benennungsliste für zahntechnische Leistungen (BEB) in Rechnung gestellt.

⁶Handelt es sich um ausschließlich andersartige Versorgungen oder entfallen bei Mischfällen (Regelleistungen und/oder gleichartige Leistungen in Verbindung mit andersartigen Leistungen) mehr als 50 v. H. des zahnärztlichen Honorars auf andersartige Versor-

gungen, erfolgt eine Direktabrechnung mit dem Versicherten. ⁷Die Gesamtvertragspartner können eine andere prozentuale Grenze als 50 v. H. vereinbaren. ⁸Im Gegensatz zur Abrechnung von Leistungen der Regelversorgung oder von gleichartigen Leistungen werden bei der Rechnungslegung von andersartigen Leistungen die festgesetzten Festzuschüsse nicht von der Rechnungssumme (den Gesamtkosten) abgezogen. ⁹Neben der Gesamtrechnung erhält der Versicherte zur Vorlage bei der Krankenkasse bei elektronischem Verfahren den Vordruck 3e, im Papierverfahren den einschließlich Teil V (Rechnungsbeträge) ausgefüllten Heil- und Kostenplan (Teil 1).

¹⁰Der Rechnung ist eine Durchschrift der Rechnung des gewerblichen oder des Praxislabors über zahntechnische Leistungen und die Erklärung für Sonderanfertigungen nach Nummer 1 des Anhangs XIII der Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte in der jeweils geltenden Fassung beizufügen. ¹¹Für die zahntechnischen Leistungen ist darüber hinaus der Herstellungsort des Zahnersatzes mitzuteilen.

8. Abrechnung der Festzuschüsse

a) Regelversorgungen und gleichartige Versorgungen

¹Genehmigte Festzuschüsse im Zusammenhang mit erbrachten Regelleistungen oder mit gleichartigen Leistungen werden nach Eingliederung oder Wiederherstellung des Zahnersatzes grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern über die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) abgerechnet.

²Unterschreitet der tatsächliche Rechnungsbetrag den von der Krankenkasse festgesetzten Festzuschuss, ist dies bei der Abrechnung des Festzuschussbetrages zu berücksichtigen.

b) Härtefälle

¹Bei Härtefällen übernimmt die Krankenkasse den über dem Festzuschuss liegenden tatsächlichen Rechnungsbetrag nur, wenn eine Regelversorgung durchgeführt wird.

²Der tatsächliche Rechnungsbetrag wird grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern über die KZV abgerechnet.

³Bei zahntechnischen Leistungen für Härtefälle übernimmt die Krankenkasse nur die Kosten für Nichtedelmetall-Legierungen. ⁴Die Mehrkosten für Edelmetalllegierungen trägt der Härtefall-Versicherte selbst.

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

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

d) Ausschließlich andersartige Leistungen

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

e) Mischfälle

¹Genehmigte Festzuschüsse für Mischfälle (Regelleistungen und/oder gleichartige Leistungen in Verbindung mit andersartigen Leistungen) sind über die KZV abzurechnen, wenn mehr als 50 % des zahnärztlichen Honorars zum Zeitpunkt der Planung für Leistungen der Regelversorgung und/oder der gleichartigen Versorgung anfallen.

²Die Gesamtvertragspartner können eine andere prozentuale Grenzziehung vereinbaren.

Anlage 3

Vereinbarung über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

In der Fassung vom 25.04.2018, Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

Zuletzt geändert am 10.10.2022, mit Wirkung ab dem 11.10.2022

§ 1 Allgemeines

- (1) Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) sind nach Maßgabe dieses Vertrages Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung.
- (2) Für die Durchführung von Maßnahmen der Individualprophylaxe gelten die Individualprophylaxe-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.
- (3) Versicherte, die das 6., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf Maßnahmen der Individualprophylaxe.
- (4) Die Krankenkassen haben die Versicherten und die Erziehungsberechtigten anzuhalten, den Vertragszahnarzt während eines laufenden Prophylaxeprogramms nur aus triftigem Grund zu wechseln.

§ 2 Abrechnung

- (1) Die Abrechnung der Individualprophylaxe-Leistungen erfolgt quartalsweise nach den für die Abrechnung konservierend-chirurgischer Leistungen geltenden Bestimmungen.
- (2) ¹Der erste Behandlungsabschnitt bei Beginn eines dreijährigen Individualprophylaxeprogramms besteht aus der Erstellung des Mundhygienestatus und – soweit angezeigt – aus der Mundgesundheitsaufklärung und ggf. der ersten Fluoridierung. ²Die weiteren Behandlungsabschnitte sollen sich in etwa halbjährlichen Abständen anschließen; sie bestehen aus der Erstellung des Mundhygienestatus und – soweit angezeigt – einer Mundgesundheitsaufklärung und ggf. einer Fluoridierung. ³Um den dauerhaften Erfolg der Individualprophylaxe zu gewährleisten, sollte der Zeitraum zwischen der Erstellung von zwei Mundhygienestatus möglichst vier Monate nicht unterschreiten. ⁴Fissurenversiegelungen können auch unabhängig von einem laufenden Individualprophylaxeprogramm erbracht werden.
- (3) Die Anspruchsberechtigung eines Versicherten endet mit Vollendung des 18. Lebensjahres.
- (4) Wird die Behandlung abgebrochen, können die bereits erbrachten Leistungen abgerechnet werden.

§ 3 Vergütung

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

Anlage 4

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

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

In der Fassung vom 25.04.2018, Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

Zuletzt geändert am 21.12.2021, mit Wirkung ab dem 01.01.2022

§ 1

Antrags- und Genehmigungsverfahren

- (1) ¹Vor Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung oder bei einer Therapieänderung erstellt der Vertragszahnarzt persönlich und eigenverantwortlich einen Behandlungsplan. ²Im elektronischen Verfahren ist der Antrag nach den in § 9 der Anlage 15 zum BMV-Z genannten Vorgaben zu erstellen und der Krankenkasse auf elektronischem Wege zuzuleiten. ³Im Papierverfahren ist der Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-Z in zweifacher Ausfertigung zu erstellen; beide Exemplare sind der Krankenkasse zuzuleiten. ⁴Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für Leistungen nach den Nrn. 121 bis 125 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (BEMA), Teil 3. ⁵Über das 16. Behandlungsvierteljahr hinausgehende, noch erforderliche Leistungen sind nach Maßgabe der Abrechnungsbestimmungen zu den Nrn. 119 und 120 von BEMA-Teil 3 im elektronischen Verfahren mit einem Verlängerungsantrag gemäß § 9 der Anlage 15 zum BMV-Z, im Papierverfahren schriftlich unter Verwendung des Verlängerungsantrages (Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-Z) in zweifacher Ausfertigung zu beantragen.
- (2) ¹Stellt der Vertragszahnarzt fest, dass die beabsichtigte kieferorthopädische Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört, hat er dies dem Versicherten schriftlich nach dem Muster des Vordrucks 4b der Anlage 14a zum BMV-Z mitzuteilen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung eine zweite Ausfertigung zu übermitteln. ²Der Vertragszahnarzt hat der Krankenkasse ebenfalls mitzuteilen, dass die beabsichtigte kieferorthopädische Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört. ³Die Mitteilung erfolgt bei Anwendung des elektronischen Verfahrens durch einen Mitteilungsdatensatz nach § 12 der Anlage 15 zum BMV-Z, beim Papierverfahren durch Übersendung einer weiteren Ausfertigung des Vordrucks 4b.
- (3) ¹Bei Kostenübernahme sendet die Krankenkasse zügig, spätestens zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang eine Kostenübernahmeerklärung an den Vertragszahnarzt. ²Dies erfolgt im elektronischen Verfahren durch einen Antwortdatensatz gemäß § 14 der Anlage 15 zum BMV-Z, bei Anwendung des Papierverfahrens durch Rücksendung eines mit der Kostenübernahmeerklärung versehenen Behandlungsplans. ³Der Vertragszahnarzt übermittelt die Daten des Behandlungsplans mit dem Genehmigungsdatum grundsätzlich in elektronischer Form an die zuständige KZV. ⁴Die Übermittlung erfolgt jeweils im ersten Quartal, in dem auf der Grundlage des Plans eine Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen erfolgt. ⁵Das gilt entsprechend für Therapieänderungs- bzw. Verlängerungsanträge. ⁶Bloße Leistungsanzeigen, die nicht genehmigungsbedürftig sind, sind nicht zu übermitteln. ⁷Mit der Behandlung soll erst begonnen werden, wenn die Krankenkasse eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben hat. ⁸Erfolgt keine Kostenübernahme, hat die Krankenkasse den Vertragszahnarzt hierüber ebenfalls zu unterrichten: im elektronischen Verfahren durch einen Antwortdatensatz nach § 14 der Anlage 15 zum BMV-Z, im Papierverfahren durch Rücksendung des Behandlungsplans. ⁹Behandlungen, für die die Krankenkasse auf Grund des Behandlungsplans die Kosten

übernommen hat, unterliegen keiner nachträglichen Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit, es sei denn, die abgerechneten Leistungen gehen über den Umfang der genehmigten Leistungen hinaus.

- (4) ¹Die KZVen können auf der Grundlage der Behandlungspläne und der Mitteilungen gem. Absatz 2 Satz 1 die Auswirkungen der Einführung des Kieferorthopädischen Indikationssystems (KIG) überprüfen lassen.

²Näheres regeln die Gesamtvertragspartner auf Landesebene.

§ 2

Einleitung des Gutachterverfahrens

- (1) ¹Die Krankenkasse kann den Behandlungsplan vor der kieferorthopädischen Behandlung begutachten lassen. ²Der Versicherte ist hierüber zu unterrichten. ³In diesem Fall hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, ob sie die Kosten für die geplante Behandlung übernimmt. ⁴Kann die Krankenkasse die Frist nach Satz 3 nicht einhalten, teilt sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. ⁵Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung des Vordrucks 6a der Anlage 14a zum BMV-Z.
- (2) ¹Die Krankenkasse sendet den Behandlungsplan in zweifacher Ausfertigung (im elektronischen Verfahren Ausdruck des eFormulars 4a nach Anlage 14c zum BMV-Z, im Papierverfahren Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-Z) an den Vertragszahnarzt und informiert ihn über die Einleitung des Gutachterverfahrens. ²Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem von der Krankenkasse benannten Gutachter beide Ausfertigungen des Behandlungsplanes zusammen mit den Befundunterlagen (wie Kiefermodelle, Röntgenaufnahmen, Fotografie, Fernröntgenaufnahme, HNO-Befund) einschließlich vorliegender Auswertungen unverzüglich zuzuleiten.
- (3) Die Absätze 1 und 2 gelten für die Therapieänderung oder die Verlängerung der kieferorthopädischen Behandlung gemäß § 1 Absatz 1 entsprechend.
- (4) ¹Die Krankenkasse kann in der Regel innerhalb von vier Wochen nach Kenntnisnahme der Mitteilung gemäß § 1 Absatz 2 ein Gutachten zur Überprüfung der Zuordnung zur vertragszahnärztlichen Versorgung einleiten. ²Die gutachterliche Beurteilung ist anhand von Modellen oder durch eine klinische Untersuchung vorzunehmen. ³Die Krankenkasse hat im Falle einer Begutachtung die KZV über das Ergebnis der Begutachtung zu unterrichten. ⁴Im Übrigen gelten die Bestimmungen der §§ 3 bis 6 entsprechend.
- (5) Bei unterschiedlicher Auffassung über die Zuordnung der beabsichtigten kieferorthopädischen Maßnahmen zur vertragszahnärztlichen Versorgung (KIG-Einstufung) hat die Krankenkasse auf Antrag des Zahnarztes ein Gutachten herbeizuführen.
- (6) ¹Kieferorthopädische Leistungen (einschließlich der zahntechnischen Leistungen), die ohne Therapieänderung über die ursprünglich geplanten hinausgehen, hat der Vertragszahnarzt der Krankenkasse anzuzeigen. ²Die Krankenkasse kann diese Leistungen innerhalb von vier Wochen begutachten lassen.

§ 3

Begutachtung

- (1) ¹Der Gutachter nimmt zum Behandlungsplan unter Verwendung des Vordrucks 6c der Anlage 14a zum BMV-Z Stellung. ²Soweit erforderlich, empfiehlt der Gutachter Ergänzungen und Änderungen des Behandlungsplans. ³Meinungsverschiedenheiten über die Beurteilung des Behandlungsfalles sind in kollegialer Weise zu klären.
- (2) ¹Der Gutachter ist verpflichtet, die eingehenden Behandlungspläne nach Vorlage der vom behandelnden Vertragszahnarzt vorzulegenden Behandlungs- und Befundunterlagen (z. B. Modelle, Röntgenaufnahmen, Fotografie, Fernröntgenaufnahme, HNO-

- Befund, Heil- und Kostenplan) innerhalb von vier Wochen zu bearbeiten. ²Die Frist nach Satz 1 wird mit Eingang der Stellungnahme bei der Krankenkasse gewährt. ³Eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist nach Satz 1 kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der Krankenkasse rechtzeitig, spätestens bis zum Ablauf der Vier-Wochen-Frist mittels schriftlicher Begründung anzuzeigen. ⁴Die Behandlungs- und Befundunterlagen sind dem behandelnden Vertragszahnarzt unmittelbar zurückzusenden.
- (3) ¹Der Gutachter kann vom Vertragszahnarzt weitere Unterlagen anfordern. ²Der Gutachter setzt die Krankenkasse hiervon in Kenntnis. ³Die Kosten hierfür sind dem Vertragszahnarzt nach dem BEMA von der Krankenkasse zu vergüten.
- (4) ¹Der Gutachter kann eine Untersuchung des Versicherten durchführen. ²Der Untersuchungstermin wird vom Gutachter in Abstimmung mit dem Versicherten festgelegt. ³Der Vertragszahnarzt und die Krankenkasse sind hiervon vom Gutachter zu unterrichten. ⁴Der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.
- (5) ¹Befürwortet der Gutachter den Behandlungsplan, so sendet er beide Exemplare des Behandlungsplans (im elektronischen Verfahren Ausdruck des eFormulars 4a nach Anlage 14c des BMV-Z, im Papierverfahren Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-Z) der Krankenkasse zu. ²Die übrigen Unterlagen sendet er dem Vertragszahnarzt zurück. ³Befürwortet er den Behandlungsplan nicht, so sendet er mit seiner schriftlichen Stellungnahme ein Exemplar des Behandlungsplans (im elektronischen Verfahren einen Ausdruck des eFormulars 4a nach Anlage 14c des BMV-Z, im Papierverfahren den Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-Z) der Krankenkasse, das zweite Exemplar und die übrigen Unterlagen dem Vertragszahnarzt zurück.
- (6) Die Absätze 1 bis 5 gelten für die Therapieänderung oder die Verlängerung der kieferorthopädischen Behandlung gemäß § 1 Absatz 1 entsprechend.

§ 4 Obergutachten

- (1) ¹Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Behandlungsplan, zum Verlängerungsantrag oder zur Therapieänderung können Vertragszahnarzt oder Krankenkasse innerhalb eines Monats nach dem Zugang der Stellungnahme des Gutachters schriftlich bei der KZBV Einspruch zum Zwecke der Einholung eines Obergutachtens einlegen. ²Der Einspruch ist ausreichend zu begründen.
- (2) Der Vertragszahnarzt bzw. die Krankenkasse übersendet der KZBV den Behandlungsplan, den Verlängerungsantrag oder die Therapieänderung (im elektronischen Verfahren einen Ausdruck des eFormulars 4a nach Anlage 14c des BMV-Z, im Papierverfahren den Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-Z), das Gutachten und – wenn der Vertragszahnarzt Einspruch eingelegt hat – die Entscheidung der Krankenkasse.
- (3) Im Übrigen gelten § 2 Absatz 1 bis 3 und § 3 sinngemäß.
- (4) Der für den zu begutachtenden Fall zuständige Obergutachter wird vom Fachberater der KZBV bestimmt.

§ 5 Kostentragung

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

§ 6
Gutachtergebühren

- (1) ¹Die Gebühren errechnen sich durch Multiplikation der nachstehend angegebenen Bewertungszahlen mit den jeweils gültigen Punktwerten. ²Die Punktwerte für Gutachten werden durch die Gesamtvertragspartner vereinbart. ³Centbeträge sind kaufmännisch zu runden.
- a) Gutachten zur Überprüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen gemäß § 29 Absatz 1 SGB V anhand der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG, Anlage 1 zu den KFO-Richtlinien) ohne Begutachtung der Behandlungsplanung: 50 Punkte
 - b) Gutachten zu einer Behandlungsplanung, einem Verlängerungsantrag oder einer Therapieänderung nach Auswertung von Röntgenaufnahmen und ggf. Modellen, bei ablehnender Stellungnahme mit fachlicher Begründung: 80 Punkte
 - c) Gutachten zu einzelnen Behandlungspositionen oder zu zusätzlich geplanten Leistungen: 40 Punkte
 - d) Begutachtung eines Nachbefundes, soweit die Begutachtung durch denselben Gutachter, der das Erstgutachten erstellt hat, erfolgt: 20 Punkte
 - e) Für die körperliche Untersuchung des Patienten: 18 Punkte
 - f) Für Obergutachten wird die Gebühr jeweils vom Fachberater für Kieferorthopädie der KZBV im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband festgesetzt.
- (2) Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von 12,20 EUR je Gutachten abgegolten.
- (3) ¹Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter oder Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen zusätzlich abgerechnet werden. ²Die Nrn. 7700 und 7750 können nicht zusätzlich abgerechnet werden.

Protokollnotiz:

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

Anlage 5

Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

In der Fassung vom 25.04.2018, Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

Zuletzt geändert am 21.12.2021, mit Wirkung ab dem 01.01.2022

§ 1

Antrags- und Genehmigungsverfahren

- (1) ¹Vor Beginn einer systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen ist vom Vertragszahnarzt anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen ein Parodontalstatus zu erstellen. ²Im elektronischen Verfahren ist der Parodontalstatus nach den in § 10 der Anlage 15 zum BMV-Z genannten Vorgaben zu erstellen und der Krankenkasse auf elektronischem Wege zuzuleiten. ³Im Papierverfahren ist der Parodontalstatus unter Verwendung der Vordrucke 5a (Blatt 1) und 5b (Blatt 2) der Anlage 14a zum BMV-Z zu erstellen und der Krankenkasse zuzusenden.
- (2) ¹Die Krankenkasse meldet dem Vertragszahnarzt zügig, spätestens nach Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang, ob sie die Behandlung genehmigt oder ablehnt. ²Dies erfolgt im elektronischen Verfahren durch einen Antwortdatensatz gemäß § 14 der Anlage 15 zum BMV-Z, im Papierverfahren durch Rücksendung des mit der Kostenübernahme- oder der Ablehnungserklärung versehenen Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) an den Vertragszahnarzt. ³Mit der Behandlung soll erst nach Eingang der Genehmigung/Kostenübernahmeerklärung begonnen werden; hiervon ausgenommen sind Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen. ⁴Behandlungen, für die die Krankenkasse auf Grund des Parodontalstatus die Kosten übernommen hat, unterliegen keiner nachträglichen Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit, es sei denn, die abgerechneten Leistungen gehen über den Umfang der genehmigten Leistungen hinaus.
- (3) Stellt sich nach Abschluss der antiinfektiösen Therapie (geschlossenes Verfahren) im Rahmen der Befundevaluation heraus, dass eine chirurgische Therapie (offenes Verfahren) an einzelnen Parodontien erforderlich ist, ist diese vom Vertragszahnarzt der Krankenkasse zur Kenntnis zu geben. Die Kenntnissgabe erfolgt im elektronischen Verfahren durch Zusendung eines Mitteilungsdatensatzes gemäß § 12 der Anlage 15 zum BMV-Z, im Papierverfahren durch Übersendung des Vordrucks 5c der Anlage 14a zum BMV-Z.
- (4) ¹Die Genehmigung bzw. die Kostenübernahmeerklärung gemäß Absatz 2 Satz 1 und 2 schließt Maßnahmen der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) für einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren ein. ²Eine Verlängerung der UPT-Maßnahmen über diesen Zeitraum hinaus ist vom Vertragszahnarzt möglichst zeitnah nach Erbringung der letzten UPT-Leistung bei der Krankenkasse zu beantragen. ³Dies erfolgt im elektronischen Verfahren durch einen Verlängerungsantrag gemäß § 10 der Anlage 15 zum BMV-Z, im Papierverfahren durch Übersendung des Vordrucks 5d der Anlage 14a zum BMV-Z an die Krankenkasse. ⁴Die Verlängerung darf in der Regel einen Zeitraum von sechs Monaten nicht überschreiten; der Verlängerungszeitraum beginnt mit dem Tag der Kostenübernahmeerklärung zu laufen. ⁵Im Übrigen gelten die Regelungen von Absatz 2 sinngemäß.

- (5) Werden im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen prothetische Maßnahmen oder Maßnahmen zur Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen erforderlich, so ist ein Heil- und Kostenplan für die prothetische Behandlung bzw. ein Behandlungsplan bei Kiefergelenkserkrankungen beizufügen.

§ 2

Einleitung des Gutachterverfahrens

- (1) ¹Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Parodontalstatus sowie den Antrag auf Verlängerung der UPT begutachten lassen. ²Der Versicherte ist hierüber zu unterrichten. ³In diesem Fall hat die Krankenkasse ab Antragsingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, ob sie die Kosten für die geplante Behandlung übernimmt. ⁴Kann die Krankenkasse die Frist nach Satz 3 nicht einhalten, teilt sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. ⁵Sie erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung des Vordrucks 6a der Anlage 14a zum BMV-Z.
- (2) ¹Die Krankenkasse sendet den Parodontalstatus (im elektronischen Verfahren Ausdruck der eFormulare 5a [Blatt 1] und 5b [Blatt 2] nach Anlage 14c zum BMV-Z, im Papierverfahren – Vordruck 5a [Blatt 1] und Vordruck 5b [Blatt 2] der Anlage 14a zum BMV-Z) an den Vertragszahnarzt zurück und informiert ihn über die Einleitung des Gutachterverfahrens durch Übermittlung eines Exemplars des Vordrucks 6a. ²Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem von ihr benannten Gutachter beide Blätter des Parodontalstatus zusammen mit den Befundunterlagen (Röntgenaufnahmen) unverzüglich zuzuleiten.
- (3) ¹Die Krankenkasse sendet den Antrag auf Verlängerung der UPT-Maßnahmen (im elektronischen Verfahren Ausdruck des eFormulars 5d nach Anlage 14c zum BMV-Z, im Papierverfahren Vordruck 5d der Anlage 14a zum BMV-Z) an den Vertragszahnarzt zurück und informiert ihn über die Einleitung des Gutachterverfahrens durch Übermittlung eines Exemplars des Vordrucks 6a. ²Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem von ihr benannten Gutachter den Verlängerungsantrag zusammen mit der Dokumentation der erneuten Untersuchung des Parodontalzustands nach BEMA-Nr. UPT g bzw. bei Grad B und C mit der Dokumentation der erneuten Messung der Sondierungstiefen und Sondierungsblutung nach BEMA-Nr. UPT d und – falls zwischenzeitlich angefertigt – aktuelle Röntgenbilder der zu behandelnden Zähne unverzüglich zuzuleiten.

§ 3

Begutachtung

- (1) ¹Der Gutachter nimmt zum Parodontalstatus unter Verwendung des Vordrucks 6b der Anlage 14a zum BMV-Z Stellung. ²Soweit erforderlich, empfiehlt der Gutachter Ergänzungen und Änderungen des Parodontalstatus. ³Meinungsverschiedenheiten über die Beurteilung des Behandlungsfalls sind in kollegialer Weise zu klären.
- (2) ¹Der Gutachter ist verpflichtet, den eingehenden Parodontalstatus nach Vorlage der vom behandelnden Zahnarzt vorzulegenden Befundunterlagen innerhalb von vier Wochen zu bearbeiten. ²Die Frist nach Satz 1 wird mit Eingang der Stellungnahme bei der Krankenkasse gewahrt. ³Eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist nach Satz 1 kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der Krankenkasse rechtzeitig, spätestens bis zum Ablauf der Vier-Wochen-Frist mittels schriftlicher Begründung anzuzeigen. ⁴Die Befundunterlagen sind dem behandelnden Vertragszahnarzt unmittelbar zurückzusenden.
- (3) ¹Der Gutachter kann vom Vertragszahnarzt weitere Unterlagen anfordern. ²Der Gutachter setzt die Krankenkasse hiervon in Kenntnis. ³Die Kosten hierfür sind dem Vertragszahnarzt nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) von der Krankenkasse zu vergüten.
- (4) ¹Der Gutachter kann eine Untersuchung des Versicherten durchführen. ²Der Untersuchungstermin wird vom Gutachter in Abstimmung mit dem Versicherten festgelegt. ³Der

Vertragszahnarzt und die Krankenkasse sind hiervon vom Gutachter zu unterrichten. ⁴Der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.

- (5) ¹Befürwortet der Gutachter den Parodontalstatus, so vermerkt er dies auf dem Parodontalstatus (Blatt 2) und sendet Blatt 1 und 2 der Krankenkasse zu. ²Die übrigen Unterlagen sendet er dem Vertragszahnarzt zurück. ³Befürwortet er den Parodontalstatus nicht, so sendet er Blatt 1 und 2 mit seiner schriftlichen Stellungnahme der Krankenkasse, die übrigen Unterlagen dem Vertragszahnarzt zurück. ⁴Die Krankenkasse übersendet beide Blätter des Parodontalstatus sowie ggf. die gutachterliche Stellungnahme dem Vertragszahnarzt mit dem Vermerk, ob sie die Kosten übernimmt.
- (6) Die vorstehenden Absätze 1 bis 5 gelten für die Begutachtung eines Antrags auf Verlängerung der UPT i. S. d. § 1 Absatz 4 entsprechend.

§ 4 Obergutachten

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

§ 5 Kostentragung

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

§ 6 Gutachtergebühren

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

Anlage 6

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

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

In der Fassung vom 25.04.2018, Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

Zuletzt geändert am 21.12.2021, mit Wirkung ab dem 01.01.2022

§ 1

Antrags-/Genehmigungsverfahren

- (1) ¹Anhand des Befunds erstellt der Vertragszahnarzt einen Heil- und Kostenplan (HKP). ²Im elektronischen Verfahren ist der Antrag nach den in § 11 der Anlage 15 zum BMV-Z genannten Vorgaben zu erstellen und der Krankenkasse auf elektronischem Wege zu übermitteln. ³Im Papierverfahrens ist der HKP unter Verwendung der Vordrucke 3a und 3b der Anlage 14a zum BMV-Z zu erstellen und der Krankenkasse grundsätzlich über den Versicherten vorzulegen. ⁴Der HKP ist von der Krankenkasse insgesamt zu überprüfen.
- (2) ¹Für Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Kronen und Brücken und zur Wiederherstellung oder Erweiterung von Prothesen nach den Befund-Nrn. 6.0 - 6.10, 7.3, 7.4 und 7.7 der Festzuschuss-Richtlinie sind ausgestaltende Regelungen der Gesamtvertragspartner zum Bewilligungsverfahren zulässig. ²Diese Befunde können auch ohne vorherige Bewilligung durch die Krankenkasse versorgt werden. ³Das gilt auch für die Befunde nach den Nrn. 1.4 und 1.5. ⁴Hiervon bleibt das Recht, vor Beginn der Behandlung die Bewilligung durch die Krankenkasse einzuholen, unberührt. ⁵Bei zum Zeitpunkt der Behandlung dem Vertragszahnarzt bekannten Härtefällen ist der HKP vor Behandlungsbeginn zur Bewilligung der Krankenkasse vorzulegen.
- (3) ¹Bei Kostenübernahme bzw. Bezuschussung gibt die Krankenkasse zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen eine Kostenübernahmeerklärung mit Zuschussfestsetzung ab. ²Dies erfolgt im elektronischen Verfahren durch einen Antwortdatensatz gemäß § 14 der Anlage 15 zum BMV-Z, im Papierverfahren durch Rücksendung des mit der Kostenübernahmeerklärung versehenen Heil- und Kostenplans über den Versicherten an den Vertragszahnarzt. ³Ohne vorherige Bewilligung der Krankenkasse erhält der Versicherte keinen Festzuschuss.
- (4) ¹Mit der prothetischen Behandlung durch den Vertragszahnarzt soll erst nach Festsetzung der Festzuschüsse durch die Krankenkasse begonnen werden. ²Bei nachträglichen Änderungen des Befunds oder der tatsächlich geplanten Versorgung ist der Krankenkasse im elektronischen Verfahren ein neuer HKP als Änderungsantrag, im Papierverfahren ein geänderter HKP zur Neufestsetzung des Zuschusses zu übermitteln (§ 6 Satz 5 der Anlage 2 zum BMV-Z). ³Behandlungen, für die die Krankenkasse auf Grund des Heil- und Kostenplans einen Zuschuss gewährt hat, unterliegen keiner nachträglichen Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit, es sei denn, die abgerechneten Leistungen gehen über den Umfang der genehmigten Leistungen hinaus.

§ 2

Einleitung des Gutachterverfahrens

- (1) ¹Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten HKP in Bezug auf den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen, auch wenn Leistungen der gleich- oder andersartigen Versorgung geplant sind. ²Der Versicherte ist hierüber zu unterrichten. ³In diesem Fall hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, ob sie die Kosten für die geplante Behandlung übernimmt. ⁴Kann die Krankenkasse die Frist nach Satz 3 nicht einhalten, teilt sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. ⁵Die Krankenkasse übersendet den HKP (im elektronischen Verfahren Ausdruck des eFormulars 3 nach Anlage 14c BMV-Z, im Papierverfahren die Vordrucke 3a und ggf. 3b nach Anlage 14a BMV-Z) unverzüglich einem nach § 4 Absatz 3 BMV-Z bestellten Gutachter und setzt den Zahnarzt hiervon in Kenntnis. ⁶Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung des Vordrucks 6a der Anlage 14a zum BMV-Z oder individuell nach dem Vorbild dieses Vordrucks.
- (2) Nach Abschluss der Begutachtung teilt die Krankenkasse dem Vertragszahnarzt mit, ob und inwieweit Festzuschüsse bewilligt werden, im elektronischen Verfahren durch einen Antwortdatensatz mit Hinweis „Gutachterlich befürwortet“ bzw. „Gutachterlich nicht befürwortet“, im Papierverfahren durch Übersendung des HKPs, ggf. über den Versicherten.
- (3) ¹Die Krankenkasse kann in begründeten Einzelfällen bei Regel- und gleichartigen Versorgungsleistungen ausgeführte prothetische Leistungen bei vermuteten Planungs- oder Ausführungsmängeln innerhalb von 24 Monaten nach der definitiven Eingliederung von Zahnersatz begutachten lassen. ²Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unverzüglich nach Kenntniserhalt eines vermuteten Planungs- oder Ausführungsmangels einem nach § 4 Absatz 3 BMV-Z bestellten Gutachter unter Verwendung des Vordrucks 6a der Anlage 14a zum BMV-Z oder individuell nach dem Vorbild dieses Vordrucks. ³Sie benachrichtigt den Vertragszahnarzt über die anberaumte Begutachtung. ⁴Wird innerhalb der 24-Monats-Frist ein Gutachterverfahren nicht eingeleitet, so kann die Krankenkasse aus auftretenden Mängeln keine Ansprüche mehr herleiten.
- (4) Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem Gutachter die erforderlichen Behandlungs- und Befundunterlagen (z. B. Modelle, Röntgenaufnahmen) unverzüglich zuzuleiten.
- (5) Ausgestaltende Regelungen zur Erteilung von Gutachteraufträgen sind gesamtvertraglich möglich.

§ 3

Planungsgutachten

- (1) ¹Der Gutachter nimmt zum Heil- und Kostenplan unter Verwendung des Vordrucks 6b der Anlage 14a zum BMV-Z innerhalb von vier Wochen Stellung. ²Die Frist nach Satz 1 wird mit Eingang der Stellungnahme bei der Krankenkasse gewahrt. ³Eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist nach Satz 1 kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der Krankenkasse rechtzeitig, spätestens bis zum Ablauf der Vier-Wochen-Frist mittels schriftlicher Begründung anzuzeigen. ⁴Befunde und die geplante Versorgung sind insbesondere nach den Festzuschuss- und Zahnersatz-Richtlinien daraufhin zu begutachten, ob die beantragten Festzuschüsse ansetzbar sind und ob die geplante Versorgung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und den medizinischen Fortschritt berücksichtigt. ⁵Leistungen, für die der Versicherte keinen Festzuschuss erhält, unterliegen nicht dieser Vereinbarung. ⁶Soweit erforderlich, empfiehlt der Gutachter Ergänzungen und Änderungen des Heil- und Kostenplans. ⁷Meinungsverschiedenheiten über die Beurteilung des Behandlungsfalles sind in kollegialer Weise zu klären.

- (2) ¹Der Gutachter kann vom Vertragszahnarzt weitere Unterlagen anfordern. ²Er setzt die Krankenkasse hiervon in Kenntnis. ³Die Kosten hierfür sind dem Vertragszahnarzt nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) zu vergüten.
- (3) ¹Der Gutachter kann eine Untersuchung des Versicherten durchführen. ²Der Untersuchungstermin wird vom Gutachter in Abstimmung mit dem Versicherten festgelegt. ³Der Vertragszahnarzt und die Krankenkasse sind vom Gutachter hiervon zu unterrichten. ⁴Der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.
- (4) ¹Das Ergebnis der gutachterlichen Stellungnahme ist auf dem HKP, im elektronischen Verfahren auf dem Ausdruck des eFormulars 3 der Anlage 14c zum BMV-Z, im Papierverfahren auf dem Vordruck 3a der Anlage 14a zum BMV-Z, zu vermerken. ²Befürwortet der Gutachter den HKP, so leitet er seine schriftliche Stellungnahme der Krankenkasse zu. ³Befürwortet er den HKP nicht, so übersendet er seine Stellungnahme der Krankenkasse und dem Vertragszahnarzt.

§ 4 Mängelgutachten

- (1) ¹Stellt der Gutachter bei der Begutachtung von bereits ausgeführten prothetischen Leistungen Mängel fest, so hat er diese in einer schriftlichen Stellungnahme gegenüber der Krankenkasse und dem Vertragszahnarzt ausführlich darzulegen. ²Seine schriftliche Stellungnahme leitet er der Krankenkasse und auch dem Vertragszahnarzt zu.
- (2) ¹Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem Gutachter einen Ausdruck des abgerechneten HKPs, der der prothetischen Versorgung zugrunde gelegen hat, im elektronischen Verfahren einen Ausdruck des eFormulars 3 der Anlage 14c zum BMV-Z, im Papierverfahren Vordrucke 3a und – bei gleichartiger Versorgung – 3b der Anlage 14a zum BMV-Z, im Original oder als Kopie sowie Abschriften der dazugehörigen Rechnungsunterlagen unverzüglich zu übermitteln. ²Der Gutachter kann der Krankenkasse anheimstellen, weitere Unterlagen sowie Nachbefunde vom Zahnarzt zu verlangen. ³Die Kosten hierfür sind dem Zahnarzt nach dem BEMA von der Krankenkasse zu vergüten.
- (3) ¹Der Gutachter hat grundsätzlich eine Untersuchung des Versicherten durchzuführen. ²Der Untersuchungstermin wird vom Gutachter in Abstimmung mit dem Versicherten festgelegt. ³Der Vertragszahnarzt und die Krankenkasse sind vom Gutachter hiervon zu unterrichten. ⁴Der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.

Protokollnotiz:

Zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband besteht Konsens, dass die Krankenkasse in begründeten Einzelfällen bei andersartigen Versorgungs- und sogenannten Mischfällen (Nrn. 7d, 7e der Anlage 2 zum BMV-Z) ausgeführte prothetische Leistungen innerhalb von 36 Monaten nach der definitiven Eingliederung bei vermuteten Planungs- oder Ausführungsmängeln überprüfen lassen kann. In diesem Falle benachrichtigt sie den behandelnden Vertragszahnarzt über die anberaumte Begutachtung und übersendet den HKP (im elektronischen Verfahren einen Ausdruck des eFormulars 3 der Anlage 14c zum BMV-Z, im Papierverfahren die Vordrucke 3a und 3b nach Anlage 14a zum BMV-Z), der der prothetischen Versorgung zugrunde gelegen hat, einem nach § 4 Absatz 3 BMV-Z bestellten Gutachter, der auch für diese speziellen Fälle empfohlen wird.

§ 5 Obergutachterverfahren / Einigungsverfahren

¹Sind Vertragszahnarzt oder Krankenkasse mit der Stellungnahme des Gutachters nicht einverstanden, ist ein Zahnersatz-Obergutachten oder eine Einigung vor dem Prothetik-Einigungsaus-

schuss herbeizuführen. ²Die jeweiligen Gesamtvertragspartner vereinbaren, ob das Obergutachterverfahren nach § 5a oder das Verfahren vor dem Prothetik-Einigungsausschuss nach § 5b durchzuführen ist.

§ 5a Zahnersatz-Obergutachten

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

§ 5b Prothetik-Einigungsausschuss

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

§ 6 Kostentragung

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

§ 6a Kostentragung bei Zahnersatz-Obergutachten

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

§ 6b Kostentragung bei Verfahren vor dem Prothetik-Einigungsausschuss

- (1) ¹In dem Verfahren vor dem Prothetik-Einigungsausschuss entscheidet dieser nach Maßgabe der gesamtvertraglichen Regelungen, in welcher Höhe der Krankenkasse oder

dem Vertragszahnarzt Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. ²Die Kosten sind der Krankenkasse aufzuerlegen, soweit sich aus den Absätzen 2 und 3 nichts Abweichendes ergibt.

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

§ 7 Gutachtergebühren

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

Anlage 7

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

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

In der Fassung vom 25.04.2018, Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

Zuletzt geändert am 22.02.2023, mit Wirkung ab dem 01.02.2023

A. Gutachten

1. ¹Vor Beginn der Behandlung ist vom Vertragszahnarzt eine Behandlungs- und Kostenplanung zu erstellen. ²Dabei sind die vorgesehenen zahnärztlichen Leistungen, das Implantatsystem, der Implantattyp, die Lage der Implantate (Kennzeichnung mit „I“ im Heil- und Kostenplan) und die geschätzten Material- und Laborkosten anzugeben. ³Es ist ein einheitliches Konzept sowohl für die implantologische als auch die prothetische Behandlungsplanung einzureichen. ⁴Der Vertragszahnarzt übermittelt die Behandlungs- und Kostenplanung zusammen mit dem Heil- und Kostenplan für die prothetische Behandlung – ggf. über den Versicherten – der Krankenkasse jeweils in doppelter Ausfertigung.
2. ¹Die Krankenkasse muss Behandlungspläne für implantologische Leistungen einschließlich der prothetischen Versorgung zur Abklärung ihrer Leistungspflicht begutachten lassen, wenn eine Ausnahmeindikation nach Abschnitt B Ziffer VII der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie) in Betracht kommt. ²Der Versicherte ist hierüber zu unterrichten. ³In diesem Fall hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, ob sie die Kosten für die Behandlung übernimmt. ⁴Kann die Krankenkasse die Frist nach Satz 3 nicht einhalten, teilt sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit.
⁵Die Krankenkasse erteilt einem nach § 4 Absatz 3 BMV-Z bestellten Gutachter einen schriftlichen Auftrag. ⁶Die Krankenkasse sendet die Behandlungs- und Kostenplanung des Vertragszahnarztes an den Gutachter.
⁷Die Krankenkasse unterrichtet den Vertragszahnarzt über den Begutachtungsauftrag durch Übersendung des Vordruckes „Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)“ gemäß Vordruck 7 der Anlage 14a zum BMV-Z in zweifacher Ausfertigung.
3. ¹Der Vertragszahnarzt hat zur Begutachtung den Vordruck „Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)“ auszufüllen und zusammen mit den Modellen und Röntgenaufnahmen dem Gutachter vorzulegen. ²Ergänzend sind Befundberichte zur medizinischen Gesamtbehandlung beizufügen.
4. ¹Der Gutachter ist verpflichtet, die eingehenden Aufträge innerhalb von vier Wochen zu bearbeiten. ²Die Frist nach Satz 1 wird mit Eingang der Stellungnahme bei der Krankenkasse gewahrt. ³Eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist nach Satz 1 kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der Krankenkasse rechtzeitig, spätestens bis zum Ablauf der Vier-Wochen-Frist mittels schriftlicher Begründung anzuzeigen. ⁴Der Gutachter nimmt sowohl zu der implantologischen als auch zu der prothetischen Behandlungsplanung – auch hinsichtlich Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit – Stellung. ⁵Der Gutachter kann vom behandelnden Vertragszahnarzt weitere Auskünfte und Befundunterlagen verlangen.

5. ¹Der Gutachter nimmt Stellung, ob eine Ausnahmeindikation für die Versorgung mit Implantaten nach Abschnitt B Ziffer VII der Behandlungsrichtlinie vorliegt, insbesondere auch, ob bei den Ausnahmeindikationen eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist. ²Er kann Änderungen der Behandlungsplanung – auch hinsichtlich der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der geplanten Implantate – vorschlagen.
6. ¹Der Gutachter übersendet dem Vertragszahnarzt und der beauftragenden Krankenkasse das Gutachten. ²Die Krankenkasse trifft unter Berücksichtigung des Gutachtens ihre Leistungsentscheidung gegenüber dem Versicherten. ³Mit der Behandlung soll grundsätzlich erst begonnen werden, wenn die Leistungszusage der Krankenkasse vorliegt.
7. Die Kosten der Begutachtung trägt grundsätzlich die Krankenkasse.
8. Die KZBV und der GKV-Spitzenverband werten die Gutachten aus.

B. Obergutachten

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

C. Gutachtergebühren

1. ¹Die Gebühren für Gutachter und Obergutachter für implantologische Leistungen einschließlich der prothetischen Versorgung betragen
 - bei Gutachten ohne Untersuchung des Patienten: 115,29 EUR
 - bei Gutachten mit Untersuchung des Patienten: 145,24 EUR
 - bei Obergutachten ohne Untersuchung des Patienten: 245,55 EUR
 - bei Obergutachten mit Untersuchung des Patienten: 275,49 EUR

²Diese Beträge sind bei allen Gutachten und Obergutachten anzusetzen, die ab dem 01.02.2023 erstellt werden.

³Daneben können die für die Begutachtung erforderlichen diagnostischen Leistungen (z. B. Röntgenaufnahmen) abgerechnet werden.
2. Die Vertragspartner werden jährlich über eine Anpassung der Gebühren nach Nr. 1 für das Folgejahr verhandeln.
3. Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von 12,20 EUR je Gutachten abgegolten.

Anlage 8a

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

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

In der Fassung vom 25.04.2018, Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

Zuletzt geändert am 10.10.2022, mit Wirkung ab dem 01.01.2023

Abschnitt 1 Abrechnungsunterlagen

§ 1

Allgemeines zu Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen

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

§ 2

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

- (1) ¹Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jeder Praxis (Zahnarztpraxis oder Einrichtung) abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). ²Dieser enthält folgende Angaben:
 1. KZV-Nummer
 2. Abrechnungsnummer der Praxis
 3. Zahnarztnummer(n) aller am Behandlungsfall beteiligten Zahnärzte der Praxis, einschließlich angestellter und ermächtigter Zahnärzte, in Überweisungsfällen auch die Zahnarzt- bzw. Arztnummer des überweisenden Zahnarztes/Arztes
 4. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen
 5. Krankenversichertennummer
 6. bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten
 7. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren

8. Abrechnungsquartal
9. Leistungsquartal
10. Fallnummer
11. Abgerechnete Gebührennummern des BEMA, der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einschließlich des Tages der Behandlung und ggf. des Zahnbezuges, bei Füllungen einschließlich der Angabe der Füllungslage (Amalgamfüllungen werden zusätzlich mit dem Buchstaben „A“ gekennzeichnet), 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.

