Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein
Körperschaft des öffentlichen Rechts

RATGEBER -BAND II

Verträge, Vertragsrichtlinien,

Vertragshinweise einschl. Erläuterungen

herausgegeben vom

Vorstand der

Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein

Ratgeber Band II

Inhalt

Bundesregelungen I

Bundesmantelvertrag für Zahnärzte (BMV-Z) mit Anlagen (ohne Anlage A = Bundeseinheitlicher Bewertungsmaßstab – BEMA - I-1

BEMA (Anlage A zum BMV-Z) I-2

Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen I-3

Bundesverträge (Ersatzkassen) II

- unbesetzt II-1

Bundesverträge mit Sondergruppen III

Zahnärztliche Versorgung der Unfallverletzten und Berufserkrankten III-1

Anspruchsberechtigte nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) - unbesetzt - ... III-2

Bundespolizei - Richtlinien - III-3

Bundeswehr - Richtlinien - III-4

Nordrheinische Verträge - Landesverträge - IV

Gesamtvertrag mit RVO-Kassen IV-1

Verfahrensordnung nach § 106 SGB V - Prüfung der Wirtschaftlichkeit - IV-2

Vereinbarung über das Verfahren bei der Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen IV-3

Verfahrensordnung Prothetik-Einigungsausschuß IV-4

Leistungsverzeichnis der zahntechnischen Leistungen im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung IV-5

- unbesetzt - IV-6

Gesamtvertrag mit der KK der rheinischen Landwirtschaft (LKK) IV-7

Gutachterverfahren Kiefergelenksbehandlungen IV-8

Nachbegutachtung andersartiger Versorgungen und sog. Mischfälle IV-9

Nordrheinische Verträge mit Sondergruppen V

Vertrag mit Trägern der Sozialhilfe in Nordrhein (Muster) V-1

Polizeivertrag V-2

I

Bundesregelungen

I-1

Bundesmantelvertrag für Zahnärzte (BMV-Z) mit Anlagen (ohne Anlage A = Bundeseinheitlicher Bewertungsmaßstab - BEMA -)

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: 25. April 2018

Bundesmantelvertrag – Zahnärzte

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

in der Fassung vom 25.04.2018

Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

Hinweis:

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

Inhalt

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

§ 28 – Vertragsverletzungen 21
§ 29 – Forderungen von Krankenkassen 21
Abschnitt 11 – Qualität der vertragszahnärztlichen Versorgung 22
§ 30 – Qualitätssicherung in der vertragszahnärztlichen Versorgung 22
§ 31 – Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden 22
§ 32 – Arbeitsgemeinschaften 22
Abschnitt 12 – Inkrafttreten und Kündigung 22
§ 33 – Inkrafttreten und Kündigung 22

Anlagenübersicht

Anlage 1	Behandlungsplanung und Erstellung der Abrechnung	1-1
Anlage 2	Vereinbarung nach § 87 Absatz 1a SGB V über die Versorgung mit Zahnersatz	2-1
Anlage 3	Vereinbarung über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)	3-1
Anlage 4	Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der kieferorthopädischen Behandlung	4-1
Anlage 5	Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der systematischen Behandlung von Parodontopathien	5-1
Anlage 6	Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen	6-1
Anlage 7	Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei implantologischen Leistungen	7-1
Anlage 8a	Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung (DTA-Vertrag)	8a-1
Anlage 8b	Technische Anlage zum Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung (DTA-Vertrag)	8b-1
Anlage 8c	Vereinbarung zur Technischen Anlage gemäß § 14 des DTA-Vertrags	8c-1
Anlage 9	Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung	9-1
Anlage 10	Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte	10-1
Anlage 11	Grundsatzfinanzierungsvereinbarung zur Finanzierung der Maßnahmen nach § 291a Abs. 7b Satz 2 SGB V	11-1
Anlage 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 A	Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA)	A-1
Anlage B	Zuordnung der Leistungs-Nummern von Teil 1 und 2 des BEMA	B-1

Abschnitt 1 – Regelungs- und Geltungsbereich

§ 1 – Vertragsgegenstand

(1) [1]Dieser Vertrag regelt den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge über die vertragszahnärztliche Versorgung. [2]Seine Regelungen sind Bestandteil der Gesamtverträge.

(2) Die im Inhaltsverzeichnis gelisteten Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages.