12. Kosten der Behandlung (Fallwert in Punkten oder EUR nach Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit durch die KZV)
 13. Röntgenbegründung
 14. Art der Inanspruchnahme (z. B. Notfall)
 15. Angabe Unfall / Unfallfolge
- (2) Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse eine Gesamtrechnung, bestehend aus:
1. Fallzahl
 2. Punktsommen und jeweils gültigem Punktwert
 3. Summen der gesondert abgerechneten Kosten in EUR
 4. Gesamtbetrag, errechnet aus 2. und 3.
 5. Teilrechnungen für besondere Personenkreise nach Kennzeichnung 4, 6, 7, 8 und 9 auf dem Versicherungsnachweis (analog zu 1. bis 4.)
 6. Teilrechnungen nach dem Status M, F, R und für fehlenden Status (analog zu 1. bis 4.)
 7. Rechnungsbetrag
 8. Datum der Rechnungsstellung

§ 3

Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für Leistungen bei Kieferbruch, Kiefergelenkserkrankungen und der Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene

- (1) ¹Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jeder Praxis (Zahnarztpraxis oder Einrichtung) abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis).²Dieser enthält folgende Angaben:
1. KZV-Nummer
 2. Abrechnungsnummer der Praxis
 3. Zahnarztnummer(n) aller am Behandlungsfall beteiligten Zahnärzte der Praxis, einschließlich angestellter und ermächtigter Zahnärzte, in Überweisungsfällen auch die Zahnarzt- bzw. Arztnummer des überweisenden Zahnarztes/Arztes
 4. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen
 5. Krankenversichertennummer
 6. bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten
 7. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren
 8. Monat der Abrechnung

9. Antragsnummer (nicht bei der Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene)
 10. Fallnummer
 11. Ausstellungsdatum des Behandlungsplanes bzw. der Anzeige (nicht bei der Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene)
 12. abgerechnete Gebührennummern des BEMA für Leistungen bei Kieferbruch, Kiefergelenkserkrankungen und zur Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene einschließlich des Tages der Behandlung und ggf. des Zahnbezuges sowie gesondert abrechenbare Kosten einschließlich Art der Kosten
 13. abgerechnete zahntechnische Leistungen einschließlich deren Preise in EUR jeweils für das Eigen- und/oder Fremdlabor
 14. abgerechnete Materialien einschließlich Materialbezeichnung und Preis in EUR
 15. Kosten der Behandlung (Fallwert in Punkten oder EUR nach Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit durch die KZV)
- (2) Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse eine Gesamtrechnung, bestehend aus:
1. Fallzahl
 2. 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 Personenkreise nach Kennzeichnung 4, 6, 7, 8 und 9 auf dem Versicherungsnachweis (analog zu 1. bis 4.)
 6. Teilrechnungen nach dem Status M, F, R und für fehlenden Status (analog zu 1. bis 4.)
 7. Datum der Rechnungsstellung

§ 4

Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für kieferorthopädische Leistungen

- (1) ¹Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jeder Praxis (Zahnarztpraxis oder Einrichtung) abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). ²Dieser enthält folgende Angaben:
1. KZV-Nummer
 2. Abrechnungsnummer der Praxis
 3. Zahnarzt Nummer(n) aller am Behandlungsfall beteiligten Zahnärzte der Praxis, einschließlich angestellter und ermächtigter Zahnärzte, in Überweisungsfällen auch die Zahnarzt- bzw. Arztnummer des überweisenden Zahnarztes/Arztes
 4. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen
 5. Krankenversichertennummer
 6. bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten
 7. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren
 8. Abrechnungsquartal
 9. Leistungsquartal
 10. Antragsnummer
 11. Fallnummer
 12. Ausstellungsdatum des Behandlungsplanes bzw. des Verlängerungsantrages, Datum des Beginns und des Endes der Behandlung

13. Abschlagskennzeichen (Regel-, Früh-, Verlängerungsbehandlung) und –nummer oder Leerquartalskennzeichen oder Notfallvertretungskennzeichen oder Kennzeichen falls nur Diagnostik bzw. Einzelmaßnahmen außerhalb der KFO-Behandlung
 14. 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 und ggf. der Kennzeichnung als Amalgamfüllung, gesondert abrechenbare Kosten einschließlich Art der Kosten)
 15. Kosten der Begleitleistungen (in Punkten oder EUR)
 16. abgerechnete Gebührennummern des BEMA für kieferorthopädische Leistungen einschließlich eines Kennzeichens für nicht genehmigungspflichtige außerplanmäßige Leistungen (ggf. mit Zahnbezug) und deren Punktsomme mit Angabe des Punktwertes
 17. abgerechnete zahntechnische Leistungen einschließlich deren Preise in EUR jeweils für das Eigen- und/oder Fremdlabor
 18. abgerechnete Materialien einschließlich Materialbezeichnung und Preis in EUR
 19. Kosten der kieferorthopädischen Leistungen, errechnet aus 16., 17. und 18. sowie Kassen- und Versichertenanteile einschließlich des zugrundeliegenden Kassenzuschusses in Prozent
 20. Fallwert (Summe aus 15. und 19. in EUR nach Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit durch die KZV)
 21. Kennzeichen für spezielle Abrechnungsverträge
- (2) Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse eine Gesamtrechnung, bestehend aus:
1. Fallzahl
 2. Punktsommen und jeweils gültigem Punktwert, getrennt nach kieferorthopädischen, individualprophylaktischen/Früherkennungsmaßnahmen und konservierend-chirurgischen Leistungen
 3. Summen in EUR getrennt nach Kosten für das Fremdlabor und Eigenlabor sowie der gesondert abgerechneten Kosten
 4. Rechnungsbetrag (Gesamtbetrag, errechnet aus 2. und 3.)
 5. Teilrechnungen für besondere Personengruppen nach Kennzeichnung 4, 6, 7, 8 und 9 auf dem Versicherungsnachweis (analog zu 1. bis 4.)
 6. Teilrechnungen nach dem Status M, F, R und für fehlenden Status (analog zu 1. bis 4.)
 7. Datum der Rechnungsstellung

§ 5

Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für PAR-Leistungen

- (1) ¹Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jeder Praxis (Zahnarztpraxis oder Einrichtung) abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). ²Dieser enthält folgende Angaben:
1. KZV-Nummer
 2. Abrechnungsnummer der Praxis
 3. Zahnarztnummer(n) aller am Behandlungsfall beteiligten Zahnärzte der Praxis, einschließlich angestellter und ermächtigter Zahnärzte, in Überweisungsfällen auch die Zahnarzt- bzw. Arztnummer des überweisenden Zahnarztes/Arztes
 4. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen

5. Krankenversichertennummer
 6. bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten
 7. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren
 8. Monat der Abrechnung
 9. Antragsnummer
 10. Fallnummer
 11. Datum der Erstellung des Parodontalstatus (BEMA-Nr. 4), Datum der Kostenübernahmeerklärung der Verlängerung der UPT
 12. geplante und abgerechnete Gebührennummern des BEMA für Leistungen zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen einschließlich des Tages der Behandlung
 13. Kennzeichen „S“ für abgerechnete Gebührennummern des BEMA für Leistungen zur Behandlung von Parodontitis außerhalb der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen bei den anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V
 14. Kennzeichen „V“ für abgerechnete Gebührennummern des BEMA für Leistungen der UPT, die im Rahmen der Verlängerung erbracht werden
 15. Datum des Abschlusses der Behandlung
 16. ggf. gesondert abrechenbare Kosten in EUR
 17. Kosten der Behandlung (Fallwert in Punkten oder EUR nach Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit durch die KZV)
- (2) Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse eine Gesamtrechnung, bestehend aus:
1. Fallzahl
 2. Punktsummen und jeweils gültigem Punktwert
 3. Summen der gesondert abgerechneten Kosten in EUR
 4. Rechnungsbetrag (Gesamtbetrag errechnet aus 2. und 3.)
 5. Teilrechnungen für besondere Personenkreise nach Kennzeichnung 4, 6, 7, 8 und 9 auf dem Versicherungsnachweis (analog zu 1. bis 4.)
 6. Teilrechnungen nach dem Status M, F, R und für fehlenden Status (analog zu 1. bis 4.)
 7. Datum der Rechnungsstellung

§ 6

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

- (1) ¹Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jeder Praxis (Zahnarztpraxis oder Einrichtung) abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). ²Dieser enthält folgende Angaben:
1. KZV-Nummer
 2. Abrechnungsnummer der Praxis
 3. Zahnarztnummer(n) aller am Behandlungsfall beteiligten Zahnärzte der Praxis, einschließlich angestellter und ermächtigter Zahnärzte, in Überweisungsfällen auch die Zahnarzt- bzw. Arztnummer des überweisenden Zahnarztes/Arztes
 4. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen
 5. Krankenversichertennummer
 6. bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten

7. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren
8. Monat und ggf. Nummer der Abrechnung
9. Antragsnummer
10. Fallnummer
11. Ausstellungsdatum des Heil und Kostenplans
12. Eingliederungsdatum und Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes
13. Angabe Unfall oder Unfallfolge / Berufskrankheit
14. Angabe Versorgungsleiden
15. Kennzeichnung bei Verwendung von Nichtedelmetall (NEM)
16. Kennzeichen im Falle von Teilleistungen einschließlich Erklärung, warum es nicht zur Vollendung der vorgesehenen Leistungen gekommen ist
17. Angabe des Befundes / der Befunde für die Festzuschüsse einschließlich der Zahn-/Gebietsbezeichnung einschließlich der Festzuschussbeträge in EUR
18. dto. für nachträgliche Befunde
19. Angabe Höhe des Festzuschusses in Prozent bzw. Härtefall
20. Kennzeichen, dass keine GOZ-Leistungen enthalten sind
21. Gesamtsumme aller Rechnungsbeträge
22. Festzuschuss der Kasse in EUR (höchstens Wert wie in Nr. 21)
23. Versichertenanteil in EUR (Differenz Nr. 21 abzüglich Nr. 22)
24. In allen Behandlungsfällen sind das Zahnarzt Honorar, das Zahnarzt Honorar für zusätzliche Leistungen, sowie die Versandkosten der Praxis anzugeben.

In allen Härtefällen und in allen Fällen der nicht bewilligungsbedürftigen Wiederherstellungen/Erweiterungen:

- abgerechnete Gebührennummern des BEMA für Zahnersatzleistungen
- abgerechnete zahntechnische Leistungen einschließlich deren Preise in EUR jeweils für das Eigen- und/oder Fremdlabor
- abgerechnete Materialien einschließlich Materialbezeichnung und Preis in EUR

(2) Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse eine Gesamtrechnung, bestehend aus:

1. Fallzahl
2. Summe der Versichertenanteile in EUR
3. Rechnungsbetrag in EUR (Summe der abgerechneten Festzuschüsse)
4. Teilrechnungen für besondere Personenkreise nach Kennzeichnung 4, 6, 7, 8 und 9 auf dem Versicherungsnachweis (analog zu 1. bis 3.)
5. Teilrechnungen nach dem Status M, F, R und für fehlenden Status (analog zu 1. bis 3.)
6. Datum der Rechnungsstellung

§ 7

Übermittlung der Datensätze

- (1) Die KZVen übermitteln den jeweiligen Krankenkassen oder den von ihnen benannten Stellen im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern die jeweiligen Gesamtrechnungen gemäß den Absätzen 2 der §§ 2 bis 6 dieses Vertrages zusammen mit den jeweiligen Einzelfallnachweisen gemäß den Absätzen 1 der §§ 2 bis 6 dieses Vertrages.

- (2) Die Weiterleitung der Daten nach Absatz 1 kann unter Beachtung der Vorschriften des § 80 SGB X auch unmittelbar an eine von der Krankenkasse mit der Datenverarbeitung beauftragte Stelle erfolgen.

Abschnitt 2

Wirtschaftlichkeitsprüfung zahnärztlicher und zahnärztlich verordneter Leistungen

§ 8

Art und Inhalt der Prüfunterlagen

- (1) Die KZVen übermitteln den Prüfungsstellen nach § 106c SGB V im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern für die in die Prüfung zahnärztlicher Leistungen nach § 106a SGB V einbezogenen Praxen einen Datensatz mit folgenden Daten:

1. Leistungsquartal
2. KZV-Nummer
3. Abrechnungsnummer der Praxis
4. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse
5. Krankenversichertennummer
6. bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten
7. die für die Prüfung relevanten abgerechneten Gebührennummern des BEMA, der GOÄ einschließlich des Tages der Behandlung und ggf. des Zahnbezuges

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.

- (2) ¹Die Krankenkassen übermitteln den Prüfungsstellen nach § 106c SGB V im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern für die in die Prüfung zahnärztlich verordneter Leistungen nach § 106b Abs. 1 SGB V einbezogenen Praxen einen Datensatz mit folgenden Angaben:

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

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

Protokollnotiz

Die Vertragspartner werden in § 8 erforderliche Anpassungen aufgrund geänderter gesetzlicher Anforderungen an die Wirtschaftlichkeitsprüfung zahnärztlicher und zahnärztlich verordneter Leistungen nach Inkrafttreten der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V vornehmen. Die Vertragsparteien sind sich einig, dass im Falle einer Nichteinigung das

Bundesschiedsamt angerufen werden kann, ohne dass es einer Kündigung des BMV-Z und seiner Anlagen bedarf.

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

Abschnitt 3 Zahnarztverzeichnis

§ 9 Art, Inhalt und Übermittlung

- (1) ¹Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung stellt dem GKV-Spitzenverband gemäß § 293 Absatz 4 SGB V eine Datei mit einem bundesweiten Verzeichnis der in der vertragszahnärztlichen Versorgung tätigen zugelassenen Zahnärzte, ermächtigten Zahnärzte und angestellten Zahnärzte im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zur Verfügung. ²Die Datei enthält die in § 293 Absatz 4 Satz 2 SGB V genannten Angaben. ³Zusätzlich enthält die Datei folgende Angaben:
 1. Abrechnungsnummer der Praxis
 2. Name der Praxis oder der Einrichtung
 3. Bei Medizinischen Versorgungszentren: Zahnarztnummer des zahnärztlichen Leiters
- (2) Das Nähere regelt die Technische Anlage zu diesem Vertrag.
- (3) Die Weiterleitung der Daten nach Absatz 1 kann unter der Beachtung der Vorschriften des § 80 SGB X gemäß besonderer Regelungen der Technischen Anlage und der Vereinbarung zur Technischen Anlage unmittelbar an eine von dem GKV-Spitzenverband mit der Datenverarbeitung beauftragte Stelle erfolgen.

Abschnitt 4 Nutzung, Speicherung und Löschung von Daten

§ 10 Nutzung, Speicherung und Löschung von Daten

- (1) Die nach diesem Vertrag rechtmäßig erhobenen versichertenbezogenen Daten dürfen jeweils nur zu den Zwecken verwendet werden, zu denen sie rechtmäßig erhoben worden sind, für andere Zwecke nur, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist.
- (2) ¹Die Krankenkasse speichert die Daten der Einzelfallnachweise gemäß Absätzen 1 der §§ 2 bis 6 dieses Vertrages für einen Zeitraum von höchstens drei Jahren, beginnend nach dem Ende des jeweiligen Geschäftsjahres. ²Nach Ablauf von zwölf Quartalen werden die Daten von der Krankenkasse quartalsweise fortlaufend gelöscht.

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

Abschnitt 5 Statistische Daten

§ 11

Übermittlung statistischer Daten auf Landesebene

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

Abschnitt 6 Technische Durchführung des Vertrages

§ 12

Technische und organisatorische Form der Datenübermittlung

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

nischen Anlage zur Vereinbarung über den Risikostrukturausgleich vom 07.12.1994 werden zwischen den Vertragspartnern weitere Einzelheiten zur Technik der Datenträger und der Datenformate sowie der Datenübermittlung festgelegt.

Anlage 8b

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

Hier nicht abgedruckt

Die Technische Anlage wird regelmäßig fortentwickelt. Alle veröffentlichten Versionen finden Sie als PDF-Datei unter folgendem Link:

<https://www.gkv-datenaustausch.de/leistungserbringer/zahnaerzte/zahnaerzte.jsp>

Anlage 8c

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

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

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

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

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

* *Protokollnotiz*

Die Vertragspartner streben eine Regelung für eine papierlose Rechnungsstellung an.

Köln, Berlin, den 12.07.2011

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

Anlage 9

**Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)
und
der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)
vereinbaren als Bestandteil der Bundesmantelverträge die nachstehende
Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung,
gültig ab dem 01.01.2012***

Präambel

¹Die Vertragspartner haben mit dem Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung vom 01. Juli 2010 (DTA-Vertrag) die Voraussetzungen für eine elektronische Übermittlung der Abrechnungsdaten zwischen Kassenzahnärztlicher Vereinigung (KZV) und Krankenkasse in allen Leistungsbereichen geschaffen. ²Die technischen Voraussetzungen für eine Abrechnung nach den Bestimmungen des DTA-Vertrages sind zum 01. Januar 2012 erfüllt. ³Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass ab diesem Zeitpunkt das bisher in den Bundesmantelverträgen vereinbarte Abrechnungsverfahren zwischen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen obsolet wird. ⁴Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung hat darüber hinaus die Voraussetzungen geschaffen, um die Abrechnung zwischen Vertragszahnarzt und KZV ab dem 01. Januar 2012 grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübertragung zu gewährleisten. ⁵Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass mit der Umsetzung des DTA-Vertrages auch die Abrechnung zwischen Vertragszahnarzt und Kassenzahnärztlicher Vereinigung grundsätzlich papierlos erfolgt. ⁶Vor diesem Hintergrund schließen die Vertragspartner zur Umsetzung des DTA-Vertrages folgende „Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung“ als Bestandteil des allgemeinen Inhalts der Gesamtverträge.

§ 1

Umsetzung des DTA-Vertrages

¹Die Umsetzung des DTA-Vertrages vom 01. Juli 2010 erfolgt ab dem 01. Januar 2012. ²Ab diesem Zeitpunkt erfolgt die Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen zwischen KZV und Krankenkasse nach den Regelungen des DTA-Vertrages, der Technischen Anlage zum DTA-Vertrag und den nachfolgenden Bestimmungen. ³Mit der Umsetzung des DTA-Vertrages erfolgt die Abrechnung zwischen Vertragszahnarzt und KZV ab dem 01. Januar 2012 grundsätzlich elektronisch nach Maßgabe folgender Regelungen.

§ 2

Bestimmungen über die edv-mäßige Erstellung der Abrechnung

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

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

unter Abschnitt V des Heil- und Kostenplanes gemäß der Vereinbarung zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband nach § 87 Absatz 1 a SGB V über die Versorgung mit Zahnersatz (Anlage 3 zum BMV-Z/Anlage 4 EKVZ). ³Im Übrigen richten sich die zu übermittelnden Daten nach dem zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband geschlossenen DTA-Vertrag vom 01. Juli 2010.

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

§ 3

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

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

§ 4

Übergangsregelungen

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

§ 5

Inkrafttreten

Dieser Vertrag tritt am 1. Januar 2012 in Kraft.

Köln, Berlin 12.07.2011

Anlage 10

Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

In der Fassung vom 03.03.2020, Datum des Inkrafttretens: 01.07.2020

Diese Vereinbarung wird auf der Grundlage von § 291 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 291a Abs. 1 - 5a und 7, 7b und 8 SGB V getroffen.

§ 1

Vertragsgegenstand

¹Die nachstehenden Regelungen dienen der Anwendung und Weiterentwicklung der elektronischen Gesundheitskarte nach den §§ 15 und 291 SGB V. ²Sie dienen ferner der Beschreibung des Inhaltes der elektronischen Gesundheitskarte nach § 291 SGB V und regeln die Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte in der Zahnarztpraxis.

³Die Einzelheiten werden im Anhang geregelt, der Bestandteil dieses Vertrages ist.

§ 2

Vertragsgrundsätze

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

§ 3

Elektronische Gesundheitskarte

- (1) ¹Die elektronische Gesundheitskarte enthält neben der Unterschrift und einem Lichtbild des Versicherten in einer für eine maschinelle Übertragung auf die für die vertragszahnärztliche Versorgung vorgesehenen Abrechnungsunterlagen und Vordrucke geeigneten Form die in § 291 Abs. 2 und 2a i. V. m. § 291a Abs. 2 und 3 SGB V genannten Daten und hat die dort genannten Anforderungen für die technische Verwendung zu gewährleisten. ²Der Versicherte soll entsprechend seiner Mitwirkungspflicht Änderungen seiner Versichertenstammdaten (VSD) seiner Krankenkasse mitteilen. ³Die Gestaltung und die technischen Eigenschaften der elektronischen Gesundheitskarte haben den geltenden Vorgaben der gematik zu entsprechen.
- (2) Die elektronische Gesundheitskarte muss geeignet sein, Angaben für die Übermittlungen (zahn)ärztlicher Verordnungen in elektronischer und maschinell verwertbarer Form sowie den Berechtigungsnachweis zur Inanspruchnahme von Leistungen in den Mitgliedsstaaten des EWR (einschließlich der Schweiz) in den jeweils geltenden Fassungen aufzunehmen und hat die nach § 291a Abs. 3 SGB V von der gematik gegebenenfalls beschlossenen weiteren Anwendungen zu unterstützen.
- (3) ¹Die im Zusammenhang mit der Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte eingesetzten Komponenten und Dienste der TI (z. B. Kartenterminals, Konnektoren, VPN-Zugangsdienst) haben allen geltenden Vorgaben der gematik zu entsprechen und müs-

sen von der gematik zugelassen sein. ²Die von der gematik hierzu festgelegten Vorgaben sind in der jeweils gültigen Fassung (unter www.gematik.de) Bestandteil dieses Vertrages.

- (4) Spätestens bei der Versendung der elektronischen Gesundheitskarte hat die Krankenkasse die Versicherten umfassend und in allgemein verständlicher Form über deren Funktionsweise einschließlich der Art der auf der elektronischen Gesundheitskarte oder durch die elektronische Gesundheitskarte zu erhebenden, zu verarbeitenden oder zu nutzenden personenbezogenen Daten zu informieren.
- (5) ¹Vor der Erstausgabe der elektronischen Gesundheitskarte an die Versicherten ist jede Krankenkasse verpflichtet, die gematik zu beauftragen, eine Personalisierungsvalidierung gemäß den geltenden gematik-Vorgaben durchzuführen. ²Diese Verpflichtung gilt auch, wenn die Krankenkasse den Kartenpersonalisierer wechselt.
- ³Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung stellt durch entsprechende Eignungsfeststellungsverfahren sicher, dass elektronische Gesundheitskarten, welche die Personalisierungsvalidierung bestanden haben, von den Praxisverwaltungssystemen akzeptiert werden.
- (6) Die Krankenkasse ist verpflichtet, bei Beendigung des Versicherungsschutzes oder bei einem Krankenkassenwechsel die elektronische Gesundheitskarte einzuziehen oder zu sperren.

§ 4

Ausstattung der Versicherten

- (1) ¹Versicherte, die bei Eintritt in die gesetzliche Krankenversicherung oder bei einem Wechsel der Krankenkasse eine (neue) elektronische Gesundheitskarte benötigen, sind zum Beginn der Leistungspflicht mit einer elektronischen Gesundheitskarte auszustatten. ²Die Krankenkassen informieren ihre Mitglieder über die Verpflichtung zur Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte in der Zahnarztpraxis sowie über die Folgen bei Nichtbeachtung.
- (2) ¹Steht eine elektronische Gesundheitskarte bei Beginn der Leistungspflicht noch nicht zur Verfügung, ist dem Versicherten ein schriftlicher Anspruchsnachweis zur Verfügung zu stellen. ²Dieser hat die entsprechenden Daten gemäß § 291 Abs. 2 Satz 1 Nrn. 1 bis 10 SGB V zu enthalten. ³Die Krankenkasse erteilt einen schriftlichen Anspruchsnachweis nur im Ausnahmefall, beispielsweise zur Überbrückung von Übergangszeiten, bis der Versicherte eine elektronische Gesundheitskarte erhält. ⁴Ist den Versicherten noch keine Krankenversicherungsnummer zugeteilt worden, tritt an diese Stelle eine Ersatznummer, welche die Krankenkasse neuen Versicherten für eine Übergangszeit bis zum Vorliegen der elektronischen Gesundheitskarte zuteilt und dem schriftlichen Anspruchsnachweis zu entnehmen ist.

§ 5

Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte

- (1) ¹Die elektronische Gesundheitskarte ist von dem Zahnarzt bei jeder ersten Inanspruchnahme im Quartal einzulesen. ²Nur in den in §§ 6 bis 8 genannten Ausnahmefällen kann ein Ersatzverfahren durchgeführt werden.
- (2) Das Nähere zur Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte in der Zahnarztpraxis sowie zu den Verfahren, die bei Nichtvorlage oder Ungültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte Anwendung finden, werden im Anhang zu dieser Vereinbarung geregelt.

§ 6

Ersatzverfahren aus technischen Gründen

- (1) Kann die vorgelegte elektronische Gesundheitskarte aus technischen Gründen nicht eingelesen werden, kommt ein Ersatzverfahren zur Anwendung.
- (2) Technische Gründe im Sinne des Abs. 1 liegen vor, wenn
 - (a) die vorgelegte elektronische Gesundheitskarte nicht eingelesen werden kann, weil zum Beispiel die elektronische Gesundheitskarte, das stationäre oder mobile Kartenterminal oder andere technische Komponenten, die im Einlesevorgang der elektronischen Gesundheitskarte Verwendung finden, funktional nicht nutzbar sind oder
 - (b) für die aufsuchende Versorgung kein mobiles Kartenterminal zur Verfügung steht.
- (3) Ein Ersatzverfahren kommt nicht zur Anwendung, wenn im Rahmen der Online-Prüfung der elektronischen Gesundheitskarte festgestellt wird, dass die elektronische Gesundheitskarte ungültig bzw. gesperrt ist und damit kein gültiger Anspruchsnachweis vorliegt.

§ 7

Ersatzverfahren bei Vorlage eines schriftlichen Anspruchsnachweises

¹Ein Ersatzverfahren kommt auch zur Anwendung bei Vorlage eines schriftlichen Anspruchsnachweises, den die Krankenkasse anstelle der elektronischen Gesundheitskarte im Einzelfall gemäß § 4 Abs. 2 ausgegeben hat. ²In diesem Fall sind die unter Ziffer 3 des Anhangs aufgeführten Daten zu erheben und bei der Abrechnung und der Ausstellung von Vordrucken anzugeben.

³Legt der Versicherte im weiteren Verlauf des Quartals eine gültige elektronische Gesundheitskarte vor und kann diese eingelesen werden, ist die Abrechnung auf der Basis von deren Daten vorzunehmen.

§ 8

Ersatzverfahren in Sonderfällen

¹Ein Ersatzverfahren kommt ebenfalls zur Anwendung, wenn kein direkter Zahnarzt-Patientenkontakt (z. B. bei telefonischer Konsultation, telemedizinischem Zahnarzt-Patientenkontakt, beim Konsil) zustande kommt und die Versichertenstammdaten aus den vorhandenen Patientenstammdaten des Zahnarztes übernommen werden können. ²Dieses Ersatzverfahren ist nur zulässig, wenn im Vorquartal ein gültiger Anspruchsnachweis vorgelegt worden ist.

§ 9

Schlussbestimmungen

- (1) ¹Diese Vereinbarung tritt am 01.07.2020 in Kraft und ersetzt die Vereinbarung vom 27.03.2015. ²Sie kann von jeder Vertragspartei unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. ³Im Falle der Kündigung gelten die bestehenden Regelungen bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung fort.
- (2) ¹Die Partner dieser Vereinbarung verpflichten sich, die vereinbarten Vorschriften auf ihre Praktikabilität hin regelmäßig zu überprüfen und erforderlichenfalls einvernehmlich anzupassen.
²Bevor Beschlüsse zur Verschiebung von Teilen der Versichertenstammdaten in den geschützten Bereich der elektronischen Gesundheitskarte gefasst werden, treffen die Vertragspartner, falls erforderlich, zeitlich befristete Übergangsregelungen vor dem Hintergrund der Ausstattungsquote der onlinefähigen TI-Komponenten in den Zahnarztpraxen.

§ 10
Salvatorische Klausel

¹Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, wird hierdurch die Wirksamkeit der in diesem Vertrag getroffenen Vereinbarungen im Übrigen nicht berührt. ²Die unwirksame Bestimmung ist durch eine dem Zusammenhang der übrigen Regelungen und dem Willen der Parteien entsprechende wirksame Bestimmung zu ersetzen.

Anhang

Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)

¹Die eGK oder der in Einzelfällen stattdessen ausgegebene schriftliche Anspruchsnachweis dient dem Zahnarzt als Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von vertragszahnärztlichen Leistungen sowie der Abrechnung von Leistungen. ²Je nach Vorliegen der nachfolgend genannten Voraussetzungen ist eines der folgenden Verfahren anzuwenden:

1. Verfahren bei funktioneller Nutzbarkeit der eGK

- 1.1 ¹Der Versicherte ist verpflichtet, bei jedem Zahnarztbesuch die eGK oder einen Anspruchsnachweis gemäß § 4 Abs. 2 mitzuführen und auf Verlangen vorzulegen. ²Die eGK ist von dem Zahnarzt bei jeder ersten Inanspruchnahme im Quartal einzulesen.
- 1.2 ¹Der Zahnarzt überprüft die Identität des Versicherten anhand der auf der eGK aufgeführten Identitätsdaten. ²Die Überprüfung beschränkt sich auf offensichtliche Unstimmigkeiten zwischen der vorgelegten eGK und der vorlegenden Person hinsichtlich des Alters, des Geschlechts und eines aufgetragenen Lichtbildes.
- 1.3 ¹Für den automatisierten Versichertenstammdatenabgleich gelten die Regelungen des § 291 Abs. 2b SGB V. ²Die Krankenkassen sind verpflichtet, Dienste anzubieten, mit denen der Zahnarzt die Gültigkeit und die Aktualität der Daten nach § 291 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V bei den Krankenkassen online überprüfen und auf der eGK aktualisieren kann (Versichertenstammdatenmanagement – VSDM). ³Die Dienste sind ab dem in § 291 Abs. 2b SGB V genannten Zeitpunkt zu nutzen. ⁴Die im Rahmen der Nutzung dieser Dienste aktualisierten, abrechnungsrelevanten Daten werden in das PVS übertragen.

2. Ersatzverfahren aus technischen Gründen

Für ein aus technischen Gründen erforderliches Ersatzverfahren zur Ausfüllung des Personalienfeldes gilt:

- 2.1 ¹In das PVS sind die optisch erkennbaren Angaben von der eGK – Nummer und Name der Krankenkasse, Name, Vorname, Geburtsdatum und Versichertennummer – sowie der Wohnort des Versicherten und nach Möglichkeit die Postleitzahl des Wohnortes aufzunehmen. ²Für eine mögliche Vervollständigung dieser Daten ist der Rückgriff auf die Patientenstammdatei (z. B. auch für das IK der Krankenkasse), wenn im Vorquartal eine gültige eGK oder ein gültiger Anspruchsnachweis vorgelegt worden ist, oder ggf. auf Angaben des Versicherten zulässig. ³Im Ersatzverfahren hat der Versicherte mit seiner Unterschrift zu bestätigen, dass er bei der genannten Krankenkasse versichert ist. ⁴Legt der Versicherte im weiteren Verlauf des Quartals eine gültige eGK vor und kann diese eingelesen werden, ist die Abrechnung auf der Basis von deren Daten vorzunehmen.
- 2.2 Diese Angaben gemäß Ziffer 2.1 sind auch zu erheben, wenn bei der aufsuchenden Versorgung kein mobiles Kartenterminal zur Verfügung steht.

3. Ersatzverfahren bei Vorlage eines schriftlichen Anspruchsnachweises

¹Wenn der Patient keine eGK, sondern einen schriftlichen Anspruchsnachweis vorlegt, sind Nummer und Name der Krankenkasse, Name, Vorname, Geburtsdatum und Versichertennummer, das Wohnortkennzeichen und der Wohnort des Versicherten sowie nach Möglichkeit die Postleitzahl des Wohnortes in das PVS aufzunehmen. ²Zusätzlich sind die Befristungsdaten des Anspruchsnachweises einzugeben, sofern vorhanden. ³Der Zahnarzt fertigt eine Kopie des Anspruchsnachweises, die er sich von dem Patienten unterschreiben lässt und die er 4 Jahre in der Praxis – ggf. auch durch geeignete Verfahren in elektronischer Form – aufbewahrt. ⁴Legt der Versicherte im weiteren Verlauf des Quartals eine gültige eGK vor und kann diese eingelesen werden, ist die Abrechnung auf der Basis von deren Daten vorzunehmen.

4. Ersatzverfahren in Sonderfällen

¹In Fällen ohne direkten Zahnarzt und Patientenkontakt (z. B. telefonische Konsultation, telemedizinischer Zahnarzt-Patientenkontakt, Konsil) können aus den Patientenstammdaten des Zahnarztes, wenn im Vorquartal eine gültige eGK oder ein gültiger Anspruchsnachweis vorgelegt worden ist, die Nummer und der Name der Krankenkasse, Name, Vorname, Geburtsdatum und Versichertennummer, das Wohnortkennzeichen und der Wohnort des Versicherten sowie nach Möglichkeit die Postleitzahl des Wohnortes übernommen werden. ²Zusätzlich sind die Befristungsdaten des Anspruchsnachweises zu übernehmen, sofern vorhanden.

5. Verfahren bei Nichtvorlage, ungültiger eGK oder fehlendem Nachweis eines Leistungsanspruches des Versicherten gegenüber der Krankenkasse

5.1 Solange der Versicherte die eGK oder einen Anspruchsnachweis nicht vorlegt oder die Überprüfung nach Nr. 1 ergibt, dass die vorgelegte eGK der vorlegenden Person offensichtlich nicht zugeordnet werden kann, finden die Regelungen nach § 18 BMV-Z entsprechende Anwendung.

5.2 ¹Für Kosten einer Behandlung, die auf der Grundlage einer vorgelegten und für den Zahnarzt nicht erkennbar (s. Nrn. 1.2 und 1.3) falschen bzw. ungültigen eGK oder der unrechtmäßigen Vorlage der eGK statt des Gebrauches des Leistungsnachweises gem. § 16 Abs. 3a SGB V¹ bei Ruhen der Ansprüche erfolgte, haftet die Krankenkasse dem Zahnarzt gegen Abtretung seines Vergütungsanspruches. ²Das Nähere regeln die Partner der Gesamtverträge. ³Wird eine eGK ohne Lichtbild vorgelegt, obwohl keiner der in § 291 Abs. 2 Satz 5 SGB V geregelten Ausnahmetatbestände erfüllt ist, und stellt sich heraus, dass die eGK für den Zahnarzt nicht erkennbar falsch war, so haftet die ausgebende Krankenkasse dem Vertragszahnarzt gegen Abtretung seiner Vergütungsansprüche für die Kosten der Behandlung. ⁴Eine vorgelegte eGK ohne Lichtbild ist für den Zahnarzt dann erkennbar falsch, wenn sich anhand der auf der eGK aufgebrachten sonstigen optisch erkennbaren Identitätsdaten ohne weitere Prüfung ergibt, dass die vorgelegte eGK der vorlegenden Person im Hinblick auf das Alter oder das Geschlecht offensichtlich nicht zugeordnet werden kann. ⁵Weist der Versicherte darauf hin, dass sich die zuständige Krankenkasse oder der Versichertenstatus geändert hat und wird dies von der eGK noch nicht berücksichtigt, finden die Regelungen nach § 18 Abs. 2 BMV-Z entsprechende Anwendung.

5.3 ¹Kann im Falle der Notfallbehandlung vom Versicherten keine gültige eGK oder kein Anspruchsnachweis vorgelegt werden, finden die Regelungen nach § 18 Abs. 2 BMV-Z entsprechende Anwendung. ²Nr. 1.3 findet keine Anwendung.

5.4 Legt der Versicherte innerhalb eines Quartals, in dem die eGK bereits vorgelegen hat, nach Status- oder Kassenwechsel eine neue eGK oder einen Anspruchsnachweis vor, so ist für die konservierend-chirurgischen Leistungen eine gesonderte Datenübermittlung (neuer Fall) vorzunehmen.

5.5 Der Anwendungsbereich von Ziffer 5 liegt auch vor und es gilt kein Ersatzverfahren, wenn im Rahmen der Online-Prüfung festgestellt wird, dass die eGK ungültig ist und damit kein gültiger Anspruchsnachweis vorliegt.

6. Verfahren bei Nutzung mobiler Kartenterminals

¹Bei der Nutzung von mobilen Kartenterminals (z. B. bei zahnärztlichen Haus- und Heimbesuchen) werden die Versichertendaten von der eGK eingelesen und später in das PVS des Zahnarztes übertragen. ²1.3 findet keine Anwendung. ³Die mobilen Kartenterminals haben den geltenden Vorgaben der gematik zu entsprechen.

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

⁴Für mobile Kartenterminals, die durch die gematik mit der Ausprägung „VSDM“ zugelassen wurden und die Ausdrücke erzeugen, können die Angaben im Personalfeld unverändert weiterverarbeitet werden.

Anlage 11

Grundsatzfinanzierungsvereinbarung zur Finanzierung der Maßnahmen nach § 378 SGB V (GFinV)

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

In der Fassung vom 25.04.2018, Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

Zuletzt geändert am 07.11.2022, mit Wirkung ab dem 08.11.2022

Präambel

¹Mit der Vorschrift des § 378 SGB V werden der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung ermächtigt, in den Bundesmantelverträgen das Nähere zu den Regelungen der Vereinbarung nach § 376 Satz 1 SGB V zu regeln. ²Zum Ausgleich der Kosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattung, die den Leistungserbringern in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur sowie der Kosten, die den Leistungserbringern im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur entstehen, erhalten die anspruchsberechtigten Zahnärzte und Einrichtungen Erstattungen von den Krankenkassen. ³Die Regelungen dieser Grundsatzfinanzierungsvereinbarung sowie die Höhe der Pauschalen in den Anlagen 11a und 11d sind bundesweit verbindlich.

§ 1

Vertragsgegenstand

- (1) ¹Der Vertragsgegenstand umfasst das Versichertenstammdaten-Management (VSMD), das Sichere Internet, die elektronische Patientenakte (ePA) gem. § 334 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, den elektronischen Medikationsplan (eMP) gem. § 334 Abs. 1 Nr. 4 SGB V, das Notfalldatenmanagement (NFDM) gem. § 334 Abs. 1 Nr. 5 SGB V, die elektronische Verordnung (E-Rezept) gem. § 334 Abs. 1 Nr. 6 SGB V, die Qualifizierte Elektronische Signatur (QES) und die sichere Kommunikation im Medizinwesen (KIM) gem. § 311 Abs. 1 Nr. 5 und Abs. 6 SGB V. ²Da das elektronische Beantragungs- und Genehmigungsverfahren als einer der künftigen Hauptanwendungsfälle, welches als Grundvoraussetzung die Verwendung von KIM vorsieht, noch nicht im flächendeckenden Echtbetrieb ist, sind sich die Vertragspartner einig, dass die Finanzierung für KIM ab dem 3. Quartal 2020 erfolgt, um bereits eine flächendeckende Verbreitung in den Praxen für die Übermittlung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die Krankenkassen zu forcieren.
- (2) ¹Die Vertragspartner legen in dieser Vereinbarung einvernehmlich die Finanzierung derjenigen Aufwände fest, die den anspruchsberechtigten Zahnärzten und Einrichtungen durch die Einführung der Telematikinfrastruktur und der in dieser Vereinbarung geregelten Anwendungen entstehen. ²Insbesondere wird die Finanzierung der Erstausrüstungskosten geregelt sowie die Finanzierung der Kosten, die den anspruchsberechtigten Zahnärzten und Einrichtungen im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur entstehen. ³Die Kosten für die Finanzierung werden auf Basis von Erstausrüstungs- und Betriebskostenpauschalen von den Krankenkassen getragen. ⁴Die Höhe der Pauschalen ist in jedem Fall so zu kalkulieren, dass sie die günstigsten Kosten eines Standard-Erstausrüstungspaketes sowie eines Standard-Betriebspaketes vollständig deckt. ⁵Die Vertragspartner sind sich einig, dass die Pauschalen beiderseitig regelmäßig dahingehend überprüft und ggf. angepasst werden, dass sichergestellt ist, dass sie die den Zahnarztpraxen in Zusammenhang mit der Einführung und dem Betrieb der Telematikinfrastruktur (inkl. QES und KIM) und der Fachanwendungen ePA, eMP, NFDM und E-Rezept entstehenden Kosten vollständig abdecken.

- (3) ¹Vom Vertragsgegenstand sind die Aufwände umfasst, die den anspruchsberechtigten Zahnärzten und Einrichtungen mit der technischen Ausstattung entstehen und bei der Anbindung an die Telematikinfrastruktur und deren Betrieb erforderlich sind. ²Für den zeitlichen Aufwand, der durch die Einführung des Versichertenstammdaten-Managements in den Praxen entsteht, erfolgt eine Finanzierung durch die Telematikinfrastruktur-Startpauschale gemäß § 2 Abs. 4.

§ 2

Erstausstattung

Technische Komponenten und Dienste für die Anbindung und Anwendungen der TI

- (1) ¹Zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur sind folgende von der gematik zugelassenen Komponenten und Dienste funktionsbereit je Praxisstandort vorzuhalten:

1. Konnektor mit der aktuellsten Firmware Version
2. Online-Anbindung an die zentrale Telematikinfrastruktur mittels VPN-Zugangsdienst gem. Spezifikation der gematik (Spezifikation VPN-Zugangsdienst in der jeweils geltenden Version)
3. Stationäres eHealth-Kartenterminal
4. Smartcard vom Typ gSMC-KT
5. Smartcard SMC-B (elektronischer Praxisausweis)
Protokollnotiz: Sofern die Performance der SMC-B nicht ausreichend ist, verhandeln die Vertragspartner über die Finanzierung einer Ersatzlösung, die die notwendigen Anforderungen erfüllt.
6. Kommunikation im Medizinwesen (KIM)
7. QES-Infrastrukturmaßnahme

²Je Zahnarzt, der im Rahmen seiner Aufgaben und Pflichten zur Erstellung qualifizierter elektronischer Signaturen befugt ist, ist eine Smartcard HBA (elektronischer Heilberufsausweis) vorzuhalten.

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

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

Komponenten und Dienste	1 - 3 Zahnärzte	4 - 6 Zahnärzte	7 und mehr Zahnärzte
HBA	1 je Zahnarzt	1 je Zahnarzt	1 je Zahnarzt
VPN-Zugangsdienst	1	1	1

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

1. Die Praxis hat im Vorjahr bzw. im aktuellen Jahr mindestens 480 Gebührenpositionen aus den folgenden Gebührenpositionen abgerechnet: BEMA-Nrn. 43, 44, 45, 46, 47a, 47b, 48, 51a, 51b, 54a, 54b, 54c, 56a, 56b, 56c, 56d, 59, 60, Ä161; Gebührenpositionen aus den Abschnitten J, L und N nach dem Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte, soweit diese nach Ziff. 3 BEMA Anwendung in der vertragszahnärztlichen Versorgung finden.
2. In der Praxis ist mindestens ein Vertragszahnarzt tätig, der zugleich über eine vertragsärztliche Zulassung verfügt; ein weitergehender Anspruch kann sich aus Anlage 32 BMV-Ä ergeben. Wird ein Anspruch nach Anlage 32 BMV-Ä geltend gemacht, entfällt der Anspruch auf ein weiteres stationäres eHealth-Kartenterminal inkl. SMC-KT nach Satz 1.

²Über die Ansprüche nach § 2 Abs. 1, 2 und Abs. 2a Satz 1 hinausgehend wird ein weiteres stationäres eHealth-Kartenterminal inkl. SMC-KT je Standort (auch genehmigte Zweigpraxen, je Standort der Überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft) finanziert, sobald ein Anspruch auf einen ePA-fähigen Konnektor besteht. ³Wenn die Erkenntnisse durch die Feldtests oder die wissenschaftliche Evaluation ergeben, dass ein weiteres eHealth-Kartenterminal für die Abläufe in der Praxis je Standort nicht ausreicht, nehmen die Vertragspartner umgehend Verhandlungen zur Anpassung auf.

(3) ¹Ein mobiles Kartenterminal der Ausbaustufe 2 sowie eine weitere Smartcard vom Typ SMC-B wird als Erstausrüstung finanziert, wenn die Praxis gegenüber der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung entweder mindestens 30 Besuchsfälle im Vorjahr bzw. im aktuellen Jahr oder den Abschluss eines Kooperationsvertrages gemäß § 119b Abs. 1 SGB V, welcher den Anforderungen der Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht, nachweist. ²Als Besuchsfälle werden Einlesevorgänge der eGK je Versicherten beschränkt auf einen Vorgang im Quartal gezählt. ³Für Praxen mit mindestens 100 Besuchsfällen im Vorjahr bzw. im aktuellen Jahr oder dem Nachweis des Abschlusses von mindestens drei Kooperationsverträgen gemäß § 119b Abs. 1 SGB V, wird die Ausstattung i. S. d. Satzes 1 zweimal je Standort finanziert, wenn an dem Standort mindestens zwei Zahnärzte tätig sind. ⁴Für Praxen mit mindestens 200 Besuchsfällen im Vorjahr bzw. im aktuellen Jahr oder dem Nachweis des Abschlusses von mindestens fünf Kooperationsverträgen gemäß § 119b Abs. 1 SGB V wird die Ausstattung i. S. d. Satzes 1 dreimal je Standort finanziert, wenn an dem Standort mehr als zwei Zahnärzte tätig sind. ⁵§ 2 Abs. 2 Sätze 5 und 6 gelten.

(4) ¹Als Aufwandsentschädigung für die Installation der Komponenten und Dienste inkl. Schulung wird eine Pauschale geleistet, die in die TI-Startpauschale einfließt. ²Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass eine Staffelung nach Anzahl der Kartenterminals nach Abs. 2 insoweit nicht erfolgt. ³Die Vertragspartner legen die Pauschalen für die Aufwandsentschädigung der Installation aus dem Durchschnitt der Marktpreise des unteren Preisdrittels der Dienstleistung eines IT-Servicetechnikers in der Anlage 11a fest.

(4a) ¹Als Erstausrüstung für die Infrastrukturerweiterung KIM sowie für die Anwendungen NFDM und eMP werden jeweils je Konnektor-Standort Updatekosten für die Aufrüstung des

VSDM-Konnektors¹ zum eHealth-Konnektor gem. § 2 Abs. 1 und Kosten für die Implementierung der Anwendungen in die Praxis-IT übernommen. ²Hierzu werden jeweils Pauschalen in Anlage 11a BMV-Z festgelegt. ³Die Pauschalen umfassen im Einzelnen

- das Update für die Aufrüstung des Konnektors zum eHealth-Konnektor,
- das Modul NFDM inkl. Integration in die Praxis-IT,
- das Modul eMP inkl. Integration in die Praxis-IT,
- Installation der Updates inkl. Schulung sowie
- Ausfallzeiten der Vertragszahnarztpraxis aufgrund der Installation der Updates.

(4b) Als Erstausrüstung für KIM wird über die Kosten für das Update des Konnektors nach Abs. 4a hinaus eine Pauschale in Anlage 11a BMV-Z für die Bereitstellung des KIM-Clients und die Anbindung an den KIM-Fachdienst festgelegt.

(4c) ¹Als Erstausrüstung für die Anwendung ePA werden Updatekosten für die erforderliche Aufrüstung des Konnektors sowie Kosten für die Implementierung der Anwendung in die Praxis-IT jeweils je Konnektor-Standort übernommen. ²Hierzu werden jeweils Pauschalen in der Anlage 11a BMV-Z festgelegt. ³Die Pauschalen umfassen im Einzelnen einmalig:

- das Update für die Aufrüstung des eHealth-Konnektors (Produkttypversion (PTV) 3) zum ePA-Stufe-1.0-fähigen Konnektor (PTV4),
- das Update für die Aufrüstung des ePA-Stufe-1.0-fähigen Konnektors (PTV4) zum ePA-Stufe-2.0-fähigen Konnektor (PTV5),
- die Module ePA-Stufen 1.0 und 2.0 inkl. Integration in die Praxis-IT,
- Installation der Updates inkl. Schulung sowie
- Ausfallzeiten der Vertragszahnarztpraxis aufgrund der Installation der Updates.

(4d) ¹Als Erstausrüstung für die Anwendung E-Rezept werden jeweils je Konnektor-Standort Kosten für die Implementierung der Anwendung in die Praxis-IT übernommen. ²Hierzu wird eine Pauschale in Anlage 11a BMV-Z festgelegt. ³Die Pauschale umfasst im Einzelnen

- das Modul E-Rezept inkl. Integration in die Praxis-IT,
- Installation des Updates inkl. Schulung sowie
- Ausfallzeiten der Vertragszahnarztpraxis aufgrund der Installation des Updates.

(4e) ¹Als Erstausrüstung für die Anwendung des elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens werden Kosten für die Implementierung der Anwendung in die Praxis-IT übernommen. ²Hierzu werden die Bestimmungen zur Erstattung der Pauschalen in Anlage 11c BMV-Z festgelegt, welche insgesamt den Betrag in Höhe von einmalig 25 Mio. Euro nicht überschreiten. ³Die Pauschalen werden einmalig abgegolten und beziehen sich im Einzelnen auf die Module KBR, KFO, PAR und ZE.

(5) Die Vertragspartner gehen davon aus, dass durch notwendige Softwareanpassungen im Rahmen der Installation der Telematikinfrastruktur der Zugriff auf die Praxisverwaltungssysteme (PVS) der Praxis in der Regel um nicht mehr als eine Stunde unterbrochen wird.

(6) Sofern Aufwendungen für Baumaßnahmen anfallen, die aufgrund von Anforderungen des BSI bei der Anbindung einer Praxis an die Telematikinfrastruktur entstehen, werden die Vertragspartner Verhandlungen über die Höhe der zu erstattenden Pauschalen für die in der Gesellschafterversammlung beschlossene Umsetzung aufnehmen.

(7) Für die Aufwendungen der einmaligen Integration der Komponenten in die Praxis-IT wird eine Pauschale vereinbart, die in die TI-Startpauschale einfließt.

(8) [aufgehoben]

¹ VSDM-Konnektor wird auch als PTV1 bezeichnet.

§ 2a

Finanzierung des Komponentenaustauschs

- (1) ¹In den an die Telematikinfrastruktur angeschlossenen vertragszahnärztlichen Praxen sind ab Herbst 2022 sukzessive die Konnektoren und die in den stationären Kartenterminals installierten Smartcards (gSMC-KT) auszutauschen, deren Sicherheitszertifikate noch maximal sechs Monate gültig sind, um die Anbindung an die Telematikinfrastruktur und die Funktionsfähigkeit dieser Komponenten sicherzustellen. ²Die im Zuge des Austausches neu einzusetzenden Sicherheitszertifikate in den Konnektoren und den Smartcards gSMC-KT müssen zum Zeitpunkt der Installation noch eine Restlaufzeit von mindestens vier Jahren aufweisen und die ECC-Verfahren nach gematik-Spezifikation verwenden.
- (2) ¹Für den Komponenten-Austausch wird eine Pauschale in Anlage 11a BMV-Z festgelegt, die einen Erstattungsbetrag für einen neuen Konnektor der gleichen Ausbaustufe, eine neue gSMC-KT für ein über diese Vereinbarung finanziertes stationäres eHealth-Kartenterminal, die Installation der SMC-B und der neuen gSMC-KT sowie die Entsorgung der nicht mehr nutzbaren Hardware umfasst. ²Erstattungen für den Austausch defekter Komponenten gem. §§ 2 Abs. 1 und 8a bleiben davon unberührt. ³Der Anspruch auf die Pauschale für den Komponenten-Austausch kann erst dann geltend gemacht werden, wenn das jeweilige Sicherheitszertifikat des auszutauschenden Konnektors bzw. der auszutauschenden Smartcard gSMC-KT noch maximal sechs Monate gültig ist.
- (3) ¹Für den Austausch weiterer Smartcards gSMC-KT für über diese Vereinbarung finanzierte, stationäre Kartenterminals wird eine gSMC-KT Austauschpauschale in Anlage 11a BMV-Z festgelegt. ²Der Anspruch auf diese Pauschale kann erst dann geltend gemacht werden, wenn das Sicherheitszertifikat der auszutauschenden gSMC-KT noch maximal sechs Monate gültig ist.

§ 3

Finanzierung des laufenden Betriebes

- (1) ¹Die Krankenkassen leisten eine Pauschale für die monatlichen Kosten des laufenden Betriebes der Telematikinfrastruktur (Standard-Betriebspaket). ²Der laufende Betrieb umfasst die Kosten, die entstehen, um die dauerhafte Funktionsfähigkeit aller ausgegebenen Komponenten und Dienste sowie eine Sicherstellung der Anbindung an die Telematikinfrastruktur und eine reibungslose und dauerhafte Nutzung der in dieser Vereinbarung geregelten Anwendungen der Telematikinfrastruktur zu gewährleisten. ³Die Vertragszahnarztpraxis hat dafür Sorge zu tragen, dass verfügbare Updates in angemessener Zeit installiert und ausschließlich aktuell zugelassene Firmware-Versionen des Konnektors betrieben werden; soweit von der Vertragszahnarztpraxis eine nicht mehr zugelassene Firmware-Version betrieben wird, kann dies vorübergehend den teilweisen oder vollständigen Verlust des Anspruchs auf die Betriebskostenpauschale zur Folge haben, es sei denn, dass die Vertragszahnarztpraxis die Verzögerung nicht zu vertreten hat. ⁴In die Betriebskostenpauschale des Standard-Betriebspaketes fließen die Wartung sowie der Support der Komponenten Konnektor, stationäres und mobiles Kartenterminal (inkl. Gerätekarte gSMC-KT für das stationäre Kartenterminal), die Betriebskosten des VPN-Zugangsdienstes sowie die Betriebskosten für die in dieser Vereinbarung geregelten Anwendungen der Telematikinfrastruktur ein. ⁵Die Finanzierung der laufenden Kosten für KIM-E-Mail-Adressen fällt unter die Betriebskosten, jede Praxis erhält zwei E-Mail-Adressen finanziert.
⁶Die Finanzierung der laufenden Kosten der Smartcard SMC-B fällt unter die Betriebskosten und wird gem. § 2 Abs. 1 jeweils in einer Summe ausbezahlt. ⁷Die Beträge, die in die Pauschale zum Standard-Betriebspaket einfließen, werden auf Basis des Durchschnitts des unteren Preisdrittels der bekannten Marktpreise errechnet und je Konnektor-Standort gezahlt. ⁸Die Finanzierung der Smartcard HBA fällt unter die Kosten des laufenden Betriebes und wird aufgrund der persönlichen Zuordnung zu einem Zahnarzt nach § 2 Abs. 1 jeweils in einer Summe ausbezahlt.

- (2) ¹Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass über Sonderfälle, in denen ein großflächiger Austausch einer bestimmten Komponente (produktbezogen) aus systemischen Gründen erforderlich wird, anlassbezogen nach Kenntniserlangung erneut zu verhandeln ist und für diese eine anlassbezogene Finanzierung erfolgt (außerhalb der monatlichen Betriebskostenpauschalen). ²Sonderfälle liegen insbesondere vor, wenn
- einer Komponente die Zulassung durch die gematik entzogen wird,
 - die Sicherheitszertifizierung des BSI erlischt.

§ 4

[aufgehoben]

§ 5

Abrechnungsbedingungen

- (1) Anspruch auf die Erstattung der Kosten für die erforderliche erstmalige Ausstattung gem. § 2 Absätze 2 und 3 sowie der für die Nutzung der Telematikinfrastruktur relevanten monatlichen Betriebskosten gem. § 3 Abs. 1 haben die dort genannten Anspruchsberechtigten ab dem Zeitpunkt und solange sie an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sind und die gesetzlich vorgeschriebenen Anwendungen nutzen. ²Anspruch auf Erstattung der Pauschalen für die Nutzung der Anwendungen haben die Anspruchsberechtigten grundsätzlich, sobald die Anwendungen im Wirkbetrieb vorgehalten werden, mithin ab der Anzeige des Vorhandenseins und Installation entsprechender Updates (dies setzt die Verfügbarkeit der notwendigen Dienste der Telematikinfrastruktur voraus). ³§ 2 Ziffer 2 Anlage 11a ist zu beachten. ⁴Die Kosten der Erstausrüstung werden grundsätzlich nur einmal erstattet. ⁵Die Kostenerstattungen nach dieser Vereinbarung erfolgen durch den GKV-Spitzenverband, der diese aus den Mitteln der Krankenkassen umlagefinanziert. ⁶Zur Finanzierung der Erstattung und des laufenden Betriebes gem. § 2 und § 3 erhalten die dort genannten Anspruchsberechtigten Pauschalen gem. Anlage 11a BMV-Z durch die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung. ⁷Anlage 11d BMV-Z ist zu beachten. ⁸Der Anspruch auf Auszahlung der Pauschalen kann von den Anspruchsberechtigten ausschließlich über die jeweils zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung geltend gemacht werden.
- (2) Soweit die Komponenten bereits verfügbar sind oder weiter genutzt werden können, entfällt dieser Anspruch.
- (3) Anspruchsberechtigte Zahnärzte und Einrichtungen, die zukünftig bzw. nach Abschluss der flächendeckenden Anbindung der Vertragszahnarztpraxen an die Telematikinfrastruktur in die vertragszahnärztliche Versorgung eintreten, erhalten die Erstausrüstungs- und Betriebskostenpauschale, soweit sie diesbezüglich noch keine Pauschalen erhalten haben.
- (4) Die Abwicklung der Finanzierung erfolgt bei KZV-übergreifenden überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften über die jeweilige Wahl-KZV.
- (5) ¹Vertragszahnärzten, die gleichzeitig über eine vertragsärztliche Zulassung verfügen, werden die Pauschalen für die erforderliche Erstausrüstung gemäß § 2 und den laufenden Betrieb gemäß § 3 nur einmal gewährt. ²Die Abwicklung erfolgt über die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung.

§ 6

Abrechnungsprozess

- (1) ¹Jede Kassenzahnärztliche Vereinigung informiert die anspruchsberechtigten Zahnärzte und Einrichtungen vorab über den Umfang des Anspruchs der Ausstattung gemäß § 2 Absätze 2, 3 und § 3 Abs. 1 dieser Vereinbarung. ²Die anspruchsberechtigten Zahnärzte und Einrichtungen rechnen die Pauschalen gegenüber der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung gegen Bestätigung ab.

- (2) Die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung ermittelt die Anspruchsberechtigung der anspruchsberechtigten Zahnärzte und Einrichtungen und berücksichtigt vor Rechnungsbelegung mögliche Veränderungen der Praxisform und -größe, insbesondere bzgl. Vergrößerung, Verkleinerung, Fusion, Schließung und Umzug in einen anderen KZV-Bereich.
- (3) ¹Die Abrechnung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gegenüber dem GKV-Spitzenverband erfolgt ab dem 1. Januar 2020 quartalsweise schriftlich und elektronisch in Form von Sammelabrechnungen. ²Nach erfolgter Prüfung der anspruchsberechtigten Zahnärzte und Einrichtungen im Abrechnungszeitraum durch die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung werden bis zum 20. des auf das Abrechnungsquartal folgenden Monats, erstmalig also zum 20. April 2020 für das erste Quartal 2020, Sammelabrechnungen durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gegenüber dem GKV-Spitzenverband gestellt. ³Die Vertragspartner verabreden gemeinsam eine bundeseinheitliche Muster-Sammelabrechnung, die bei Bedarf angepasst und weiterentwickelt wird. ⁴Der GKV-Spitzenverband leistet die Zahlung des in der Sammelabrechnung genannten Gesamtbetrages unverzüglich nach vollständigem Eingang der von den Krankenkassen erhobenen Umlagen, spätestens bis zum 20. des dritten auf das Abrechnungsquartal folgenden Monats – erstmalig also zum 20. Juni 2020 – an die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung. ⁵Sollte der 20. auf einen Sonn- oder Feiertag fallen, gilt der nachfolgende Werktag.
- (4) ¹Ansprüche auf Auszahlung der Erstausstattungs- und Betriebskostenpauschalen nach §§ 2 und 3 bzgl. der Komponenten und Dienste, die im Zeitpunkt gem. § 5 Abs. 1 Satz 1 und 2 im Wirkbetrieb vorgehalten werden, sind ab 1. Januar 2020 innerhalb eines Jahres ab Anschluss an die Telematikinfrastruktur bzw. erstmaliger Nutzung der jeweiligen gesetzlichen Anwendung der Telematikinfrastruktur gegenüber der jeweils zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung geltend zu machen. ²Ansonsten gelten diese Ansprüche als verwirkt. ³Betriebskostenpauschalen gem. § 3 können im Einzelfall nach diesem Zeitpunkt ab Kenntnis der Kassenzahnärztlichen Vereinigung über das Vorhalten und die Inbetriebnahme der Komponenten und Dienste beansprucht werden. ⁴In den Sammelabrechnungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dürfen grundsätzlich nur Erstausstattungs- und Betriebskostenpauschalen gem. § 2 und Betriebskostenpauschalen gem. § 3 enthalten sein, die die anspruchsberechtigten Zahnärzte und Einrichtungen innerhalb des Zeitraums nach Satz 1 geltend gemacht haben. ⁵Dies gilt nicht für Ansprüche nach Satz 3.
- (5) ¹Im Rahmen des in den Absätzen 3 und 4 geregelten Abrechnungsverfahrens behält sich der GKV-Spitzenverband eine Prüfung der von den Vertragszahnärzten abgerechneten Pauschalen auf Basis von Stichproben vor. ²Die Modalitäten dieser Prüfung sind in Anlage 11b BMV-Z geregelt.

§ 7

Analyse des Ausstattungsgrades

Die Vertragspartner überwachen bundesweit und regional unter Mithilfe der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen den Rollout und stellen sicher, dass verzögernde Ursachen kurzfristig analysiert und erforderliche Lösungsmaßnahmen getroffen werden.

§ 8

Weitere Kosten

- (1) ¹Soweit über den Regelungsgegenstand dieser Vereinbarung hinaus weitere Maßnahmen zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur und den anschließenden dauerhaften Betrieb der Telematikinfrastruktur, der in dieser Vereinbarung geregelten Anwendungen und der weiteren Entwicklungsstufen dieser Anwendungen anfallen, sind diese nicht von dieser Vereinbarung erfasst. ²Über die damit verbundenen Kosten und die Kostenübernahme ist dann gesondert zu verhandeln.

- (2) Soweit die Einführung weiterer Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur oder weitere Entwicklungsstufen von Anwendungen der Telematikinfrastruktur eine Anpassung oder eine Ergänzung bereits ausgegebener Komponenten und Dienste erfordert, wird über deren Finanzierung getrennt verhandelt und die Pauschalen ggf. angepasst.

§ 8a

Austausch defekter Komponenten

- (1) Für den Austausch defekter Komponenten gemäß § 2 Abs. 1 entrichten die Krankenkassen über den GKV-Spitzenverband mit befreiender Wirkung einen Gesamtbetrag in Höhe von 1.500.000,- EUR jährlich, erstmalig im Jahr 2022, an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, der wie folgt verteilt wird:

Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg	12,5 %	EUR 187.500,-
Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns	16,5 %	EUR 247.500,-
Kassenzahnärztliche Vereinigung Berlin	5,4 %	EUR 81.000,-
Kassenzahnärztliche Vereinigung Land Brandenburg	3,0 %	EUR 45.000,-
Kassenzahnärztliche Vereinigung Bremen	0,7 %	EUR 10.500,-
Kassenzahnärztliche Vereinigung Hamburg	2,6 %	EUR 39.000,-
Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen	7,5 %	EUR 112.500,-
Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern	2,2 %	EUR 33.000,-
Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen	8,7 %	EUR 130.500,-
Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein	11,3 %	EUR 169.500,-
Kassenzahnärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz	4,3 %	EUR 64.500,-
Kassenzahnärztliche Vereinigung Saarland	1,1 %	EUR 16.500,-
Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen	5,8 %	EUR 87.000,-
Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt	3,1 %	EUR 46.500,-
Kassenzahnärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein	3,3 %	EUR 49.500,-
Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen	3,1 %	EUR 46.500,-
Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe	8,9 %	EUR 133.500,-

- (2) ¹Die Kassenzahnärztliche Vereinigung weist entsprechend § 6 Abs. 3 Satz 2 jeweils den ihr zustehenden Betrag in einer der vier Sammelabrechnungen eines Jahres gem. der Muster-Sammelabrechnung nach § 6 Abs. 3 Satz 3 gegenüber dem GKV-Spitzenverband aus.
²§ 6 Abs. 3 Satz 4 gilt entsprechend.

§ 9

Inkrafttreten

- (1) Die Vereinbarung tritt am 01.01.2021 in Kraft.
- (2) Die Finanzierung und Erstattung der Beträge durch die Krankenkassen erfolgt mit Beginn des flächendeckenden Rollouts.

- (3) ¹Dieser Vertrag kann von jedem der Vertragspartner insgesamt oder in Teilen gekündigt werden. ²Die Kündigung hat schriftlich unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres zu erfolgen. ³Im Fall der Kündigung gelten die Inhalte der gekündigten Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung fort.
- (4) Wenn sich neue Erkenntnisse, insbesondere über die Entwicklung der Marktpreise oder anderer signifikanter Veränderungen der am Markt befindlichen anbietenden Dienstleister ergeben, nehmen die Vertragspartner umgehend Verhandlungen zur Anpassung der betreffenden Pauschalen-Vereinbarung und ggf. dieser Vereinbarung auf.

§ 10 Salvatorische Klausel

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

Anlage 11a

Pauschalen-Vereinbarung

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

In der Fassung vom 25.04.2018, Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

Zuletzt geändert am 14.09.2022, mit Wirkung ab dem 01.02.2022

Präambel

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

§ 1 Grundsätze

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

§ 2 Standard-Erstausstattungspaket

	Inhalte		Höhe der Pauschale in €
1.	Pauschale für ePA-1.0-fähigen-Konnektor (PTV4) inkl. gSMC-K (VSDM, QES, KIM, ePA, eMP, NFDM)	ab 1. Quartal 2021	1.794,-
		ab 1. Quartal 2022	1.944,-
1a.	Pauschale für ePA-2.0-fähigen-Konnektor (PTV5) inkl. gSMC-K (VSDM, QES, KIM, ePA, eMP, NFDM)Die Pauschale kann erstattet werden, sofern die Anwendung ePA Stufe 2.0 im Wirkbetrieb vorgehalten wird.	ab 1. Februar 2022	2.194,-
2.	Pauschale für Update VSDM-Konnektor auf eHealth-Konnektor gem. § 2 Abs. 4a Anlage 11 BMV-Z Der Anspruch auf diese Pauschale besteht ausschließlich für Vertragszahnärzte und Einrichtungen, die einen VSDM-Konnektor einsetzen und dafür Anspruch auf die bis	ab 1. Quartal 2021	380,-
		ab 2. Quartal 2022	530,-

	Ende 4. Quartal 2019 jeweils geltenden Pauschalen haben.		
3.	Pauschale für die Bereitstellung des KIM-Clients und die Anbindung an den KIM-Fachdienst je Konnektor-Standort	ab 3. Quartal 2020	100,-
		ab 2. Quartal 2022	200,-
4.	<p>Pauschale für Update eHealth-Konnektor (PTV3) auf ePA-Stufe-1.0-fähigen Konnektor (PTV4) gem. § 2 Abs. 4c Anlage 11 BMV-Z</p> <p>Der Anspruch auf diese Pauschale besteht ausschließlich für Vertragszahnärzte und Einrichtungen, die einen eHealth-Konnektor einsetzen.</p>	ab 1. Quartal 2021	400,-
5.	<p>Pauschale für Update eines ePA-Stufe-1.0-fähigen Konnektors (PTV4) auf einen ePA-Stufe2.0-fähigen Konnektor (PTV5)</p> <p>Die Pauschalen können erstattet werden, sofern die Anwendung ePA Stufe 2.0 im Wirkbetrieb vorgehalten wird.</p>	ab 1. Februar 2022	250,-
6.	<p>Pauschale für stationäres eHealth-Kartenterminal gem. § 2 Abs. 2 Anlage 11 BMV-Z</p> <p>Über die Ansprüche nach § 2 Abs. 1, 2 und Abs. 2a Satz 1 Anlage 11 BMV-Z hinausgehend wird ein weiteres stationäres eHealth-Kartenterminal je Standort (auch genehmigte Zweigpraxen, je Standort der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft) finanziert.</p>	ab 1. Quartal 2021	595,-
		ab 2. Quartal 2022	677,50
7.	<p>Pauschale für QES-Infrastrukturmaßnahme (Komfortsignatur) Der Anspruch auf diese Pauschale besteht für vertragszahnärztliche Praxen i.S.d. § 2 Abs. 2 Satz 1 Anlage 11 BMV-Z mit der Maßgabe, dass diese je zwei der am Praxisstandort tätigen Zahnärzte gewährt wird. Zahnärzte in diesem Sinne sind sowohl Vertragszahnärzte als auch angestellte Zahnärzte, die zur Erbringung vertragszahnärztlicher Leistungen berechtigt sind. Bei angestellten Zahnärzten gilt die Maßgabe, dass ange-</p>	ab 2. Quartal 2022	677,50

	stellte Zahnärzte mit einem Beschäftigungsumfang von jeweils mindestens 20 Stunden pro Woche bei der Staffelung berücksichtigt werden.		
8.	<p>TI-Startpauschale</p> <p>Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass in die TI-Startpauschale die Aufwendungen/Kosten für folgende Punkte einfließen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Installation der Komponenten und Dienste inkl. Schulung gem. § 2 Abs. 4 Anlage 11 BMV-Z, • Ausfallzeiten der Vertragszahnarztpraxis aufgrund der Einrichtung der Komponenten gem. § 2 Abs. 5 Anlage 11 BMV-Z, • Einmalige Integration der Komponenten in die Praxis-IT gem. § 2 Abs. 4a und 7 Anlage 11 BMV-Z sowie • Zeitlicher Aufwand, der durch die Einführung des Versichererstammdaten-Managements in den Praxen entsteht gem. § 1 Abs. 3 Satz 2 Anlage 11 BMV-Z. 		900,-
9.	<p>Pauschale für die Implementierung der Anwendungen NFDM und eMP in die Praxis-IT gem. § 2 Abs. 4a Anlage 11 BMV-Z umfasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> • das Modul NFDM inkl. Integration in die Praxis-IT, • das Modul eMP inkl. Integration in die Praxis-IT, • Installation der Updates inkl. Schulung sowie • Ausfallzeiten der Vertragszahnarztpraxis aufgrund der Installation der Updates. <p>Der Anspruch auf diese Pauschale besteht je Konnektor-Standort.</p>	ab 1. Quartal 2021	150,-
		ab 2. Quartal 2022	400,-
10.	<p>Pauschale für die Implementierung der Anwendung ePA in die Praxis-IT gem. § 2 Abs. 4c Anlage 11 BMV-Z umfasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> • das Modul ePA Stufe 1.0 inkl. Integration in die Praxis-IT, • Installation des Updates inkl. Schulung sowie • Ausfallzeiten der Vertragszahnarztpraxis aufgrund der Installation des Updates. 	ab 1. Quartal 2021	150,-
		ab 2. Quartal 2022	350,-

	Der Anspruch auf diese Pauschale besteht je Konnektor-Standort.		
11.	<p>Pauschale für die Implementierung der Anwendung ePA Stufe 2.0 in die Praxis-IT gem. § 2 Abs. 4c Anlage 11 BMV-Z umfasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> • das Modul ePA Stufe 2.0 inkl. Integration in die Praxis-IT, • Installation des Updates inkl. Schulung sowie • Ausfallzeiten der Vertragszahnarztpraxis aufgrund der Installation des Updates. <p>Der Anspruch auf diese Pauschale besteht je Konnektor-Standort. Die Pauschale kann erstattet werden, sofern die Anwendung ePA Stufe 2.0 im Wirkbetrieb vorgehalten wird.</p>	ab 1. Februar 2022	200,-
12.	<p>Pauschale für die Implementierung der Anwendung E-Rezept in die Praxis-IT gem. § 2 Abs. 4d Anlage 11 BMV-Z umfasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> • das Modul E-Rezept inkl. Integration in die Praxis-IT, • Installation des Updates inkl. Schulung sowie • Ausfallzeiten der Vertragszahnarztpraxis aufgrund der Installation des Updates. <p>Der Anspruch auf diese Pauschale besteht je Konnektor-Standort.</p>	ab 1. Quartal 2021	120,-
13.	Pauschale für mobiles Kartenterminal der Ausbaustufe 2 gem. § 2 Abs. 1 und 3 Anlage 11 BMV-Z	ab 1. Quartal 2019	356,-

**§ 2a
Komponenten-Austausch**

	Inhalte		Höhe der Pauschale in €
1.	<p>Pauschale Komponenten-Austausch gemäß § 2a Abs. 2 Anlage 11 BMV-Z, einmalig je Konnektor-Standort</p> <p>Der Anspruch auf die Pauschale besteht, sofern die Sicherheitszertifikate des auszutauschenden</p>	ab 1. Februar 2022	2.300,-

	Konnektors und der auszutauschenden gSMC-KT jeweils noch maximal sechs Monate gültig sind und die Sicherheitszertifikate in den neu eingesetzten Komponenten eine Restlaufzeit von mindestens vier Jahren ab Installation aufweisen. Da auf die Updatekosten sowie Installationskosten des ePA Stufe 2.0-Konnektors nur ein einmaliger Anspruch besteht, ist beim Konnektoraustausch gegen einen Konnektor derselben Produkttypversion auszutauschen.		
2.	gSMC-KT Austausch-Pauschale gemäß § 2a Abs. 3 Anlage 11 BMV-Z (umfasst neue Smartcard gSMC-KT inkl. Dienstleistung und ggf. Versand) Dieser Anspruch besteht einmalig je stationärem eHealth-Kartenterminal, sofern die Erstattung nicht von Ziffer 1 umfasst ist und das Sicherheitszertifikat der auszutauschenden Smartcard gSMC-KT noch maximal sechs Monate gültig ist.	ab 1. Februar 2022	100,-

**§ 3
Standard-Betriebspaket**

	Inhalte		Höhe der Pauschale in €
1.	Monatliche Betriebskostenpauschale je Konnektor-Standort gem. § 3 Abs. 1 Anlage 11 BMV-Z	ab 3. Quartal 2018	83,-
2.	Zusätzliche monatliche Betriebskostenpauschale je Konnektor-Standort gem. § 3 Abs. 1 Anlage 11 BMV-Z ab Nachweis Vorhalten der NFDM-/eMP-Komponenten gem. § 2 Abs. 4a Anlage 11 BMV-Z	ab 1. Quartal 2020	1,50
		ab 2. Quartal 2022	5,75
3.	Monatliche Betriebskostenpauschale KIM für zwei E-Mail-Adressen je Praxis	ab 3. Quartal 2020	16,-
4.	Zusätzliche monatliche Betriebskostenpauschale je Konnektor-Standort gem. § 3 Abs. 1 Anlage 11 BMV-Z ab Nachweis Vorhalten der ePA-Komponenten gem. § 2 Abs. 4c Anlage 11 BMV-Z	ab 1. Quartal 2021	1,50
		ab 2. Quartal 2022	9,25
5.	Zusätzliche monatliche Betriebskostenpauschale je Konnektor-Standort gem. § 3 Abs. 1 Anlage 11 BMV-Z ab Nachweis Vorhalten der ePA Stufe 2.0 Komponenten gem. § 2 Abs. 4c Anlage 11 BMV-Z Die Pauschale kann erstattet werden, sofern die Anwendung ePA Stufe 2.0 im Wirkbetrieb vorgehalten wird.	ab 1. Februar 2022	1,83

	Inhalte		Höhe der Pauschale in €
6.	Zusätzliche monatliche Betriebskostenpauschale je Konnektor-Standort gem. § 3 Abs. 1 Anlage 11 BMV-Z ab Nachweis Vorhalten der E-Rezept-Komponenten gem. § 2 Abs. 4d Anlage 11 BMV-Z	ab 1. Quartal 2021	0,33
7.	Pauschale für Betriebskosten Smartcard SMC-B, (kumuliert) als Einmalzahlung für 5 Jahre gem. § 2 Abs. 1, § 3 Abs. 1 Satz 6 Anlage 11 BMV-Z bzw. § 2 Abs. 3 Anlage 11 BMV-Z. Die Höhe der Pauschale hängt vom Bestellzeitpunkt der Smartcard SMC-B ab.	ab 1. Quartal 2020	465,-
8.	Pauschale für Betriebskosten Smartcard HBA (hälftig), (kumuliert) als Einmalzahlung für 5 Jahre gem. § 3 Abs. 1 Satz 8, § 2 Abs. 1 Satz 2 Anlage 11 BMV-Z. Anspruch auf diese Pauschale haben Vertragszahnärzte, ermächtigte Zahnärzte und angestellte Zahnärzte i. S. d. § 32b Abs. 1 Zulassungsverordnung Zahnärzte.		233,-

Anlage 11b

Vereinbarung einer Stichprobenprüfung

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

In der Fassung vom 25.04.2018, Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

Zuletzt geändert am 10.12.2018, mit Wirkung ab dem 10.12.2018

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

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

zu Absatz 1 lit. a)

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

zu Absatz 1 lit. b)

- pseudonymisierte Zahnarztnummer,
- formlose Bestätigung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung über das Datum der erstmaligen Nutzung der Telematikinfrastruktur,
- formlose Bestätigung der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung über mindestens 30 Besuchsfälle im Vorjahr bzw. im aktuellen Jahr oder formlose Bestätigung über Abschluss eines Kooperationsvertrages gemäß § 119b Abs. 1 SGB V, welcher den Anforderungen der Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht.

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

Anlage 11c

Vereinbarung Erstausrüstung elektronisches Beantragungs- und Genehmigungsverfahren

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

In der Fassung vom 07.11.2022, Datum des Inkrafttretens: 08.11.2022

Zuletzt geändert am 01.03.2023, mit Wirkung ab dem 01.02.2023

Präambel

¹In Ausgestaltung der Vereinbarung zur Finanzierung der Erstausrüstung für die Implementierung der Anwendung „Elektronisches Beantragungs- und Genehmigungsverfahren“ nach § 87 Abs. 1 Satz 8 SGB V legen die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und der GKV-Spitzenverband in der nachfolgenden Vereinbarung Erstausrüstung elektronisches Beantragungs- und Genehmigungsverfahren das Vorgehen zur einmaligen und anteiligen Finanzierung der Erstausrüstung der Zahnarztpraxen mit den Modulen für das elektronische Beantragungs- und Genehmigungsverfahren (EBZ) durch die gesetzliche Krankenversicherung fest. ²Zuschussfähig sind dabei die Kosten, die den Zahnarztpraxen und Einrichtungen im Zusammenhang mit der Anschaffung und Nutzung der in § 2 benannten EBZ-Module entstehen. ³Die daraus resultierenden Ausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung dürfen insgesamt einen Betrag von einmalig 25 Mio. Euro nicht überschreiten.

§ 1

Zuschussfähige Kosten

¹Für die Anschaffung und Nutzung der EBZ-Module im Zusammenhang mit dem erforderlichen Praxisverwaltungssystem erhalten anspruchsberechtigte Zahnarztpraxen und Einrichtungen auf Antrag bei der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung einmalig eine festgelegte Pauschale gem. § 2 für benötigte Module der Leistungsbereiche ZE, KFO, PAR und KG/KB. ²Anspruchsberechtigt sind Zahnarztpraxen und Einrichtungen, die bis spätestens zum 31.12.2022 die von ihnen benötigten Module gem. § 3 Abs. 1 gegenüber ihrer Kassenzahnärztlichen Vereinigung gemeldet haben und zu diesem Stichtag an der vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmen. ³Die Pauschale wird nur gezahlt, wenn das für die Nutzung der EBZ-Module erforderliche Praxisverwaltungssystem das Eignungsfeststellungsverfahren der KZBV gem. § 17 Abs. 1 Satz 3 und 4 i. V. m. § 16 der Anlage 15 zum BMV-Z durchlaufen hat. ⁴Die jeweilige Pauschale kann je Praxis bzw. Einrichtung und benötigten Leistungsbereichs nur einmal beansprucht werden; maßgebend ist insoweit die Abrechnungsnummer. ⁵Ändert sich die Abrechnungsnummer aufgrund von Änderungen der Gesellschaftsform, der personellen Zusammensetzung oder der Anschrift der Praxis, ist dies nicht als eine andere anspruchsberechtigte Praxis oder Nachzüglerpraxis im Sinne dieser Vereinbarung anzusehen und eine weitere oder erneute Auszahlung der Pauschalen ist ausgeschlossen; der Anspruch auf weitere Pauschalen ist auch ausgeschlossen, wenn sich aufgrund personeller Veränderungen oder aus sonstigen Gründen das Leistungsspektrum der Praxis verändert und nach Ablauf der Meldefrist gem. § 3 Abs. 1 Satz 2 weitere benötigte Module angezeigt werden.

§ 2

Höhe der Pauschale je EBZ-Modul

¹Unter Berücksichtigung des einmalig zur Verfügung stehenden Höchstbetrags, der Anzahl der Praxen mit Abrechnungen in den Leistungsbereichen ZE, KFO, PAR und KG/KB, einer Gewichtung der Modulkosten für die einzelnen Leistungsbereiche sowie mit Blick auf die Regelung des § 4 werden dem Grunde nach die folgenden Pauschalen je EBZ-Modul vereinbart:

BEMA-Teil	Pauschale in €*
ZE	417,00
KFO	348,00
PAR	185,00
KG/KB	92,00

²§ 3 Abs. 4 und § 4 Abs. 1 Satz 1 sind zu beachten.

§ 3

Ablaufplan

- (1) ¹Jede Kassenzahnärztliche Vereinigung informiert die Zahnarztpraxen und Einrichtungen über das grundsätzliche Bestehen eines Anspruchs auf die einmalige Zahlung einer Pauschale für jedes in das PVS integrierte EBZ-Modul für die Anwendung des elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. ²Die Zahnarztpraxen und Einrichtungen teilen ihrer zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung spätestens bis zum 31.12.2022 unter Verwendung des Meldebogens gem. Anhang 1 die benötigten EBZ-Module mit.
- (2) ¹Jede Kassenzahnärztliche Vereinigung übermittelt für ihren Bereich bis zum 31.01.2023 eine Gesamtrechnung in elektronischer Form über die geforderte Bezuschussung von EBZ-Modulen unter Angabe der Gesamtzahl der Zahnarztpraxen und Einrichtungen, der Anzahl der im KZV-Bereich je Leistungsbereich benötigten EBZ-Module und des Gesamtrechnungsbetrags über die KZBV an den GKV-Spitzenverband unter Verwendung des Musters gemäß Anhang 2. ²Die Kassenzahnärztliche Vereinigung hat die Möglichkeit, eventuell erforderliche Korrekturen innerhalb von 10 Tagen nachzureichen. ³Nach Eingang der Gesamtrechnungen von allen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermittelt die KZBV diese spätestens bis zum 15.02.2023 an den GKV-Spitzenverband.
- (3) Der GKV-Spitzenverband überweist den Rechnungsbetrag nach Maßgabe von Abs. 4 an die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung nach vollständigem Eingang der von den Krankenkassen erhobenen Umlage, spätestens bis zum 31.03.2023.
- (4) ¹Bei der Verteilung des von den Krankenkassen zur Verfügung zu stellenden Gesamtbetrags von 25 Mio. Euro an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen wird ein Teilbetrag für Nachzüglerpraxen (§ 4) i. H. v. 369.956* Euro einbehalten. ²Überschreiten oder unterschreiten die Rechnungsbeträge aller Kassenzahnärztlichen Vereinigungen insgesamt den Betrag von 24.630.044* Mio. Euro, werden die in § 2 genannten Pauschalen sowie die von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermittelten Rechnungsbeträge entsprechend anteilig angepasst und die Pauschalen in einer Nachtragsvereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung neu festgelegt.

* s. Nachtragsvereinbarung gem. § 3 Abs. 4 Satz 2 Anlage 11c BMV-Z (40. Änderungsvereinbarung zum BMV-Z)

- (5) ¹Die Auszahlung durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung an die Zahnarztpraxen und Einrichtungen erfolgt möglichst im Zuge der zeitlich auf die Erstattung des GKV-Spitzenverbands an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen folgenden Abrechnung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung gegenüber den Zahnarztpraxen und Einrichtungen. ²Die übrigen Auszahlungsmodalitäten bestimmt die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung in eigener Zuständigkeit.

§ 4 Nachzügler

- (1) ¹Aus dem einbehaltenen Betrag von 300.000 Euro nach § 3 Abs. 4 Satz 1 erhalten Nachzüglerpraxen einmalig eine Pauschale für jedes in das PVS integrierte EBZ-Modul in Höhe der nach den §§ 2 und 3 Abs. 4 Satz 2 für Bestandspraxen ermittelten Pauschalen. ²Nachzüglerpraxen im Sinne dieser Vereinbarung sind nach dem 31.12.2022 und spätestens bis zum 31.12.2023 erstmalig neu in die Versorgung eintretende vertragszahnärztliche Praxen und Einrichtungen, die im Rahmen der Meldungen nach § 3 Abs. 1 noch nicht berücksichtigt werden konnten. ³Überschreiten die Rechnungsbeträge aller Kassenzahnärztlichen Vereinigungen für Nachzüglerpraxen insgesamt den Betrag von 300.000 Euro, werden die Pauschalen nach Satz 1 sowie die von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermittelten Rechnungsbeträge entsprechend anteilig angepasst und die Pauschalen für Nachzüglerpraxen in einer Nachtragsvereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung neu festgelegt.
- (2) ¹Jede Kassenzahnärztliche Vereinigung übermittelt für ihren Bereich bis zum 15.01.2024 eine Gesamtrechnung unter Angabe der Gesamtzahl der Zahnarztpraxen und Einrichtungen, der Anzahl der Nachzüglerpraxen, die Anzahl der im KZV-Bereich je Leistungsbereich benötigten EBZ-Module und des Gesamtrechnungsbetrags über die KZBV an den GKV-Spitzenverband unter Verwendung des Musters gemäß Anhang 3. ²Die Kassenzahnärztliche Vereinigung hat die Möglichkeit, eventuell erforderliche Korrekturen innerhalb von 10 Tagen nachzureichen. ³Nach Eingang der Gesamtrechnungen von allen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermittelt die KZBV diese spätestens bis zum 31.01.2024 an den GKV-Spitzenverband.
- (3) Der GKV-Spitzenverband überweist den Rechnungsbetrag nach Maßgabe von Abs. 1 an die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung nach vollständigem Eingang der von den Krankenkassen erhobenen Umlage, spätestens bis zum 15.03.2024
- (4) ¹Die Auszahlung durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung an die Zahnarztpraxen und Einrichtungen erfolgt möglichst im Zuge der zeitlich auf die Erstattung des GKV-Spitzenverbands an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen folgenden Abrechnung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung gegenüber der Zahnarztpraxen und Einrichtungen. ²Die übrigen Auszahlungsmodalitäten bestimmt die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung in eigener Zuständigkeit.

Anhang 1

Meldebogen
über die benötigten Antragsmodule für die Anwendung
„Elektronisches Beantragungs- und Genehmigungsverfahren“
(EBZ)

gemäß § 87 Abs. 1 Satz 8 ff. SGB V

- Rückmeldung bis spätestens 31.12.2022 an [...] -

Name der Zahnarztpraxis*/der Zahnärztin/des Zahnarztes:

Abrechnungsnummer:

KIM-Mail-Adresse der Zahnarztpraxis (z. B. praxismueller@praxis.kim.telematik):

Hiermit erkläre ich, dass ich für einen pflichtgemäßen Gebrauch des EBZ folgende Antragsmodule für mein Praxisverwaltungssystem benötige:

- Bitte ankreuzen -

- BEMA-Teil 5 (Zahnersatz)
- BEMA-Teil 3 (Kieferorthopädie)
- BEMA-Teil 4 (Parodontologie**)
- BEMA-Teil 2 (Kiefergelenkserkrankungen/Kieferbruch)
- Keine (Begründung angeben)

Mir ist bekannt, dass ein Versäumen der genannten Rückmeldefrist den Verlust etwaiger Ansprüche auf Zuschüsse zur Finanzierung der oben genannten PVS-Module zur Folge hat.

Datum: _____

Unterschrift: _____

**Offizielle Bezeichnung der Praxis, die im Rahmen der Abrechnung verwendet wird. Angabe könnte durch Anmeldung im Portal ersetzt werden.*

***Noch bis voraussichtlich zum 31.12.2022 im Testverfahren, was ggf. Einfluss auf die Bestellbarkeit haben könnte.*

Anhang 2

Gesamtrechnung über die Finanzierung von EBZ-Modulen

(Bestandspraxen i. S. v. § 3 für den Leistungszeitraum 2022)

Name und Anschrift der Kassenzahnärztlichen Vereinigung:

Name der Bank:

IBAN:

Verwendungszweck: „Abrechnung Zuschuss EBZ-Module 2022“

Zahlungsziel: 31.03.2023

Anzahl der insgesamt an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Praxen und Einrichtungen im KZV-Bereich*: _____

Anzahl der vertragszahnärztlichen Praxen und Einrichtungen im KZV-Bereich, die gegenüber der KZV eine Meldung über benötigte Module abgegeben haben: _____

	Module	Betrag in €	Anzahl	Gesamtbetrag in €
1.	ZE	417,00		
2.	KFO	348,00		
3.	PAR	185,00		
4.	KBR	92,00		
Gesamtsumme				

Alle angegebenen Daten und Beträge sind als endgültig zu betrachten und für die verbindliche Weitergabe an den GKV-Spitzenverband bestimmt.

Ort, Datum:

Unterschrift:

* Maßgebend ist die Vergabe einer eigenständigen Abrechnungsnummer

Anhang 3

Gesamtrechnung über die Finanzierung von EBZ-Modulen

(Nachzüglerpraxen i. S. v. § 4 für den Leistungszeitraum 2023)

Name und Anschrift der Kassenzahnärztlichen Vereinigung:

Name der Bank:

IBAN:

Verwendungszweck: „Abrechnung Zuschuss EBZ-Module Nachzügler 2023“

Zahlungsziel: 15.03.2024

Anzahl der insgesamt an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Praxen und Einrichtungen im KZV-Bereich*: _____

Anzahl der Nachzüglerpraxen im KZV-Bereich: _____

Anzahl der Nachzüglerpraxen im KZV-Bereich, die gegenüber der KZV eine Meldung über benötigte Module abgegeben haben: _____

	Module	Betrag in € (gem. § 4)	Anzahl	Gesamtbetrag in €
1.	ZE			
2.	KFO			
3.	PAR			
4.	KBR			
Gesamtsumme				

Ort, Datum:

Unterschrift:

* Maßgebend ist die Vergabe einer eigenständigen Abrechnungsnummer

Anlage 11d

Sondervereinbarung im Zusammenhang mit der Grundsatzfinanzierungsvereinbarung und der Pauschalen-Vereinbarung

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

In der Fassung vom 24.08.2018, Datum des Inkrafttretens: 01.10.2018

Zuletzt geändert am 02.06.2022, mit Wirkung ab dem 01.04.2022

§ 1

Nachfinanzierung stationäre Kartenterminals

¹Die Vertragspartner sind sich einig, dass zur Beseitigung der technischen Störung stationärer Kartenterminals im Zusammenhang mit der statischen Entladung elektronischer Gesundheitskarten für die bis zum 30.09.2022 an die Telematikinfrastruktur angeschlossenen Praxen eine Nachfinanzierung als Pauschalbetrag je Anzahl der stationären eHealth-Kartenterminals des Herstellers Ingenico (Worldline Healthcare GmbH) gem. § 2 Abs. 2 Anlage 11 BMV-Z erfolgt. ²Für die Standorte mit 1 - 3 Zahnärzten beträgt diese Nachfinanzierung pauschal 35,46 EUR brutto, für die Standorte mit 4 - 6 Zahnärzten pauschal 66,28 EUR brutto und für Standorte mit 7 und mehr Zahnärzten pauschal 97,10 EUR brutto. ³Maßgebend ist die Größe der Vertragszahnarztpraxis zum 01.04.2022; sofern Praxisneugründungen oder -strukturveränderungen in dem Zeitraum vom 02.04.2022 bis zum 30.09.2022 erfolgen, ist die Größe der Vertragszahnarztpraxis am Tag dieses Ereignisses maßgebend. ⁴Für stationäre eHealth-Kartenterminals, die auf Grundlage von § 2 Abs. 2a Anlage 11 BMV-Z finanziert werden, erfolgt keine Nachfinanzierung.

§ 2

Abwicklung

§ 6 Anlage 11 BMV-Z gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung nach § 1 den bis 30.09.2022 an die Telematikinfrastruktur angeschlossenen Praxen die Beträge für die Kartenterminalaufsätze auf formlosen Antrag erstattet.

§ 3

Inkrafttreten

Die Vereinbarung tritt am 01.04.2022 in Kraft.

Anlage 12

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

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

In der Fassung vom 06.11.2019, Datum des Inkrafttretens: 07.11.2019

Zuletzt geändert am 29.09.2020, mit Wirkung ab dem 30.09.2020

Präambel

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

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

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

§ 1

Kooperationsverträge mit stationären Pflegeeinrichtungen

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

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

²In dem Kooperationsvertrag nach § 119b Abs. 1 SGB V ist verbindlich zu regeln, dass die Vertragspartner auch im Rahmen dieses Vertrags weder ein Entgelt noch sonstige wirtschaftliche Vorteile für die Zuweisung von Versicherten im Sinne der §§ 73 Abs. 7 sowie 128 Abs. 2 Satz 3 SGB V versprechen oder gewähren dürfen.

³Des Weiteren kann der Kooperationsvertrag die folgenden Inhalte umfassen:

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

§ 2

Qualitäts- und Versorgungsziele

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

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

§ 3

Kooperationsregeln

- (1) ¹Der Kooperationszahnarzt unterstützt durch Wahrnehmung seiner Aufgaben nach § 4 die stationäre Pflegeeinrichtung bei der Wahrnehmung der ihr obliegenden Aufgaben hinsicht-

lich der Mundgesundheit der Pflegebedürftigen. ²Im Hinblick auf die Erfüllung dieser Aufgaben nimmt die Pflegeeinrichtung die Informationen des Kooperationszahnarztes insbesondere über Maßnahmen zum Erhalt der Mundgesundheit zur Kenntnis (§ 4 Abs. 1 Ziffer 3). ³Des Weiteren nimmt das Personal der Pflegeeinrichtung je nach den Gegebenheiten an der (ggf. praktischen) Anleitung durch den Kooperationszahnarzt (§ 4 Abs. 1 Ziffer 4) teil und setzt dessen Vorschläge für Maßnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung der Mundgesundheit sowie Hinweise zu Besonderheiten der Zahnpflege und zu Pflege/Handhabung des Zahnersatzes um.

- (2) ¹Die Pflegeeinrichtung informiert den Kooperationszahnarzt zeitnah über Bewohner, die eine Betreuung durch den Kooperationszahnarzt wünschen. ²Bei neu aufgenommenen Bewohnern geschieht dies nach Möglichkeit innerhalb von vier Wochen.
- (3) ¹Die Pflegeeinrichtung ermöglicht durch Schaffen geeigneter Rahmenbedingungen eine regelmäßige Betreuung der Pflegebedürftigen durch den Kooperationszahnarzt. ²Hierzu zählt, dass dem Kooperationszahnarzt konkrete Ansprechpartner in der Pflegeeinrichtung benannt werden, und dass er für die Durchführung der Besuche in geeigneter Form Zugang zu den Räumlichkeiten erhält.
- (4) Die Pflegeeinrichtung gewährt dem Kooperationszahnarzt unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen und nur insoweit es der Kooperationszahnarzt für die Beurteilung eventueller Behandlungsrisiken und des Behandlungserfolgs für erforderlich hält Einsicht in die medizinischen Unterlagen der Pflegebedürftigen und stellt die Kontaktdaten der den jeweiligen Pflegebedürftigen behandelnden Ärzte und Zahnärzte zur Verfügung.

§ 4

Aufgaben des Kooperationszahnarztes

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

Diagnostik

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

Präventionsmaßnahmen, weitere Maßnahmen und zahnärztliche Fortbildung

3. Bis zu zweimal jährlich: Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan, dabei Beurteilung des Pflegezustands der Zähne, des Zahnfleisches, der Mundschleimhaut sowie des Zahnersatzes, Angabe der gegenüber dem Versicherten und ggf. der Pflegepersonen zur Anwendung empfohlenen Maßnahmen und Mittel zur Förderung der Mundgesundheit einschließlich der täglichen Mund- und Prothesenhygiene, der Fluoridanwendung, der zahngesunden Ernährung (insbesondere des verringerten Konsums zuckerhaltiger Speisen und Getränke) sowie der Verhinderung bzw. Linderung von Mundtrockenheit/Xerostomie, Angabe der empfohlenen Durchführungs- bzw. Anwendungsfrequenz dieser Maßnahmen und Mittel, Angabe, ob die Maßnahmen von dem Versicherten selbst, mit Unterstützung durch die Pflegeperson oder vollständig durch diese durchzuführen sind, Angaben zur Notwendigkeit von Rücksprachen mit weiteren an der Behandlung Beteiligten sowie zum vorgesehenen Ort der Behandlung. Bei der Erstellung des Plans werden Angaben des Versicherten und ggf. der Pflegepersonen

berücksichtigt. Der Mundgesundheitsstatus und der individuelle Mundgesundheitsplan werden in den Vordruck nach Anlage 2 (Vordruck 10 der Anlage 14a zum BMV-Z) eingetragen. Pflegepersonen können diesen mit Zustimmung des Versicherten als Informationsquelle sowie als Anlage zum Pflegeplan nutzen.

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

Information, Kooperation und Koordination

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

Therapie

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

aus dem Kooperationsvertrag erwachsenden speziellen diagnostischen und therapeutischen Aufgabenstellungen zu absolvieren.

§ 5

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

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

§ 6

Berichterstattung

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

§ 7

Anforderungen an den Datenaustausch

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

der Gesellschaft für Telematik sowie die Festlegungen nach § 291b Abs. 1 SGB V zur Gewährleistung der semantischen und syntaktischen Interoperabilität einzuhalten.