§ 2 – Geltungsbereich

Der Vertrag erstreckt sich auf den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches.

Abschnitt 2 – Gegenstand und Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung

§ 3 – Umfang und Inhalt der vertragszahnärztlichen Versorgung

(1) Die vertragszahnärztliche Versorgung umfasst insbesondere:

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

(2) Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört auch die Versorgung der Versicherten außerhalb der Praxisräume des Zahnarztes, insbesondere die aufsuchende Versorgung von Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind, Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten und die die Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder Einschränkung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können (§ 87 Absatz 2i SGB V) sowie die aufsuchende Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines Kooperationsvertrags (§ 87 Absatz 2j SGB V).

(3) Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung sind auch die zahntechnischen Leistungen.

(4) Vertragsleistungen sind die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen – BEMA – (Anlage A) aufgeführten Leistungen.

(5) [1]Die Vertragsleistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. [2]Leistungen, 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.

[3]Der Vertragszahnarzt hat insbesondere darauf zu achten, dass der Behandlungsaufwand in einem sinnvollen Verhältnis zur Prognose und zur erreichbaren Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten steht.

[4]Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

[5]Die zahnärztlichen Leistungen müssen angemessen vergütet werden.

(6) [1]Die vertragszahnärztliche Versorgung umfasst keine Leistungen, für die die Krankenkassen nicht leistungspflichtig sind. [2]Nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehören insbesondere:

1. Leistungen, die nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallen,
2. Leistungen, die von anderen Leistungserbringern (z. B. Vertragsärzten oder Heil- und Hilfsmittelerbringern) erbracht werden; dazu gehören vor allem die Behandlung von Mund- und Kieferkrankheiten durch die als Vertragsärzte zugelassenen Ärzte für Mund- , Kiefer- und Gesichtschirurgie, soweit diese über die Kassenzahnärztliche Vereinigung abgerechnet werden, von Vertragsärzten gelegentlich vorgenommene einfache Verrichtungen (z. B. Zahnextraktion) sowie die Leistungen, die auf Veranlassung von Vertragszahnärzten durch an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene bzw. ermächtigte ärztliche Leistungserbringer ausgeführt werden,
3. Reihen-, Einstellungs- und Tauglichkeitsuntersuchungen, auch wenn sie in Betrieben oder Schulen erfolgen oder für Angehörige bestimmter Berufsgruppen vorgeschrieben sind,
4. Leistungen, für die andere Kostenträger (z. B. Träger der Unfall- oder Rentenversicherung, Sozialhilfeträger) zuständig sind,
5. die Ausstellung von Bescheinigungen, die nicht zur Durchführung von Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung und nicht für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts erforderlich sind (z. B. sonstige Bescheinigungen für den Arbeitgeber, Bescheinigungen für private Versicherungen).

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

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

(1) Für das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterverfahren gelten:

a) bei der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und Kiefergelenkserkrankungen (BEMA-Teil 2) Anlage 1 Nr. 3 zum BMV-Z,

b) bei kieferorthopädischen Maßnahmen (BEMA-Teil 3) Anlage 4 zum BMV-Z,

c) bei der Behandlung von Parodontopathien (BEMA-Teil 4) Anlage 5 zum BMV-Z,

d) bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5) Anlage 6 zum BMV- Z,

e) für implantologische Maßnahmen bei Ausnahmeindikationen gemäß § 28 Absatz 2 Satz 9 SGB V Anlage 7 zum BMV-Z.

(2) [1]Die KZVen, die Landesverbände der Krankenkassen bzw. die Ersatzkassen können Vertragszahnärzte als Gutachter für die Durchführung von vertraglich vereinbarten Gutachten vorschlagen. [2]Die vorgeschlagenen Personen müssen die in Absatz 5 normierten Qualifikationskriterien erfüllen.

(3) [1]Im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Ersatzkassen bestellt jede KZV Gutachter und Zahnersatz-Obergutachter in der erforderlichen Anzahl. [2]Die Obergutachter für kieferorthopädische und parodontologische Behandlungsfälle sowie Gutachter und Obergutachter für implantologische Leistungen bestellt die KZBV im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband. [3]Das Einvernehmen kann aus wichtigem Grund verweigert werden.

[4]Die Bestellung der Gutachter und Obergutachter erfolgt jeweils für vier Jahre und kann – außer im Falle der erstmaligen Bestellung – nur einvernehmlich widerrufen werden.