§ 8

Inkrafttreten, Kündigung, salvatorische Klausel

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

Anlage 1: Berichtsbogen (Vertragszahnärzte an KZV):

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

Abr.-Nr. Kooperationszahnarzt

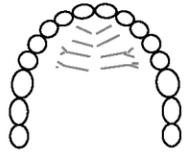
Pflegeeinrichtung (Name, Ort)

Berichtsjahr

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

Ort, Datum, Unterschrift Zahnarzt

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

Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen <small>(auch als Beitrag zum Pflegeplan sowie für die vertragszahnärztliche Dokumentation)</small>		
Vorname, Nachname	Ausgehändigt an	Datum der Untersuchung
Status Befund/Versorgung Oberkiefer rechts links Totalprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> <hr/> Beläge rechts <input type="checkbox"/> Beläge links <input type="checkbox"/>  Unterkiefer Totalprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> <hr/> Beläge rechts <input type="checkbox"/> rechts links Beläge links <input type="checkbox"/> rechts links <i>Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein</i> 	Mundgesundheitsplan Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege Keine <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Vollständig <input type="checkbox"/> Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen* Zähne reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Bürste Hand <input type="checkbox"/> Bürste elektrisch <input type="checkbox"/> Dreikopfbürste <input type="checkbox"/> Fluoridzahnpaste (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Fluoridgel (1-mal je Woche) <input type="checkbox"/> Zahnzwischenräume reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Mundschleimhaut reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Zunge reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Speichelfluss fördern <input type="checkbox"/> Spüllösung _____ -mal am Tag Ernährung _____ Sonstiges _____	Koordination Rücksprache Zahnarzt erforderlich mit Patient <input type="checkbox"/> Rechtl. Betreuer <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Pflege-/Unterstützungspers. <input type="checkbox"/> Anderer Zahnarzt <input type="checkbox"/> Apotheker <input type="checkbox"/> Sonstige _____ Wo soll Behandlung erfolgen Zahnarztpraxis _____ <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung _____ <input type="checkbox"/> Andernorts _____ Behandlung in Narkose <input type="checkbox"/> Krankenfahrt/-transport erforderlich <input type="checkbox"/> Behandlungseinwilligung ist erfolgt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Besonderheiten/Anmerkungen _____ _____ _____ _____ Unterschrift Zahnarzt _____
Zustand Pflege Zähne 😊 😐 😞 <hr/> Schleimhaut/ Zunge/Zahnfleisch 😊 😐 😞 <hr/> Zahnersatz 😊 😐 😞	Behandlungsbedarf Füllung <input type="checkbox"/> Zahnfleisch/Mundschleimhaut <input type="checkbox"/> Zahntfernung <input type="checkbox"/> Zahnersatz <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ <input type="checkbox"/>	

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

Muster

Anlage 13

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,
- Fällen, in denen besondere Umstände (z. B. Bruxismus oder Vorerkrankungen) vorliegen, die der Zahnarzt auf dem Krankenblatt festhält.

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

2. Zahnersatz

Die Antragsfrist bei dem Prothetik-Einigungsausschuss bzw. der zuständigen Stelle beträgt 24² Monate. Diese klären die Verschuldensfrage im Einzelfall."

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

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

¹ [Stand 2018:] § 136a Abs. 4 Satz 5 SGB V

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

³ Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004

Anlage 14a

Formulare für die vertragszahnärztliche Versorgung, Stand 11.10.2022

Formulare aus dem vertragszahnärztlichen Bereich

- Vordruck 1** - Leistungsnachweis gem. § 16 Absatz 3a SGB V bei Ruhen der Ansprüche
- Vordruck 2** - Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch
- Vordruck 3a** - Heil- und Kostenplan Teil 1
- Vordruck 3b** - Heil- und Kostenplan Teil 2
- Vordruck 3c** - Patienteninformation Regelversorgung
- Vordruck 3d** - Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung
- Vordruck 3e** - Direktabrechnung Zahnersatz
- Vordruck 4a** - KFO-Behandlungsplan
- Vordruck 4b** - Mitteilung an den Patienten nach § 29 Absatz 1 SGB V
- Vordruck 4c** - Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung
- Vordruck 5a** - Parodontalstatus Blatt 1
- Vordruck 5b** - Parodontalstatus Blatt 2
- Vordruck 5c** - Mitteilung über eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen)
- Vordruck 5d - Verlängerung UPT (nicht besetzt)
- Vordruck 5e** - Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V
- Vordruck 6a** - Auftrag zur Begutachtung
- Vordruck 6b** - Ergebnis Begutachtung (KB/KG, PAR, ZE)
- Vordruck 6c** - Ergebnis Begutachtung (KFO)
- Vordruck 6d** - Abrechnung Begutachtung
- Vordruck 7** - Auftrag zur Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)
- Vordruck 8** - Bonusheft
- Vordruck 9** - Zahnärztliche Heilmitteilverordnung
- Vordruck 10** - Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen
- Vordruck 11** - Ergebnisse Parodontaler Screening-Index (PSI)

Formulare aus dem vertragsärztlichen Bereich

- Vordruck e01** - Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
- Muster 1** - Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
- Muster 2** - Verordnung von Krankenhausbehandlung
- Muster 4** - Verordnung einer Krankenförderung
- Muster 16** - Arzneiverordnungsblatt

Muster 21 - Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

Vordruck 3b: Heil- und Kostenplan Teil 2

Gültig ab 01.10.2020

Heil- und Kostenplan Teil 2

Name des Patienten

Zahnarztpraxis

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				

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 der Höhe des 100%igen Festzuschusses.

Festzuschuss 100% EUR _____

abzüglich von der Kasse festgesetzte Festzuschüsse EUR _____

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

Vordr. 3b (Z312/1 10.2020) schütz./BUCK, Tel. (0511) 32 93 44; www.schutzdruck.de

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 3c: Patienteninformation Regelversorgung

Gültig ab 01.01.2022 für Pilotpraxen und ab 01.07.2022 für alle Praxen

Seite 2

*Erläuterungen zu den im Zahnschema verwendeten Kürzeln

Befund:

a	-	Adhäsivbrücke (Anker)	sew	-	ersetzt, aber erneuerungsbedürftiger Zahn einer Implantatgetragenen (Teil-)Prothese
ab	-	Adhäsivbrücke (Brückenglied)	sk	-	Implantatgetragene Intakte Krone
abw	-	erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Brückenglied)	skw	-	erneuerungsbedürftige Implantatgetragene Krone
aw	-	erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Anker)	so	-	Implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit ersetztem Zahn
b	-	Brückenglied	sow	-	erneuerungsbedürftiges Implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit erneuerungsbedürftigem ersetztem Zahn
bw	-	erneuerungsbedürftiges Brückenglied	st	-	Implantatgetragene Teleskopkrone
e	-	ersetzt Zahn	stw	-	erneuerungsbedürftige Implantatgetragene Teleskopkrone
ew	-	ersetzt, aber erneuerungsbedürftiger Zahn	t	-	Teleskopkrone
f	-	fehlender Zahn	t2w	-	erneuerungsbedürftiges Sekundärteil einer Teleskopkrone
ix	-	zu entfernendes Implantat	tw	-	erneuerungsbedürftige Teleskopkrone
k	-	klinisch Intakte Krone	ur	-	unzureichende Retention
kw	-	erneuerungsbedürftige Krone	ww	-	erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung
pw	-	erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten	x	-	nicht erhaltungswürdiger Zahn
pkw	-	erneuerungsbedürftige Teilkkrone	X	-	Lückenschluss
r	-	Wurzelstiftkappe mit ersetztem Zahn			
rw	-	erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe mit erneuerungsbedürftigem ersetztem Zahn			
sb	-	Implantatgetragenes Brückenglied			
sbw	-	erneuerungsbedürftiges Implantatgetragenes Brückenglied			
se	-	ersetzt Zahn einer Implantatgetragenen (Teil-)Prothese			

Behandlungsplanung:

A	-	Adhäsivbrücke (Anker)	SBV	-	Implantatgetragenes Brückenglied mit vestibulärer Verbindung
ABM	-	Adhäsivbrücke (Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet)	SE	-	zu ersetzender Zahn einer Implantatgetragenen (Teil-)Prothese
ABV	-	Adhäsivbrücke (Brückenglied mit vestibulärer Verbindung)	SK	-	Implantatgetragene Krone
B	-	Brückenglied	SKM	-	Implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone
BM	-	Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet	SKMO	-	Implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone mit Geschlebe
BV	-	Brückenglied mit vestibulärer Verbindung	SKO	-	Implantatgetragene Krone mit Geschlebe
E	-	zu ersetzender Zahn	SKV	-	Implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verbindung
H	-	gegossene Halte- und Stützvorrichtung	SKVO	-	Implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verbindung und Geschlebe
K	-	Krone	SO	-	Implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit zu ersetzendem Zahn
KH	-	Krone mit Halteelement	ST	-	Implantatgetragene Teleskopkrone
KM	-	Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet	STM	-	Implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Teleskopkrone
KMH	-	Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet mit Halteelement	STV	-	Implantatgetragene Teleskopkrone mit vestibulärer Verbindung
KMO	-	Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet mit Geschlebe	T	-	Teleskopkrone
KO	-	Krone mit Geschlebe	TM	-	Teleskopkrone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
KV	-	Krone mit vestibulärer Verbindung	T2	-	Sekundärteil einer Teleskopkrone
KVH	-	Krone mit vestibulärer Verbindung und Halteelement	T2M	-	Sekundärteil einer Teleskopkrone, vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
KVO	-	Krone mit vestibulärer Verbindung und Geschlebe	T2V	-	Sekundärteil einer Teleskopkrone mit vestibulärer Verbindung
PK	-	Teilkkrone	TV	-	Teleskopkrone mit vestibulärer Verbindung
PKM	-	Teilkkrone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet			
PKV	-	Teilkkrone mit vestibulärer Verbindung			
R	-	Wurzelstiftkappe mit zu ersetzendem Zahn			
SB	-	Implantatgetragenes Brückenglied			
SBM	-	Implantatgetragenes vollkeramisches oder keramisch vollverblendetes Brückenglied			

Muster

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 3d: Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung

Gültig ab 01.01.2022 für Pilotpraxen und ab 01.07.2022 für alle Praxen

Seite 1

Patienteninformation zum Zahnersatz

Planung und Kosten der gewünschten, von der Regelversorgung abweichenden Behandlung

I. Versicherter

Name, Vorname _____
 Versichertennummer _____
 Geburtsdatum _____
 Name der Krankenkasse _____
 Antragsnummer _____

II. Befund (B), Regelversorgung (R), Therapieplanung (TP)*

TP																	
R																	
B																	
	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	
B																	
R																	
TP																	

III. Voraussichtliche Kosten

Für die gewünschte, von der Regelversorgung abweichende Behandlung

Zahn/ Gebiet	GOZ-Nr.	Leistungsbeschreibung	Anzahl	Betrag EUR
<p style="color: red; font-size: 1.2em; transform: rotate(-15deg);">Tabelle GOZ-Leistungen nach Bedarf verlängerbar</p>				

Zahnärztliches Honorar BEMA: _____ (EUR)
 Zahnärztliches Honorar GOZ (geschätzt): _____ (EUR)
 Material und Laborkosten (geschätzt): _____ (EUR)
 Behandlungskosten insgesamt (geschätzt): _____ (EUR)
 Abzüglich des voraussichtlichen Festzuschussbetrages
 (___ % Festzuschuss): _____ (EUR)
 Ihr voraussichtlicher Eigenanteil: _____ (EUR)

Muster

1

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 3d: Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung

Gültig ab 01.01.2022 für Pilotpraxen und ab 01.07.2022 für alle Praxen

Seite 2

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.

(Datum, Unterschrift der Zahnärztin / des Zahnarztes)

IV. Erklärung der/des Versicherten:

Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kosten der Regelversorgung und der davon abweichenden Behandlungsalternativen sowie über den voraussichtlichen Herstellungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsland des Zahnersatzes _____ aufgeklärt worden und wünsche die Behandlung entsprechend der Kostenaufstellung zu III.

(Datum, Unterschrift der/des Versicherten)

Die Beantragung der Behandlung gegenüber der Krankenkasse erfolgt elektronisch.

V. Information über die Kosten der Regelversorgung:

Die Kosten für eine dem Befund entsprechende Regelversorgung liegen voraussichtlich in Höhe des 100%igen Festzuschusses.

Festzuschuss 100% EUR _____

Abzüglich von der Kasse festgesetzte Festzuschüsse EUR _____

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

Muster

Vordruck 3d: Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung

Gültig ab 01.01.2022 für Pilotpraxen und ab 01.07.2022 für alle Praxen

Seite 3

***Erläuterungen zu den im Zahnschema verwendeten Kürzeln**

Befund:

a	- Adhäsivbrücke (Anker)	sew	- ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn einer Implantatgetragenen (Teil-)Prothese
ab	- Adhäsivbrücke (Brückenglied)	sk	- Implantatgetragene intakte Krone
abw	- erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Brückenglied)	skw	- erneuerungsbedürftige Implantatgetragene Krone
aw	- erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Anker)	so	- Implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit ersetztem Zahn
b	- Brückenglied	sow	- erneuerungsbedürftiges Implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit erneuerungsbedürftigem ersetztem Zahn
bw	- erneuerungsbedürftiges Brückenglied	st	- Implantatgetragene Teleskopkrone
e	- ersetzter Zahn	stw	- erneuerungsbedürftige Implantatgetragene Teleskopkrone
ew	- ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn	t	- Teleskopkrone
f	- fehlender Zahn	t2w	- erneuerungsbedürftiges Sekundärteil einer Teleskopkrone
ix	- zu entfernendes Implantat	tw	- erneuerungsbedürftige Teleskopkrone
k	- klinisch intakte Krone	ur	- unzureichende Retention
kw	- erneuerungsbedürftige Krone	ww	- erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung
pw	- erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten	x	- nicht erhaltungswürdiger Zahn
pkw	- erneuerungsbedürftige Teilkronen	X	- Lückenschluss
r	- Wurzelstiftkappe mit ersetztem Zahn		
rw	- erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe mit erneuerungsbedürftigem ersetztem Zahn		
sb	- Implantatgetragenes Brückenglied		
sbw	- erneuerungsbedürftiges Implantatgetragenes Brückenglied		
se	- ersetzter Zahn einer Implantatgetragenen (Teil-)Prothese		

Behandlungsplanung:

A	- Adhäsivbrücke (Anker)	SBV	- Implantatgetragenes Brückenglied mit vestibulärer Verbindung
ABM	- Adhäsivbrücke (Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverbunden)	SE	- zu ersetzender Zahn einer Implantatgetragenen (Teil-)Prothese
ABV	- Adhäsivbrücke (Brückenglied mit vestibulärer Verbindung)	SK	- Implantatgetragene Krone
B	- Brückenglied	SKM	- Implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverbundene Krone
BM	- Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverbunden	SKMO	- Implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverbundene Krone mit Geschiebe
BV	- Brückenglied mit vestibulärer Verbindung	SKO	- Implantatgetragene Krone mit Geschiebe
E	- zu ersetzender Zahn	SKV	- Implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verbindung
H	- gegossene Halte- und Stützvorrichtung	SKVO	- Implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verbindung und Geschiebe
K	- Krone	SO	- Implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit zu ersetztem Zahn
KH	- Krone mit Halteelement	ST	- Implantatgetragene Teleskopkrone
KM	- Krone vollkeramisch oder keramisch vollverbunden	STM	- Implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverbundene Teleskopkrone
KMH	- Krone vollkeramisch oder keramisch vollverbunden mit Halteelement	STV	- Implantatgetragene Teleskopkrone mit vestibulärer Verbindung
KMO	- Krone vollkeramisch oder keramisch vollverbunden mit Geschiebe	T	- Teleskopkrone
KO	- Krone mit Geschiebe	TM	- Teleskopkrone vollkeramisch oder keramisch vollverbunden
KV	- Krone mit vestibulärer Verbindung	T2	- Sekundärteil einer Teleskopkrone
KVH	- Krone mit vestibulärer Verbindung und Halteelement	T2M	- Sekundärteil einer Teleskopkrone, vollkeramisch oder keramisch vollverbunden
KVO	- Krone mit vestibulärer Verbindung und Geschiebe	T2V	- Sekundärteil einer Teleskopkrone mit vestibulärer Verbindung
PK	- Teilkronen	TV	- Teleskopkrone mit vestibulärer Verbindung
PKM	- Teilkronen vollkeramisch oder keramisch vollverbunden		
PKV	- Teilkronen mit vestibulärer Verbindung		
R	- Wurzelstiftkappe mit zu ersetztem Zahn		
SB	- Implantatgetragenes Brückenglied		
SBM	- Implantatgetragenes vollkeramisches oder keramisch vollverbundenes Brückenglied		

Muster

3

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 3e: Direktabrechnung Zahnersatz

Gültig ab 01.01.2022 für Pilotpraxen und ab 01.07.2022 für alle Praxen

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

Kostenträgerbezeichnung

Abrechnung-Nr.

Versicherungs-Nr.

Zahnarzt-Nr. Datum

Personalienfeld
nach Vorgabe der
Anlage 14b BMV-Z

Direktabrechnung Zahnersatz

Hinweis an den Versicherten:
Bitte reichen Sie dieses Formular bei Ihrer Krankenkasse zwecks Auszahlung der Festzuschüsse ein.

TP																			
R																			
B																			
	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			
B																			
R																			
TP																			

Antragsnummer	
Genehmigungsdatum	

Nachträgliche Befunde Befund-Nr.	Zahn/Gebiet	Anzahl

Rechnungsbeträge	Euro
ZA-Honorar BEMA	
ZA-Honorar zusätzliche Leistungen BEMA	
ZA-Honorar GOZ	
Material- und Laborkosten (gewerblich)	
Material- und Laborkosten (Praxis)	
Versandkosten Praxis	
Gesamtsumme	
Festzuschuss Krankenkasse	
Versichertenanteil	

Eingliederungsdatum	T	T	M	M	J	J
Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes						

Datum, Unterschrift und Stempel
des Zahnarztes

Muster

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 4a: KFO-Behandlungsplan

Gültig ab 01.07.2018

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Vertragszahnarzt-Nr.</td> <td style="text-align: right;">Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Vertragszahnarzt-Nr.		Datum	<div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> KFO-Behandlungsplan </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> KFO-Therapieänderung </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> KFO-Verlängerungsantrag <small>Behandlungsbeginn Quartal Beginn der Verlängerung Quartal Voraussichtliche Dauer Quartale</small> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 30%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 30%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 30%;"></div> </div> </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> KIG-Einstufung </div>																																																								
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																																																					
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																																																																			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																																																			
Vertragszahnarzt-Nr.		Datum																																																																			
<p>Anamnese</p> <hr/>																																																																					
<p>Diagnose</p> <p>OK</p> <hr/>																																																																					
<p>UK</p> <hr/>																																																																					
<p>Bisslage</p> <hr/>																																																																					
<p>Therapie Frühbehandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 a-c) <input type="checkbox"/> Frühe Behandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 d) <input type="checkbox"/></p>																																																																					
<p>OK</p> <hr/>																																																																					
<p>UK</p> <hr/>																																																																					
<p>Bisslage</p> <hr/>																																																																					
<p>Verwend. Geräte</p> <hr/>																																																																					
<p>Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen (Zahl eintragen, ggf. ankreuzen)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>A 925 a</th><th>b</th><th>c</th><th>d</th><th>A 928</th><th>A 934 a</th><th>b</th><th>A 935 a</th><th>b</th><th>c</th><th>d</th><th>5</th><th>7 a</th><th>12</th><th>116</th><th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>117</td><td>118</td><td>126 a</td><td>b</td><td>d</td><td>127 a</td><td>b</td><td>128 a</td><td>b</td><td>c</td><td>130</td><td>131 a</td><td>b</td><td>c</td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-top: 5px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px;"></div> voraussichtl. Dauer der Behandlung Quartale </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th></th><th>I</th><th>II</th><th>III</th><th>IV</th><th>V</th><th>Summe</th><th>Buchst.</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OK 119</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>UK 119</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>120</td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">X</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 40%;"> <p>Sonstige Leistungen:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Geb.-Nr.</th><th>Anz.</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"></td><td></td></tr> </tbody> </table> </div> <div style="width: 40%;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 5px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px;"></div> Geschätzte Material u. Laborkosten EUR </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 5px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px;"></div> voraussichtl. Gesamtkosten EUR </div> </div> </div>		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				I	II	III	IV	V	Summe	Buchst.	OK 119								UK 119								120				X				Geb.-Nr.	Anz.		
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																																																								
	I	II	III	IV	V	Summe	Buchst.																																																														
OK 119																																																																					
UK 119																																																																					
120				X																																																																	
Geb.-Nr.	Anz.																																																																				

SCHÜTZEN/UCY Nr. 45/11/2018/24.4 www.schuetzen.de
Vordr.-Nr. Z 144 07/2018

Muster

Originalgröße DIN A4

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

Gültig ab 01.07.2018

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

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

Behandlungsbedarf nach der Indikationsgruppe (KIG) _____ / _____

Sehr geehrte/r

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

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

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

erhalten eine Kopie dieser Mitteilung.

Mit freundlichen Grüßen

Muster

(Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes)

Vordr.-Nr. Z 132/BU 07/2018 SCHÜTZBUCK, Tel. (651) 93 75 44 www.schuetzdruck.de

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 4c: Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung

Gültig ab 01.07.2018

<p>Name und Anschrift der Krankenkasse</p> <div style="border: 1px solid black; height: 70px; width: 100%;"></div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="padding: 2px; text-align: right;">geb.am</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Versicherten-Nr.</td> </tr> </table>	Name, Vorname des Versicherten	geb.am	Versicherten-Nr.	
Name, Vorname des Versicherten	geb.am				
Versicherten-Nr.					

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

1. Planmäßiger Abschluss der Behandlung

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

2. Unplanmäßiger Verlauf der Behandlung

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

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

3. Abbruch der Behandlung

Die Fortsetzung der kieferorthopädischen Behandlung ist nicht möglich, weil

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

Muster

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 5a: Parodontalstatus Blatt 1

Gültig ab 01.07.2021

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Abrechnungs-Nr.</td> <td>Zahnarzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<h2 style="text-align: center;">PARODONTALSTATUS Blatt 1</h2> <p style="text-align: center;">vom _____</p>						
Krankenkasse bzw. Kostenträger																						
Name, Vorname des Versicherten																						
		geb. am																				
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																				
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																				
<p>Allgemeine und parodontitispezifische Anamnese</p> <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> Tabakkonsum _____		<p>Spezielle Vorgeschichte</p> <p>Frühere PAR-Therapie Angabe des Jahres: ca. _____</p>																				
<p>Diagnose</p> <input type="checkbox"/> Parodontitis <input type="checkbox"/> Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen _____ <input type="checkbox"/> Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen																						
<p>Stadium (Schweregrad, der Patient wird durch das höchste Stadium charakterisiert)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Stadium I</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Stadium II</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Stadium III</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Stadium IV</td> </tr> <tr> <td>Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> < 15 % <input type="checkbox"/> (1 – 2 mm)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 15 – 33 % <input type="checkbox"/> (3 – 4 mm)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> > 33 % <input type="checkbox"/> (≥ 5 mm)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Zahnverlust aufgrund von Parodontitis</td> <td colspan="2" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Nein</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ≤ 4 Zähne</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne</td> </tr> <tr> <td>Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Stadium I	<input type="checkbox"/> Stadium II	<input type="checkbox"/> Stadium III	<input type="checkbox"/> Stadium IV	Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)	<input type="checkbox"/> < 15 % <input type="checkbox"/> (1 – 2 mm)	<input type="checkbox"/> 15 – 33 % <input type="checkbox"/> (3 – 4 mm)	<input type="checkbox"/> > 33 % <input type="checkbox"/> (≥ 5 mm)		Zahnverlust aufgrund von Parodontitis	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> ≤ 4 Zähne	<input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne	Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)		<input type="checkbox"/> ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA	<input type="checkbox"/> ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III	<input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich
	<input type="checkbox"/> Stadium I	<input type="checkbox"/> Stadium II	<input type="checkbox"/> Stadium III	<input type="checkbox"/> Stadium IV																		
Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)	<input type="checkbox"/> < 15 % <input type="checkbox"/> (1 – 2 mm)	<input type="checkbox"/> 15 – 33 % <input type="checkbox"/> (3 – 4 mm)	<input type="checkbox"/> > 33 % <input type="checkbox"/> (≥ 5 mm)																			
Zahnverlust aufgrund von Parodontitis	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> ≤ 4 Zähne	<input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne																		
Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)		<input type="checkbox"/> ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA	<input type="checkbox"/> ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III	<input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich																		
<p>Ausmaß/Verteilung (für das höchste Stadium)</p> <input type="checkbox"/> Lokalisiert (< 30 % der Zähne) <input type="checkbox"/> Generalisiert (≥ 30 % der Zähne) <input type="checkbox"/> Molaren-Inzisiven-Muster																						
<p>Grad (Progression)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Grad A</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Grad B</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Grad C</td> </tr> <tr> <td>Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> < 0,25</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 0,25 – 1,0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> > 1,0</td> </tr> <tr> <td>Diabetes</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Kein Diabetes</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> HbA 1c < 7,0 %</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 %</td> </tr> <tr> <td>Rauchen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Kein Rauchen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Grad A	<input type="checkbox"/> Grad B	<input type="checkbox"/> Grad C	Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)	<input type="checkbox"/> < 0,25	<input type="checkbox"/> 0,25 – 1,0	<input type="checkbox"/> > 1,0	Diabetes	<input type="checkbox"/> Kein Diabetes	<input type="checkbox"/> HbA 1c < 7,0 %	<input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 %	Rauchen	<input type="checkbox"/> Kein Rauchen	<input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag	<input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag				
	<input type="checkbox"/> Grad A	<input type="checkbox"/> Grad B	<input type="checkbox"/> Grad C																			
Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)	<input type="checkbox"/> < 0,25	<input type="checkbox"/> 0,25 – 1,0	<input type="checkbox"/> > 1,0																			
Diabetes	<input type="checkbox"/> Kein Diabetes	<input type="checkbox"/> HbA 1c < 7,0 %	<input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 %																			
Rauchen	<input type="checkbox"/> Kein Rauchen	<input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag	<input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag																			
<p>Anschrift Krankenkasse</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>		<p>Entscheidung der Krankenkasse</p> <p>Die Kosten der vorgesehenen systematischen PAR-Behandlung werden übernommen <input type="checkbox"/> werden nicht übernommen <input type="checkbox"/></p> <p>Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%; text-align: center; font-size: 2em; color: blue; font-weight: bold;">Muster</div>																				

Vordr. 5a (2001, 01.2001) - Modifiziert ab 2. März 2021 - SÄULEZUSATZ - 30.10.19.10.14 - www.krankenkassen.de

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 5c: Mitteilung über eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen)

Gültig ab 01.07.2021

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

**Mitteilung über eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen)
gemäß § 12 Abs. 1 der PAR-RL**

Es werden weitere Maßnahmen im Rahmen der systematischen PAR-Therapie zum Parodontalstatus vom _____ notwendig.

Folgende Leistungen werden angezeigt:

Geb.-Nr.	Zahnangabe
CPT a	
CPT b	

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Muster

Vordr. 5c (0808 01/2021) "Parodontal- u. Allv. gültig" - Schützelecks, W. 411118134, www.kbv.de/5c

Originalgröße DIN A4

Vordruck 5e: Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V

Gültig ab 01.07.2021

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="padding: 2px; text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Kostenträgerkennung</td> <td style="padding: 2px;">Versicherten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Status</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Abrechnung-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Zahnarzt-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnung-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<p>Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V gemäß Abschnitt B V. Ziffer 2 der Behandlungsrichtlinie</p> <p>vom _____</p> <p>Begründung:</p> <p><input type="checkbox"/> Eingeschränkte oder nicht vorhandene Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene</p> <p><input type="checkbox"/> Eingeschränkte oder nicht vorhandene Kooperationsfähigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig – geschlossenes Vorgehen</p> <p><input type="checkbox"/> Ausnahmefall: Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig – offenes Vorgehen an Zähnen mit ST \geq 6 mm (an den Zähnen, bei denen ein offenes Vorgehen erforderlich ist, erfolgt dieses anstelle der AIT)</p> <p>Folgende Leistungen werden angezeigt:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Geb.-Nr.</th> <th style="width: 55%;">Zahnangabe</th> <th style="width: 30%;">Anzahl</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">-----</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">AIT a</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">AIT b</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">CPT a</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">CPT b</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p style="font-size: small; margin-top: 10px;">Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	Geb.-Nr.	Zahnangabe	Anzahl	4	-----		AIT a			AIT b			CPT a			CPT b		
Krankenkasse bzw. Kostenträger																															
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																													
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																													
Abrechnung-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																													
Geb.-Nr.	Zahnangabe	Anzahl																													
4	-----																														
AIT a																															
AIT b																															
CPT a																															
CPT b																															

Vordr. 5e (22.05.07.2021) SCHÜTZESUCKE, Tel. 089/13127344, www.schutzgesund.de

Originalgröße: DIN A 4

Vordruck 6a: Auftrag zur Begutachtung

Gültig ab 01.07.2021

Name und Anschrift der Krankenkasse	Je ein Exemplar für den Gutachter, den Zahnarzt und die Krankenkasse
-------------------------------------	--

Auftrag zur Begutachtung

Name und Anschrift des Gutachters

Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Versichertennummer	
Name des Zahnarztes	
Anschrift des Zahnarztes	

Wir bitten um Begutachtung der

- vorgeesehenen prothetischen Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan vom _____ Zutreffendes ankreuzen
ZE
- ausgeführten prothetischen Leistungen, eingegliedert am _____ Mä
- vorgeesehenen Behandlung von Kiefergelenkerkrankungen nach dem Behandlungsplan vom _____ KB
- vorgeesehenen kieferorthopädischen Behandlung: KFO
 - Behandlungsplan vom _____
 - Verlängerungsantrag vom _____
 - Therapieänderung vom _____
 - KIG-Eintragung vom _____
 - Antrag auf nachträgliche Leistungen vom _____
- vorgeesehenen PAR-Behandlung nach dem PAR-Status vom _____ PAR
- vorgeesehenen Verlängerung der UPT nach dem Verlängerungsantrag vom _____ PAR

Wir bitten um gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:

Muster

(Ort / Datum)	(Stempel der Krankenkasse und Unterschrift)
---------------	---

Hinweis an den Zahnarzt:

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

Vordr. 6a (Anlage 10a - 07.2021) - 5001222/01/01 - 14a 11/18 2011 - www.bmv-z.de

Vordruck 6c: Ergebnis Begutachtung (KFO)

Gültig ab 2016

<p>Name und Anschrift der Krankenkasse</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="padding: 2px; text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Versichertennummer</td> </tr> </table>	Name, Vorname des Versicherten	geb. am	Versichertennummer	
Name, Vorname des Versicherten	geb. am				
Versichertennummer					
<p>Begutachtung kieferorthopädische Behandlung</p>					
<p>Die Erstellung des Gutachtens über</p>					
<p> <input type="checkbox"/> KFO-Behandlungsplan vom _____ <input type="checkbox"/> KFO-Verlängerungsantrag vom _____ <input type="checkbox"/> KFO-Therapieänderung vom _____ <input type="checkbox"/> KIG-Einstufung vom _____ <input type="checkbox"/> KFO-Antrag auf nachträgliche Leistungen vom _____ </p>					
<p>erfolgte am _____ Untersuchung des Patienten am _____</p>					
<p>Ergebnis</p>					
<p>1. Der KFO-Behandlungsplan wird befürwortet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> mit Einschränkung <input type="checkbox"/> nein</p>					
<p>2. Der KFO-Verlängerungsantrag wird befürwortet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> mit Einschränkung <input type="checkbox"/> nein</p> <p style="padding-left: 100px;">Quartale _____</p>					
<p>3. Die KFO-Therapieänderung wird befürwortet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> mit Einschränkung <input type="checkbox"/> nein</p>					
<p>4. Die Einstufung nach der kieferorthopädischen Indikationsgruppe (KIG) ist korrekt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, welche _____</p>					
<p>5. Der KFO-Antrag auf nachträgliche Leistungen wird befürwortet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> mit Einschränkung <input type="checkbox"/> nein</p>					
<p>6. Die Material- und Laborkosten sind angemessen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Höhe _____</p>					
<p>Begründung (falls den Angaben des Zahnarztes / Kieferorthopäden nicht gefolgt wird, ggf. abweichende Gebühren-Nummern angeben)</p>					
<p>Name und Anschrift des Zahnarztes</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	<p style="font-size: 2em; color: blue; opacity: 0.5; transform: rotate(-15deg);">Muster</p> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Stempel des Gutachters / Ort, Datum / Unterschrift</p>				

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 6d: Abrechnung Begutachtung

Gültig ab 01.07.2021

<p>Name und Anschrift der Krankenkasse</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="width: 30%;">geb. am</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Versichertennummer</td> </tr> </table>	Name, Vorname des Versicherten	geb. am	Versichertennummer	
Name, Vorname des Versicherten	geb. am				
Versichertennummer					

Abrechnung der Begutachtung

Die Erstellung des Gutachtens über

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

Kostenabrechnung des Gutachters

Art der Leistung	Punkte	x Punktwert	Beträge in EUR
Gutachten			
Untersuchung des Patienten			
Sonstige Leistungen BEMA-Nr. _____ _____ _____			
Kostenpauschale für bare Auslagen (z. B. Telefon, Porto, Verpackung)			12,20
Zwischensumme			
Bei Umsatzsteuerpflicht: Höhe der Umsatzsteuer ¹		19 %	
Rechnungsbetrag			

Überweisung erbeten unter Angabe der Rechnungsnummer _____

Bankverbindung oder IK² _____

IBAN _____

Steuer-Nr. _____

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Gutachters

Muster

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

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

Vordr. 6d (Arbeitskreis) 01.07.2021
soedmd011001_01_01_19_2014_www.nachrichte.de

Originalgröße: DIN A4

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

Gültig ab 2000

Auftrag zur Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)

Name und Anschrift des Gutachters

┌

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

└

┌

└

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

Eine Durchschrift dieses Auftrages ist dem behandelnden Zahnarzt übersandt worden.

Weiterhin bitten wir um eine gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:

Name und Anschrift des Zahnarztes

┌

└

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

┌

└

Datum

Stempel der Krankenkasse und Unterschrift

Muster

Originalgröße: DIN A4

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

Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)

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

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

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

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

Datum, Unterschrift des Zahnarztes

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

Begründung (ggf. auf gesondertem Blatt):

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

Zahnstatus ausfüllen, falls von Angaben des Zahnarztes abgewichen wird

Datum, Unterschrift des Gutachters

Muster

Vordruck 8: Bonusheft

Gültig ab 01.10.2020

Vorderseite

Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	13	Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	16	Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	19	Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	22	Zahnarztstempel und Unterschrift	<div style="text-align: right;">Bonusheft</div> <p>Zahngesundheitsuntersuchungen – – Nachweis von für die Versicherten der Gesetzlichen Krankenkassen</p> <p>Name: <input type="text"/></p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Geburtsdatum: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>PLZ/Wohnort: <input type="text"/></p> <p><small>SOBIZ-01/2020 16.09.2020/21/24 www.sobiz.de</small></p>
Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	14	Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	17	Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	20	Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	23	Zahnarztstempel und Unterschrift	
Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	15	Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	18	Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	21	Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	24	Zahnarztstempel und Unterschrift	
Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	13	Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	16	Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	19	Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	22	Zahnarztstempel und Unterschrift	

Rückseite

Nachweiseheft zur Erlangung des Bonus beim Zahnersatz

Versicherte erhalten bei der Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen von ihrer Krankenkasse höhere Festzuschüsse, wenn sie

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

Außerdem muss der Gebisszustand regelmäßige Pflege erkennen lassen.

Der Festzuschuss erhöht sich von 60 auf 70 %, wenn die gesetzlich vorgesehenen Untersuchungen ohne Unterbrechungen in den letzten fünf Jahren nachgewiesen werden. Der Festzuschuss erhöht sich auf 75 %, wenn der Nachweis für die letzten zehn Jahre erbracht wird.

Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	1	Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	4	Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	7	Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	10	Zahnarztstempel und Unterschrift
Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	2	Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	5	Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	8	Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	11	Zahnarztstempel und Unterschrift
Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	3	Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	6	Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	9	Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	12	Zahnarztstempel und Unterschrift

Vordruck 9: Zahnärztliche Heilmittelverordnung, Vorderseite

Gültig ab 01.01.2021

Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten		
Unfall/Unfall-folgen	geb. am		
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Antragszahnarzt-Nr.	Datum	

Zahnärztliche Heilmittelverordnung

Personalfeld nach Vorgaben der Anlage 14b BMV-Z

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

Hausbesuch Ja Nein Therapiebericht Ja

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

<p>Physiotherapie</p> <p><u>Vorrangige Heilmittel:</u></p> <p><input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> KG-ZNS-Kinder <input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojta</p> <p><input type="checkbox"/> KG-ZNS <input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojta <input type="checkbox"/> PNF</p> <p><input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> MLD 30 <input type="checkbox"/> MLD 45</p>	<p><u>Ergänzende Heilmittel:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Elektrostimulation <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Elektrotherapie</p> <p><input type="checkbox"/> Heißluft <input type="checkbox"/> Heiße Rolle <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Packungen</p> <p>Ggf. Spezifizierung _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Übungsbehandlung</p>
<p>Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie</p> <p>Therapiedauer</p> <p><input type="checkbox"/> 30 min. _____ <input type="checkbox"/> 45 min. _____ <input type="checkbox"/> 60 min. _____</p>	<p>Anzahl pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/></p> <p>1x 2x 3x</p> <p>Verordnungsmenge</p> <p><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p><i>ggf. ergänzendes Heilmittel</i></p> <p>Anzahl pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/></p> <p>1x 2x 3x</p> <p>Verordnungsmenge</p> <p><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>

Indikationsschlüssel

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

ICD-10 – Code

ICD-10 – Code

Weitere Hinweise (ggf. Angaben/Begründung zum langfristigen Heilmittelbedarf, Angaben zur Blankoverordnung, etc.)

IK des Leistungserbringers

Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes

Muster

Vordr. 9 (219 - 10.2020) SCHÖTZI/BUCK, Tel. 06 911 02 20 44, www.schuetzi-buck.de

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 10: Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen

(Anlage 2 der Anlage 12 zum BMV-Z, auch als Beitrag zum Pflegeplan sowie für die vertragszahnärztliche Dokumentation)

Gültig ab 30.09.2020

Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen <small>(auch als Beitrag zum Pflegeplan sowie für die vertragszahnärztliche Dokumentation)</small>		Ausgehändigt an	Datum der Untersuchung
Vorname, Nachname	Status		Koordination
Befund/Versorgung Oberkiefer rechts links Totalprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> <hr/> Beläge rechts <input type="checkbox"/> Beläge links <input type="checkbox"/>  Unterkiefer Totalprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> <hr/> Beläge rechts <input type="checkbox"/> rechts links Beläge links <input type="checkbox"/>  <i>Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein</i>	Mundgesundheitsplan Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege Keine <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Vollständig <input type="checkbox"/> Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen* Zähne reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Bürste Hand <input type="checkbox"/> Bürste elektrisch <input type="checkbox"/> Dreikopfbürste <input type="checkbox"/> Fluoridzahnpaste (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Fluoridgel (1-mal je Woche) <input type="checkbox"/> Zahnzwischenräume reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Mundschleimhaut reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Zunge reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Speichelfluss fördern <input type="checkbox"/> Spüllösung _____ -mal am Tag Ernährung _____ Sonstiges _____		Rücksprache Zahnarzt erforderlich mit Patient <input type="checkbox"/> Rechtl. Betreuer <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Pflege-/Unterstützungspers. <input type="checkbox"/> Anderer Zahnarzt <input type="checkbox"/> Apotheker <input type="checkbox"/> Sonstige _____ Wo soll Behandlung erfolgen Zahnarztpraxis _____ <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Andernorts _____ Behandlung in Narkose <input type="checkbox"/> Krankenfahrt/-transport erforderlich <input type="checkbox"/> Behandlungseinwilligung ist erfolgt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Besonderheiten/Anmerkungen _____ _____ _____ _____ Unterschrift Zahnarzt _____
Zustand Pflege Zähne 😊 😐 ☹️ <hr/> Schleimhaut/ Zunge/Zahnfleisch 😊 😐 ☹️ <hr/> Zahnersatz 😊 😐 ☹️	Behandlungsbedarf Füllung <input type="checkbox"/> Zahnfleisch/Mundschleimhaut <input type="checkbox"/> Zahnentfernung <input type="checkbox"/> Zahnersatz <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ <input type="checkbox"/>		

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

Muster

Originalgröße: DIN A4 quer

Vordruck e01: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung*

*Vordruck e01 wird zu einem späteren Zeitpunkt in die Anlage 14c überführt.

Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Arbeitsunfall- folgen, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> dem Durchgangsarzt zugewiesen arbeitsunfähig seit _____ voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit _____ festgestellt am _____	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right;"> <h3 style="margin: 0;">Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung</h3> 1 </div> <input type="checkbox"/> Erstbescheinigung <input type="checkbox"/> Folgebescheinigung  <div style="border: 1px solid black; padding: 20px; text-align: center; color: blue; font-size: 48pt; font-weight: bold; transform: rotate(-15deg); opacity: 0.5;">Muster</div> <div style="text-align: right; font-size: 8pt;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</div>	
Krankenkasse bzw. Kostenträger														
Name, Vorname des Versicherten		geb. am												
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status												
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum												
Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse														
<p>AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code</td> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code</td> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>ICD-10 - Code</td> <td>ICD-10 - Code</td> <td>ICD-10 - Code</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG) Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten <input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation <input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung <input type="checkbox"/> Sonstige _____			ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	_____	_____	_____	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	_____	_____	_____
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code												
_____	_____	_____												
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code												
_____	_____	_____												
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Im Krankengeldfall</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Endbescheinigung</td> </tr> </table> <p>Hinweis für Versicherte zum Krankengeld</p> <p style="font-size: 8pt;">Wird Ihnen in der Arztpraxis die Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit für die Krankenkasse ausgehändigt, leiten Sie diese bitte an Ihre Krankenkasse weiter. Dadurch können zeitliche Verzögerungen bei der Gewährung von Kranken- bzw. Verletztengeld vermieden werden.</p>			Im Krankengeldfall	<input type="checkbox"/> ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall	<input type="checkbox"/> Endbescheinigung									
Im Krankengeldfall	<input type="checkbox"/> ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall	<input type="checkbox"/> Endbescheinigung												
Dokumentenversion: Dokumententyp:		PRF.NR.												

Vordruck e01: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right; padding: 2px;">geb. am</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Kostenträgerkennung</td> <td style="padding: 2px;">Versicherten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Status</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Betriebsstätten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Arzt-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten			geb. am			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 80%;"> <h2 style="margin: 0;">Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung</h2> <p style="margin: 5px 0;"><input type="checkbox"/> Erstbescheinigung</p> <p style="margin: 5px 0;"><input type="checkbox"/> Folgebescheinigung</p> <p style="font-size: small; margin: 5px 0;">Der angegebenen Krankenkasse wird unverzüglich eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit Angaben über die Diagnose sowie die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit übersandt.</p> </div> <div style="width: 15%; text-align: right; font-weight: bold; font-size: 24px;">1</div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 150px; margin-top: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="color: blue; font-size: 48px; opacity: 0.5; transform: rotate(-15deg);">Muster</div> </div> <p style="font-size: x-small; text-align: right; margin-top: 5px;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
geb. am																
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														
<p style="margin: 5px 0;"><input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Arbeitsunfall- folgen, Berufskrankheit</p> <p style="margin: 5px 0;"><input type="checkbox"/> dem Durchgangsarzt zugewiesen</p> <p style="margin: 5px 0;">arbeitsunfähig seit _____</p> <p style="margin: 5px 0;">voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit _____</p> <p style="margin: 5px 0;">festgestellt am _____</p> <p style="margin: 5px 0;"><input type="checkbox"/> sonstiger Unfall, Unfallfolgen</p>	<div style="border: 2px solid black; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;">Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber</div> <p style="font-size: x-small; margin-top: 20px;">Dokumentversion: Dokumenttyp:</p> <p style="font-size: x-small; margin-top: 20px;">PRF.NR.</p>															

Vordruck e01: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Ausfertigung für Versicherte

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table> <p> <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> dem Durchgangsarzt zugewiesen </p> <p> arbeitsunfähig seit _____ voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit _____ festgestellt am _____ </p> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;">Ausfertigung für Versicherte</p>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten geb. am			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right;"> <h2 style="margin: 0;">Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung</h2> <h1 style="margin: 0;">1</h1> </div> <p> <input type="checkbox"/> Erstbescheinigung <input type="checkbox"/> Folgebescheinigung </p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 20px;"> </div> <p style="text-align: right; font-size: small;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten geb. am													
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											
<p>AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code _____</td> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code _____</td> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code _____</td> </tr> <tr> <td>ICD-10 - Code _____</td> <td>ICD-10 - Code _____</td> <td>ICD-10 - Code _____</td> </tr> </table> <p> <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG) </p> <p>Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten</p> <p> <input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation <input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung </p> <p> <input type="checkbox"/> Sonstige _____ </p>		ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____						
ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____											
ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____											
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p> Im Krankengeldfall <input type="checkbox"/> ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall <input type="checkbox"/> Endbescheinigung </p> <p style="font-size: x-small;"> Hinweis für Versicherte zum Kranken- und Verletztengeld Achten Sie bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit auf eine lückenlose ärztliche Feststellung, da sonst ein Krankengeldverlust droht. Hierfür ist es erforderlich, dass Sie sich spätestens an dem Werktag, der auf den letzten Tag der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung folgt, bei Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin die fortbestehende Arbeitsunfähigkeit bestätigen lassen. Legen Sie immer ihre aktuell gültige Versichertenkarte vor, um Probleme bei der Zahlung von Kranken- oder Verletztengeld zu vermeiden. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse. </p> </div>													
<p style="font-size: x-small;"> Dokumentenversion: _____ Dokumententyp: _____ </p> <p style="text-align: right; font-size: x-small;">PRF NR.</p>													

Muster 1: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung*

Muster 1a: Ausfertigung für die Krankenkasse

Freigabe 12.10.2017

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

Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit

arbeitsunfähig seit

voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit

festgestellt am

dem Durchgangsarzt zugewiesen

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse

AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)

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

sonstiger Unfall, Unfallfolgen Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stufenweise Wiedereingliederung

Sonstige

Im Krankengeldfall

ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall

Endbescheinigung

Muster 1a (1.2018)

Originalgröße: DIN A5 hoch

* Solange die technischen Voraussetzungen (z. B. die Übermittlung über den Dienst Kommunikation im Medizinwesen „KIM“) für die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vorliegen und die Gründe nicht in der Verantwortung der betroffenen Zahnarztpraxis liegen, ist das bisher praktizierte, papiergebundene Verfahren unter Verwendung der im Praxisverwaltungssystem hinterlegten Formulare (bisherige Formulare Muster 1a bis 1d oder mittels Stylesheet erzeugte Formulare) anzuwenden. Das Nähere zu der Übergangsphase wird unter C. I. Ziffer 1 Anlage 14b BMV-Z geregelt.

Muster 1: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Muster 1b: Ausfertigung für den Arbeitgeber

Freigabe 12.10.2017

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

Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit

dem Durchgangsarzt zugewiesen

arbeitsunfähig seit

voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit

festgestellt am

Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber

Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung

Erstbescheinigung

Folgebescheinigung

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 1b (1.2018)

Originalgröße: DIN A6 quer

Muster 1: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Muster 1c: Ausfertigung für den Versicherten

Freigabe 12.10.2017

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

Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit

arbeitsunfähig seit

voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit

festgestellt am

dem Durchgangsarzt zugewiesen

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für Versicherte

AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)

ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>

sonstiger Unfall, Unfallfolgen

Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

stufenweise Wiedereingliederung

Sonstige _____

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

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

Muster 1c (1.2018)

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 1: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Muster 1d: Ausfertigung für den Zahnarzt

Freigabe 12.10.2017

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

Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit
 dem Durchgangsarzt zugewiesen

arbeitsunfähig seit

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

voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit

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

festgestellt am

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

Ausfertigung zum Verbleib beim Arzt

Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung

 Erstbescheinigung
 Folgebescheinigung

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)

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

sonstiger Unfall, Unfallfolgen
 Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
 stufenweise Wiedereingliederung

Sonstige _____

Im Krankengeldfall

 ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall
 Endbescheinigung

Muster 1d (1.2018)

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 2a: Ausfertigung für die Krankenkasse, Vorderseite

Freigabe 01.09.2014			Verordnung von Krankenhausbehandlung 2 <i>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</i>	
Krankenkasse bzw. Kostenträger			<input type="checkbox"/> Belegarzt- behandlung	<input type="checkbox"/> Notfall
Name, Vorname des Versicherten			<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen	<input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (BVG)
geb. am			Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		
Diagnose			Verbindliches Muster	
			Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	
<i>Bitte die Rückseite beachten!</i>			Muster 2a (10.2014)	

Originalgröße: DIN A6 quer

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 2a: Ausfertigung für die Krankenkasse, Rückseite

Die Kostenverpflichtungserklärung gegenüber dem Krankenhaus bleibt der Krankenkasse vorbehalten; deshalb bitte diese Verordnung vor Aufsuchen des Krankenhauses der zuständigen Krankenkasse vorlegen.

Geschieht das nicht, so kann die Kostenübernahme durch die Krankenkasse abgelehnt werden; es sei denn, es liegt ein Notfall vor, und ein Leistungsanspruch besteht.

Vom Krankenhaus auszufüllen:

Krankenhausaufnahme
erfolgt(e) am _____

Freigabe 01.09.2014

Verbindliches Muster

Stempel des Krankenhauses und Unterschrift

Originalgröße: DIN A6 quer

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 2b: Ausfertigung für den Krankenhausarzt

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

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 2c: Ausfertigung für den einweisenden Zahnarzt

Freigabe 01.09.2014			<b style="color: red;">Verordnung von Krankenhausbehandlung 2 <small>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</small>
Krankenkasse bzw. Kostenträger	Name, Vorname des Versicherten		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	<input type="checkbox"/> Belegarzt- behandlung <input type="checkbox"/> Notfall <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (BVG)
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser
Diagnose			Verbindliches Muster
_____ _____ _____ _____			
Für den Krankenhausarzt! Vertraulich!			
Untersuchungsergebnisse _____			
Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation) _____			
Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie) _____			
Mitgegebene Befunde _____			
Ausfertigung für den überweisenden Arzt			Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
			Muster 2c (10.2014)

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 4: Verordnung einer Krankbeförderung, Vorderseite

Zuzahlungs-pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	<h3 style="color: red;">Verordnung einer Krankbeförderung 4</h3> <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG) <input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt
Zuzahlungs-frei	Name, Vorname des Versicherten geb. am	
	Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status	
	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

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

b) ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 **nur Taxi/Mietwagen** (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)

c) anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: _____

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

d) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)

e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)

f) anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am

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

 / x pro Woche, bis voraussichtlich

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

 Behandlungsstätte (Name, Ort)

3. Art und Ausstattung der Beförderung

<input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
<input type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen _____	<input type="checkbox"/> Tragestuhl
<input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> NAW/NEF <input type="checkbox"/> andere _____	<input type="checkbox"/> liegend

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7.2020)

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 16: Arzneiverordnungsblatt

Freigabe 01.09.2014

<input type="checkbox"/> Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apotheken-Nummer / IK
<input type="checkbox"/> Geb.-zif.	Name, Vorname des Versicherten	Zahlung		Gesamt-Brutto						
<input type="checkbox"/> modu	Verbindliches Muster	geb. am								
<input type="checkbox"/> Sonstige		Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.		Status				
<input type="checkbox"/> Unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.		Datum						
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)									Vertragsarztstempel
<input type="checkbox"/> aut idem										
<input type="checkbox"/> aut idem										
<input type="checkbox"/> aut idem										
		666H				Abgabedatum in der Apotheke				Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!										
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer								

Originalgröße: DIN A6 quer

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

Freigabe 01.09.2014			<p>Ärztliche Bescheinigung für 21 den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes</p> <p>Das genannte Kind bedarf/bedurfte vom <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table> vom bis einschließlich <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table> der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege wegen Krankheit.</p>	T	T	M	M	J	J	T	T	M	M	J	J
T	T	M		M	J	J									
T	T	M		M	J	J									
Krankenkasse bzw. Kostenträger															
Name, Vorname des Versicherten geb. am															
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status													
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum													
<p>Die Art der Erkrankung macht die Betreuung und Beaufsichtigung</p> <p>notwendig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Unfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>			<p>Verbindliches Muster</p> <p><small>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</small></p>												
				<small>Muster 21 (10.2014)</small>											

Originalgröße: DIN A6 quer

Anlage 14b

Erläuterungen und Ausfüllhinweise zu den Formularen

Vereinbart zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

In der Fassung vom 25.04.2018, Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

Zuletzt geändert am 10.10.2022, mit Wirkung ab dem 11.10.2022

A. Allgemeines

- Die im vertragszahnärztlichen Bereich zur Anwendung kommenden Formulare gelten inhaltlich und auch in der Gestaltung einheitlich im gesamten Bundesgebiet. Der Vertragszahnarzt darf nur die vertraglich vereinbarten Formulare verwenden, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist. Bei der Verwendung von Formularen hat der Vertragszahnarzt darauf zu achten, dass diese in ihrer jeweils gültigen Fassung verwendet werden. Die Bestellung der Formulare erfolgt auf der Ebene der Gesamtvertragspartner. Die Krankenkassen stellen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) die Formulare kostenfrei zur Verfügung. Das gilt entsprechend für die Verwendung digitaler Formulare.

Formulare können von der KZV oder dem Vertragszahnarzt auch selbst mittels EDV technisch umgesetzt werden. Hierbei dürfen Inhalt, Aufbau und Struktur sowie die vorgegebenen Zeilenabstände nicht verändert werden. Die hierfür anfallenden Kosten werden von den Krankenkassen nicht übernommen.

Die Formulare sind maschinell auswertbar, d. h. beleglesefähig, zu erstellen.

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

123456789012345678901234567890

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Testort-Musterkasse		72
Name, Vorname des Versicherten		
Mustermann-Müller		geb. am
Prof. Dr. Johann von		20.10.25
Musterweg 6		
D 12345 Musterhausen		12/20
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
123456789	A123456789	5080600
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum
123456789	123456789	01.01.21

Schriftart: Courier oder Courier New, Nimbus Mono L, NLQ

Zeichendichte: 10 Zeichen/Zoll, das entspricht der Schriftgröße 12

Zeile 1: Krankenkasse bzw. Kostenträger (ab 27 Stellen kürzen)
WOP: wenn bei Ersatzverfahren unbekannt: leer

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

Zeile 2: Nachname

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

Zeile 4: Straßenname, Hausnummer

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

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

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

Zeile 7: Abrechnungs-Nr. Zahnarzt-Nr. (bei Formularen aus dem vertragsärztlichen Bereich: Betriebsstätten-Nr., Arzt-Nr.)

Im Feld für die Abrechnungs-Nr./Betriebsstätten-Nr. wird die neunstellige Abrechnungsnummer eingetragen, die wie folgt aufgebaut ist: Führende „0“, 2-stellige KZV- und 6-stellige Abrechnungsnummer der Praxis. Im Feld für die Zahnarzt-Nr./Arzt-Nr. wird bis zur Einführung der Zahnarztnummer als Ersatzwert die Nr. 999999991 eingetragen.

Es gelten die nachfolgenden Druckvorschriften:

Druckzeile	Feld	Position	Druckvorschrift eGK
1	Krankenkasse bzw. Kostenträger	1-27	ab 27 kürzen
	WOP-Kennzeichen	29-30	wenn bei Ersatzverfahren unbekannt: leer
2	Nachname	1-30	ab 30 kürzen
3	Titel Vorname Namenszusatz Vorsatzwort(e) ¹	1-21	ab 21 kürzen
	Geburtsdatum	23-30	Format TT.MM.JJ
4	Straßenname Hausnummer ¹ alternativ: „Postfach“ Postfachnummer ^{1,2}	1-30	Länge _{Max} (Straßenname) = 30 – [Länge(Hausnummer) + 1] ³
5	Wohnsitzländercode Postleitzahl Ort ¹ alternativ: Items der Postfachadresse ^{1,2}	1-24	Länge _{Max} (Ort) = 24 – [Länge(Wohnsitzländercode) + 1] ³ – Länge(Postleitzahl) – 1
	Versicherungsschutz Ende	26-30	Format MM/JJ
6	Kostenträgerkennung	1-9	9-stellig (Institutionskennzeichen)
	Versicherten-Nr.	11-22	linksbündig, 10-stellig
	Status	24-30	Beim Arbeitgeber-Exemplar einer AU-Bescheinigung: 7 Leerzeichen
	Versichertenart	24	wenn bei Ersatzverfahren unbekannt: "0"
	Besondere Personengruppe	25-26	} wenn einstellig mit führender "0" wenn nicht vorhanden: "00"
DMP-Kennzeichen (nur für Rezepte ansonsten "00")	27-28		
ASV-/TSS-Kennzeichen	29-30	immer „00“	
7	Abrechnungs-Nr.	1-9	führende "0" 2-stellige KZV- und 6-stellige Abrechnungs-Nr. der Praxis ⁴
	Zahnarzt-Nr.	11-19	999999991 ⁴

Druckzeile	Feld	Position	Druckvorschrift eGK
	Datum des Ausdrucks bei zahnärztlicher Heilmittelverordnung und ärztlichen Formularen 1, 2, 4, 16, 21 oder Karteneinlesedatum bei zahnärztlichen Formularen, die das abgebildete Personalienfeld enthalten (Ersatzverfahren: keine Angabe)	22-29	Format TT.MM.JJ

¹ durch Leerzeichen getrennt

² nur zulässig, wenn keine Straßenadresse vorhanden

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

⁴ Diese Änderung tritt zum 01.07.2021 in Kraft

3. Die Verwendung von Formularen außerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung ist unzulässig.
4. Die zur Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung erforderlichen Formulare und Stempel sind zur Verhütung missbräuchlicher Benutzung sorgfältig aufzubewahren.
5. Die Formulare sind vollständig, sorgfältig, und leserlich entsprechend den Vorgaben dieser Vereinbarung auszufüllen, vom Vertragszahnarzt mit dem Vertragszahnarztstempel zu versehen und persönlich zu unterzeichnen. Die Unterschrift darf nicht mittels roter Farbe erfolgen.
6. Bei der Ausstellung der Formulare kann auf die Verwendung des Vertragszahnarztstempels verzichtet werden, wenn dessen Inhalt an der für die Stempelung vorgesehenen Stelle bereits aufgedruckt ist. Bei der Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen kann auf den hierfür vorgesehenen Formularen, wenn die Erstellung der Abrechnung mittels EDV erfolgt, der Inhalt des Vertragszahnarztstempels an der dafür vorgesehenen Stelle eingedruckt werden.
7. Bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen können nur die Muster 1 (Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung), 4 (Verordnung einer Krankenförderung) und 16 (Arzneiverordnungsblatt) verwendet werden. Das Ankreuzfeld „sonstiger Unfall, Unfallfolgen“ auf Muster 1 bzw. „Unfall, Unfallfolgen“ auf Muster 4 ist nicht bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten usw. zu verwenden, sondern nur bei sonstigen Unfällen (z. B. Haus-, Sport-, Verkehrsunfällen).
8. Die Formulare aus dem vertragsärztlichen Bereich sind jeweils unten rechts nummeriert, wobei zusätzlich der Monat und das Jahr ihrer Einführung bzw. ihrer letzten Änderung angegeben sind.

B. Erläuterungen und Ausfüllhinweise zu Formularen aus dem vertragszahnärztlichen Bereich

Vordruck 2 – Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch

Ausfüllhinweise:

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

Vordruck 3a – Heil- und Kostenplan Teil 1

Vordruck 3b – Heil- und Kostenplan Teil 2

Erläuterungen und Ausfüllhinweise zum Heil- und Kostenplan

Vorwort

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

Aufklärungspflicht des Zahnarztes gegenüber dem Patienten

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

- Befund und Indikation für die Behandlung
- Behandlungsalternativen
- voraussichtliche Behandlungskosten
- voraussichtlicher Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes (als Herstellungsort wird für das Inland der Buchstabe „D“ dem Ortsnamen vorangestellt, bei Herstellung im Ausland ist der Landesname anzugeben)

Einzuhaltendes Verfahren

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

- Nach dem Gesetz darf der Zahnarzt keine Gebühr für die Planung oder Erstellung des Heil -und Kostenplans vom Versicherten verlangen.
- Der Heil- und Kostenplan (Teil 1 und Teil 2/Vordruck 3a und 3b) hat die Gesamtplanung zu enthalten.
- Der Heil- und Kostenplan (Teil 1 und Teil 2/Vordruck 3a und 3b) ist vor Beginn der Behandlung der Krankenkasse vorzulegen. Die Krankenkasse prüft den Heil- und Kostenplan insgesamt. Die Krankenkasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen. Ohne vorherige Bewilligung der Krankenkasse erhält der Versicherte keinen Festzuschuss. Für Wiederherstellungen/Erneuerungen können gesamtvertragliche Vereinfachungen des Bewilligungsverfahrens bestehen.

Heil- und Kostenplan – Ausfüllhinweise

A. Teil 1

I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan

(vom Zahnarzt auszufüllen)

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

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

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

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

1. B – Befund

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

Vorhandener Kombinationszahnersatz mit Verbindungselementen (Gehäuse, Anker, Riegel, Steg u. Ä.) ist mit „O“ an den die Verbindungselemente tragenden Kronen zu kennzeichnen bzw. im Bemerkungsfeld anzugeben.

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

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

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

2. R – Regelversorgung

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

Die Zahl und Lage der gegossenen Halte- und Stützelemente muss bei der Regelversorgung (Zeile R) und/oder Therapieplanung (Zeile TP) angegeben werden, damit eine Zuordnung zu den Gebührensnummern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (BEMA) für die Software möglich ist.

3. TP – Therapieplanung

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

Gleich- und andersartige Leistungen

Zahnärztliche Leistungen:

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

In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass bei sog. Härtefällen die Krankenkasse den über dem Festzuschuss in Höhe von 100 Prozent liegenden tatsächlichen Rechnungsbetrag nur übernimmt, wenn eine Regelversorgung durchgeführt wird.

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

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

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

Zahntechnische Leistungen:

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

4. Bemerkungen

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

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

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

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

II. Befunde für Festzuschüsse

(vom Zahnarzt auszufüllen)

1. Spalte 1: Befund Nr.

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

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

2. Spalte 2: Zahn/Gebiet

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

3. Spalte 3: Anzahl

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

4. Nachträgliche Befunde und deren Zuschussfestsetzung bzw. Abrechnung

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

Das Feld „Nachträgliche Befunde“ unter der Zeile „vorläufige Summe“ kann für die Angabe des Festzuschusses nach den Nrn. 1.4 oder 1.5 durch den Zahnarzt genutzt werden.

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

III. Kostenplanung

(vom Zahnarzt auszufüllen)

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

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

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

2. Nr. 2: Zahnärztliches Honorar BEMA

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

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

Fallen Leistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bei gleich- bzw. andersartigen Versorgungsleistungen an, wird das sich aus Heil- und Kostenplan/Teil 2 (Vordruck 3b) ergebende geschätzte GOZ-Honorar in EUR angegeben. Dabei ist nur der

Honorarbetrag für die prothetischen Leistungen einzutragen, nicht jedoch eventuell anfallende Beträge für zusätzliche, nicht festzuschussfähige Leistungen, wie implantologische oder funktionsdiagnostische Maßnahmen.

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

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

5. Nr. 5: Behandlungskosten insgesamt (geschätzt)

Die anzugebende Summe ergibt sich aus den Nrn. 2 bis 4.

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

IV. Zuschussfestsetzung

(von der Krankenkasse auszufüllen)

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

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

Die Krankenkasse setzt die jeweiligen Festzuschüsse fest. Des Weiteren trägt sie ein, ob die Beträge Festzuschüssen in Höhe von „60“ (ohne Bonus), „70“ (Bonusheft 5 Jahre) oder „75“ (Bonusheft 10 Jahre) Prozent entsprechen. Alle Prozentangaben beziehen sich auf die Durchschnittskosten der Regelversorgung. Bei Härtefällen kann das entsprechende Feld von der Krankenkasse angekreuzt oder mit den Buchstaben „HF“ versehen werden.

Nach Bewilligung der Festzuschüsse erhält der Zahnarzt den Heil- und Kostenplan grundsätzlich über den Versicherten zurück; mit der Behandlung soll erst nach Bewilligung begonnen werden.

Wird nach der Festsetzung der Festzuschüsse die Planung (z. B. bei Befundänderungen) abgeändert, ist der Heil- und Kostenplan erneut dem Kostenträger vorzulegen.

V. Rechnungsbeträge/EDV-mäßige Erstellung der Abrechnung

Die Abrechnung der Festzuschüsse für Regel- und/oder gleichartige Versorgungen erfolgt über die KZV grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern. Dabei ist der Datensatz unter Berücksichtigung der vertraglichen Bestimmungen, insbesondere des § 6 zum DTA-Vertrag (Anlage 8a zum BMV-Z) vollständig zu erstellen und an die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) zu übermitteln. Die KZV bestimmt das Verfahren der Datenlieferung gem. § 4 der Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung vom 12.07.2011 (Anlage 9 zum BMV-Z).

1. Zahnarzthonorar (BEMA siehe III)

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

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

2. Zahnarzthonorar zusätzliche Leistungen BEMA

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

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

3. Zahnarzthonorar GOZ

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

4. Material- und Laborkosten Gewerblich

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

5. Material- und Laborkosten Praxis

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

6. Versandkosten Praxis

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

7. Gesamtsumme

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

8. Festzuschuss Kasse

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

Härtefall:

Versicherte, die gemäß § 55 Absatz 2 SGB V unzumutbar belastet würden und eine Regelversorgung wählen, erhalten grundsätzlich einen Festzuschuss in Höhe von 100 Prozent bzw. höchstens die tatsächlichen Kosten. Deckt der Festzuschuss in Höhe von 100 Prozent die tatsächlichen Kosten nicht ab, übernimmt die Krankenkasse auch die zusätzlichen Kosten.

Wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- und/oder andersartigen Zahnersatz, erhalten sie maximal einen Festzuschuss in Höhe von 100 Prozent.

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

Die tatsächlichen Kosten bei der Regelversorgung und der Festzuschuss in Höhe von 100 Prozent bei gleich- und andersartigen Versorgungsleistungen werden von der Krankenkasse nur insoweit übernommen, als darin keine Mehrkosten für Edel- oder Reinmetall enthalten sind.

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

Beispiel:

Gesamtkosten	1.050,- EUR
Festzuschuss 100 %	1.000,- EUR
./. Mehrkosten	
(Edelmetallkosten ./.. fiktive NEM-Kosten)	100,- EUR

Festzuschuss der Krankenkasse	950,- EUR

Direktabrechnung:

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

9. Versichertenanteil

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

VI. Sonstige Angaben

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

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

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

B. Teil 2 (Vordruck 3b)

Teil 2 des Heil- und Kostenplans (Vordruck 3b) ist vom Zahnarzt nur bei gleich- und andersartigen Versorgungsleistungen, dann aber verpflichtend, auszufüllen.

Gebührenaufstellung:

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

Unterschrift des Zahnarztes:

Der Zahnarzt bestätigt diese Angaben mit seiner Unterschrift.

Unterschrift des Versicherten:

Wünscht der Versicherte eine gleich- oder andersartige Versorgung, ist nach erfolgter Aufklärung durch den Zahnarzt Teil 2 (Vordruck 3b) des Heil- und Kostenplans vom Versicherten oder seinem gesetzlichen Vertreter spätestens vor Behandlungsbeginn zu unterschreiben. Das Unterschriftserfordernis auf Teil 1 (Vordruck 3a) des Heil- und Kostenplans bleibt davon unberührt.

Information:

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

C. Rechnungslegung

I. Festzuschüsse

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

Handelt es sich um andersartige Versorgungsleistungen oder entfallen bei Mischfällen (Regelleistungen und/oder gleichartige Leistungen in Verbindung mit andersartigen Leistungen) mehr als 50 v. H. des zahnärztlichen Honorars auf andersartige Versorgungsleistungen, erfolgt eine Direktabrechnung mit dem Versicherten. Teil 1 (Vordruck 3a) des Heil- und Kostenplans ist bei andersartigen Versorgungsleistungen der Versichertenrechnung beizufügen. Die Gesamtvertragspartner können eine andere prozentuale Grenze als 50 v. H. vereinbaren.

Bei Härtefällen wird auch der über dem Festzuschuss in Höhe von 100 Prozent liegende Betrag, den die Krankenkasse nur bei Regelversorgungsleistungen übernimmt, bis zur tatsächlichen Rechnungshöhe über die KZVen abgerechnet. Die Rechnungsstellung gegenüber dem Härtefall bleibt davon unberührt.

II. Eigenanteil

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

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

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

Vordruck 5a – Parodontalstatus Blatt 1 (Stand 01.07.2021)

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr> <tr><td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td></tr> <tr><td colspan="3" style="text-align: right;">geb. am</td></tr> <tr><td>Kostenträgerkennung</td><td>Versicherungs-Nr.</td><td>Status</td></tr> <tr><td>Abrechnungs-Nr.</td><td>Zahnarztl.-Nr.</td><td>Datum</td></tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten			geb. am			Kostenträgerkennung	Versicherungs-Nr.	Status	Abrechnungs-Nr.	Zahnarztl.-Nr.	Datum	<p style="text-align: center;">PARODONTALSTATUS Blatt 1</p> <p style="text-align: center;">vom _____</p>										
Krankenkasse bzw. Kostenträger																										
Name, Vorname des Versicherten																										
geb. am																										
Kostenträgerkennung	Versicherungs-Nr.	Status																								
Abrechnungs-Nr.	Zahnarztl.-Nr.	Datum																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Allgemeine und parodontitispezifische Anamnese</td> <td style="width: 40%;">Spezielle Vorgeschichte</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> Tabakkonsum </td> <td>Frühere PAR-Therapie Angabe des Jahres: ca. _____</td> </tr> </table>		Allgemeine und parodontitispezifische Anamnese	Spezielle Vorgeschichte	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> Tabakkonsum	Frühere PAR-Therapie Angabe des Jahres: ca. _____																					
Allgemeine und parodontitispezifische Anamnese	Spezielle Vorgeschichte																									
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> Tabakkonsum	Frühere PAR-Therapie Angabe des Jahres: ca. _____																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Diagnose</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Parodontitis <input type="checkbox"/> Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen _____ <input type="checkbox"/> Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen </td> </tr> </table>		Diagnose		<input type="checkbox"/> Parodontitis <input type="checkbox"/> Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen _____ <input type="checkbox"/> Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen																						
Diagnose																										
<input type="checkbox"/> Parodontitis <input type="checkbox"/> Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen _____ <input type="checkbox"/> Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="5">Stadium (Schweregrad, der Patient wird durch das höchste Stadium charakterisiert)</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Stadium I</td> <td><input type="checkbox"/> Stadium II</td> <td><input type="checkbox"/> Stadium III</td> <td><input type="checkbox"/> Stadium IV</td> </tr> <tr> <td>Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)</td> <td><input type="checkbox"/> < 15 % <input type="checkbox"/> (1 – 2 mm)</td> <td><input type="checkbox"/> 15 – 33 % <input type="checkbox"/> (3 – 4 mm)</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> > 33 % <input type="checkbox"/> (≥ 5 mm)</td> </tr> <tr> <td>Zahnverlust aufgrund von Parodontitis</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Nein</td> <td><input type="checkbox"/> ≤ 4 Zähne</td> <td><input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne</td> </tr> <tr> <td>Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)</td> <td><input type="checkbox"/> ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA</td> <td><input type="checkbox"/> ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich</td> </tr> </table>		Stadium (Schweregrad, der Patient wird durch das höchste Stadium charakterisiert)						<input type="checkbox"/> Stadium I	<input type="checkbox"/> Stadium II	<input type="checkbox"/> Stadium III	<input type="checkbox"/> Stadium IV	Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)	<input type="checkbox"/> < 15 % <input type="checkbox"/> (1 – 2 mm)	<input type="checkbox"/> 15 – 33 % <input type="checkbox"/> (3 – 4 mm)		<input type="checkbox"/> > 33 % <input type="checkbox"/> (≥ 5 mm)	Zahnverlust aufgrund von Parodontitis	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> ≤ 4 Zähne	<input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne	Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)	<input type="checkbox"/> ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA	<input type="checkbox"/> ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III	<input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich	
Stadium (Schweregrad, der Patient wird durch das höchste Stadium charakterisiert)																										
	<input type="checkbox"/> Stadium I	<input type="checkbox"/> Stadium II	<input type="checkbox"/> Stadium III	<input type="checkbox"/> Stadium IV																						
Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)	<input type="checkbox"/> < 15 % <input type="checkbox"/> (1 – 2 mm)	<input type="checkbox"/> 15 – 33 % <input type="checkbox"/> (3 – 4 mm)		<input type="checkbox"/> > 33 % <input type="checkbox"/> (≥ 5 mm)																						
Zahnverlust aufgrund von Parodontitis	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> ≤ 4 Zähne	<input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne																						
Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)	<input type="checkbox"/> ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA	<input type="checkbox"/> ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III	<input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Ausmaß/Verteilung (für das höchste Stadium)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lokalisiert (< 30 % der Zähne)</td> <td><input type="checkbox"/> Generalisiert (≥ 30 % der Zähne)</td> <td><input type="checkbox"/> Molaren-Inzisiven-Muster</td> </tr> </table>		Ausmaß/Verteilung (für das höchste Stadium)			<input type="checkbox"/> Lokalisiert (< 30 % der Zähne)	<input type="checkbox"/> Generalisiert (≥ 30 % der Zähne)	<input type="checkbox"/> Molaren-Inzisiven-Muster																			
Ausmaß/Verteilung (für das höchste Stadium)																										
<input type="checkbox"/> Lokalisiert (< 30 % der Zähne)	<input type="checkbox"/> Generalisiert (≥ 30 % der Zähne)	<input type="checkbox"/> Molaren-Inzisiven-Muster																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4">Grad (Progression)</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Grad A</td> <td><input type="checkbox"/> Grad B</td> <td><input type="checkbox"/> Grad C</td> </tr> <tr> <td>Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)</td> <td><input type="checkbox"/> < 0,25</td> <td><input type="checkbox"/> 0,25 – 1,0</td> <td><input type="checkbox"/> > 1,0</td> </tr> <tr> <td>Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/> Kein Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/> HbA 1c < 7,0 %</td> <td><input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 %</td> </tr> <tr> <td>Rauchen</td> <td><input type="checkbox"/> Kein Rauchen</td> <td><input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag</td> <td><input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag</td> </tr> </table>		Grad (Progression)					<input type="checkbox"/> Grad A	<input type="checkbox"/> Grad B	<input type="checkbox"/> Grad C	Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)	<input type="checkbox"/> < 0,25	<input type="checkbox"/> 0,25 – 1,0	<input type="checkbox"/> > 1,0	Diabetes	<input type="checkbox"/> Kein Diabetes	<input type="checkbox"/> HbA 1c < 7,0 %	<input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 %	Rauchen	<input type="checkbox"/> Kein Rauchen	<input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag	<input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag					
Grad (Progression)																										
	<input type="checkbox"/> Grad A	<input type="checkbox"/> Grad B	<input type="checkbox"/> Grad C																							
Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)	<input type="checkbox"/> < 0,25	<input type="checkbox"/> 0,25 – 1,0	<input type="checkbox"/> > 1,0																							
Diabetes	<input type="checkbox"/> Kein Diabetes	<input type="checkbox"/> HbA 1c < 7,0 %	<input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 %																							
Rauchen	<input type="checkbox"/> Kein Rauchen	<input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag	<input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag																							
<p>Anschrift Krankenkasse</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	<p>Entscheidung der Krankenkasse Die Kosten der vorgesehenen systematischen PAR-Behandlung werden übernommen <input type="checkbox"/> werden nicht übernommen <input type="checkbox"/></p> <p>Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>																									

1. Parodontalstatus vom _____

Im Datumsfeld ist das Datum der Befunderhebung (BEMA-Nr. 4) anzugeben.

2. Allgemeine und parodontitispezifische Anamnese

Die parodontitispezifische Anamnese umfasst die Erhebung der Risikofaktoren für die Parodontitis – Diabetes mellitus und Rauchen. Sollte diesbezüglich eine positive Anamnese vorliegen, wird dies durch das Ankreuzen des jeweiligen Kästchens kenntlich gemacht.

Diabetes und Rauchen nehmen Einfluss auf die Ermittlung des Grads der Erkrankung. In der Datengruppe „Grad (Progression)“ sind daher genauere Angaben erforderlich (siehe unten).

Für Angaben hinsichtlich der allgemeinen Anamnese ist das Freitextfeld „Sonstiges“ vorgesehen.

3. Spezielle Vorgeschichte

Sofern bereits eine PAR-Therapie durchgeführt wurde, ist die Angabe des Jahres in dem Feld (ggf. geschätzt) einzutragen. Bei einer PAR-Erstbehandlung bleibt das Feld leer.

4. Diagnose

Gemäß § 4 der PAR-Richtlinie besteht eine Behandlungsbedürftigkeit, wenn eine Sondierungstiefe von 4 mm oder mehr vorliegt und eine der Diagnosen „Parodontitis“, „Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen“ und „Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen“ gestellt wird.

Die zutreffende Diagnose ist anzukreuzen.

Bei einer Parodontitis als Manifestation einer systemischen Erkrankung ist die systemische Erkrankung im Freitextfeld einzutragen.

5. Stadium (Schweregrad der Erkrankung)

Für die Festlegung des Stadiums werden die Schwere und die Komplexität der Erkrankung ermittelt. Die Angaben zum marginalen Knochenabbau (KA) anhand von Röntgenbildern und zum Zahnverlust aufgrund von Parodontitis liefern erste Hinweise auf die Schwere der Erkrankung und die Einordnung in ein bestimmtes Stadium. Komplexitätsfaktoren können eine Höherstufung des Stadiums bewirken. Stellt der Zahnarzt das Vorliegen von solchen Faktoren fest, sind entsprechende Angaben zu treffen. Im Ergebnis bemisst sich das Stadium der Erkrankung nach dem höchsten markierten Wert.

Beim Ausfüllen der Datenfelder in der Tabelle ist zu beachten:

- In der Zeile „Röntg. Knochenabbau“ oder der Zeile „oder interdentaler CAL“ muss eine Angabe erfolgen. Die Zeile „oder interdentaler CAL“ ist zu befüllen, wenn das Stadium nicht anhand des röntgenologischen Knochenabbaus ermittelbar ist.
- In der Zeile „Zahnverlust aufgrund von Parodontitis“ muss eine Angabe erfolgen.
- Die Zeile „Komplexitätsfaktoren“ bleibt frei, wenn keiner der Faktoren vorliegt.

Bei allen Kriterien ist der in der Dentition höchste gefundene Wert anzugeben. Ggf. moderatere Befunde in anderen Bereichen der Dentition sind in der Patientendokumentation zu vermerken.

Ermittlung der Schwere:

- Auf dem Röntgenbild wird der Bereich der Dentition bestimmt, der den stärksten Knochenabbau (horizontaler/vertikaler Abbau) aufweist. Dieser Befund wird als prozentualer Knochenabbau in Bezug zur Wurzellänge in der Zeile „Röntg. Knochenabbau (KA)“ dokumentiert.

In seltenen Fällen kann es vorkommen, dass ein richtlinienkonformes Röntgenbild zur Bestimmung des Knochenabbaus nicht zur Verfügung steht und nicht angefertigt werden kann. In diesen Fällen ist anstelle des Knochenabbaus der interdental klinische Attachmentverlust (CAL) anzugeben: In der Zeile „(oder interdentaler CAL)“ ist anzukreuzen, in welchem Millimeterbereich der am höchsten gemessene CAL-Wert liegt. Für die Bestimmung des Grads (Knochenabbauindex) muss dann in diesen Fällen auf Röntgenbilder zurückgegriffen werden, die ggf. älter als 12 Monate sind.

- In der Zeile „Zahnverlust aufgrund von Parodontitis“ ist anzukreuzen, ob und in welcher der angegebenen Größenordnungen dem Patienten Zähne durch Parodontitis verloren gegangen sind. Fehlen dem Patienten Zähne, hat der Zahnarzt die Ursache dafür zu prüfen. Kann die Ursache für Zahnverlust nicht eruiert werden, ist das Kästchen „Nein“ anzukreuzen.

Komplexität:

- Die Zeile „Komplexitätsfaktoren“ enthält Ankreuzfelder für drei Gruppen sogenannter Komplexitätsfaktoren. Zu den Faktoren zählen unter anderem bestimmte Sondierungstiefen, fortgeschrittener Furkationsbefall (Grad II/III) und die Notwendigkeit der Rehabilitation aufgrund mastikatorischer Dysfunktion. Das jeweilig zutreffende Feld ist anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus dieser Gruppe vorliegt. Das bedeutet, dass schon das Vorliegen eines einzigen Komplexitätsfaktors (ggf. nur an einem Zahn) ausreicht, um die Diagnose hin zu einem höheren Stadium zu verändern.

Hinweis zur Abgrenzung von Stadium III und IV: Die Stadien III und IV unterscheiden sich in der Zahl der durch Parodontitis verloren gegangener Zähne und/oder der Notwendigkeit einer komplexen Rehabilitation aufgrund mastikatorischer Dysfunktion. Die Gründe für die Rehabilitation können Auffächerung der Zähne, Zahnwanderung, ausgeprägte Kammdefekte, Verlust der Bisshöhe usw. sein.

6. Ausmaß/Verteilung

Das Ausmaß bzw. die Verteilung der Erkrankung ist für dasjenige Stadium anzugeben, das die Diagnose definiert (also das höchste Stadium).

7. Grad (Progression)

Im Abschnitt „Grad (Progression)“ ist in jeder Zeile eine Angabe erforderlich.

Für die Bestimmung des Knochenabbauindex wird an dem am stärksten betroffenen Zahn der prozentuale Knochenabbau in Bezug zur Wurzellänge durch das Alter des Patienten dividiert [KA (%)/Alter].

Die Risikofaktoren Diabetes und Rauchen haben Einfluss auf die Gradeinteilung. Sie führen aber nur zur Hochstufung des Grads (nur „Upgrade“ möglich). Ist der Patient Diabetiker oder Raucher, wird der Erkrankung mindestens ein Grad B, je nach den Werten ein Grad C zugeordnet (es reicht bereits ein Risikofaktor für die Höherstufung des Grads). Der Patient ist nach seinen Rauchgewohnheiten zu befragen. Diabetiker werden nach dem HbA 1c-Wert befragt, den sie ggf. über ihren Hausarzt in Erfahrung bringen können.

8. Anschrift Krankenkasse

In dieses Feld ist die Anschrift der Krankenkasse einzutragen.

Sondierungsblutung

Sollte bei der Messung der Sondierungstiefen an der Messstelle eine Blutung auftreten, ist diese mit einem Sternchen hinter der angegebenen Sondierungstiefe kenntlich zu machen.

Zahnlockerung

Der Grad der Zahnlockerung ist in das zentrale Feld der gezeichneten Zahnkrone wie folgt einzutragen:

- Grad 0 = normale Zahnbeweglichkeit
- Grad I = gering horizontal (0,2 mm – 1 mm)
- Grad II = moderat horizontal (mehr als 1 mm)
- Grad III = ausgeprägt horizontal (mehr als 2 mm) und in vertikaler Richtung

Die Neuerung, dass nicht nur die pathologischen Befunde, sondern auch der Befund „Grad 0“ anzugeben ist, entspricht der PAR-Richtlinie. In der beschreibbaren PDF-Datei zu Blatt 2 des PAR-Status ist das Feld ebenso wie später im PVS-System mit „0“ vorbelegt, so dass lediglich Abweichungen von „0“ einzutragen sind.

Furkationsbefall (FB)

Oberhalb und unterhalb des Zahnschemas befindet sich je eine Zeile „FB“. Hier ist für jeden infrage kommenden Zahn der höchste Grad des Furkationsbefalls in das dem Zahn zugehörige Kästchen wie folgt einzutragen:

- Grad 0 = keine Furkationsbeteiligung sondierbar
- Grad I = bis 3 mm in horizontaler Richtung sondierbar
- Grad II = mehr als 3 mm in horizontaler Richtung, jedoch nicht durchgängig sondierbar
- Grad III = durchgängig sondierbar

Zur erforderlichen Dokumentation auch des Grades 0 siehe oben.

Fehlender Zahn

Fehlende Zähne sind im Zahnschema durchzukreuzen.

Nicht erhaltungswürdiger Zahn

Nicht erhaltungswürdige Zähne sind im Zahnschema mit drei oder vier horizontalen Linien durchzustreichen.

Antiinfektiöse Therapie (AIT)

Oberhalb und unterhalb des Zahnschemas befindet sich je eine Zeile „AIT“. Die Felder sind an allen Zähnen anzukreuzen, bei denen ein geschlossenes Vorgehen geplant ist. Voraussetzung dafür ist das Vorliegen einer Sondierungstiefe von größer/gleich 4 mm an mindestens einer Messstelle des betreffenden Zahnes.

3. Bemerkungen

Im Feld „Bemerkungen“ kann z. B. angegeben werden, ob Zähne richtlinienüberschreitend (Knochenabbau > 75 % oder Furkationsbefall von Grad III bei gleichzeitigem Vorliegen von Lockerungsgrad III) auf Wunsch des Versicherten außerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung therapiert werden. In diesem Fall sind auch die betroffenen Zähne anzugeben.

4. Geplante Leistungen

Leistungen, die im Rahmen der systematischen PAR-Therapie nur einmalig erbracht werden können, sind sowohl in den gedruckten Papierformularen als auch im PVS-System mit einer Anzahl von 1 vorbefüllt.

Noch einzutragen ist die Anzahl der Leistungen nach AIT a und AIT b.

Ferner ist die Frequenz der UPT anzugeben. Je nach Gradeinteilung ist in der Spalte „Anzahl“ einzutragen:

- bei Grad A (einmal im Kalenderjahr): 2
- bei Grad B (einmal im Kalenderhalbjahr): 4
- bei Grad C (einmal im Kalendertertia): 6

Ggf. weitere zahnärztliche Leistungen (BEMA-Nrn. 108 und 111) sind meist nicht vor der Behandlung planbar und deshalb nicht als geplante Leistungen anzugeben. Die Leistungen sind entsprechend ihrer erbrachten Anzahl abrechnungsfähig.

5. Datum, Unterschrift, Stempel

Der Vertragszahnarzt hat den PAR-Status, Blatt 2, im dafür vorgesehenen Feld mit Datum, Unterschrift und Stempelabdruck zu versehen.

Hinweis zum Verfahren bei offenem Vorgehen

Sollte im Anschluss an die Leistung nach Nr. BEV a ggf. die Notwendigkeit für das offene Vorgehen gegeben sein, ist dieses der Krankenkasse zur Kenntnis zu geben (Vordruck 5c der Anlage 14b BMV-Z).

Vordruck 5c – Mitteilung über eine chirurgische Therapie gemäß § 12 Abs. 1 der PAR-Richtlinie (Stand 01.07.2021)

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

**Mitteilung über eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen)
gemäß § 12 Abs. 1 der PAR-RL**

Es werden weitere Maßnahmen im Rahmen der systematischen PAR-Therapie zum Parodontalstatus vom _____ notwendig.

Folgende Leistungen werden angezeigt:

Geb.-Nr.	Zahnangabe
CPT a	
CPT b	

Vordr. 5c (0808 01/2021) "Krankenkasse Zahnarzt" - SCHÜTZBLICK Nr. 010118114 www.zahn.de

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

1. Parodontalstatus vom _____

Im Datumsfeld ist dasjenige Datum anzugeben, das bei der Antragstellung als Datum des Parodontalstatus angegeben wurde.

2. Anzuzeigende Leistungen

Die Durchführung einer chirurgischen Therapie ist der Krankenkasse lediglich zur Kenntnis zu geben; ein Genehmigungsverfahren findet nicht statt. In der Tabelle ist aufzuführen, an welchen Zähnen Leistungen nach der BEMA-Nr. CPT a und an welchen Zähnen Leistungen nach der BEMA-Nr. CPT b erfolgen. Die Zähne sind grundsätzlich einzeln anzugeben; Gebietsangaben dürfen erfolgen, wenn sämtliche in dem benannten Gebiet liegenden Zähne eine CPT erhalten und die Anzahl der behandelten Zähne eindeutig aus dem Gebiet erkennbar ist.

3. Datum, Unterschrift und Stempel

Die Mitteilung über eine chirurgische Therapie (CPT) ist mit Datum, Unterschrift und Stempel zu versehen.

4. Hinweis auf Überweisung

Die Mitteilung über die CPT ist von der Praxis vorzunehmen, die die systematische PAR-Behandlung durchführt. Wird der Patient an eine andere Praxis zwecks Vornahme der CPT überwiesen, ist dies in der Freifläche im Formular anzugeben, z. B. durch die Angabe: „CPT erfolgt durch spezialisierten Zahnarzt“.

Vordruck 5e – Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V (Stand 01.07.2021)

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="font-size: small;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="font-size: small;">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="font-size: small;">geb. am</td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Kostenträgerkennung</td> <td style="font-size: small;">Versicherten-Nr.</td> <td style="font-size: small;">Status</td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Abrechnung-Nr.</td> <td style="font-size: small;">Zahnarzt-Nr.</td> <td style="font-size: small;">Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnung-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<p>Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V gemäß Abschnitt B V. Ziffer 2 der Behandlungsrichtlinie</p> <p>vom _____</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Abrechnung-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum											

Begründung:

- Eingeschränkte oder nicht vorhandene Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene
- Eingeschränkte oder nicht vorhandene Kooperationsfähigkeit
- Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig – geschlossenes Vorgehen
- Ausnahmefall: Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig – offenes Vorgehen an Zähnen mit ST ≥ 6 mm (an den Zähnen, bei denen ein offenes Vorgehen erforderlich ist, erfolgt dieses anstelle der AIT)

Folgende Leistungen werden angezeigt:

Geb.-Nr.	Zahnangabe	Anzahl
4	-----	
AIT a		
AIT b		
CPT a		
CPT b		

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Vordr.-Be (22.05.07/2021) - SCHUTZBELEG, bei 0800 12 12 124 - www.krankenkasse.de

1. Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei Versicherten nach § 22a SGB V [...] vom _____

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX erhalten, Leistungen in einem bedarfsgerecht modifizierten Umfang zur Behandlung einer Parodontitis festgelegt, die anstelle der systematischen Behandlung gemäß der PAR-Richtlinie erbracht werden können. Die Leistungen ermöglichen eine niedrighschwellige Behandlung, wenn eine systematische Behandlung der Parodontitis, wie sie in der PAR-Richtlinie geregelt ist, nicht möglich ist. Die Behandlung ist nicht genehmigungspflichtig, sie muss aber der Krankenkasse angezeigt werden.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Der Versicherte ist einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet oder erhält Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX (die Anspruchsberechtigung sollte vom Zahnarzt in der Patientenakte dokumentiert werden).
- Bei dem Versicherten ist die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene oder die Kooperationsfähigkeit eingeschränkt oder nicht gegeben oder es besteht die Notwendigkeit der Behandlung in Allgemeinnarkose.
- Es liegen Sondierungstiefen von 4 mm oder mehr vor.

Im Datumsfeld ist das Datum anzugeben, zu dem das Formular „Anzeige“ ausgefüllt wird.

2. Begründung

Mindestens einer der im Abschnitt „Begründung“ aufgeführten Gründe muss vorliegen, um die modifizierte PAR-Behandlung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung vornehmen zu können. Je nach Vorliegen können mehrere Gründe angekreuzt werden.

Nach Abschnitt B V Nr. 2 b der Behandlungsrichtlinie kann bei Versicherten, die einer Behandlung in Allgemeinnarkose bedürfen, in Ausnahmefällen an Zähnen mit einer Sondierungstiefe von 6 mm oder mehr anstelle der antiinfektiösen Therapie eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen) erfolgen.

Daraus ergibt sich, dass – anders als bei der systematischen Behandlung – dem offenen kein geschlossenes Vorgehen vorausgeht. Damit können unterschiedliche Zähne in derselben Sitzung je nach Indikation im Wege einer AIT bzw. im Wege einer CPT behandelt werden, sodass eine erneute Allgemeinnarkose vermieden wird. Die CPT ist bezogen auf einen Zahn immer anstelle der AIT durchzuführen, nicht zusätzlich zu dieser.

Wenn im Ausnahmefall des offenen Vorgehens zeitgleich Zähne eine Behandlung mit geschlossenem Vorgehen erhalten sollen, ist sowohl die Begründung „Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig – geschlossenes Vorgehen“ als auch die Begründung „Ausnahmefall: Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig – offenes Vorgehen an Zähnen mit ST \geq 6 mm“ anzukreuzen.

Versicherte nach § 22a SGB V mit eingeschränkter oder fehlender Mundhygiene- oder Kooperationsfähigkeit, die nicht einer Behandlung in Allgemeinnarkose bedürfen, haben, sofern für sie nach dem Formular „Anzeige“ Leistungen außerhalb der systematischen PAR-Therapie angezeigt werden, keinen Anspruch auf eine CPT.

3. Anzuzeigende Leistungen

In den Zeilen „AIT a“ und „AIT b“ sowie „CPT a“ und „CPT b“ sind die betreffenden Zähne und die Anzahl der Leistungen anzugeben. Es ist möglich, Zahngebiete mit Bindestrichen anzugeben.

Weitere zahnärztliche Leistungen wie die BEMA-Nrn. 108 und 111 sind meist nicht vor der Behandlung planbar und deshalb nicht als geplante Leistungen anzugeben. Diese Leistungen sind in der Anzahl abrechnungsfähig, in der sie erbracht wurden.

4. Datum, Unterschrift und Stempel

Das Formular ist im dafür vorgesehenen Feld mit Datum, Unterschrift und Stempelabdruck zu versehen.