[5]Auf der Gesamtvertragsebene können abweichende Amtsperioden für die dort bestellten Gutachter vereinbart werden. [6]Bei erstmaliger Bestellung des Gutachters kann das Einvernehmen innerhalb des ersten Jahres von jeder Seite widerrufen werden. [7]Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können hierbei nur gemeinsam und einheitlich handeln. [8]Sofern 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) [1]Die Gutachter sollen über eine zum Bestellungszeitpunkt mindestens seit vier Jahren ununterbrochen bestehende vertragszahnärztliche Zulassung verfügen. [2]Sie sollen in dem Leistungsbereich, für den sie bestellt werden, über eine ausreichende Erfahrung verfügen und eine angemessene Anzahl an Behandlungsfällen vorweisen können. [3]Gutachter und Obergutachter für Kieferorthopädie sollen die Anerkennung als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie besitzen. [4]Die Gutachter sind verpflichtet, an den Gutachter- bzw. Obergutachtertagungen der sie bestellenden KZV/KZBV teilzunehmen und gegenüber dieser jährlich die Teilnahme an fachbezogenen Fortbildungsmaßnahmen in dem jeweiligen Leistungsbereich nachzuweisen. [5]Die Gutachter haben bei der Bestellung zu versichern, dass sie ihre Tätigkeit fachlich unabhängig und weisungsungebunden ausüben werden. [6]Im 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) [1]Die Tätigkeit der Gutachter und Zahnersatz-Obergutachter soll in der Regel auf den jeweiligen KZV-Bereich beschränkt sein. [2]In Ausnahmefällen, z. B. bei Wohnortwechsel des Versicherten oder in grenznahen Gebieten, kann hiervon abgewichen werden. [3]Bei der Auswahl der Gutachter und Obergutachter sollen die Ortsnähe zum Versicherten und der jeweilige KZV-Bereich berücksichtigt werden. [4]Dabei soll auf eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Gutachtenfälle auf alle Gutachter für eine schnellstmögliche Erledigung der Gutachten geachtet werden.

(7) [1]An den Gutachter- und Obergutachtertagungen auf der Bundesebene können Vertreter des GKV-Spitzenverbandes teilnehmen. [2]Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen bzw. Vertreter der Ersatzkassen und ggf. Vertreter des GKV-Spitzenverbandes können an den Gutachtertagungen 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) [1]Die 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. [2]Erteilt 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 Begutachtungsverfahren 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) [1]Die KZVen und die KZBV stellen die vertragszahnärztliche Behandlung der Versicherten der Krankenkassen sicher. [2]Die Sicherstellung umfasst auch die vertragszahnärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst).

(2) [1]Kommt 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 Ge-

samtverträgen nach § 85 SGB V vereinbarten Vergütungen unter den nachstehenden Voraussetzungen teilweise zurückbehalten. [2]Das Zurückbehaltungsrecht setzt eine schuldhafte, noch andauernde und erhebliche Verletzung des Sicherstellungsauftrags voraus. [3]Die 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. [4]Die Höhe der zurückbehaltenen Gesamtvergütung hat dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu entsprechen. [5]Hat 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. [6]Abweichend hiervon ist eine kürzere Frist zur Stellungnahme bzw. Abhilfe zulässig, wenn die Versorgung des überwiegenden Teils der betroffenen Versicherten der Krankenkasse gefährdet ist. [7]Hilft die KZV der angezeigten Verletzung des Sicherstellungsauftrags ab, entfällt das Recht zur Ausübung der Zurückbehaltung. [8]Ist 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. [9]Nach Abstellung der Verletzung des Sicherstellungsauftrags sind die zurückbehaltenen Beträge an die KZV auszuzahlen. [10]Bei 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. [11]Soweit 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) [1]An 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)

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

(2) Über Ermächtigungen gemäß 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) [1]Die Rechtsstellung der Vertragszahnärzte, die vor dem 01.01.1977 an der vertragszahnärztlichen Versorgung der Ersatzkassenversicherten beteiligt waren, bleibt unberührt. [2]Die 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 Zahnheilkundegesetzes auszuüben,
2. der Antragsteller die persönlichen Voraussetzungen erfüllt, die ein Vertragszahnarzt nach seinem Berufsrecht, den Bestimmungen dieses Vertrages und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses erfüllen muss, um die gleichen Leistungen zu erbringen,
3. in der Person des Antragstellers keine Gründe vorliegen, die bei einem Vertragszahnarzt den Entzug der Zulassung zur Folge haben würden, und
4. die Dienstleistungen, welche der Antragsteller erbringen will, Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung nach § 2 dieses Vertrages sind.