Vordruck 9 – Zahnärztliche Heilmittelverordnung (Stand 01.01.2021)

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

<p>1 Krankenkasse bzw. Kostenträger</p> <p>Zuzahlungs-frei</p> <p>Zuzahlungs-pflicht</p> <p>Name, Vorname des Versicherten geb, am</p> <p>BVG Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status</p> <p>Vertragszahnarzt-Nr. Datum</p> <p>Verordnung nach Maßgabe des Kataloges</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen</p> <p>3 Hausbesuch <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein 4 Therapiebericht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>		<p>Zahnärztliche Heilmittelverordnung</p>	
<p>5 Physiotherapie</p> <p>Vorrangige Heilmittel:</p> <p><input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> KG-ZNS-Kinder <input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojta</p> <p><input type="checkbox"/> KG-ZNS <input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojta <input type="checkbox"/> PNF</p> <p><input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> MLD 30 <input type="checkbox"/> MLD 45</p>		<p>6 Ergänzende Heilmittel:</p> <p><input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Elektrostimulation <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Elektrotherapie <input type="checkbox"/> Heißluft <input type="checkbox"/> Heiße Rolle <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Packungen</p> <p>Ggf. Spezifizierung</p> <p><input type="checkbox"/> Übungsbehandlung</p>	
<p>10 Indikationsschlüssel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>11 ICD-10 – Code <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ICD-10 – Code <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		<p>7 Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie</p> <p>Therapiedauer</p> <p><input type="checkbox"/> 30 min. ____ <input type="checkbox"/> 45 min. ____ <input type="checkbox"/> 60 min. ____</p>	
<p>12 Weitere Hinweise (ggf. Angaben/Begründung zum langfristigen Heilmittelbedarf, Angaben zur Blankoverordnung, etc.)</p>		<p>8 Anzahl pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- 1x 2x 3x</p> <p>Verordnungsmenge</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>9 ggf. ergänzendes Heilmittel</p> <p>Anzahl pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- 1x 2x 3x</p> <p>Verordnungsmenge</p> <p><input type="checkbox"/></p>	
<p>13 IK des Leistungserbringers <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		<p>Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes</p>	

1 Zuzahlungsfrei bzw. Zuzahlungspflicht

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

2 Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

Grundsätzlich hat die Behandlung innerhalb von 28 Kalendertagen nach Verordnung durch den Vertragszahnarzt zu beginnen. Liegt ein dringlicher Behandlungsbedarf vor, hat die Behandlung spätestens innerhalb von 14 Kalendertagen zu beginnen. Dies ist auf der Verordnung durch Ankreuzen des Kästchens „Dringlicher Behandlungsbedarf“ kenntlich zu machen.

Kann die Heilmittelbehandlung in den genannten Zeiträumen nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.

3 Hausbesuch

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

4 Therapiebericht

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

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Auf der zahnärztlichen Heilmittelverordnung sind die Maßnahmen der Physiotherapie und der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie nach Maßgabe des Heilmittelkataloges Zahnärzte anzugeben.

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

5 Vorrangige Heilmittel (Physiotherapie)

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

6 Ergänzende Heilmittel (Physiotherapie)

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

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

Der Vertragszahnarzt kann die beiden leeren Zeilen „ggf. Spezifizierung“ für eine weitere Spezifizierung der Maßnahmen nach den §§ 19 und 22 der HeilM-RL ZÄ nutzen. Hierzu gehören die nachstehend beschriebenen Maßnahmen:

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

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

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

Es kann maximal ein ergänzendes Heilmittel zum vorrangigen Heilmittel verordnet werden.

7 Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie: Therapiedauer pro Sitzung und Verordnungsmenge

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

Für die Sprech- und Sprachtherapie oder für die Schlucktherapie besteht die Möglichkeit, verschiedene Behandlungszeiten zu verordnen. Die Aufteilung der Verordnungsmenge ist in der Zeile hinter der jeweiligen Therapiedauer zu spezifizieren (z. B. 30 min. 5x und 45 min. 5x). Bei einer Aufteilung der Gesamtverordnungsmenge auf verschiedene Behandlungszeiten muss die Summe der Verordnungsmenge im Feld **7** mit der Verordnungsmenge im Feld **8** übereinstimmen. Sofern von der Aufteilung kein Gebrauch wird, ist die Zeile für die anteilige Verordnungsmenge hinter der Behandlungszeit im Feld **7** nicht zu befüllen.

8 Anzahl pro Woche und Verordnungsmenge

Im Feld „Anzahl pro Woche“ ist vom Vertragszahnarzt durch Ankreuzen eines entsprechenden Kästchens „1x“, „2x“, „3x“ eine Behandlungsfrequenz für das verordnete Heilmittel anzugeben. Sofern der Vertragszahnarzt eine Frequenzspanne vorgeben möchte, ist jeweils der untere und der obere Wert der Frequenzspanne mit einem Kreuz zu versehen (z. B. bei 1 - 2x wöchentlich Kreuz im Feld „1x“ und im Feld „2x“; bei „2 - 3x wöchentlich“ Kreuz im Feld „2x“ und im Feld „3x“; usw.). Die spätere Abweichung von der angegebenen Frequenz ist nur zulässig, wenn zwischen Vertragszahnarzt und Therapeut ein abweichendes Vorgehen verabredet wurde. Die Angabe der Anzahl der Behandlungseinheiten darf den Wert der Höchstmenge je Verordnung gemäß Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte nicht überschreiten. Im Fall eines langfristigen Heilmittelbedarfs können die notwendigen Heilmittel je Verordnung für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden (vgl. § 6 Abs. 5 Heilm-RL ZÄ).

9 ggf. ergänzendes Heilmittel: Anzahl pro Woche und Verordnungsmenge

Dieses Feld steht zur Verfügung in Fällen, in denen zu einem vorrangigen Heilmittel ein ergänzendes Heilmittel auf einem Vordruck verordnet werden soll. Es kann hier die Anzahl pro Woche und die Verordnungsmenge für das ergänzende Heilmittel nach Maßgabe der Ziffer **8** angegeben werden.

Die Möglichkeit zur Verordnung einer Doppelbehandlung besteht nicht für ein ergänzendes Heilmittel.

10 Indikationsschlüssel

In diesem Feld ist der vollständige Indikationsschlüssel anzugeben. Dieser setzt sich bei der zahnärztlichen Heilmittelverordnung in der Regel aus der Bezeichnung der Indikationsgruppe (z. B. LY22) und in Ausnahmefällen aus der Bezeichnung der Indikationsgruppe und dem Buchstaben der vorrangigen Leitsymptomatik (nur bei CD1, CD2 und CSZ) gemäß Heilmittelkatalog Zahnärzte zusammen (z. B. CD1a oder CSZb).

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

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

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

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

12 Weitere Hinweise (ggf. Angabe/Begründung zum langfristigen Heilmittelbedarf, Angaben zur Blankoverordnung etc.)

Bei Vorliegen einer **Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Heilmittelbringern („Blankoverordnung“)** ist hier ein entsprechender Vermerk vorzusehen.

Bei Verordnungen aufgrund von Indikationen nach § 125a SGB V kann auf folgende Angaben auf dem Heilmittelvordruck verzichtet werden:

- die Verordnungsmenge (Ziffern **7**, **8** und **9**),
- das/die Heilmittel gemäß dem Heilmittelkatalog ZÄ (Ziffern **5**, **6** und **7**),
- die Therapiefrequenz (Angabe auch als Therapiefrequenzspanne möglich) (Ziffern **7**, **8** und **9**),
- ggf. ergänzende Angaben zum Heilmittel (z. B. „KG-ZNS [Bobath]“ oder „Doppelbehandlung“) (Ziffern **5** und **6**)

Die vorgenannten Felder sind dann vom Vertragszahnarzt nicht anzukreuzen oder zu befüllen.

Sollte mit der Heilmittelbehandlung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen begonnen werden können, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Sogenannte „Blankoverordnungen“ sind maximal 16 Wochen ab Verordnungsdatum gültig.

Auf die o. g. Angaben auf dem Heilmittelvordruck ist auch bei Indikationen nach § 125a SGB V nicht zu verzichten, wenn wichtige medizinische Gründe vorliegen, die gegen eine Auswahl der Heilmittel gemäß dem Heilmittelkatalog oder der Dauer und Frequenz der Therapie durch den Therapeuten sprechen. In diesem Fall sind alle Angaben vom Vertragszahnarzt zu tätigen.

Beim Vorliegen eines **langfristigen Heilmittelbedarfes** kann ein entsprechender Vermerk im Feld „Weitere Hinweise“ vorgesehen werden.

Ein langfristiger Heilmittelbedarf liegt vor, wenn sich aus der zahnärztlichen Begründung die Schwere und Langfristigkeit der strukturellen/funktionellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der nachvollziehbare Therapiebedarf des Versicherten ergeben.

Die Krankenkasse entscheidet auf Antrag des Versicherten darüber, ob ein langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V vorliegt und die notwendigen Heilmittel langfristig genehmigt werden können.

Für den Genehmigungsbescheid benötigt die Krankenkasse neben dem Antrag des Versicherten eine Kopie einer gültigen und gemäß § 11 Abs. 1 Satz 2 HeilM-RL ZÄ vollständig ausgefüllten Verordnung des Vertragszahnarztes. Die Originalverordnung bleibt bei dem Versicherten.

Der Vertragszahnarzt kann im Feld „Weitere Hinweise“ entweder die Begründung (ggf. unter Zuhilfenahme eines Beiblattes) vermerken, dass ein Antrag des Versicherten auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfes nach § 7 HeilM-RL ZÄ angezeigt ist oder, dass vom Versicherten bereits eine Genehmigung der Krankenkasse nach § 7 Abs. 2 HeilM-RL ZÄ vorgelegt wurde.

Besonderheit: Verordnung von Doppelbehandlungen

In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann ein vorrangiges Heilmittel auch als zusammenhängende Behandlung (Doppelbehandlung) verordnet werden. Derartige Fallgestaltungen können sich hauptsächlich bei Vorliegen der Diagnosegruppen CD2, ZNSZ und SCZ ergeben. Durch die Verordnung von Doppelbehandlungen erhöht sich die gemäß der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte zulässige Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung sowie die orientierende Behandlungsmenge nicht. Sind als Verordnungsmenge bspw. 6 Behandlungseinheiten angegeben, dürfen 3 Doppelbehandlungen à 2 Behandlungseinheiten durchgeführt werden. Je Doppelbehandlung kann in der Physiotherapie maximal ein ergänzendes Heilmittel verordnet werden. Soweit der Vertragszahnarzt die Abgabe in Form einer Doppelbehandlung wünscht, kann er dies im Feld "Weitere Hinweise mittels Freitextangabe deutlich machen (z. B. „als Doppelbehandlung“).

13 IK des Leistungserbringers

Dieses Feld ist ausschließlich für Abrechnungszwecke des Heilmittelleistungserbringers vorgesehen und ist durch den verordnenden Vertragszahnarzt nicht zu befüllen.

Rückseite oder Seite 2 des Vordruckes:

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

Protokollnotiz:

Die Partner des Bundesmantelvertrages Zahnärzte sind sich einig, dass in einem weiteren Schritt zeitnah in Verhandlungen über die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben nach § 86 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V respektive der Vorbereitung möglicher Digitalisierungsvorhaben hinsichtlich des Vordruckes 9 „Zahnärztliche Heilmittelverordnung“ eingetreten werden soll. Die Vertragspartner streben in diesem Zusammenhang eine weitgehende Harmonisierung der im zahnärztlichen und im ärztlichen Bereich zu verwendenden Formulare für die Verordnung von Heilmitteln an, unter Berücksichtigung der zwingenden Unterschiede, die sich auf Grundlage der jeweiligen Heilmittel-Richtlinien der zahnärztlichen und der ärztlichen Versorgung ergeben.

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

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

Vordruck e01 – Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung*

* Die Erläuterungen und Ausfüllhinweise zu Vordruck e01: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung werden zu einem späteren Zeitpunkt in die Anlage 14d überführt.

I. Verfahren bis 31.12.2022:

1. Die Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten an die zuständige Krankenkasse erfolgt grundsätzlich digital als Datensatz, sofern die technischen Voraussetzungen für das Erstellen, die sichere Übermittlung und den Empfang der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung sowohl in den Vertragszahnarztpraxen als auch bei allen Krankenkassen vorliegen.

Die Ausfertigungen für den Versicherten und den Arbeitgeber sind dem Versicherten in Papierform als Ausdruck des mittels Stylesheets erzeugten Formulars unterschrieben auszuhändigen. Die Ausfertigung für den Arbeitgeber enthält keine diagnosebezogenen Daten. Die Ausfertigung für den Vertragszahnarzt in Papier entfällt. Der Versicherte ist darauf hinzuweisen, dass er die Ausfertigung für den Arbeitgeber diesem unverzüglich zu übermitteln hat.

Solange die technischen Voraussetzungen für die Übermittlung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die Krankenkasse nicht vorliegen (z. B. fehlende Anbindung an den Dienst Kommunikation im Medizinwesen „KIM“) und die Gründe nicht in der Verantwortung der betroffenen Zahnarztpraxis liegen, erhalten Versicherte eine mittels Stylesheet in der jeweils gültigen Fassung der technischen Anlage zur eAU erzeugte papiergebundene Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Bis längstens zum 30.09.2022 kann in Ausnahmefällen auf noch vorhandene Papierformulare nach Muster 1 zurückgegriffen werden, wenn die Erstellung mittels Stylesheet nicht möglich ist.

2. Im elektronischen Verfahren sind die Arbeitsunfähigkeitsdaten tagesaktuell als XML-Datensatz (im FIHR-Standard) zu erstellen und über den Dienst Kommunikation im Medizinwesen (KIM) zu übermitteln. Es gelten grundsätzlich die Vorgaben der Technischen Anlage zur eAU der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (ab Version 1.09), soweit vertragszahnärztliche Besonderheiten nicht entgegenstehen. Die zu berücksichtigenden Besonderheiten werden von den Vertragspartnern bei jeder Aktualisierung der Technischen Anlage gemeinsam festgelegt. Beabsichtigte Aktualisierungen im ärztlichen Bereich teilt der GKV-Spitzenverband der KZBV rechtzeitig mit.
3. Wenn die Datenübermittlung im elektronischen Verfahren an die Krankenkasse aus technischen Gründen nicht möglich ist, werden die Daten durch das Praxisverwaltungssystem gespeichert und der Versand erfolgt, sobald dies wieder möglich ist.

Sofern die digitale Erstellung oder Übermittlung der Daten an die Krankenkasse bis zum Ende des nachfolgenden Werktags¹ nicht nachgeholt werden kann, sendet der Vertragszahnarzt den Papierausdruck der Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse unterschrieben an die zuständige Krankenkasse. Mit Hilfe des aufgedruckten Barcodes stellt diese dem Arbeitgeber die für ihn bestimmten Daten digital als Meldung zum Abruf zur Verfügung, sofern dieser schon vor dem 01.01.2023 an diesem Verfahren teilnimmt.

¹ Samstage gelten insoweit nicht als Werktage

Sofern Portokosten für den Vertragszahnarzt anfallen, können diese nach der Ordnungsnummer 602 gem. Ziffer 2.4.7 Anlage 1 BMV-Z abgerechnet werden. Auch bei einer nicht elektronischen Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten gilt § 49 Absatz 1 Nr. 5 letzter Halbsatz SGB V i. d. F. ab 01.01.2021.

4. Die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist qualifiziert elektronisch mittels eHBA² zu signieren. Wenn die Signierung mit den Komponenten der Telematik-Infrastruktur (TI) aus technischen Gründen oder aus anderen Gründen, die nicht in der Verantwortung des Vertragszahnarztes liegen, nicht möglich ist, ist eine Signierung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung mittels SMC-B zulässig.
5. Bei nachträglichem Korrekturbedarf versendet der Vertragszahnarzt eine Stornierung an die Krankenkasse und übermittelt einen neuen Arbeitsunfähigkeitsdatensatz mit den korrekten Daten. Die Ausfertigungen für den Versicherten und den Arbeitgeber sind dem Versicherten entsprechend korrigiert in Papierform unterschrieben auszuhändigen.
6. Erhält eine Krankenkasse Arbeitsunfähigkeitsdaten zu einem Versicherten, der aktuell nicht bei dieser Krankenkasse versichert ist, löscht sie die Daten umgehend und versendet eine standardisierte Fehlermeldung an den Vertragszahnarzt, der den Versicherten darüber informiert. Eine Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten an die zuständige Krankenkasse hat erst dann zu erfolgen, wenn der Versicherte dies ausdrücklich veranlasst.

² Davon sind alle Ausweise umfasst, die zum jeweiligen Zeitpunkt als qualifizierte Signaturkarten in der Telematikinfrastruktur unterstützt werden.

II. Verfahren ab 01.01.2023:

1. Die Daten der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung werden vom Vertragszahnarzt an die zuständige Krankenkasse digital als Datensatz übermittelt. Die Krankenkasse stellt dem Arbeitgeber die für ihn bestimmten Daten digital als Meldung zum Abruf zur Verfügung. Versicherte erhalten papiergebundene und vom Vertragszahnarzt unterschriebene Ausdrücke der mittels Stylesheet erzeugten Ausfertigungen für den Versicherten und den Arbeitgeber.

Protokollnotiz:

Nach Art. 4b des Gesetzes zur Verlängerung von Sonderregelungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie beim Kurzarbeitergeld und anderer Leistungen wird von einem Start des Verfahrens der elektronischen Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die Arbeitgeber zum 01.01.2023 ausgegangen. Sollte die gesetzlich vorgesehene Pilotierung im Arbeitgeberverfahren nicht vollumfänglich erfolgen können, verständigen sich die Vertragspartner darauf, dass im Falle einer entsprechenden gesetzlichen Anpassung die Fristen unter C. I. und II. kurzfristig aktualisiert werden.

2. Im elektronischen Verfahren sind die Arbeitsunfähigkeitsdaten tagesaktuell als XML-Datensatz (im FIHR-Standard) zu erstellen und über den Dienst KIM zu übermitteln. Es gelten grundsätzlich die Vorgaben der Technischen Anlage zur eAU der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (ab Version 1.09), soweit vertragszahnärztliche Besonderheiten nicht entgegenstehen. Die zu berücksichtigenden Besonderheiten werden von den Vertragspartnern bei jeder Aktualisierung der Technischen Anlage gemeinsam festgelegt. Beabsichtigte Aktualisierungen im ärztlichen Bereich teilt der GKV-Spitzenverband der KZBV rechtzeitig mit.
3. Wenn die Datenübermittlung im elektronischen Verfahren an die Krankenkasse aus technischen Gründen nicht möglich ist, werden die Daten durch das Praxisverwaltungssystem gespeichert und der Versand erfolgt, sobald dies wieder möglich ist.

Sofern die digitale Erstellung oder Übermittlung der Daten an die Krankenkasse bis zum Ende des nachfolgenden Werktags³ nicht nachgeholt werden kann, sendet der Vertragszahnarzt den Papierausdruck der Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse unterschrieben an die zuständige Krankenkasse. Mit Hilfe des aufgedruckten Barcodes stellt diese dem Arbeitgeber die für ihn bestimmten Daten digital als Meldung zum Abruf zur Verfügung. Sofern Portokosten für den Vertragszahnarzt anfallen, können diese nach der Ordnungsnummer 602 gem. Ziffer 2.4.7 Anlage 1 BMV-Z abgerechnet werden. Auch bei einer nicht elektronischen Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten gilt § 49 Absatz 1 Nr. 5 letzter Halbsatz SGB V i. d. F. ab 01.01.2021.

4. Die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist qualifiziert elektronisch mittels eHBA⁴ zu signieren. Wenn die Signierung mit den Komponenten der TI aus technischen Gründen oder aus anderen Gründen, die nicht in der Verantwortung des Vertragszahnarztes liegen, nicht möglich ist, ist eine Signierung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung mittels SMC-B zulässig.
5. Bei nachträglichem Korrekturbedarf versendet der Vertragszahnarzt eine Stornierung an die Krankenkasse und übermittelt einen neuen Arbeitsunfähigkeitsdatensatz mit den korrekten Daten. Die Ausfertigungen für den Versicherten und den Arbeitgeber sind dem Versicherten entsprechend korrigiert in Papierform unterschrieben auszuhändigen.
6. Erhält eine Krankenkasse Arbeitsunfähigkeitsdaten zu einem Versicherten, der aktuell nicht bei dieser Krankenkasse versichert ist, löscht sie die Daten umgehend und versendet eine standardisierte Fehlermeldung an den Vertragszahnarzt, der den Versicherten darüber informiert. Eine Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten an die zuständige

³ Samstage gelten insoweit nicht als Werktage.

⁴ Davon sind alle Ausweise umfasst, die zum jeweiligen Zeitpunkt als qualifizierte Signaturkarten in der Telematikinfrastruktur unterstützt werden.

Krankenkasse hat erst dann zu erfolgen, wenn der Versicherte dies ausdrücklich veranlasst.

7. Die Ausfertigungen für den Versicherten und für den Arbeitgeber können auf Wunsch des Versicherten diesem entweder papiergebunden ausgehändigt oder digital in die elektronische Patientenakte (ePA) übernommen werden.

III. Allgemeine Grundsätze und Ausfüllhinweise:

1. Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer voraussichtlichen Dauer erfordert im Hinblick auf ihre Bedeutung eine besondere Sorgfalt. Arbeitsunfähigkeit darf deshalb nur aufgrund einer zahnärztlichen Untersuchung bescheinigt werden.
2. Der Vertragszahnarzt soll die Daten der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung mindestens 12 Monate archivieren.
3. Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie) ist zu beachten.
4. Der GKV-Spitzenverband stellt der KZBV und diese den KZVen und den Herstellern der Praxisverwaltungssysteme die Stylesheets zur Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung im XSLT-Format kostenfrei zur Verfügung.
5. Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

① Erst-/Folgebescheinigung

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

② Arbeitsunfall, -folgen, Berufskrankheit/dem Durchgangsarzt zugewiesen

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

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr> <tr><td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten geb. am</td></tr> <tr><td>Kostenträgerkennung</td><td>Versicherten-Nr.</td><td>Status</td></tr> <tr><td>Betriebsstätten-Nr.</td><td>Arzt-Nr.</td><td>Datum</td></tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 2 Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit</p> <p>arbeitsunfähig seit _____</p> <p>voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit _____</p> <p>festgestellt am _____</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 2 dem Durchgangsarzt zugewiesen</p> <p><input type="checkbox"/> 3 _____</p> <p><input type="checkbox"/> 4 _____</p> <p><input type="checkbox"/> 5 _____</p> </div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; width: fit-content; margin: 0 auto;">Ausfertigung für Versicherte</div>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten geb. am			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h2 style="margin: 0;">Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung 1</h2> <p><input type="checkbox"/> 1 Erstbescheinigung</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Folgebescheinigung</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div> <p style="text-align: right; font-size: small;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten geb. am													
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											
<p>AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code <input type="checkbox"/> 6 _____</td> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code <input type="checkbox"/> 6 _____</td> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code <input type="checkbox"/> 6 _____</td> </tr> <tr> <td>ICD-10 - Code <input type="checkbox"/> 6 _____</td> <td>ICD-10 - Code <input type="checkbox"/> 6 _____</td> <td>ICD-10 - Code <input type="checkbox"/> 6 _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 6 _____</td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 7 sonstiger Unfall, Unfallfolgen</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Sonstige _____</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 8 Versorgungsleiden (z.B. BVG)</p> <p><input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung</p> </div> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten</p>		ICD-10 - Code <input type="checkbox"/> 6 _____	ICD-10 - Code <input type="checkbox"/> 6 _____	ICD-10 - Code <input type="checkbox"/> 6 _____	ICD-10 - Code <input type="checkbox"/> 6 _____	ICD-10 - Code <input type="checkbox"/> 6 _____	ICD-10 - Code <input type="checkbox"/> 6 _____	<input type="checkbox"/> 6 _____					
ICD-10 - Code <input type="checkbox"/> 6 _____	ICD-10 - Code <input type="checkbox"/> 6 _____	ICD-10 - Code <input type="checkbox"/> 6 _____											
ICD-10 - Code <input type="checkbox"/> 6 _____	ICD-10 - Code <input type="checkbox"/> 6 _____	ICD-10 - Code <input type="checkbox"/> 6 _____											
<input type="checkbox"/> 6 _____													
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Im Krankengeldfall <input type="checkbox"/> 10 ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall <input type="checkbox"/> 11 Endbescheinigung</p> <p>Hinweis für Versicherte zum Kranken- und Verletztengeld</p> <p style="font-size: x-small;">Achten Sie bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit auf eine lückenlose ärztliche Feststellung, da sonst ein Krankengeldverlust droht. Hierfür ist es erforderlich, dass Sie sich spätestens an dem Werktag, der auf den letzten Tag der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung folgt, bei Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin die fortbestehende Arbeitsunfähigkeit bestätigen lassen. Legen Sie immer ihre aktuell gültige Versichertenkarte vor, um Probleme bei der Zahlung von Kranken- oder Verletztengeld zu vermeiden. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.</p> </div>													
<p style="font-size: x-small;">Dokumentenversion: _____ PRENR.</p> <p style="font-size: x-small;">Dokumententyp: _____</p>													

3 arbeitsunfähig seit

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

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

4 voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit

In das Kästchen „voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit“ ist das Datum einzusetzen, bis zu welchem auf Grund des erhobenen zahnärztlichen Befundes voraussichtlich Arbeitsunfähigkeit bestehen wird. Die Prognose

der Dauer der Arbeitsunfähigkeit soll nicht für einen mehr als zwei Wochen im Voraus liegenden Zeitraum bescheinigt werden. Ist es auf Grund der Erkrankung oder eines besonderen Krankheitsverlaufs sachgerecht, kann die Arbeitsunfähigkeit bis zur Dauer von einem Monat bescheinigt werden.

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

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

5 festgestellt am

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

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

6 AU-begründende Diagnose(n)

Hier sind alle die aktuelle Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen im Format ICD-10-GM⁵ in der jeweils gültigen Fassung anzugeben. Soweit der Vertragszahnarzt es für erforderlich hält, besteht die Möglichkeit, weitergehende Hinweise bzgl. der Diagnose zusätzlich als Klartext/Freitext zu ergänzen. Die Angabe von Klartext/Freitext ersetzt jedoch nicht die Kodierung der die Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen nach ICD-10.

7 sonstiger Unfall, Unfallfolgen

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

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

Bei Vorliegen eines Versorgungsleidens ist dies entsprechend anzukreuzen. Unter Versorgungsleiden werden alle Krankheiten oder gesundheitliche Beeinträchtigungen verstanden, die wegen einer öffentlich angeordneten beziehungsweise angeregten Maßnahme oder als

⁵ Diese Verpflichtung besteht, wenn die technischen Voraussetzungen für die Zurverfügungstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in elektronischer Form vorliegen, spätestens zum 01.07.2022. Für das bisherige Muster 1 nach dem bisher praktizierten Papierverfahren besteht diese Verpflichtung nicht.

GM = German Modification

Folge einer Straftat entstanden und vom Versorgungsamt anerkannt worden sind. Hierunter sind z. B. folgende Ansprüche zu subsumieren:

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

9 Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Dieser Abschnitt entfällt für den Vertragszahnarzt.

10 ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall

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

11 Endbescheinigung

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

Muster 2 – Verordnung von Krankenhausbehandlung

Hinweise:

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

Muster 4 – Verordnung einer Krankenförderung (Stand 01.07.2020)

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

Grundlage der Verordnung einer Krankenförderung ist die Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (KT-RL).

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

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

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

Zuzahlpflicht Krankenkasse bzw. Kostenträger

Zuzahlungsfrei Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Verordnung einer Krankenförderung 4

2 Unfall, Unfallfolge

2 Arbeitsunfall, Berufskrankheit

2 Versorgungsleiden (z.B. BVG)

3 Hinfahrt **3** Rückfahrt

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

a) **4** voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung **4** vor-/nachstationäre Behandlung

b) **5** ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 **nur Taxi/Mietwagen** (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)

c) **6** anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: **6**

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

d) **7** hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie **7** vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)

e) **8** dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)

f) **9** anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

10 **2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte**

vom/am / x pro Woche, bis voraussichtlich

Behandlungsstätte (Name, Ort)

3. Art und Ausstattung der Beförderung

11 Taxi/Mietwagen

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

12

14 RTW **15** NAW/NEF **16** andere

13 Rollstuhl

13 Tragestuhl

13 liegend

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

17

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7.2020)

1 Zuzahlungsfrei bzw. Zuzahlungspflicht

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

Das Feld „Zuzahlungsfrei“ ist nur anzukreuzen

- bei Verordnungen zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers (siehe **2**),
- bei Verordnungen für Versicherte aufgrund eines Versorgungsleidens (siehe **2**) sowie
- in den Fällen, in denen eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht vom Versicherten nachgewiesen wird.

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

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

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

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

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

3 Hinfahrt, Rückfahrt

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

Im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes prüft der Vertragszahnarzt die medizinische Notwendigkeit jeweils für die Hinfahrt und für die Rückfahrt. Ist beispielsweise nur die Rückfahrt nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln möglich, so ist nur diese verordnungsfähig. Bei Bedarf soll die für den Transporteur ggf. anfallende Wartezeit durch den Vertragszahnarzt unter **17** bestätigt werden.

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

4 a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung, vor-/nachstationäre Behandlung

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenförderung zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung oder zur vor- oder nachstationären Behandlung ist ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse zulässig. Bei vorstationären Behandlungen soll der voraussichtliche Beginn der stationären Behandlung unter **17** angegeben werden. Die Beförderung zur vor- oder nachstationären Behandlung darf dabei für nicht mehr als drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn bzw. grundsätzlich für nicht mehr als sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Behandlung stattfinden.

Dieser Beförderungsgrund ist für die vertragszahnärztliche Versorgung regelmäßig nicht relevant.

5 b) ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 (nur Taxi, Mietwagen; Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)

Die genehmigungsfreie Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenfahrt zur ambulanten Behandlung ist für Patienten möglich, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder einen Einstufungsbescheid in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 bei der Verordnung vorlegen. Bei Patienten mit einem Pflegegrad 3, die bis zum 31.12.2016 nicht mindestens in die Pflegestufe 2 eingestuft waren, muss zusätzlich wegen dauerhafter (mindestens über 6 Monate) körperlicher, kognitiver oder psychischer Beeinträchtigung ihrer Mobilität ein Unterstützungsbedarf bei der Beförderung bestehen, sodass sie nicht eigenständig (z. B. mit öffentlichen Verkehrsmitteln) zur ambulanten Behandlung fahren können. Dies ist im Einzelfall

zu bewerten. Dabei kann sich der Vertragszahnarzt auf bereits vorliegende Feststellungen bezüglich der Mobilität des Versicherten stützen (z. B. Merkzeichen „G“ - erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr - im Schwerbehindertenausweis). Bei Patienten mit einem Pflegegrad 3, die bis zum 31.12.2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren, ist von einer entsprechenden dauerhaften Mobilitätsbeeinträchtigung auszugehen.

Verordnungsfähig sind Fahrten, die mittels Taxi oder Mietwagen durchgeführt werden müssen. Zu den Mietwagen gehören auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung, z. B. mit Trage, mit Tragestuhl oder zur Beförderung von nicht gehfähigen Patienten im eigenen Rollstuhl. Hierfür sind die Ankreuzfelder **11** und ggf. **13** zu nutzen. Ist ein Krankentransportwagen erforderlich, ist die Fahrt unter **9** zu verordnen.

6 c) anderer Grund, z. B. Fahrten zu Hospizen

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenförderung aus „anderen Gründen“ ist zulässig

für Fahrten zu anderen stationären Einrichtungen (Hospizen [§ 39a SGB V] und Kurzzeitpflegeeinrichtungen [§ 39c SGB V] als Leistung der Krankenkasse),

- für Fahrten zu einer stationsersetzenden ambulanten Operation gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus oder zu einer ambulanten Operation in der Vertragsarztpraxis sowie bei in diesem Zusammenhang erfolgender Vor- oder Nachbehandlung,
- bei einer aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlichen Verlegungsfahrt in ein anderes Krankenhaus während einer stationären Behandlung (Ausnahmefall) und
- bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus (auch ohne eine anschließende stationäre Behandlung).

Der Anlass ist in der Freitextzeile **6** zu erfassen.

Diese Beförderungsründe sind für die vertragszahnärztliche Versorgung regelmäßig nicht relevant.

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen

7 d) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie

In Ausnahmefällen kann eine Krankenfahrt zu diesen ambulanten Behandlungen verordnet werden, wenn diese zwingend medizinisch notwendig sind.

Dieser Beförderungsrund ist für die vertragszahnärztliche Versorgung regelmäßig nicht relevant.

7 vergleichbarer Ausnahmefall

Ein vergleichbarer Ausnahmefall ist anzunehmen, wenn Patienten mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt werden, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist und die Patienten durch die Behandlung oder dem zu dieser Behandlung führenden Krankheitsverlauf so beeinträchtigt sind, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist. Die Vergleichbarkeit ist unter **17** zu begründen, ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10.

Dieser Beförderungsrund ist für die vertragszahnärztliche Versorgung regelmäßig nicht relevant.

8 e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)

Bei vergleichbarer Beeinträchtigung der Mobilität nach den im Feld **5** genannten Kriterien (Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5) kommt eine Verordnung nur in Betracht, wenn der Patient einer ambulanten Behandlung mindestens 6 Monate bedarf. Die Vergleichbarkeit der Mobilitätsbeeinträchtigung ist ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10 unter **17** zu begründen.

9 f) anderer Grund für Fahrt mit KTW, z. B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

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

Das Ankreuzfeld ist auch zu nutzen, sofern für Versicherte mit einem Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 eine Fahrt im KTW erforderlich ist.

Angaben, weshalb eine fachliche Betreuung oder besondere Einrichtung benötigt wird, sind unter 12 zu machen.

Darüber hinaus sind über dieses Feld genehmigungspflichtige Verlegungsfahrten (Ausnahmefall), z. B. eine Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus, zu verordnen. Das medizinisch erforderliche Beförderungsmittel ist für Verlegungsfahrten unter 11 bis 15 anzugeben. Weiterhin ist unter 17 der Grund „Verlegung“ zu erfassen.

10 2. Behandlungstag/-frequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

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

Ist der Behandlungstag bei genehmigungsfreien Fahrten nicht bekannt, kann im Einzelfall auf die Angabe des Behandlungstages verzichtet werden. In diesen Fällen ist eine Begründung unter 17 anzugeben.

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

3. Art der Beförderung

11 Taxi/Mietwagen

Ein Taxi/Mietwagen ist verordnungsfähig, wenn der Patient aus zwingenden medizinischen Gründen kein öffentliches Verkehrsmittel oder privates Kraftfahrzeug benutzen kann. Zu den Mietwagen gehören auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung. Soll ein Patient mit Rollstuhl, im Tragestuhl oder liegend befördert werden, so sind diese Anforderungen an das Taxi/den Mietwagen zusätzlich unter 13 zu kennzeichnen. Eine medizinisch-fachliche Betreuung der Patienten findet nicht statt.

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

Die Verordnung einer Krankenförderung mittels KTW ist nur zulässig, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung und/oder die besondere Einrichtung des KTW aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist und eine Beförderung durch ein weniger aufwendiges Beförderungsmittel nicht möglich ist. Dabei ist zu beachten, dass nicht die Diagnose oder die Behandlung an sich die „zwingende medizinische Notwendigkeit“ des KTW begründet, sondern Art und Ausmaß der Funktionsstörung. Diese ist daher hier (ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10) anzugeben (z. B. Blutungsgefahr) bzw. muss sich aus der Begründung ableiten lassen. Bei der Verordnung einer Beförderung mittels KTW können zusätzlich die Felder unter 13 Rollstuhl, Tragestuhl oder liegend angekreuzt werden.

13 Rollstuhl, Tragestuhl, liegend

Das Feld „Rollstuhl“ ist anzukreuzen, wenn ein nicht gehfähiger Patient im eigenen Rollstuhl oder im Krankenfahrstuhl befördert werden muss (Fahrzeug mit rollstuhlgerechter Ausstattung).

Das Feld „Tragestuhl“ ist anzukreuzen, falls es sich um einen nicht gehfähigen Patienten handelt, der sitzend befördert werden kann. Aufgrund fehlender Barrierefreiheit ist eine Trageleistung von zwei Personen erforderlich (Fahrzeugausstattung: Tragestuhl).

Das Feld „liegend“ ist anzukreuzen, falls ein Patient ausschließlich liegend transportiert werden kann (Fahrzeugausstattung: Trage).

14 RTW

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

In Notfällen kann die Beförderung nachträglich verordnet werden.

15 NAW/NEF

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

In Notfällen kann die Beförderung nachträglich verordnet werden.

16 andere

Ist die Verordnung anderer Beförderungsmittel wie z. B. eines Rettungshubschraubers (RTH) notwendig, ist dies hier zu vermerken. Die Verordnung eines RTH ist möglich, wenn die Beförderung mit einem bodengebundenen Rettungsmittel nicht ausreicht.

17 4. Begründung/Sonstiges

Freitextfeld zur Begründung der Vergleichbarkeit nach **7** und **8**.

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

- Datumsangabe des (geplanten) Beginns der stationären Behandlung bei der Verordnung von Fahrten zu vorstationären Behandlungen,
- Angabe von weiteren geplanten Behandlungsterminen,
- Angabe einer Behandlungsfrequenz, die unter **10** nicht erfasst werden kann (z. B. 5 x alle 2 Wochen vom TTMMJJ bis TTMMJJ),
- Begründung, wenn ein Behandlungstag unter **10** nicht bekannt ist,
- Dauer der Wartezeit des Transporteurs bei Hin- und Rückfahrt in zeitlichem Zusammenhang,
- Möglichkeit der Nutzung von Gemeinschaftsfahrten, ggf. unter Angabe der Anzahl der Mitfahrer,
- Ortsangabe, wenn die Fahrt nicht von/zur Wohnung des Patienten stattfindet,
- Gewicht bei schwergewichtigen Patienten,
- Datumsangabe der (geplanten) Operation bei der Verordnung von Fahrten zu Vor-/Nachbehandlungen bei ambulanten Operationen,
- Begründung der stationärsersetzenden ambulanten Operation (medizinische und/oder patientenindividuelle Gründe),

- Angabe, dass keine Genehmigungsmöglichkeit bestand mit Uhrzeit (bei nicht planbaren Fahrten zu einer ambulanten Behandlung),
- Angabe, dass eine Begleitperson medizinisch erforderlich ist,
- Angabe „Verlegung“, sofern es sich hierbei nicht um eine aus zwingenden medizinischen Gründen erforderliche Verlegungsfahrt handelt,
- Hinweis, dass die Beförderung eines intensivbeatmungspflichtigen Patienten stattfindet,
- Angabe, dass der Patient einen Rollator besitzt oder
- Angabe, dass der Patient keine Stufen steigen kann.

RÜCKSEITE

Die auf der Rückseite der Verordnung einer Krankenbeförderung vorgesehenen Angaben sind durch den Transporteur und den Patienten auszufüllen.

Muster 16 – Arzneiverordnungsblatt

Verwendungshinweise

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

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

Ausfüllhinweise

① Gebühr frei bzw. Gebührenpflichtig

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

Das Feld „Gebühr frei“ ist nur anzukreuzen

- bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- bei Verordnungen zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers,

- sowie in den Fällen, in denen eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht (z. B. Härtefallregelung) nachgewiesen wird.

② noctu

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

③ Sonstige

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

④ Unfall / Arbeitsunfall

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

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

⑤ BVG

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

⑥ Sprechstundenbedarf

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

⑦ Begründungspflicht

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

⑧ Abrechnungsfelder Apotheke

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

⑨ aut idem

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

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

⑩ Verordnungsfeld/Unterschrift

Beim Ausfüllen des Vordruckes ist darauf zu achten, dass keine Leerräume verbleiben oder entstehen, die für Manipulationen genutzt werden können. Um zu vermeiden, dass unbefugterweise noch weitere Arzneiverordnungen (insbesondere mit Suchtpotenzial) hinzugefügt werden

können, hat der Vertragszahnarzt seine Unterschrift unmittelbar unter die letzte Verordnung auf das Arzneiverordnungsblatt zu setzen.

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

⑪ Vertragszahnarztstempel

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

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

Anlage 14c

Elektronische Formulare (eFormulare) für die vertragszahnärztliche Versorgung, Stand 01.01.2022

Formulare aus dem vertragszahnärztlichen Bereich

[Abbildungen folgen zu einem späteren Zeitpunkt]

eFormular 1 - Anzeige Kieferbruchbehandlung

eFormular 2 - Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen

eFormular 3 - Heil- und Kostenplan zum Zahnersatz

eFormular 4a - KFO-Behandlungsplan

eFormular 4b - nicht besetzt

eFormular 4c - Mitteilung zu einer KFO-Behandlung

eFormular 5a - Parodontalstatus Blatt 1

eFormular 5b - Parodontalstatus Blatt 2

eFormular 5c - Mitteilung über eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen)

eFormular 5d - Antrag auf Verlängerung der UPT (derzeit nicht besetzt)

eFormular 5e - Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V

Formulare aus dem vertragsärztlichen Bereich

e01 - elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)*

*Vordruck e01 wird zu einem späteren Zeitpunkt in die Anlage 14c überführt (siehe Anlage 14a).

Anlage 14d

Erläuterungen und Ausfüllhinweise zu den eFormularen

Vereinbart zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

In der Fassung vom 21.12.2021, Datum des Inkrafttretens: 01.01.2022

Teil A der Anlage 14b gilt entsprechend auch für die eFormulare der Anlage 14d.

Vorwort

Im elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren ist es erforderlich, aus den übermittelten Daten „lesbare“ Dokumente gestalten zu können, die bei Bedarf z. B. an Gutachter, an Patienten oder an Rechtsanwälte/Gerichte weitergegeben oder im Falle von Störungen der Datenübertragung verwendet werden können. Damit die Dokumente ein bundesweit einheitliches Aussehen erhalten, entwickelt der GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung sog. Stylesheets. Dabei handelt es sich um vorprogrammierte Vorlagen, mit deren Hilfe aus den Antragsdaten „lesbare“, sog. eFormulare erzeugt werden. Der GKV-Spitzenverband stellt der KZBV und diese den KZVen und den Herstellern der Praxisverwaltungssysteme die Stylesheets im XSLT-Format kostenfrei zur Verfügung. Die nachfolgenden Ausfüllhinweise nehmen für die Erstellung der Antrags- und Mitteilungsdatensätze nach der Anlage 15 zum BMV-Z Bezug auf die mit den Stylesheets produzierten und in Anlage 14c BMV-Z abgebildeten Formulare. Die Erfassungsmaske zur Eingabe der Daten kann in Abhängigkeit des eingesetzten Praxisverwaltungssystems variieren.

A. Erläuterungen und Ausfüllhinweise zur Erstellung elektronischer Anträge (eFormulare) aus dem vertragszahnärztlichen Bereich

eFormular 1 – Anzeige Kieferbruchbehandlung (Stand 01.01.2022)

Eine geplante Kieferbruchbehandlung ist der Krankenkasse mit einem formalen Antragsdatensatz anzuzeigen. Die Krankenkasse nimmt den Datensatz zur Kenntnis und hinterlegt die Daten in ihrem Verwaltungssystem.

[Abbildung eFormular derzeit nicht besetzt]

Ausfüllhinweise:

1. Im Feld „Verarbeitungskennzeichen“ ist bei einer Erstplanung im Anzeigedatensatz anzugeben, dass es sich um die erstmalige Übermittlung handelt. Bei einer Therapieänderung ist eine neue Anzeige zu übermitteln und im Feld „Verarbeitungskennzeichen“ anzugeben, dass es sich um die Änderung einer Anzeige handelt.
2. Der Plan erhält durch das PVS eine eindeutige Antragsnummer zugewiesen. Diese wird aus verwaltungstechnischen Gründen benötigt, obwohl es sich hier um eine Anzeige und nicht um einen Antrag handelt.
3. Im Feld „Ausstellungsdatum“ ist das Datum einzutragen, an dem die Planung erfolgte.
4. Im Feld „Unfallkennzeichen“ ist mit „ja“ oder „nein“ anzugeben, ob ein Unfall zugrunde liegt.
5. Im Feld „Unfall/Art der Verletzung“ sind Angaben zu Ort, Zeit und Ursache des Unfalls sowie zur Art der Verletzung als Freitext zu machen.

6. Im Feld „Vorgesehene Behandlung“ sind als Freitext Leistungen anzugeben, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der durchzuführenden Behandlung bei Kieferbruch erfolgen, wie z. B. Verbandsplatten, Schienungen sowie die für diese Behandlung erforderlichen konservierend-chirurgischen Leistungen.
7. Im Feld „Geplante Leistungen“ sind die geplanten Gebührennummern des BEMA und im Feld „Anzahl“ deren voraussichtliche Anzahl einzutragen.
8. Im Fall einer stationären Krankenhausbehandlung ist in den dafür vorgesehenen Feldern der Beginn und das Ende der Krankenhausbehandlung sowie der Name des Krankenhauses, die Straße, die Hausnummer, die Postleitzahl und der Ort anzugeben.

eFormular 2 – Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen (Stand 01.01.2022)

[Abbildung eFormular derzeit nicht besetzt]

Ausfüllhinweise:

1. Im Feld „Verarbeitungskennzeichen“ ist bei Erstplanung anzugeben, dass es sich um die erstmalige Übermittlung des Behandlungsplans handelt. Bei Befund- oder Therapieänderung zu einem bereits gestellten Antrag ist ein neuer Antrag zu stellen und im Feld „Verarbeitungskennzeichen“ anzugeben, dass es sich um die Änderung eines Antrags handelt.
2. Der Plan erhält durch das PVS eine eindeutige Antragsnummer zugewiesen.
3. Im Feld „Ausstellungsdatum“ ist das Datum einzutragen, an dem die Planung erfolgte.
4. Im Feld „Anamnese, Befund, Diagnose“ sind die Anamnese, die Befunde und die Diagnose als Freitext anzugeben.
5. Im Feld „Vorgesehene Behandlung“ sind als Freitext Angaben zur Behandlung zu machen, z. B. Behandlung mit Aufbissbehelfen.
6. Im Feld „Geplante Leistungen“ sind die geplanten Gebührennummern des BEMA und im Feld „Anzahl“ deren voraussichtliche Anzahl einzutragen, bei der BEMA-Nr. K4 ist zusätzlich die Anzahl der Interdentalräume (z. B. von Zahn 12 bis Zahn 15 = drei Interdentalräume) anzugeben.
7. Im Fall einer stationären Krankenhausbehandlung ist in den dafür vorgesehenen Feldern der Beginn und das Ende der Krankenhausbehandlung sowie der Name des Krankenhauses, die Straße, die Hausnummer, die Postleitzahl und der Ort anzugeben.

eFormular 3 - Heil- und Kostenplan zum Zahnersatz (Stand 01.01.2022)

[Abbildung eFormular derzeit nicht besetzt]

Vorwort

Die Ausfüllhinweise beziehen sich auf den nach der Vereinbarung zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband nach § 87 Abs. 1a SGB V über die Versorgung mit Zahnersatz festgelegten Heil- und Kostenplan sowie auf die Vorgaben zur Datenübermittlung nach § 11 der Grundsatzvereinbarung über ein elektronisches Beantragungs- und Genehmigungsverfahren für Leistungsanträge nach BEMA-Teil 5 gemäß § 87 Abs. 1 Satz 8 SGB V.

Ausfüllhinweise

Allgemeine Angaben

1. Im Feld „Verarbeitungskennzeichen“ ist bei Erstplanung anzugeben, dass es sich um die erstmalige Übermittlung des Behandlungsplans handelt. Bei Befund- oder Therapieänderung zu einem bereits gestellten Antrag ist ein neuer Antrag zu stellen und im Feld „Verarbeitungskennzeichen“ anzugeben, dass es sich um die Änderung eines Antrags handelt.
2. Der Plan erhält durch das PVS eine eindeutige Antragsnummer zugewiesen.
3. Im Feld „Ausstellungsdatum“ ist das Datum einzutragen, an dem die Planung erfolgte.
4. Im Feld „Art des Behandlungsplans“ ist entweder „Heil- und Kostenplan“ bei Heil- und Kostenplänen über eine Erst- bzw. Neuversorgung – ggf. mit Anteilen von Wiederherstellungen und Erweiterungen – oder „Wiederherstellung/Erweiterung“ ausschließlich bei Wiederherstellungen oder Erweiterungen anzugeben.
5. Im Feld „Herstellungsort“ ist der voraussichtliche Herstellungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsland des Zahnersatzes anzugeben. Bei Herstellung im Inland ist der Buchstabe „D“ dem Ortsnamen voranzustellen, bei Herstellung im Ausland der Landesname anzugeben.
6. Im Feld „Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan“ ist bei Änderung eines Antrags die Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans anzugeben.

Therapieschritte

7. Bei Planung einer Behandlung in mehreren Therapieschritten ist für jeden Therapieschritt ein eigener Antrag zu stellen. Zudem sind sämtliche geplanten Therapieschritte zeitgleich, das heißt am selben Tag, zu beantragen. Es sind maximal vier Therapieschritte planbar.

Im Feld „Anzahl Therapieschritte“ ist die Anzahl der insgesamt geplanten Therapieschritte anzugeben. Im Feld „Nummer Therapieschritt“ ist die laufende Nummer des Therapieschritts innerhalb der Gesamtplanung mit „1“ für den ersten, „2“ für den zweiten, „3“ für den dritten oder „4“ für den vierten Schritt anzugeben.

Bei jedem Einzelantrag ist der Befund des Gesamtgebisses anzugeben. Angaben zur Therapieplanung erfolgen lediglich für die Zähne, die mit dem betreffenden Therapieschritt versorgt werden sollen. Die Gesamtplanung muss sich aus der Summe der einzelnen Therapieschritte ergeben. Entsprechendes gilt für die beantragten Festzuschussbefunde: Bei jedem Einzelantrag sind im Datenfeld „Befunde für Festzuschüsse“ diejenigen Befund-Nrn. anzugeben, die für den geplanten Therapieschritt angesetzt werden können. Ein Antrag ohne Angabe einer Befund-Nr. ist nicht zulässig.

Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan

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

Es sind ausschließlich die in der Technischen Anlage zum Elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahren (Anlage 15a zum BMV-Z) vereinbarten Kürzel zu verwenden, siehe Anhang.

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

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

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

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

In der **Zeile R (Regelversorgung)** ist die zur Versorgung des Befunds notwendige Regelversorgung unabhängig von der Art des geplanten Zahnersatzes vollständig auszufüllen. Bei den Erneuerungsbefunden der Befundklasse 7 wird die Zeile R nicht ausgefüllt, da für diese Befunde keine tatsächlichen Regelversorgungen in den Festzuschuss-Richtlinien enthalten sind; dies gilt nicht in den Ausnahmefällen gemäß Nr. 36 der ZE-Richtlinie. In diesen Ausnahmefällen ist bei den Befunden 7.1 und 7.5 i.V.m. 7.6. die richtliniengemäße Regelversorgung anzugeben.

Die Regelversorgung ergibt sich aus dem zahnmedizinischen Befund unter Anwendung der Zahnersatz- und der Festzuschuss-Richtlinien.

Die Zahl und Lage der gegossenen Halte- und Stützelemente muss bei der Regelversorgung (Zeile R) und/oder Therapieplanung (Zeile TP) angegeben werden, damit eine Zuordnung zu den Gebührensätzen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (BEMA) für die Software möglich ist.

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

Gleich- und andersartige Leistungen

Zahnärztliche Leistungen:

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

In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass bei sog. Härtefällen die Krankenkasse den über dem Festzuschuss in Höhe von 100 Prozent liegenden tatsächlichen Rechnungsbetrag nur übernimmt, wenn eine Regelversorgung durchgeführt wird.

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

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

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

Zahntechnische Leistungen:

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

Das **Feld „Bemerkungen“** kann für Hinweise genutzt werden, die aus dem Befund und der Therapieplanung nicht ersichtlich sind, zum Beispiel

- zur Art der Verblendung (Kunststoff, Komposit oder Keramik) oder
- zu vorhandenen, funktionsfähigen Verbindungselementen und Verblockungen, für die es keine Befundkürzel gibt oder
- Hemisektion, ggf. mit Zahnangabe als zusätzliche Erläuterung.

Bei Wiederherstellungen oder Erweiterungen ist die Art der Leistung, für die Festzuschüsse in den Befundklassen 6 und 7 anzusetzen sind, verpflichtend anzugeben.

Im Bemerkungsfeld steht eine Auswahlliste mit häufig vorkommenden Bemerkungen zur Verfügung, aus der auch eine Mehrfachauswahl möglich ist. Ist das Gesuchte in der Auswahlliste nicht enthalten, ist die Bemerkung im zugehörigen Feld „Zusätzliche Erläuterungen“ als Freitext zu beschreiben.

Das **Feld „Weitere Angaben“** enthält eine Auswahlliste, über die ggf. Angaben zu Unfall, Versorgungsleiden, Interims-/Immediatversorgung, NEM, unbrauchbarer Prothese/Brücke/Krone, Direktabrechnung zu erfolgen haben. Im Falle einer unbrauchbaren Prothese, Brücke oder Krone ist im zugehörigen Feld „Alter“ das ungefähre Alter des Zahnersatzes anzugeben.

Befunde für Festzuschüsse

9. Im Abschnitt „Befunde für Festzuschüsse“ sind die für die jeweilige Versorgung erforderlichen Befund-Nrn. gemäß der Festzuschuss-Richtlinie anzugeben. Außerdem sind zu jeder Befund-Nr. die betreffenden Zähne und die Anzahl der den Festzuschuss auslösenden Befunde anzugeben.

Nachträglich können für konfektionierte Stifte oder gegossene Stiftaufbauten Befunde nach Nr. 1.4 oder 1.5 anfallen. Die entsprechenden Festzuschüsse müssen dann nicht erneut beantragt werden, sondern werden vom Zahnarzt im Rahmen der elektronischen Abrechnung an die KZV übermittelt oder im Falle der Direktabrechnung mit dem Versicherten abgerechnet.

Kostenplanung

10. Die Kostenplanung umfasst Angaben zu BEMA-Nrn. und – soweit geplant – GOZ-Positionen.

Im Abschnitt „BEMA“ sind die der geplanten Regelversorgung zugeordneten BEMA-Nrn. und ihre jeweilige Anzahl anzugeben.

Der Abschnitt „GOZ“ ist nur bei gleich- oder andersartigen Versorgung und in Mischfällen, dann aber verpflichtend, auszufüllen. Für jede GOZ-Leistung sind die betroffenen Zähne bzw. das Gebiet, die GOZ-Position nebst Leistungsbeschreibung sowie die Anzahl anzugeben. Die Angabe zum Zahn/Gebiet kann entfallen, wenn die GOZ-Position ohne Bezug dazu ansetzbar ist.

Geplante GOZ-Positionen für nicht festzuschussfähige Leistungen wie implantologische oder funktionsdiagnostische Maßnahmen sind nicht aufzuführen.

Im Feld „Honorar BEMA“ ist der Eurobetrag des Honorars nach BEMA anzugeben.

Im Feld „Honorar GOZ“ ist der Eurobetrag des geschätzten Honorars nach GOZ anzugeben.

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

Im Feld „Behandlungskosten insgesamt“ ist der Eurobetrag der geschätzten Gesamtkosten für die Zahnersatzversorgung anzugeben.

Zuschusshöhe und Härtefall

11. Im Feld „Zuschusshöhe“ ist die voraussichtliche Zuschusshöhe auf Grund des vorgelegten Bonushefts bzw. der Informationen im PVS des Zahnarztes anzugeben: 60 %, 70 % oder 75 %.
12. Im Feld „Härtefall“ ist ein „Ja“ einzutragen, wenn nach Einschätzung des Zahnarztes ein Härtefall vorliegt.

Anhang: Vereinbarte Befund-, Regelversorgungs- und Therapiekürzel

Befundkürzel

Kürzel	Erläuterung
a	Adhäsivbrücke (Anker)
ab	Adhäsivbrücke (Brückenglied)
abw	erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Brückenglied)
aw	erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Anker)
b	Brückenglied
bw	erneuerungsbedürftiges Brückenglied
e	ersetzer Zahn
ew	ersetzer, aber erneuerungsbedürftiger Zahn
f	fehlender Zahn
ix	zu entfernendes Implantat
k	klinisch intakte Krone
kw	erneuerungsbedürftige Krone
pw	erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten
pkw	erneuerungsbedürftige Teilkrone
r	Wurzelstiftkappe mit ersetztem Zahn
rw	erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe mit erneuerungsbedürftigem ersetztem Zahn
sb	implantatgetragenes Brückenglied
sbw	erneuerungsbedürftiges implantatgetragenes Brückenglied
se	ersetzer Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese
sew	ersetzer, aber erneuerungsbedürftiger Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese
sk	implantatgetragene intakte Krone
skw	erneuerungsbedürftige implantatgetragene Krone
so	implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit ersetztem Zahn
sow	erneuerungsbedürftiges implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit erneuerungsbedürftigem ersetztem Zahn
st	implantatgetragene Teleskopkrone
stw	erneuerungsbedürftige implantatgetragene Teleskopkrone
t	Teleskopkrone
t2w	erneuerungsbedürftiges Sekundärteil einer Teleskopkrone
tw	erneuerungsbedürftige Teleskopkrone
ur	unzureichende Retention
ww	erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung
x	nicht erhaltungswürdiger Zahn
)(Lückenschluss

Regelversorgungs- bzw. Therapiekürzel

Kürzel	Erläuterung
A	Adhäsivbrücke (Anker)
ABV	Adhäsivbrücke (Brückenglied mit vestibulärer Verblendung)
ABM	Adhäsivbrücke (Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet)
B	Brückenglied
BM	Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
BV	Brückenglied mit vestibulärer Verblendung
E	zu ersetzender Zahn
H	gegossene Halte- und Stützvorrichtung
K	Krone
KH	Krone mit Halteelement
KM	Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
KMH	Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet mit Halteelement
KMO	Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet mit Geschiebe
KO	Krone mit Geschiebe
KV	Krone mit vestibulärer Verblendung

Kürzel	Erläuterung
KVH	Krone mit vestibulärer Verblendung und Halteelement
KVO	Krone mit vestibulärer Verblendung und Geschiebe
PK	Teilkrone
PKM	Teilkrone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
PKV	Teilkrone mit vestibulärer Verblendung
R	Wurzelstiftkappe mit zu ersetzendem Zahn
SB	implantatgetragenes Brückenglied
SBV	implantatgetragenes Brückenglied mit vestibulärer Verblendung
SBM	implantatgetragenes vollkeramisches oder keramisch vollverblendetes Brückenglied
SE	zu ersetzender Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese
SK	implantatgetragene Krone
SKM	implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone
SKMO	implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone mit Geschiebe
SKO	implantatgetragene Krone mit Geschiebe
SKV	implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verblendung
SKVO	implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verblendung und Geschiebe
SO	implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit zu ersetzendem Zahn
ST	implantatgetragene Teleskopkrone
STM	implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Teleskopkrone
STV	implantatgetragene Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung
T	Teleskopkrone
TM	Teleskopkrone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
T2	Sekundärteil einer Teleskopkrone
T2M	Sekundärteil einer Teleskopkrone, vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
T2V	Sekundärteil einer Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung
TV	Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung

eFormular 4 - KFO-Behandlungsplan (Stand 01.01.2022)

[Abbildung eFormular derzeit nicht besetzt]

Ausfüllhinweise:

1. Im Feld „Verarbeitungskennzeichen“ ist bei Erstplanung anzugeben, dass es sich um die erstmalige Übermittlung des Behandlungsplans handelt.
 2. Der Plan erhält durch das PVS eine eindeutige Antragsnummer zugewiesen. Bei Krankenkassenwechsel wird der von der Vorkasse genehmigte Antragsdatensatz unverändert an die neue Krankenkasse übermittelt. Es wird dafür keine neue Antragsnummer vergeben.
 3. Im Feld „Ausstellungsdatum“ ist das Datum einzutragen, an dem die Planung erfolgt.
 4. Im Feld „Art des Behandlungsplans“ ist entweder „Behandlungsplan, Therapieänderung oder Verlängerungsantrag“ anzugeben.
 5. Im Feld „Krankenkassenwechsel/Behandlerwechsel“ ist eine Angabe nur erforderlich, wenn der Versicherte die Krankenkasse oder den Zahnarzt wechselt. In diesem Fall ist der konkrete Wechsel anzugeben mit der Information, ob eine Neuplanung oder ein Einstieg in die Behandlung (Planübernahme) vorliegt.
 6. Im Feld „Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan“ ist immer dann, wenn der Antrag Bezug auf einen früher gestellten Antrag nimmt, die ursprüngliche Antragsnummer anzugeben. Der Antrag bezieht sich auf einen früheren Antrag, wenn
 - im Feld „Art des Behandlungsplans“ eine Therapieänderung oder ein Verlängerungsantrag angegeben wird, oder
 - im Feld „Krankenkassenwechsel/Behandlerwechsel“ ein Behandlerwechsel (ggf. mit gleichzeitigem Kassenwechsel) mit Einstieg in die Behandlung (Planübernahme) angegeben wird.
- Für kieferorthopädische Behandlungspläne (und Mitteilungen), die ursprünglich im Papierverfahren an die Krankenkasse übermittelt wurden, bleibt das Feld leer.
7. Im Feld „Unfall“ ist anzugeben, ob der Behandlung ein Unfall, eine Unfallfolge oder eine Berufskrankheit zugrunde liegt.
 8. Im Feld „Kennzeichen Behandlungsart“ ist anzugeben, ob es sich um eine Frühbehandlung nach KFO-Richtlinie Nr. 8 a-c, eine Frühe Behandlung nach KFO-Richtlinie Nr. 8d oder um eine Erwachsenenbehandlung handelt.
 9. Im Feld „Verlängerung“ sind bei einem Verlängerungsantrag der Behandlungsbeginn, der Beginn der Verlängerung und die voraussichtliche Dauer anzugeben.
 10. Im Feld „Krankenkassenwechsel“ sind bei Kassenwechsel des Versicherten das IK der vorherigen Krankenkasse und die Abschlagsnummer, bis zu der der Zahnarzt mit der Vorkasse abrechnet, anzugeben.
 11. Im Feld „Quartal Behandlungseinstieg“ ist das Quartal anzugeben, ab dem der Einstieg in die Behandlung erfolgt. Dies ist nur zu übermitteln bei Behandlerwechsel mit Planübernahme und bei Krankenkassenwechsel und gleichzeitigem Behandlerwechsel mit Planübernahme.
 12. Das Feld „KIG-Einstufung“ ist auszufüllen, wenn als Art des Behandlungsplans „Behandlungsplan bei KFO“ angegeben wird. Es sind nur die Werte KIG 3, KIG 4 und KIG 5 angebbbar.
 13. Im Feld „Angaben zur Anamnese“ stehen Auswahllisten mit Einträgen zur Beschreibung der Anamnese zur Verfügung sowie ein zusätzliches Freitextfeld. Die Angaben zur Anamnese entfallen bei Therapieänderungs- bzw. Verlängerungsanträgen.

14. Unter „Diagnose“ müssen je nach Diagnose Angaben in einem oder mehreren Feldern zum Oberkiefer, Unterkiefer oder zur Bisslage erfolgen.
15. Unter „Angaben zur Therapie“ müssen je nach Therapie Angaben in einem oder mehreren Feldern zum Oberkiefer, Unterkiefer oder Bisslage erfolgen.
16. Im Feld „Verwendete Geräte“ sind über Auswahllisten Angaben zu den geplanten KFO-Geräten erforderlich. Zusätzliche Erläuterungen können als Freitext angegeben werden.
17. Im Feld „Diagnostik und Behandlung“ werden die Gebührennummern nach BEMA, die Anzahl zur Gebührennummer, die Maßnahmen nach BEMA 119 und 120 sowie die sonstigen Leistungen angegeben.
18. Im Feld „Behandlungsdauer“ ist die voraussichtliche Dauer der Behandlung in Quartalen anzugeben.
19. Im Feld „Material- und Laborkosten“ ist der Eurobetrag der geschätzten Material- und Laborkosten anzugeben.
20. Im Feld „Gesamtkosten“ ist der Eurobetrag der voraussichtlichen Gesamtkosten anzugeben

Anlage 15

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

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

In der Fassung vom 18.12.2019, Datum des Inkrafttretens: 01.04.2021

Zuletzt geändert am 10.10.2022, mit Wirkung ab dem 11.10.2022

§ 1

Vereinbarungsgegenstand und Grundlagen

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

³Parallel dazu werden die Vertragspartner im Bundesmantelvertrag die für das elektronische Antrags- und Genehmigungsverfahren erforderlichen Anpassungen vornehmen. ⁴Bei der Digitalisierung der vereinbarten Vordrucke sollen die Datenfelder und die Feldinhalte der in Anlage 14a BMV-Z dargestellten Papiervordrucke möglichst inhaltlich identisch übernommen werden.

§ 2

Allgemeines zum Verfahren

¹Grundvoraussetzungen für die Einführung des elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens sind der Anschluss des Vertragszahnarztes* und der Krankenkasse an die Telematikinfrastruktur (TI) und die Verwendung der kryptografischen Funktionen der TI-Plattform, zum Verschlüsseln, Entschlüsseln und Signieren, sowie die Verwendung der Fachanwendung „Sichere Kommunikation im Medizinwesen“ (KIM). ²Die KIM-Adresse des Vertragszahnarztes darf von der Krankenkasse nur zur Versendung von Antwortdatensätzen, technischen Empfangsbestätigungen oder Fehlermeldungen verwendet werden. ³Der Vertragszahnarzt verwendet im Rahmen des elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahrens die KIM-Adresse der Krankenkasse nur für die Übermittlung von Antrags- und Mitteilungsdatensätzen sowie von Anzeigen.

⁴Der Vertragszahnarzt erstellt für die elektronische Übermittlung von Leistungsanträgen einen Antragsdatensatz gemäß den in dieser Vereinbarung aufgeführten Parametern. ⁵Die Antragsdaten enthalten die für die Genehmigung erforderlichen versichertenbezogenen Informationen sowie zur Identifikation des Antragsdatensatzes eine eindeutige Antragsnummer. ⁶Mit der Anbindung der Vertragszahnarztpraxen an der TI sind die Vertragszahnärzte in der Lage, die Daten zu signieren und zu verschlüsseln. ⁷Die Antragsdaten werden vom Vertragszahnarzt mit dem öffentlichen Schlüssel der Krankenkasse verschlüsselt. ⁸Die Antragsdaten und Mitteilungsdaten werden vom Vertragszahnarzt mit dem öffentlichen Schlüssel der Krankenkasse verschlüsselt; die elektronischen Antrags- und Mitteilungsdatensätze sind grundsätzlich qualifiziert elektronisch mittels eHBA zu signieren. ⁹Wenn die Signierung mit den Komponenten der TI aus technischen Gründen oder aus anderen Gründen, die nicht in der Verantwortung des Zahnarztes liegen, nicht möglich ist, ist ausnahmsweise eine Signierung der Antragsdaten und Mitteilungsdaten mittels SMC-B zulässig. ¹⁰Die Krankenkasse sendet den signierten und verschlüsselten Antwortdatensatz an den Vertragszahnarzt zurück.

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

§ 3

Art und Struktur der Datensätze

¹Die elektronische Übermittlung von Anträgen und Mitteilungen des Vertragszahnarztes an die Krankenkasse sowie von Antworten der Krankenkasse an den Zahnarzt erfolgt mit jeweils eigenen Datensätzen. ²Antragsdatensätze beinhalten Kopfdaten, die Stammdaten des Versicherten und des Zahnarztes sowie die jeweiligen Antragsdaten in Abhängigkeit von der beantragten Leistung. ³Mitteilungsdatensätze beinhalten Kopfdaten, die Stammdaten des Versicherten und des Zahnarztes sowie die jeweiligen Mitteilungsdaten in Abhängigkeit von der Art der Mitteilung. ⁴Antwortdatensätze beinhalten Kopfdaten und Antwortdaten.

§ 4

Inhalte der Kopfdaten (Header)

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

1. KIM-Adresse Vertragszahnarzt
2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse
3. Erstellungsdatum der Datei
4. Erstellungszeitpunkt der Datei
5. Verfahrenskennzeichen (zur Unterscheidung von Test- und Echtdaten)
6. Logische Version (Schlüssel-Nr. zur Feststellung, auf welcher Dokumentengrundlage der Datensatz beruht)
7. Nachrichtentyp (Schlüssel-Nr. zur Kennzeichnung der Art der Nachricht)
8. Aktenzeichen der Softwarehersteller (optional)
9. Softwarename und Version (optional)

§ 5

Art und Inhalt der Stammdaten des Versicherten

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

1. Name der Krankenkasse bzw. des Kostenträgers
2. Versichertennummer oder Ersatznummer*
3. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf der elektronischen Gesundheitskarte
4. Titel, Name, Vorname, Namenszusatz, Vorsatzwort(e) des Versicherten
5. Geburtsdatum des Versicherten
6. Anschrift des Versicherten (Straßenname, Hausnummer¹, alternativ: „Postfach“, Postfachnummer, Wohnsitzländercode, PLZ, Ort, alternativ: Items der „Postfachadresse“^{1,2})

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

¹ durch Leerzeichen getrennt

² nur zulässig, wenn keine Straßenadresse vorhanden

§ 6

Art und Inhalt der Stammdaten des Vertragszahnarztes

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

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

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

§ 7

Art und Inhalt der Daten zur Anzeigepflicht für Leistungen bei Kieferbruch

Der Vertragszahnarzt übermittelt folgende Daten zur Anzeige:

1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, ob es sich um eine Anzeige oder um die Änderung einer Anzeige handelt)
2. Antragsnummer
3. Ausstellungsdatum des Behandlungsplans
4. Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans bei Änderung
5. Angaben über Ort, Zeit und Ursache des Unfalls sowie zur Art der Verletzung
6. Angaben zur vorgesehenen Behandlung, zu geplanten Gebührennummern einschließlich deren Anzahl, bei einer semipermanenten Schiene nach K4 einschließlich Angabe der Interdentalräume
7. Angabe, ob eine stationäre Behandlung erforderlich ist und über deren voraussichtliche Dauer (Beginn/Ende)
8. Name und Anschrift des Krankenhauses (optional)

§ 8

Art und Inhalt der Antragsdaten für Leistungen bei Kiefergelenkserkrankungen

¹Der Vertragszahnarzt übermittelt folgende Antragsdaten:

1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, ob es sich um einen Antrag oder um die Änderung eines Antrags handelt)
2. Antragsnummer
3. Ausstellungsdatum des Behandlungsplans
4. Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans bei Änderung
5. Angaben zur Anamnese, zu Befunden, zur Diagnose
6. Angaben zur vorgesehenen Behandlung, zu geplanten Gebührennummern einschließlich deren Anzahl, bei einer semipermanenten Schiene nach K4 einschließlich Angabe der Interdentalräume

7. Angabe, ob eine stationäre Behandlung erforderlich ist und über deren voraussichtliche Dauer (Beginn, Ende)
8. Name und Anschrift des Krankenhauses (optional)

²Haben die Vertragspartner auf Landesebene bei Kiefergelenkserkrankungen einen Genehmigungsverzicht vereinbart, entfällt die Übermittlung der Antragsdaten an die Krankenkasse.

§ 9

Art und Inhalt der Antragsdaten für Leistungen bei kieferorthopädischer Behandlung

Der Vertragszahnarzt übermittelt folgende Antragsdaten:

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

§ 10

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

Der Vertragszahnarzt übermittelt folgende Antragsdaten:

1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, ob es sich um einen Antrag oder um die Änderung eines Antrags handelt)
2. Antragsnummer
3. Ausstellungsdatum des Behandlungsplans
4. Datum der Befunderhebung
5. Art des Behandlungsplans (Behandlungsplan, Antrag auf Verlängerung der UPT)
6. Bei Antrag auf Verlängerung der UPT oder einer sonstigen Änderung: Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans
7. Angaben zur Anamnese des Versicherten, bei früherer PAR-Behandlung Angabe des ca.-Jahres
8. Angaben zur Diagnose (Parodontitis, Parodontitis als Manifestation von Systemerkrankungen, andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen)
9. Angaben zum Stadium (Schweregrad) der Erkrankung (röntgenologischer Knochenabbau oder interdentaler CAL, Zahnverlust aufgrund von Parodontitis, Komplexitätsfaktoren)
10. Ausmaß/Verteilung (lokalisiert, generalisiert, Molaren-Inzisiven-Muster)
11. Angaben zum Grad (Progression) der Erkrankung (Knochenabbauindex, Diabetes, Rauchen)
12. Zahnstatus (fehlender oder nicht erhaltungswürdiger Zahn, weitere Angaben optional)
13. Angaben zum Befund: Sondierungstiefen an allen vorhandenen Zähnen an mindestens zwei Stellen in mm, Sondierungsblutung an allen vorhandenen Zähnen an mindestens zwei Stellen, Lockerungsgrade 0, 1, 2 oder 3 und der Grad des Furkationsbefalls 0, 1, 2 oder 3
14. Kennzeichen, an welchen Zähnen eine AIT durchgeführt werden soll
15. Bemerkungen
16. Geplante Leistungen (Gebührennummern einschließlich Anzahl)

§ 10a

Art und Inhalt der Daten bei Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V

Der Vertragszahnarzt übermittelt folgende Daten zur Anzeige:

1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, ob es sich um eine Anzeige oder um die Änderung einer Anzeige handelt)
2. Antragsnummer des Behandlungsplans
3. Ausstellungsdatum
4. Art des Behandlungsplans
5. Bei Änderung: Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans
6. Begründung der modifizierten PAR-Behandlung bei Versicherten nach § 22a SGB V
7. Geplante Leistungen (Gebührennummern einschließlich Zahnangabe und Anzahl)

§11

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

Der Vertragszahnarzt übermittelt folgende Antragsdaten:

1. Verarbeitungskennzeichen (Angabe, ob es sich um einen Antrag oder um die Änderung eines Antrags handelt)
2. Antragsnummer des Behandlungsplans

3. Ausstellungsdatum
4. Art des Behandlungsplans (Heil- und Kostenplan oder Wiederherstellung/Erweiterung)
5. Bei Änderung: Antragsnummer des ursprünglichen Behandlungsplans
6. Befund (B)
7. Regelversorgung (R)
8. Therapieplanung (TP)
9. Bemerkungen (bei Wiederherstellung: Art der Leistung) und ggf. zusätzliche Erläuterungen
10. Unfall oder Unfallfolgen/Berufskrankheit, Versorgungsleiden,
11. Weitere Angaben: Interimsversorgung, Immediatversorgung, unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone, Alter des ZE in Jahren, NEM
12. Befunde für Festzuschüsse: Befund-Nummern, Zahn/Gebiet, Anzahl
13. Gebührennummern BEMA und Anzahl
14. Bei GOZ-Leistungen:
 - a) Zahn/Gebiet
 - b) Gebührennummer GOZ
 - c) Leistungsbeschreibung
 - d) Anzahl
15. Zahnärztliches Honorar BEMA
16. Zahnärztliches Honorar GOZ: (geschätzt)
17. Geschätzte Material- und Laborkosten
18. Geschätzte Behandlungskosten insgesamt
19. Höhe der Festzuschüsse in Prozent anhand des vorgelegten Bonusheftes*
20. Kennzeichen für Härtefall (optional)
21. Angaben zu Therapieschritten (Anzahl Therapieschritte insgesamt und lfd. Nr. des Therapieschritts)
22. Voraussichtlicher Herstellungsort

**Protokollnotiz zu Nr. 19: Die Vertragsparteien sind sich einig, dass der Zahnarzt im Nachhinein für eine falsche Angabe der Höhe der Festzuschüsse in Prozent nicht haftbar gemacht werden kann, wenn die Krankenkasse bei der Prüfung des Antrags eine andere Höhe der Festzuschüsse feststellt.*

§ 12

Art und Inhalt von Mitteilungen an die Krankenkasse

Der Vertragszahnarzt übermittelt bei jeder Mitteilung folgende Daten:

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

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

- KFO / Abschluss der Behandlung
7. Datum Behandlungsabschluss

KFO / Unplanmäßiger Verlauf

8. Begründung für unplanmäßigen Verlauf
9. Weitergehende Erläuterungen

KFO / Behandlungsabbruch

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

KFO / Behandlungsbedarf nach der Indikationsgruppe (KIG)

12. KIG-Einstufung

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

13. Gebührennummern BEMA und Anzahl

PAR / Chirurgische Therapie (CPT)

14. Gebührennummern BEMA und Anzahl

ZE / Verlängerung eines Heil- und Kostenplans

15. Verlängerung HKP

§ 13

Aufbau der Antragsnummer

¹Für eine eindeutige Identifikation des Antrags fügt der Vertragszahnarzt dem Datensatz für den jeweiligen Leistungsantrag eine eindeutige Antragsnummer an. ²Die eindeutige Antragsnummer hat den folgenden Aufbau:

1. Abrechnungsnummer der Praxis oder der Einrichtung
2. Angabe des Antragsjahrs („20“ für 2020)
3. Angabe des Antragsmonats („01“ bis „12“)
4. Leistungsbereich, zweistellig
5. 15 -stellige praxisinterne Nummer

³Der Vertragszahnarzt stellt sicher, dass jede Antragsnummer eindeutig ist. ⁴Die Antragsnummer wird für jeden – erstmalig oder bei Änderung erneut übermittelten – Antragsdatensatz neu vergeben. ⁵Für den Aufbau der Mitteilungsnummer nach § 12 im Bereich KFO, PAR und ZE gilt das Entsprechende.

§ 14

Art und Inhalt des Antwortdatensatzes

¹Nach Prüfung des Antrags übermittelt die Krankenkasse das Ergebnis der Prüfung an den Vertragszahnarzt zurück. ²Der Antwortdatensatz enthält die folgenden Angaben:

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

§ 15 Gutachterverfahren

¹Bei Einleitung eines evtl. erforderlichen Gutachterverfahrens wird dieses bis auf Weiteres papiergebunden gemäß den Vordrucken in ihrer jeweils aktuellen Fassung durchgeführt. ²Das Ergebnis der gutachterlichen Stellungnahme ist im Antwortdatensatz der Krankenkasse zum elektronisch gestellten Antrag des Vertragszahnarztes anzugeben.

§ 16 Technische und organisatorische Form der Datenübermittlung

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

§ 17 Testverfahren und Einführungsphase

- (1) ¹Die Vertragspartner legen fest, dass ein Testverfahren durchgeführt wird. ²Dieses Testverfahren wird mit zahnärztlichen Anwendern in verschiedenen KZVen und mehreren Krankenkassen durchgeführt. ³Dabei ist sicherzustellen, dass jedes auf dem Markt befindliche Softwareverwaltungsprogramm, das das Eignungsfeststellungsverfahren der KZBV durchlaufen hat bzw. dessen Hersteller in die Testverfahren einbezogen werden kann. ⁴Die genauen Modalitäten der Testverfahren werden in der technischen Anlage nach § 16 dieser Vereinbarung festgelegt.
- (2) ¹Der Test mit echten Anträgen und Genehmigungen/Bewilligungen erfolgt erst, wenn KIM verwendet wird. ²Sofern der Test mit echten Anträgen und Genehmigungen/Bewilligungen erfolgt, sind die am Test Beteiligten von den bestehenden vertraglichen Bestimmungen zum Antrags- und Genehmigungsverfahren insoweit befreit, als dies für den Testbetrieb des elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens erforderlich ist. ³Insbesondere wird im Antragsdatensatz auf die Unterschrift des Vertragszahnarztes verzichtet. ⁴Die datenschutzrechtlichen Erfordernisse sind zu beachten.
- (3) ¹Während der Testverfahren sind Störungen und Verzögerungen im Verfahrensablauf insbesondere im Hinblick auf die in § 13 Abs. 3a SGB V geregelten Fristen zu vermeiden. ²Es ist sicherzustellen, dass im Störfall das herkömmliche, papiergebundene Verfahren weiterhin angewendet werden kann. ³Diese Störfälle sind auf dem Bemerkungsfeld des Papierformulars zu kennzeichnen, um diese evaluieren zu können.
- (4) ¹Die Vertragspartner verständigen sich über Beginn, Dauer und Ende der Testverfahren. ²Nach einem durch eine Evaluation bestätigten erfolgreichen Abschluss der Testverfahren erfolgt die Aufnahme des elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens (für die Leistungsbereiche Kieferbruch/Kiefergelenkserkrankungen, Zahnersatz und Kieferorthopädie) durch ein organisiertes Rolloutverfahren, dem sich der flächendeckende Echtbetrieb zum 01.01.2023 anschließt. ³Der Leistungsbereich Parodontitis geht nach dem Testverfahren direkt in den flächendeckenden Echtbetrieb über. ⁴Mit Beginn des Echtbetriebs muss der Vertragszahnarzt mit den entsprechenden PVS-Modulen ausgestattet sein.
- (5) ¹Nach dem Start des flächendeckenden Echtbetriebs des elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens ab dem 01.01.2023 kann der Vertragszahnarzt in begründeten Fällen, insbesondere bei Programmierfehlern oder sonstigen, länger andauernden technischen Störungen, die nicht bis zum Ende des nachfolgenden Werktags behoben sind, in einer Einführungsphase von zwölf Monaten einen mittels Stylesheet nach Anlage 14c zum BMV-Z erzeugten papiergebundenen, unterschriebenen Ausdruck des Behandlungsplans an die Krankenkasse versenden. ²Die entsprechenden Vordrucke der Anlage 14a zum

BMV-Z dürfen ab dem 01.01.2023 nicht mehr genutzt werden. ³Zahnarztpraxen, deren Aufgabe bis zum 30.06.2023 erfolgt, sind nicht verpflichtet, am elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren teilzunehmen. ⁴Sie können auf die entsprechenden Vordrucke der Anlage 14a zum BMV-Z zurückgreifen.

- (6) ¹Nach Beendigung der Einführungsphase werden die Vertragspartner eine Evaluation durchführen. ²Die Vertragspartner werden dann über ggf. erforderliche Anpassungen des Verfahrens beraten.

§ 18

Regelungen für Störfälle nach der Einführungsphase

¹Wenn nach der Einführungsphase die Datenübermittlung an die Krankenkasse zum Zeitpunkt der Ausstellung des Behandlungsplans technisch nicht möglich ist, übersendet der Vertragszahnarzt bei medizinisch sofort notwendigen Versorgung (insbesondere im Bereich Zahnersatz) einen mittels Stylesheet nach Anlage 14c zum BMV-Z erzeugten papiergebundenen unterschriebenen Ausdruck des Behandlungsplans an die Krankenkasse. ²Die Datenübermittlung in elektronischer Form erfolgt, sobald dies wieder möglich ist.

§ 19

Weiterentwicklung des Verfahrens

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

§ 20

Inkrafttreten

¹Die Vereinbarung tritt zum 01.01.2022 in Kraft und kann mit einer Frist von 6 Monaten jeweils zum 31.12. oder 30.06. eines jeden Jahres gekündigt werden.

²Bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung gelten die bisherigen Regelungen fort.

Anlage 15a

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

Hier nicht abgedruckt

Die Technische Anlage wird regelmäßig fortentwickelt. Alle veröffentlichten Versionen finden Sie als PDF-Datei unter folgendem Link:

https://www.gkv-datenaustausch.de/leistungserbringer/zahnaerzte/elektronisches_beantragungs_und_genehmigungsverfahren/elektronisches_beantragungs_genehmigungsverfahren.jsp

Anlage 15b

Ergebnisse und Szenarien

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

Stand: 01.01.2022

Teil 1 – Grundsätze des elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahrens

1. Standardverfahren bei Antragstellung

1.1 Antragstellung

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

1.2 Technische Empfangsbestätigung

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

1.3 Fehlermeldung

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

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

1.4 Antwort der Krankenkasse

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

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

1.5 Besonderheiten des Antwortdatensatzes bei Einschaltung eines Gutachters

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

- Der Gutachter befürwortet die Behandlung: Die Krankenkasse übermittelt in ihrem Antwortdatensatz die Genehmigung nebst der Information „Gutachterlich befürwortet“.

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

2. Standardereignisse nach Genehmigung

2.1 Widerruf der Genehmigung durch die Krankenkasse

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

2.2 Änderungen des Antrags / der Planung durch den Vertragszahnarzt

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

Die Krankenkasse sendet bei Kiefergelenkerkrankungen, bei Parodontitis-Behandlung oder bei Zahnersatz-Behandlungen einen Antwortdatensatz an den Vertragszahnarzt mit dem Vermerk, ob sie die beantragte Änderung genehmigt oder ablehnt. Bei Genehmigung sendet sie einen zusätzlichen Antwortdatensatz mit Enddatum für den ursprünglichen Antrag.

Für den Bereich KFO gilt:

Im Bereich KFO können Änderungsanträge nur bei geplanter Änderung der Therapie gestellt werden. Die Kasse sendet bei Anträgen auf Therapieänderung einen Antwortdatensatz an den Vertragszahnarzt mit dem Vermerk, ob sie die beantragte Änderung genehmigt oder ablehnt. Es ist allerdings kein zusätzlicher Antwortdatensatz mit Enddatum für den ursprünglichen Antrag notwendig, weil eine Abrechnung von Leistungen für den ursprünglichen Plan bis zum Ende eines Quartals möglich sein muss. Die Gültigkeit des ursprünglichen KFO-Behandlungsplans bleibt noch bis zum Ende eines Quartals bestehen, und so lange bleiben beide Pläne offen.

2.3 Krankenkassenwechsel

Wechselt der Patient während der Behandlung nach den BEMA-Teilen 2, 4 und 5 die Krankenkasse, rechnet der Zahnarzt die bis zum Kassenwechsel erbrachten Leistungen mit derjenigen Krankenkasse ab, welche die Genehmigung erteilt hat. Ein Ausgleich von Kosten ist Sache der Krankenkassen untereinander. Das Verfahren beim Wechsel der Krankenkasse während einer kieferorthopädischen Behandlung ist in Teil 2 dieses Dokuments beschrieben (Szenarien BEMA-Teil 3: Szenario 13).

Teil 2 – Szenarien

Szenarien BEMA-Teil 2: Kiefergelenkserkrankungen

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

1. Standardszenario: Genehmigung erfolgt entsprechend Beantragung

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

2. Szenario: Ablehnung durch die Krankenkasse

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

3. Szenario: Nach Genehmigung Antragsänderung durch den Zahnarzt

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

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

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

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

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

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

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

Szenarien BEMA-Teil 2: Kieferbruch

1. Standardszenario: Anzeige der geplanten Kieferbruchbehandlung

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

Szenarien BEMA-Teil 3: Kieferorthopädische Behandlung (KFO)

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

1. Standardszenario: Genehmigung erfolgt entsprechend Beantragung

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

2. Szenario: Therapieänderung

- Im Verlauf der Behandlung wird eine vom KFO-Behandlungsplan abweichende Therapie notwendig. Nach Erhebung eines Befundes nach 01k und ggf. Anfertigung weiterer diagnostischer Unterlagen erfolgt eine abweichende Therapieplanung.
- Der Zahnarzt erstellt einen neuen Antragsdatensatz als Therapieänderungsantrag (mit Verweis auf die ursprüngliche Antragsnummer) und übermittelt diesen an die Krankenkasse.
- Die Krankenkasse übernimmt den Therapieänderungsantrag in ihr System.
- Die Krankenkasse genehmigt den neuen Antrag und sendet einen neuen Antwortdatensatz an die Praxis. Der ursprüngliche Antrag wird ergänzt oder erweitert. Die Gültigkeit des ursprünglichen KFO-Behandlungsplans bleibt bis zum Ende eines Quartals bestehen, und so lange bleiben beide Pläne offen. Ein zusätzlicher Antwortdatensatz mit Endedatum hinsichtlich des ursprünglichen Antrags ist nicht erforderlich (vergl. Teil 1 Ziffer 2.2 zu KFO).
- Das PVS informiert den Zahnarzt über den Antwortdatensatz, der von der PVS übernommen wird.

3. Szenario: Verlängerungsantrag

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

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

- Werden Leistungen über das genehmigte Maß hinaus notwendig, die keine Therapieänderung oder Verlängerung sind, wie z. B. notwendige Reparaturleistungen, werden diese gegenüber der Krankenkasse bisher formlos angezeigt (kein Vordruck vereinbart). Dies geschieht bisher in der Regel auf dem Postweg oder per Fax.
- Die Zahnarztpraxis erstellt einen Mitteilungsdatensatz über zusätzlich erforderliche Leistungen (mit Verweis auf die ursprüngliche Antragsnummer).
- Der Mitteilungsdatensatz wird an die Krankenkasse übermittelt.
- Die Krankenkasse nimmt diese Leistungen zur Kenntnis und übernimmt die Angaben in ihr System.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

13. Szenario: Krankenkassenwechsel

- Bei kieferorthopädischen Behandlungen wird die Zahnarztpraxis/das PVS mit einem Widerrufdatensatz mit Endedatum über das Erlöschen des Leistungsanspruchs des Versicherten von der alten Krankenkasse unterrichtet.

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

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

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

Szenarien BEMA-Teil 4: Systematische Behandlung von Parodontopathien

Derzeit nicht besetzt.

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

Übersicht Szenarien

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

1. Standardszenario: Genehmigung erfolgt entsprechend Beantragung

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

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

2. Szenario: Genehmigung erfolgt mit geänderten Festzuschussbeträgen bzw. geänderter prozentualer Zuschusshöhe

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

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

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

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

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

5. Szenario: Verlängerung des HKP

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

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

6. Szenario: Behandlung in Therapieschritten

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

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

- Standardszenario (s. o.)

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

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

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

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

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

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

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

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

- Die Krankenkasse bittet den Versicherten, sich für eine Versorgung zu entscheiden.

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

Anlage 16

Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 366 Absatz 1 SGB V

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

In der Fassung vom 30.03.2020, Datum des Inkrafttretens: 01.07.2020

Zuletzt geändert am 23.11.2022, mit Wirkung ab dem 01.07.2022

§ 1

Vertragsgegenstand

¹Diese Vereinbarung regelt die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Durchführung von Videosprechstunden in der vertragszahnärztlichen Versorgung, insbesondere Einzelheiten hinsichtlich der Qualität und der Sicherheit sowie die Anforderungen an die technische Umsetzung. ²Videosprechstunden in der vertragszahnärztlichen Versorgung sind gem. §§ 366 Abs. 1 i. V. m. 87 Abs. 2k SGB V für die Untersuchung und Behandlung von den in § 87 Abs. 2i SGB V genannten Versicherten, von Versicherten, an denen zahnärztliche Leistungen im Rahmen eines Vertrages nach § 119b Abs. 1 SGB V erbracht werden, sowie für Fallkonferenzen mit dem Pflegepersonal oder den Unterstützungspersonen vorzusehen. ³Die Videosprechstunde erfolgt als synchrone Kommunikation zwischen einem Vertragszahnarzt und dem Versicherten, dem Pflegepersonal oder den Unterstützungspersonen über die zur Verfügung stehende technische Ausstattung, ggf. unter Assistenz, z. B. durch eine Bezugsperson, im Sinne einer Online-Videosprechstunde in Echtzeit, die der Vertragszahnarzt dem Versicherten, dem Pflegepersonal oder den Unterstützungspersonen anbieten kann. ⁴Als Videodienstanbieter werden Unternehmen bezeichnet, die Vertragszahnärzten Dienste zur Durchführung von Videosprechstunden gemäß Satz 3 anbieten. ⁵Die Vereinbarungspartner sind sich einig, dass die Teilnahme an der Videosprechstunde für alle Teilnehmer freiwillig ist.

§ 2

Bestimmungen zur Informationstechniksicherheit

- (1) ¹Im Hinblick auf die Sicherheit der Verarbeitung der Daten hat der Vertragszahnarzt in seinen Räumlichkeiten und IT-Systemen zu gewährleisten, dass die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen eingehalten werden. ²Dazu ist die Richtlinie nach § 75b SGB V in der jeweils gültigen Fassung zu beachten. ³Die Videosprechstunde hat zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden.
- (2) ¹Die Übertragung der Videosprechstunde soll über eine Peer-to-Peer-Verbindung zwischen Vertragszahnarzt und Versicherten, dem Pflegepersonal oder den Unterstützungspersonen, ohne Nutzung eines zentralen Servers, erfolgen. ²Bei einem Abweichen von einem Peer-to-Peer-Verfahren ist der Videodienstanbieter verpflichtet, durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen ein angemessenes Schutzniveau zu gewährleisten
- (3) ¹Der Videodienstanbieter muss gewährleisten, dass sämtliche Inhalte der Videosprechstunde während des gesamten Übertragungsprozesses nach dem Stand der Technik Ende-zu-Ende verschlüsselt sind. ²Der Stand der Technik ergibt sich insbesondere aus der Technischen Richtlinie 02102 des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik in der jeweils aktuell gültigen Fassung.
- (4) ¹Sämtliche Inhalte der Videosprechstunde dürfen durch den Videodienstanbieter weder eingesehen noch gespeichert werden können. ²Die Metadaten/technischen Verbindungsdaten

dürfen nur für die zur Abwicklung der Videosprechstunde notwendigen Abläufe genutzt werden und müssen nach spätestens drei Monaten gelöscht werden. ³Die Weitergabe der Daten ist untersagt.

- (5) ¹Der Videodienst darf keine schwerwiegenden Sicherheitsrisiken aufweisen. ²Als schwerwiegende Risiken gelten insbesondere alle Risiken des Videodienstes, die im Open Web Application Security Project (OWASP) TOP 10 Katalog in der Fassung von 2021 beschrieben sind.

§ 2a

Bestimmungen zum Datenschutz

- (1) Der Videodienstanbieter und der Vertragszahnarzt haben für die Verarbeitung personenbezogener Versichertendaten die rechtlichen Rahmenbedingungen zu beachten, die sich insbesondere aus den Vorschriften der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) und – soweit anwendbar – des Zehnten Sozialgesetzbuches (SGB X) ergeben.
- (2) Die Verarbeitung von personenbezogenen Daten auch im Auftrag darf nur im Inland, in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einem diesem nach § 35 Absatz 7 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch gleichgestellten Staat, oder, sofern ein Angemessenheitsbeschluss gemäß Artikel 45 der Verordnung (EU) 2016/679 vorliegt, in einem Drittstaat erfolgen.
- (3) Der Videodienstanbieter ist verantwortliche Stelle im Sinne der DS-GVO.

§ 3

Anforderungen an die apparative Ausstattung

¹Die apparative Ausstattung umfasst mindestens folgendes:

- eine Kamera,
- einen Bildschirm (Monitor, Display etc.),
- ein Mikrofon sowie
- Lautsprecher (z.B. Kopfhörer).

²Die Funktionalitäten können auch vollständig oder teilweise in einem Gerät vereint sein.

§ 4

Anforderungen an den Vertragszahnarzt

- (1) ¹Der Vertragszahnarzt darf für die Videosprechstunde ausschließlich gemäß § 5 zertifizierte Videodienstanbieter nutzen. ²Der Vertragszahnarzt holt eine Einwilligung des Versicherten in die Datenverarbeitung des genutzten Videodienstanbieters ein, die die Anforderungen nach Artikel 9 Absatz 2 lit. a) i. V. m. Artikel 7 DS-GVO erfüllt. ³Die Videosprechstunde darf nur von einem Zahnarzt durchgeführt werden.
- (2) ¹Zu Beginn der Videosprechstunde hat auf beiden Seiten eine Vorstellung aller in den jeweiligen Räumen anwesenden Personen zu erfolgen. ²Aufzeichnungen zur Dokumentation der Behandlung durch den Zahnarzt sind während der Videosprechstunde nur mit entsprechender Einwilligung der anwesenden Personen gestattet. ³Diese Einwilligung ist in der Patientenakte zu dokumentieren.

§ 5

Anforderungen an den Videodienstanbieter

- (1) Der für die Videosprechstunde genutzte Videodienstanbieter bzw. Videodienst muss neben den Anforderungen des § 2 und § 2a die folgenden Anforderungen erfüllen:

1. Der Vertragszahnarzt muss sich für den Videodienst registrieren.
 2. Der Videodienst darf einen Zweitzugang für das Praxispersonal vorhalten. Dieser darf ausschließlich zu organisatorischen Zwecken im Zusammenhang mit der Videosprechstunde genutzt werden. Mit dem Zweitzugang darf keine Videosprechstunde durchgeführt werden.
 3. Versicherte und Pflegepersonal oder Unterstützungspersonen müssen den Videodienst nutzen können, ohne sich vorher registrieren zu müssen. Der Klurname des Versicherten, des Pflegepersonals oder der Unterstützungspersonen muss für den Vertragszahnarzt erkennbar sein.
 4. Die eingesetzte Software muss bei Schwankungen der Verbindungsqualität bezüglich der Ton- und Bildqualität adaptiv sein.
 5. Die Nutzungsbedingungen müssen vollständig in deutscher Sprache und ohne vorherige Anmeldung online abrufbar sein.
 6. Das Schalten von Werbung im Rahmen der Videosprechstunde ist untersagt.
 7. Der Videodienstanbieter muss eine aktuelle Bescheinigung nach Anhang beim GKV-Spitzenverband und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung schriftlich vorgelegt haben.
- (2) ¹Der Videodienstanbieter muss gemäß den Buchstaben a) und b) den Nachweis führen, dass er bzw. der angebotene Videodienst unter Angabe des Produktnamens und des Uniform Resource Locators (URL) die Anforderungen an die Gewährleistung der Vertraulichkeit, Integrität und Verfügbarkeit der personenbezogenen Daten gemäß § 2 und § 2a erfüllt. ²Zudem muss der Videodienstanbieter gemäß Buchstabe c) bestätigen, dass er bzw. der angebotene Videodienst die inhaltlichen Anforderungen gemäß Absatz 1 erfüllt.
- ³Diese Nachweise werden erbracht durch:
- a) Informationssicherheit:
Ein Zertifikat einer gemäß der VO (EG) 765/2008 nach ISO/IEC 17065 für den Geltungsbereich der technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 366 Absatz 1 oder § 365 Absatz 1 SGB V akkreditierten Zertifizierungsstelle. Im Rahmen der fachlichen Prüfung der Akkreditierungsfähigkeit von entsprechenden Konformitätsbewertungsprogrammen durch die Akkreditierungsstelle ist das Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik herzustellen.
 - b) Datenschutz:
Ein Zertifikat gemäß Artikel 42 DS-GVO für den Geltungsbereich der Verarbeitung von personenbezogenen Daten bei Videodiensten in der vertragszahnärztlichen Versorgung gemäß § 366 Absatz 1 SGB V oder vertragsärztlichen § 365 Absatz 1 SGB V Versorgung zur Durchführung von Videosprechstunden. Das Zertifikat wird erteilt von einer nach ISO/IEC 17065 akkreditierten und zugelassenen Zertifizierungsstelle.
 - c) Inhalte:
Der Videodienstanbieter hat durch eine Eigenerklärung gemäß Anhang zu bestätigen, dass der Videodienst die inhaltlichen Anforderungen gemäß § 5 Absatz 1 erfüllt.
- (3) ¹Der Nachweis gemäß Absatz 2 Buchstabe a) darf für einen Übergangszeitraum bis zum 31. Dezember 2022 auch von Zertifizierungsstellen erbracht werden, die bereits über eine Akkreditierung nach ISO/IEC 17065 verfügen und sich noch im Akkreditierungsverfahren (einschließlich Programmprüfung) zu einem Nachweis gemäß Absatz 2 Buchstabe a) befinden. ²Die Zertifikate sind von den Zertifizierungsstellen mit einem Transfervermerk zu kennzeichnen, der die Antragsnummer bei der Deutschen Akkreditierungsstelle angibt. ³Der Videodienstanbieter ist aus dem Verzeichnis gemäß Absatz 6 Satz 1 zu entfernen und darf nicht weiter vertragszahnärztlich genutzt werden, wenn der Antrag der Zertifizierungsstelle auf Akkreditierung bestandskräftig abgewiesen oder der Antrag zurückgezogen worden ist.

- (4) ¹Der Nachweis gemäß Absatz 2 Buchstabe b) darf für einen Übergangszeitraum bis zum 31. Dezember 2022 auch von Zertifizierungsstellen erbracht werden, die bereits über eine Akkreditierung nach ISO/IEC 17065 verfügen und sich noch im Akkreditierungsverfahren (einschließlich Programmprüfung) bzw. Befugniserteilungsverfahren nach § 39 BDSG befinden. ²Die Zertifikate sind von den Zertifizierungsstellen mit einem Transfervermerk zu kennzeichnen, der die Antragsnummer bei der Deutschen Akkreditierungsstelle angibt. ³Der Videodiensteanbieter ist aus dem Verzeichnis gemäß Absatz 6 Satz 1 zu entfernen und darf nicht weiter vertragszahnärztlich genutzt werden, wenn der Antrag der Zertifizierungsstelle auf Akkreditierung oder Befugniserteilung bestandskräftig abgewiesen oder der Antrag zurückgezogen worden ist.
- (5) Der Videodiensteanbieter muss dem Vertragszahnarzt zum Vertragsabschluss das Vorliegen der Nachweise nach Absatz 2 über die Ausstellung einer Bescheinigung nach Anhang bestätigen.
- (6) ¹Der GKV-Spitzenverband und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung führen auf ihren Webseiten ein Verzeichnis der Videodiensteanbieter, die eine Bescheinigung nach Anhang vorgelegt haben. ²Diese Bescheinigung ist zum Ende der Laufzeit der Nachweise erneut vorzulegen. ³Sofern die Laufzeit der Nachweise im laufenden Quartal endet, werden diese bis zum Ende des Quartals anerkannt.

Protokollnotiz:

Die Vertragspartner sind sich einig, dass die Nachweise gemäß § 5 Absatz 2 dieser Vereinbarung bei ggf. erfolgenden Anpassungen vorerst ihre Gültigkeit behalten und neue Nachweise aufgrund veränderter Anforderungen durch die Videodiensteanbieter mit einer Karenzzeit beizubringen sind. Etwaige Karenzzeiten werden zwischen den Vertragspartnern vereinbart.

§ 6 Weiterentwicklung

¹Sofern sich aus den Erfahrungen mit den Videodiensten nach dieser Vereinbarung der Bedarf zur Anpassung ergibt, nehmen die Vereinbarungspartner die Verhandlungen wieder auf. ²Sobald Dienste der Telematikinfrastruktur für die Durchführung einer Videosprechstunde zur Verfügung stehen und genutzt werden können, ist die Vereinbarung entsprechend fortzuschreiben.

Protokollnotiz:

Die Vertragspartner sind sich einig, dass sobald Verhandlungen gem. § 365 SGB V aufgenommen werden, insbesondere was die Inhalte der Anforderungen an die Videodienste und die Ausgestaltung der Akkreditierungs- und Zertifizierungsverfahren mit entsprechenden Nachweisen angeht, der GKV-Spitzenverband die KZBV unverzüglich zu informieren hat, um Anpassungen im Rahmen der Verhandlungen gem. § 366 SGB V vereinbaren zu können.

§ 7 Salvatorische Klausel

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

§ 8 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.07.2022 in Kraft.

- (2) ¹Diese Vereinbarung kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Jahresende ordentlich gekündigt werden. ²Im Fall der Kündigung gelten die Inhalte der gekündigten Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung fort.

Anhang: Bescheinigung des Videodiensteanbieters über die erforderlichen Nachweise gemäß § 5 Absatz 2 Anlage 16 Bundesmantelvertrag-Zahnärzte

Unser Videodienst (Produktname gemäß Prüfnachweisen) angeboten unter (URL gemäß Prüfnachweisen) erfüllt die Anforderungen nach § 5 Absatz 2 der Anlage 16 zum Bundesmantelvertrag-Zahnärzte.

Wir sind wie folgt erfolgreich überprüft worden:

a) Informationssicherheit:

- Ein Zertifikat einer gemäß der VO (EG) 765/2008 nach ISO/IEC 17065 für den Geltungsbereich der technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 365 oder § 366 Absatz 1 SGB V akkreditierten Zertifizierungsstelle.
- Sonderregelung bis zum 31. Dezember 2022: Die das Zertifikat ausstellende Zertifizierungsstelle verfügt über eine Akkreditierung nach ISO/IEC 17065 und befindet sich im Akkreditierungsverfahren (einschließlich Programmprüfung) für einen Nachweis nach § 5 Absatz 2 Buchstabe a).

Zertifizierende Stelle:

Laufzeit des Nachweises:

Antragsnummer bei der Deutschen Akkreditierungsstelle (Zusatzangabe nur bei Sonderregelung gem. § 5 Absatz 3): _____

b) Datenschutz:

- Ein Zertifikat gemäß Artikel 42 DS-GVO für den Geltungsbereich der technischen Bereitstellung von Videodiensten an Ärzte zur Durchführung von Videosprechstunden gemäß § 365 Absatz 1 oder § 366 Absatz 1 SGB V. Das Zertifikat wird erteilt von einer nach ISO/IEC 17065 akkreditierten Zertifizierungsstelle.
- Sonderregelung bis zum 31. Dezember 2022: Die das Zertifikat ausstellende Zertifizierungsstelle verfügt über eine Akkreditierung nach ISO/IEC 17065 und befindet sich im Akkreditierungsverfahren (einschließlich Programmprüfung) bzw. Befugniserteilungsverfahren nach § 39 BDSG.

Zertifizierende Stelle:

Laufzeit des Nachweises:

Antragsnummer bei der Deutschen Akkreditierungsstelle (Zusatzangabe nur bei Sonderregelung gem. § 5 Absatz 4): _____

c) Inhalte:

Im nachfolgend aufgeführten Fragenbogen ist durch den Videodienstanbieter die Erfüllung der Anforderungen nach § 5 Absatz 1 zu erklären. Der Videodienstanbieter bestätigt die Erfüllung der Anforderungen durch Kennzeichnung in der Spalte „Zutreffend“.

Nr.	Anforderung	Zutreffend	Nicht zutreffend
1.	Die Nutzung des Videodienstes erfordert für den Vertragszahnarzt eine Registrierung.		
2a.	Der Videodienst beinhaltet die Möglichkeit eines Zweitzugangs für das Praxispersonal.		
2b.	<i>Falls zutreffend bei 2a:</i> Der Videodienstanbieter weist das Praxispersonal und den Versicherten darauf hin, dass dieser Zweitzugang ausschließlich zu organisatorischen Zwecken im Zusammenhang mit der Videosprechstunde genutzt und mit diesem keine Videosprechstunde durchgeführt werden darf.		
3.	Versicherte, Pflegepersonal oder Unterstützungspersonen können den Videodienst nutzen, ohne sich vorher registrieren zu müssen.		
4.	Der Name von Versicherten, Pflegepersonal oder Unterstützungspersonen ist für den Vertragszahnarzt erkennbar.		
5.	Der Videodienst ist bei Schwankungen der Verbindungsqualität bezüglich der Ton- und Bildqualität adaptiv.		
6.	Die Nutzungsbedingungen für den Videodienst liegen vollständig in deutscher Sprache vor und sind auch ohne vorherige Anmeldung online abrufbar.		
7.	Der Videodienst enthält keine Form von Werbung im Rahmen der Videosprechstunde.		

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Anbieters

Ansprechpartner

Kontaktdaten

Anlage 17

Rahmenempfehlungen nach § 106a Abs. 3 SGB V

Vereinbarung zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

In der Fassung vom 04.05.2020, Datum des Inkrafttretens: 05.05.2020

Präambel

¹Die Vereinbarung legt Rahmenempfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung vertragszahnärztlicher Leistungen nach §§ 106, 106a SGB V fest. ²Die Rahmenempfehlungen sind in den Vereinbarungen nach § 106 Abs. 1 Satz 2 SGB V, die die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen treffen, zu berücksichtigen. ³Die Krankenkassen und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen überwachen die Wirtschaftlichkeit der vertragszahnärztlichen Versorgung durch Beratungen und Prüfungen. ⁴Der Inhalt und die Durchführung der Beratungen und Prüfungen sind durch die Vertragspartner auf der Landesebene zu vereinbaren.

§ 1

Zuständigkeit

- (1) Zuständig für die Durchführung der Prüfung vertragszahnärztlicher Leistungen gem. §§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1, 106a SGB V sind die Prüfungsstellen und Beschwerdeausschüsse gem. § 106c Abs. 1 SGB V.
- (2) Die Zuständigkeit liegt im Falle KZV-übergreifender Berufsausübungsgemeinschaften bei den Prüfungsgremien im Bezirk der KZV des gewählten Vertragszahnarztsitzes nach § 33 Abs. 3 Zulassungsverordnung-Zahnärzte (ZV-Z).

§ 2

Antragsprüfung, Prüfanlässe und Fristen

- (1) Die Wirtschaftlichkeit der erbrachten vertragszahnärztlichen Leistungen kann auf begründeten Antrag einzelner Krankenkassen, mehrerer Krankenkassen gemeinsam oder der Kassenzahnärztlichen Vereinigung durch die jeweilige Prüfungsstelle nach § 106c SGB V geprüft werden.
- (2) Veranlassung für die Prüfung besteht gem. § 106a Abs. 2 SGB V insbesondere bei begründetem Verdacht auf
 1. fehlende medizinische Notwendigkeit der Leistungen (Fehlindikation)
 2. fehlende Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (Ineffektivität)
 3. mangelnde Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualitätsmangel), insbesondere in Bezug auf die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Vorgaben
 4. Unangemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel
 5. Unvereinbarkeit von Leistungen des Zahnersatzes und der Kieferorthopädie mit dem Heil- und Kostenplan bzw. dem kieferorthopädischen Behandlungsplan

- (3) ¹Der Antrag nach Absatz 1 ist schriftlich bei der Prüfungsstelle einzureichen und substantiiert zu begründen. ²Hierzu sind der betroffene Vertragszahnarzt bzw. die zahnärztlich geleitete Einrichtung und der betroffene Abrechnungszeitraum anzugeben sowie der Prüfanlass und die konkreten Verdachtsmomente zu benennen. ³Dem Antrag sind die erforderlichen Unterlagen beizufügen.
- (4) ¹Die Vertragspartner auf der Landesebene vereinbaren eine angemessene Frist für die Antragstellung. ²Sie können eine elektronische Übermittlung des Antrags vereinbaren.
- (5) Die Prüfungsstelle informiert den betroffenen Vertragszahnarzt bzw. die betroffene zahnärztlich geleitete Einrichtung unverzüglich über die erfolgte Antragstellung und die damit verbundene Einleitung eines Prüfverfahrens und setzt den Antragsteller hierüber unter Angabe des Datums in Kenntnis.
- (6) ¹Kürzungen und Nachforderungen als Maßnahme der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind innerhalb von zwei Jahren durch die Prüfungsstelle festzusetzen, soweit keine Vertrauensauschlussstatbestände nach § 45 Abs. 2 Satz 3 i.V.m. Abs. 4 Satz 1 SGB X vorliegen. ²Die Frist beginnt mit dem Erlass des Honorarbescheids zu laufen. ³Für die Wahrung der Ausschlussfrist ist der Erlass des Bescheids der Prüfungsstelle maßgebend. ⁴Für die Hemmung, die Ablaufhemmung, den Neubeginn und die Wirkung der Ausschlussfrist gelten entsprechend § 45 Abs. 2 SGB I die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs sinngemäß.

§ 3

Prüfungsgegenstand

- (1) ¹Prüfungsgegenstand ist grundsätzlich das entsprechende zur Abrechnung vorgelegte Leistungsvolumen. ²Die Prüfung kann neben dem zur Abrechnung vorgelegten Leistungsvolumen auch Überweisungen sowie sonstige veranlasste zahnärztliche und ärztliche Leistungen umfassen.
- (2) ¹Im Zuge der Wirtschaftlichkeitsprüfung kann sich die Veranlassung ergeben, eine Prüfung gemäß § 106d SGB V durchzuführen. ²Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit ist grundsätzlich vorrangig vor der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

§ 4

Inkrafttreten

¹Die Rahmenempfehlung tritt am Tag nach der Unterzeichnung in Kraft. ²Sie gilt nur für Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung, auf die die §§ 106, 106a Abs. 1 SGB V i.d.F. des Terminservice- und Versorgungsgesetzes Anwendung finden.

Anlage 18

Vereinbarung zur Behandlung von Patienten im Rahmen über- und zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrechts bei vorübergehendem Aufenthalt in Deutschland

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

In der Fassung vom 29.06.2021, Datum des Inkrafttretens: 01.10.2021

Präambel

Diese Vereinbarung dient der Umsetzung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit und der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004, des Abkommens über den Austritt des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland aus der Europäischen Union und der Europäischen Atomgemeinschaft, des Handels- und Kooperationsabkommens zwischen der Europäischen Union und der Europäischen Atomgemeinschaft einerseits und dem Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland andererseits sowie der bilateralen Abkommen über Soziale Sicherheit¹ mit Bosnien und Herzegowina, Nordmazedonien, Montenegro, Serbien, der Türkei und Tunesien, die sich auf die Rechtsvorschriften der Krankenversicherung beziehen, innerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung.

¹ Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Sozialistischen Föderation Republik Jugoslawien über Soziale Sicherheit vom 12.10.1968, Abkommen zwischen der Regierung der Bundesrepublik Deutschland und der mazedonischen Regierung über Soziale Sicherheit vom 08.07.2003, Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Türkei über Soziale Sicherheit vom 30.04.1964, Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Tunesischen Republik über Soziale Sicherheit vom 16.04.1984

Abschnitt 1 - Patienten aus einem EU-/EWR-Staat, der Schweiz oder dem Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland (Anspruch nach EU-Recht oder dem Austrittsabkommen bzw. Handels- und Kooperationsabkommen zwischen der EU und dem Vereinigten Königreich)²

§ 1

Behandlungsanspruch bei ungeplanter zahnärztlicher Behandlung in Deutschland

- (1) ¹Bei Vorlage einer Europäischen Krankenversicherungskarte, einer Global Health Insurance Card oder einer Provisorischen Ersatzbescheinigung bzw. eines Nationalen Anspruchsnachweises mit dem Vermerk „Anspruch auf medizinisch notwendige Sachleistungen unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer“³ hat eine in einem EU-/EWR-Staat, der Schweiz oder dem Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland gesetzlich krankenversicherte Person bei einem Vertragszahnarzt Anspruch auf die – unter Berücksichtigung der Art der Leistung und der voraussichtlichen Dauer des Aufenthaltes – medizinisch notwendige Behandlung. ²Kein Anspruch besteht auf Leistungen, die bis zu der vom Patienten beabsichtigten Rückkehr in sein Heimatland zurückgestellt werden können, ohne die Gesundheit des Betroffenen zu gefährden oder sein körperliches Wohlbefinden in unzumutbarer Weise zu beeinträchtigen. ³Im Übrigen richtet sich der Leistungsumfang nach dem Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland.
- (2) ¹Der Vertragszahnarzt hat die Identität des Patienten zu überprüfen. ²Als Identitätsnachweis gilt der Personalausweis oder der Reisepass.
- (3) ¹Der Patient wählt vor Beginn der Behandlung eine deutsche aushelfende Krankenkasse am Aufenthaltsort. ²Er ist für die gesamte Dauer der Behandlung an diese Wahl gebunden.
- (4) ¹Legt der Patient den Anspruchsnachweis nach Absatz 1 Satz 1 oder den Identitätsnachweis nicht vor, so ist der Vertragszahnarzt berechtigt und verpflichtet, von diesem eine Vergütung nach GOZ/GOÄ zu fordern. ²Die vom Patienten zu zahlende Vergütung ist zurückzuzahlen, wenn der Patient eine gültige Provisorische Ersatzbescheinigung oder einen Nationalen Anspruchsnachweis nach Absatz 1 und den Identitätsnachweis nach Absatz 2 innerhalb von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachreicht. ³Der Patient kann eine Provisorische Ersatzbescheinigung bei seinem ausländischen zuständigen Träger anfordern oder eine Anspruchsbescheinigung durch eine deutsche aushelfende Krankenkasse seiner Wahl anfordern lassen. ⁴Satz 2 gilt entsprechend, wenn der Patient eine Europäische Krankenversicherungskarte bzw. eine Global Health Insurance Card spätestens im Laufe des nächsten Arbeitstages nachreicht.

§ 2

Behandlungsanspruch bei Einreise nach Deutschland zum Zweck der zahnärztlichen Behandlung

- (1) ¹Bei Vorlage eines Nationalen Anspruchsnachweises (Anhang 2) hat eine in einem EU-/EWR-Staat, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland gesetzlich krankenversicherte Person, die zum Zweck der zahnärztlichen Behandlung nach Deutschland eingereist ist, bei einem Vertragszahnarzt Anspruch auf Behand-

² EU-Staaten: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern (nur griechischer Teil); EWR-Staaten: Island, Liechtenstein, Norwegen

³ Im Rahmen der Einführung des Elektronischen Austauschs von Informationen der Sozialen Sicherheit (EESSI) erhält die deutsche aushelfende Krankenkasse bei Anforderung einer Anspruchsbescheinigung vom zuständigen ausländischen Krankenversicherungsträger lediglich einen Datensatz zur Bestätigung des Anspruchs. Sie wird in diesen Fällen daher den Nationalen Anspruchsnachweis mit der Angabe „Anspruch auf medizinisch notwendige Sachleistungen unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer“ ausstellen.

lung nach den auf dem Nationalen Anspruchsnachweis vermerkten Angaben. ²Der Nationale Anspruchsnachweis verbleibt zur Dokumentation des Behandlungsanspruchs beim behandelnden Vertragszahnarzt.

- (2) ¹Der Vertragszahnarzt hat die Identität des Patienten zu überprüfen. ²Als Identitätsnachweis gilt der Personalausweis oder der Reisepass.
- (3) ¹Legt der Patient den Anspruchsnachweis nach Absatz 1 Satz 1 oder den Identitätsnachweis nicht vor, so ist der Vertragszahnarzt berechtigt und verpflichtet, von diesem eine Vergütung nach GOZ/GOÄ zu fordern. ²Der Patient kann den Anspruchsnachweis nach Absatz 1 bzw. den Identitätsnachweis nach Absatz 2 nachreichen. ³Werden der Nationale Anspruchsnachweis und der Identitätsnachweis innerhalb von zehn Tagen nachgereicht, ist die vom Patienten gezahlte Vergütung zurückzuzahlen.
- (4) ¹Einen Nationalen Anspruchsnachweis (Anhang 2) erhält der Patient von der von ihm gewählten deutschen aushelfenden Krankenkasse. ²Voraussetzung hierfür ist die Vorlage einer Anspruchsbescheinigung des ausländischen Krankenversicherungsträgers (Vordruck E 112, S2 oder S3⁴). ³Wendet sich der Patient mit der Anspruchsbescheinigung des ausländischen Krankenversicherungsträgers direkt an den Vertragszahnarzt, ist er zunächst an die Krankenkasse seiner Wahl zu verweisen, um von dieser einen Nationalen Anspruchsnachweis zu erhalten. ⁴Lässt der Gesundheitszustand des Patienten dies nicht zu, gilt Absatz 3 entsprechend.

§ 3

Dokumentation des Behandlungsanspruchs nach § 1 und Erklärung des Patienten

- (1) ¹Zur Dokumentation des Behandlungsanspruchs wird die Europäische Krankenversicherungskarte, die Global Health Insurance Card bzw. die Provisorische Ersatzbescheinigung zweimal kopiert. ²Der Vertragszahnarzt bescheinigt die Übereinstimmung der Daten auf den Kopien mit denen auf der Europäischen Krankenversicherungskarte, der Global Health Insurance Card oder der Provisorischen Ersatzbescheinigung durch Datum, Unterschrift und Vertragszahnarztstempel. ³Die Dokumentation erfolgt bei der ersten Inanspruchnahme des Vertragszahnarztes. ⁴Stellt sich der Patient nach Ablauf von drei Monaten nach der erstmaligen Inanspruchnahme ein weiteres Mal in der Praxis vor, so ist eine erneute Dokumentation durchzuführen.
- (2) ¹Vor Durchführung der Behandlung hat der Patient die „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ des Anhangs 1⁵ dieser Vereinbarung auszufüllen und zu unterschreiben. ²Eine Kopie dieser Erklärung verbleibt beim Vertragszahnarzt. ³Der Vertragszahnarzt achtet auf Vollständigkeit der Angaben. ⁴Dies gilt auch in den Fällen nach § 1 Absatz 4 Satz 1. ⁵Ist die Dokumentation nach Absatz 1 (Kopien von Europäischer Krankenversicherungskarte, Global Health Insurance Card oder Provisorischer Ersatzbescheinigung) erneut durchzuführen, ist auch ein neues Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ auszufüllen und zu unterschreiben.
- (3) ¹Eine Kopie der Europäischen Krankenversicherungskarte, der Global Health Insurance Card oder der Provisorischen Ersatzbescheinigung sowie die Originalfassung der Erklärung sind unverzüglich an die deutsche aushelfende Krankenkasse zu übersenden. ²Eine Kopie verbleibt jeweils beim Vertragszahnarzt. ³Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, die Kopie der Erklärung und die Zweitkopie der Europäischen Krankenversicherungskarte, der Global Health Insurance Card oder der Provisorischen Ersatzbescheinigung aufzubewahren. ⁴In den Fällen nach § 1 Absatz 4 Satz 1 ist die Originalfassung des Formulars „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ vom Vertragszahnarzt bis zum Ablauf von zehn

⁴ Anspruch auf Fortsetzung einer in Deutschland begonnenen Behandlung eines Grenzgängers in Rente

⁵ Die aus Anhang 1 ersichtliche „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ ist als Mustererklärung in der Sprachversion Deutsch/Englisch abgebildet. Weitere Sprachversionen werden über die zahnärztlichen Praxisverwaltungssysteme den Praxen zur Verfügung gestellt.

Tagen aufzubewahren. ⁵Im Übrigen sind die Aufbewahrungsfristen gemäß § 8 Abs. 3 BMV-Z zu beachten.

- (4) ¹In den Fällen, in denen ein Nationaler Anspruchsnachweis nach § 1 Absatz 1 als Anspruchsnachweis vorgelegt wird, überprüft der Vertragszahnarzt die Identität des Patienten. ²Als Identitätsnachweis gilt der Personalausweis oder der Reisepass. ³Der Nationale Anspruchsnachweis verbleibt zur Dokumentation des Behandlungsanspruchs beim behandelnden Vertragszahnarzt.

§ 4

Verordnung von Arznei- und Heilmitteln

- (1) ¹Arznei- und Heilmittel dürfen auf Rechnung der deutschen aushelfenden Krankenkasse nur verordnet werden, wenn die Voraussetzungen der §§ 1 Absatz 1 oder 2 Absatz 1 vorliegen. ²Bei Arzneimitteln ist das Arzneiverordnungsblatt (Muster 16 der Anlage 14a BMV-Z) zu verwenden. ³Die Bestimmungen über die wirtschaftliche Verordnungsweise sind zu beachten. ⁴Heilmittel sind mit dem Vordruck Zahnärztliche Heilmittelverordnung (Vordruck 9 der Anlage 14a BMV-Z) zu verordnen. ⁵Auf dem Arzneiverordnungsblatt und der Heilmittelverordnung sind Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten sowie die Informationen (Name und Institutionskennzeichen) zur deutschen aushelfenden Krankenkasse einschließlich des Status 1070000 zu vermerken. ⁶Zusätzlich sind die Bedruckungsvorschriften nach Anlage 14b, Ziffer A.2 BMV-Z zu beachten.
- (2) Der Patient muss die Heilmittelverordnung der von ihm gewählten, deutschen aushelfenden Krankenkasse zur Genehmigung vorlegen.
- (3) Wird dem Patienten das Zahnarthonorar ausschließlich privat (auf Basis der GOZ/GOÄ) in Rechnung gestellt, so dürfen Arznei- und Heilmittel nur auf Privatrezept verordnet werden.

§ 5

Überweisungen

- (1) ¹Erweist sich die Durchführung weiterführender diagnostischer oder therapeutischer Leistungen als notwendig, kann der behandelnde Vertragszahnarzt den Patienten an einen anderen Vertragszahnarzt, Vertragsarzt, eine nach § 311 Absatz 2 Sätze 1 und 2 SGB V zugelassene Einrichtung, ein zugelassenes medizinisches Versorgungszentrum, einen ermächtigten Arzt/Zahnarzt oder eine ermächtigte Einrichtung schriftlich überweisen. ²Dabei sind auf der Überweisung neben den Angaben nach Anlage 1, Nr. 2.3 BMV-Z vom behandelnden Vertragszahnarzt die Informationen (Name und Institutionskennzeichen) zur deutschen aushelfenden Krankenkasse, die voraussichtliche Aufenthaltsdauer sowie der Status 1070000 zu vermerken. ³Zusätzlich sind die Bedruckungsvorschriften nach Anlage 14b, Ziffer A.2 BMV-Z zu beachten. ⁴Diese unmittelbare Überweisung ist nur für Patienten möglich, die eine Europäische Krankenversicherungskarte, eine Global Health Insurance Card oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung vorgelegt haben. ⁵In diesen Fällen gelten für die in Satz 1 genannten weiteren Behandler die Regelungen der §§ 1 und 3 mit Ausnahme des § 1 Abs.3.
- (2) ¹Für Patienten, die einen Nationalen Anspruchsnachweis vorlegen, bescheinigt der erstbehandelnde, überweisende Vertragszahnarzt die Notwendigkeit anderweitiger (zahn-)ärztlicher Behandlung auf der Überweisung. ²Der Patient legt die Überweisung der von ihm gewählten deutschen aushelfenden Krankenkasse vor. ³Diese stellt ggf. einen weiteren Nationalen Anspruchsnachweis aus.
- (3) ¹Bei einer Weiterbehandlung auf Grundlage einer Überweisung nach Absatz 1 bleibt der Patient an seine Wahl nach § 1 Absatz 3 gebunden. ²Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die beim erstbehandelnden Vertragszahnarzt gewählte deutsche aushelfende Krankenkasse.

§ 6

Verordnung von Krankenhausbehandlung

¹Erweist sich eine Krankenhausbehandlung als notwendig, sind vom behandelnden Vertragszahnarzt auf der Verordnung von Krankenhausbehandlung (Muster 2 der Anlage 14a BMV-Z) der Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten sowie der Name der deutschen aushelfenden Krankenkasse, das dazugehörige Institutionskennzeichen und der Status 1070000 zu vermerken. ²Zusätzlich sind die Bedruckungsvorschriften nach Anlage 14b, Ziffer A.2 BMV-Z zu beachten.

§ 7

Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit

¹Für die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit sind die für die Versicherten der deutschen Krankenkassen geltenden Bestimmungen zu beachten. ²Der Vertragszahnarzt stellt die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1 der Anlage 14a BMV-Z) aus und händigt dem Patienten die Ausfertigung für die Krankenkasse, für den Arbeitgeber und für den Versicherten aus. ³Mit der Einführung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) händigt der Vertragszahnarzt dem Patienten eine mittels Stylesheet erzeugte papiergebundene Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Ausfertigungen Krankenkasse, Versicherter und Arbeitgeber) aus.

§ 8

Abrechnung

- (1) ¹Der Vertragszahnarzt rechnet die in Abschnitt 1 dieser Vereinbarung geregelten Leistungen zulasten der deutschen Krankenkasse ab, die der Patient als aushelfende Krankenkasse gewählt hat. ²Dabei kommen die Bedingungen (Leistungsumfang und Punktwert) dieser Krankenkasse zum Zeitpunkt der Leistungserbringung zur Anwendung.
- (2) Die Abrechnung gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung erfolgt nach den Regelungen des Ersatzverfahrens bei Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (Anlage 10 BMV-Z) unter Angabe des Namens, Vornamens und Geburtsdatums der im Ausland versicherten Person, des Status 1070000 sowie der Informationen (Name und Institutionskennzeichen) zur deutschen aushelfenden Krankenkasse.
- (3) Für die Kosten einer Behandlung, die aufgrund einer vorgelegten falsch ausgestellten Europäischen Krankenversicherungskarte bzw. eines vorgelegten falschen oder zu Unrecht ausgestellten sonstigen Berechtigungsnachweises oder aufgrund falscher Angaben des ausländischen Versicherten erfolgte, erhält der Vertragszahnarzt gegen Abtretung seines Vergütungsanspruches an die deutsche aushelfende Krankenkasse eine Vergütung nach Absatz 1, es sei denn, der Vertragszahnarzt hätte einen offensichtlichen Missbrauch erkennen können.

Abschnitt 2 – Patienten aus Bosnien und Herzegowina, Nordmazedonien, Montenegro, Serbien, der Türkei oder Tunesien (Anspruch nach Abkommensrecht)

§ 9

Behandlungsanspruch bei zahnärztlicher Behandlung in Deutschland, wenn der Versicherungsfall während des vorübergehenden Aufenthalts eingetreten ist

- (1) ¹Bei Vorlage eines Nationalen Anspruchsnachweises (Anhang 2) hat eine in Bosnien und Herzegowina, Nordmazedonien, Montenegro, Serbien, der Türkei oder Tunesien gesetzlich krankenversicherte Person bei einem Vertragszahnarzt Anspruch auf sofort notwendige Sachleistungen, die nicht bis zur Rückkehr in den zuständigen Staat zurückgestellt werden können. ²Ist ersichtlich, dass es sich um eine Erkrankung handelt, die bereits bei der Einreise nach Deutschland bestanden hat, bedarf es einer besonderen Genehmigung des ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträgers, es sei denn, es besteht eine akute Verschlimmerung. ³Behandlungseinschränkungen, die auf dem Nationalen Anspruchsnachweis vermerkt sind, sind zu beachten. ⁴Der Nationale Anspruchsnachweis verbleibt zur Dokumentation des Behandlungsanspruchs beim behandelnden Vertragszahnarzt.
- (2) ¹Der Vertragszahnarzt hat die Identität des Patienten zu überprüfen. ²Als Identitätsnachweis gilt der Personalausweis oder der Reisepass.
- (3) ¹Legt der Patient den Anspruchsnachweis nach Absatz 1 Satz 1 oder den Identitätsnachweis nicht vor, so ist der Vertragszahnarzt berechtigt und verpflichtet, von diesem eine Vergütung nach GOZ/GOÄ zu fordern. ²Werden der Nationale Anspruchsnachweis und der Identitätsnachweis innerhalb von zehn Tagen nachgereicht, ist die vom Patienten gezahlte Vergütung zurückzuzahlen.
- (4) ¹Einen Nationalen Anspruchsnachweis (Anhang 2) erhält der Patient von der von ihm gewählten, deutschen aushelfenden Krankenkasse. ²Voraussetzung hierfür ist die Vorlage einer Anspruchsbescheinigung des ausländischen Krankenversicherungsträgers (Vordruck BH 6, D/RM 111, DE/MNE 111, DE 111 SRB, A/T 11, A/TN 11). ³Wendet sich der Patient mit der Anspruchsbescheinigung des ausländischen Krankenversicherungsträgers direkt an den Vertragszahnarzt, ist er zunächst an die Krankenkasse seiner Wahl zu verweisen, um von dieser einen Nationalen Anspruchsnachweis zu erhalten. ⁴Lässt der Gesundheitszustand des Patienten dies nicht zu, gilt Absatz 3 entsprechend.

§ 10

Behandlungsanspruch bei zahnärztlicher Behandlung in Deutschland, wenn der Versicherungsfall bereits im zuständigen Staat eingetreten ist

- (1) ¹Bei Vorlage eines Nationalen Anspruchsnachweises (Anhang 2) hat eine in Bosnien und Herzegowina, Nordmazedonien, Montenegro, Serbien, der Türkei oder Tunesien gesetzlich krankenversicherte Person, bei der der Versicherungsfall bereits im zuständigen Staat eingetreten ist (insbesondere bei Einreise zum Zweck der zahnärztlichen Behandlung nach Deutschland) Anspruch auf vertragszahnärztliche Behandlung nach den auf dem Nationalen Anspruchsnachweis vermerkten Angaben. ²Der Nationale Anspruchsnachweis verbleibt zur Dokumentation des Behandlungsanspruchs beim behandelnden Vertragszahnarzt.
- (2) ¹Der Vertragszahnarzt hat die Identität des Patienten zu überprüfen. ²Als Identitätsnachweis gilt der Personalausweis oder der Reisepass.
- (3) ¹Legt der Patient den Anspruchsnachweis nach Absatz 1 Satz 1 oder den Identitätsnachweis nicht vor, so ist der Vertragszahnarzt berechtigt und verpflichtet, von diesem eine Vergütung nach GOZ/GOÄ zu fordern. ²Werden der Nationale Anspruchsnachweis und der Identitätsnachweis innerhalb von zehn Tagen nachgereicht, ist die vom Patienten gezahlte Vergütung zurückzuzahlen.

- (4) ¹Einen Nationalen Anspruchsnachweis (Anhang 2) erhält der Patient von der von ihm gewählten, deutschen aushelfenden Krankenkasse. ²Voraussetzung hierfür ist die Vorlage einer Anspruchsbescheinigung des ausländischen Krankenversicherungsträgers (Vordruck BH 5, D/RM 112, DE/MNE 112, DE 112 SRB, A/T 12, A/TN 12). ³Wendet sich der Patient mit einer Anspruchsbescheinigung des ausländischen Krankenversicherungsträgers direkt an den Vertragszahnarzt, ist er zunächst an die Krankenkasse seiner Wahl zu verweisen, um von dieser einen Nationalen Anspruchsnachweis zu erhalten. ⁴Lässt der Gesundheitszustand des Patienten dies nicht zu, gilt Absatz 3 entsprechend.

§ 11

Verordnung von Arznei- und Heilmitteln

- (1) ¹Arznei- und Heilmittel dürfen auf Rechnung der deutschen aushelfenden Krankenkasse nur verordnet werden, wenn die Voraussetzungen der §§ 9 Absatz 1 oder 10 Absatz 1 vorliegen. ²Bei Arzneimitteln ist das Arzneiverordnungsblatt (Muster 16 der Anlage 14a BMV-Z) zu verwenden. ³Die Bestimmungen über die wirtschaftliche Verordnungsweise sind zu beachten. ⁴Heilmittel sind mit dem Vordruck Zahnärztliche Heilmittelverordnung (Vordruck 9 der Anlage 14a BMV-Z) zu verordnen. ⁵Auf dem Arzneiverordnungsblatt und der Heilmittelverordnung sind Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten sowie die Informationen (Name und Institutionskennzeichen) zur deutschen aushelfenden Krankenkasse einschließlich des Status 1070000 zu vermerken. ⁶Zusätzlich sind die Bedruckungsvorschriften nach Anlage 14b, Ziffer A.2 BMV-Z zu beachten.
- (2) Der Patient muss die Heilmittelverordnung der von ihm gewählten, deutschen aushelfenden Krankenkasse zur Genehmigung vorlegen.
- (3) Wird dem Patienten das Zahnarztthonorar ausschließlich privat (auf Basis der GOZ/GOÄ) in Rechnung gestellt, so dürfen Arznei- und Heilmittel nur auf Privatrezept verordnet werden.

§ 12

Überweisungen

¹Erweist sich die Durchführung weiterführender diagnostischer oder therapeutischer Leistungen als notwendig, bescheinigt der erstbehandelnde, überweisende Vertragszahnarzt die Notwendigkeit anderweitiger (zahn-)ärztlicher Behandlung durch schriftliche Überweisung. ²Dabei sind auf der Überweisung neben den Angaben nach Anlage 1, Nr. 2.3 BMV-Z vom behandelnden Vertragszahnarzt die Informationen (Name und Institutionskennzeichen) zur deutschen aushelfenden Krankenkasse, die voraussichtliche Aufenthaltsdauer sowie der Status 1070000 zu vermerken. ³Zusätzlich sind die Bedruckungsvorschriften nach Anlage 14b, Ziffer A.2 BMV-Z zu beachten. ⁴Der Patient legt die Überweisung der von ihm gewählten deutschen aushelfenden Krankenkasse vor. ⁵Diese stellt ggf. einen weiteren Nationalen Anspruchsnachweis aus.

§ 13

Verordnung von Krankenhausbehandlung

- (1) ¹Erweist sich eine Krankenhausbehandlung als notwendig, sind vom behandelnden Vertragszahnarzt auf der Verordnung von Krankenhausbehandlung (Muster 2 der Anlage 14a BMV-Z) der Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten sowie der Name der deutschen aushelfenden Krankenkasse, das dazugehörige Institutionskennzeichen und der Status 1070000 zu vermerken. ²Zusätzlich sind die Bedruckungsvorschriften nach Anlage 14b, Ziffer A.2 BMV-Z zu beachten.
- (2) Vor Aufnahme ins Krankenhaus ist nach Möglichkeit die Genehmigung der gewählten deutschen aushelfenden Krankenkasse einzuholen.

§ 14
Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit

¹Für die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit sind die für die Versicherten der deutschen Krankenkassen geltenden Bestimmungen zu beachten. ²Der Vertragszahnarzt stellt die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1 der Anlage 14a BMV-Z) aus und händigt dem Patienten die Ausfertigungen für die Krankenkasse, den Arbeitgeber und den Versicherten aus. ³Mit der Einführung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) händigt der Vertragszahnarzt dem Patienten eine mittels Stylesheet erzeugte papiergebundene Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Ausfertigungen Krankenkasse, Versicherter und Arbeitgeber) aus.

§ 15
Abrechnung

- (1) ¹Der Vertragszahnarzt rechnet die in Abschnitt 2 dieser Vereinbarung geregelten Leistungen zulasten der deutschen Krankenkasse ab, die der Patient als aushelfende Krankenkasse gewählt hat. ²Dabei kommen die Bedingungen (Leistungsumfang und Punktwert) dieser Krankenkasse zum Zeitpunkt der Leistungserbringung zur Anwendung.
- (2) Die Abrechnung gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung erfolgt nach den Regelungen des Ersatzverfahrens bei Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (Anlage 10 BMV-Z) unter Angabe des Namens, Vornamens und Geburtsdatums der im Ausland versicherten Person, des Status 1070000 sowie der Informationen (Name und Institutionskennzeichen) zur deutschen aushelfenden Krankenkasse.
- (3) Für die Kosten einer Behandlung, die aufgrund eines vorgelegten falschen oder zu Unrecht ausgestellten Nationalen Anspruchsnachweises oder aufgrund falscher Angaben des ausländischen Versicherten erfolgte, erhält der Vertragszahnarzt gegen Abtretung seines Vergütungsanspruches an die deutsche aushelfende Krankenkasse eine Vergütung nach Absatz 1, es sei denn, der Vertragszahnarzt hätte einen offensichtlichen Missbrauch erkennen können.

§ 16
Inkrafttreten

Die Vereinbarung tritt am 01.10.2021 in Kraft.

§ 17
Kündigung

Die Vereinbarung kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende des Kalenderhalbjahres von jedem Vertragspartner schriftlich gekündigt werden.

Protokollnotiz

Zu den Inhalten dieser Vereinbarung erstellen der GKV-Spitzenverband und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung gemeinsam eine Information für die Zahnarztpraxen und für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen.

Vordruck „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“

Englisch

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung
Patient's Declaration European Health Insurance

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.
on the part of the person insured in another EU or EEA country, or in Switzerland, submitting a European Health Insurance Card (EHIC) or a Provisional Replacement Certificate (PRC).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Please complete legibly and in full.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
I intend to stay in Germany until

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
I herewith confirm that I did not enter Germany for the purpose of treatment.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Selected assisting German health insurance fund

Name des behandelnden Arztes
Treating physician's name

Name, Vorname des Patienten
Surname and forename of the patient

Geschlecht
Sex

weiblich männlich
female male

Anschrift im Heimatstaat
Address in home country

Straße, Hausnummer / Street, house no.

 PLZ, Ort / Postcode, city

 Land / Country

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland oder **Durchreise**
Temporary address in Germany *or* **Passing through**

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, family, etc.)

 Straße, Hausnummer / Street, house no.

 PLZ, Ort / Postcode, city

 Tel.-Nr./E-Mail / Tel. No./e-mail

Identität nachgewiesen durch **Reisepass** **Personalausweis**
Identity documented by **Passport** **ID card**

Nr. _____
 No. _____

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben Datum / Date
I confirm the accuracy of the information provided

Unterschrift des Patienten
Patient's signature

Hinweis an den Arzt
 Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.

(10.2018)

Vordruck „Nationaler Anspruchsnachweis“

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

**Nationaler Anspruchsnachweis
für die Behandlung von Personen,
die nach über- und zwischenstaatlichen
Vorschriften Anspruch auf vertrags-
zahnärztliche Versorgung haben**

Vertragszahnärztliche Leistungen können im Zeitraum
von bis in Anspruch genommen werden.

Staat, in dem die Versicherung besteht _____

Leistungsumfang in Deutschland
(Zutreffendes ist angekreuzt, Mehrfachnennung möglich.)

Überweisung: Eine unmittelbare Überweisung ist nicht zulässig. Besteht die Notwendigkeit einer Mit-/Weiterbehandlung durch einen anderen Vertragszahnarzt, Vertragsarzt, eine nach § 311 Absatz 2 Sätze 1 und 2 SGB V zugelassene Einrichtung, ein zugelassenes medizinisches Versorgungszentrum, einen ermächtigten Arzt/Zahnarzt oder eine ermächtigte Einrichtung, bescheinigen Sie dies bitte durch schriftliche Überweisung. Der Patient bekommt damit bei Bedarf von der Krankenkasse einen weiteren Nationalen Anspruchsnachweis ausgestellt.

Arzneimittelverordnung: Arzneimittel werden auf regulären Rezepten (Muster 16) verordnet. Eine weitere Genehmigung durch die Krankenkasse ist nicht notwendig. Ein Vorrat an Arzneimitteln speziell für die Zeit nach Rückkehr in den Wohnstaat darf nicht verordnet werden.

Heilmittelverordnung: Heilmittel sind mit dem Vordruck 9 BMV-Z - Zahnärztliche Heilmittelverordnung - zu verordnen. Der Patient hat die Verordnung der Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen. Tragen Sie bitte zusätzlich auf dem Vordruck den Hinweis „Leistung durch Krankenkasse genehmigen lassen“ auf.

Anspruch auf **alle** Sachleistungen

Anspruch auf **sofort** notwendige Sachleistungen. Für schon im anderen Staat begonnene Erkrankungen **nur** bei akuter Verschlimmerung der Erkrankung

Zusätzlich Anspruch auf Sachleistungen bei chronischen Erkrankungen, bei denen eine Behandlung während des Aufenthalts in Deutschland nicht aufgeschoben werden kann

Schwangerschaft und Mutterschaft

Anspruch auf Sachleistungen **nur** für die fortlaufende Behandlung folgender Erkrankung
(Eine Einschränkung hinsichtlich des Vorrats an Arzneimitteln gilt hier nicht.)

Anspruch **nur** für die Behandlung bei folgendem Zahnarzt/folgender Zahnärztin

Anspruch auf medizinisch notwendige Sachleistungen unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer

Sonstiges

Die erbrachten Leistungen rechnen Sie bitte im Zuge der regulären elektronischen Quartalsabrechnung mit Ihrer Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) ab. Fragen zur Abrechnung richten Sie bitte direkt an die KZV.

Datum

Kassenstempel / Unterschrift

(10.2020)

Anlage A

Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA)

Hier nicht abgedruckt

Anlage B

[Aufgehoben durch 20. Änderungsvereinbarung zum BMV-Z vom 29.09.2020 mit Wirkung zum 01.01.2021]