(2) Die Ermächtigung berechtigt den Vertragszahnarzt zur Erbringung der zahnärztlichen Leistungen nach Maßgabe der für Vertragszahnärzte geltenden Bestimmungen.

(3) [1]Für 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. [2]Der 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) [1]Dem Vertragszahnarzt steht die Wahl der therapeutischen Mittel frei. [2]Er hat bei seiner zahnärztlichen Tätigkeit die Regeln der zahnärztlichen Kunst und den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu berücksichtigen und hierauf seine Behandlungs- und Verordnungsweise einzurichten.

(3) [1]Der Vertragszahnarzt hat die Befunde, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung mit Zahnbezug fortlaufend in geeigneter Weise zu dokumentieren. [2]Die Dokumentation kann auch durch geeignete Verfahren in elektronischer Form erfolgen.

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

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

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

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

(7) [1]Der 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.

[2]Im 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. [3]Verlangt 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) [1]Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, die vertragszahnärztliche Tätigkeit gemäß § 3 Absatz 1 dieses Vertrages persönlich auszuüben. [2]Persönliche 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) [1]Der Vertragszahnarzt kann im Rahmen der allgemeinen zulassungsrechtlichen Bestimmungen Zahnärzte zur Tätigkeit an seinem Vertragszahnarztsitz anstellen. [2]Der Vertragszahnarzt ist auch in diesem Falle weiterhin zur persönlichen Praxisführung verpflichtet. [3]Die von angestellten Zahnärzten erbrachten Leistungen gegenüber Versicherten stellen Leistungen des Vertragszahnarztes dar, die er als eigene gegenüber der KZV abzurechnen hat. [4]Der Vertragszahnarzt hat die angestellten Zahnärzte bei der Leistungserbringung persönlich anzuleiten und zu überwachen. [5]Unter diesen Voraussetzungen können am Vertragszahnarztsitz 2 vollzeitbeschäftigte Zahnärzte bzw. bis zu 4 halbzeitbeschäftigte Zahnärzte angestellt werden. [6]Bei Teilzulassung gem. § 19a Absatz 2 Zahnärzte-ZV können entweder 1 vollzeitbeschäftigter Zahnarzt, 2 halbzeitbeschäftigte Zahnärzte oder 4 Zahnärzte mit insgesamt höchstens vollzeitiger Beschäftigungsdauer angestellt werden.

§ 10 – Zweigpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft

(1) [1]Der Vertragszahnarzt darf außerhalb seines Vertragszahnarztsitzes Zweigpraxen an weiteren Orten betreiben, wenn und soweit

1. dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und
2. die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragszahnarztsitzes nicht beeinträchtigt wird.

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

[8]Soweit 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. [9]Er kann außerdem Zahnärzte für die Tätigkeit in der Zweigpraxis nach Maßgabe der Vorschriften anstellen, die für ihn als Vertragszahnarzt gelten würden, wenn er an dem weiteren Ort zugelassen wäre. [10]Die Dauer der Tätigkeit der am Vertragszahnarztsitz angestellten Zahnärzte in der oder den Zweigpraxen darf ein Drittel der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit am Vertragszahnarztsitz nicht überschreiten. [11]Am Ort der Zweigpraxis kann ein Zahnarzt angestellt werden. [12]Die 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.

[14]Im Falle der Ermächtigung zur Tätigkeit in einer Zweigpraxis in einem Ort außerhalb des Bezirkes der KZV, bei der der Vertragszahnarzt Mitglied ist, erfolgt die Abrechnung nach

den gesamtvertraglichen Regelungen am Ort der Zweigpraxis. [15]In diesem Fall hat sich der Vertragszahnarzt mit einer Übermittlung seiner Abrechnungsdaten hinsichtlich der Zweigpraxis durch die KZV, in deren Bezirk die Zweigpraxis liegt an diejenige KZV, bei der er Mitglied ist, für Zwecke der Leistungs- und Abrechnungskontrolle und der Honorarverteilung einverstanden zu erklären.

(2) [1]Die gemeinsame Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit an einem gemeinsamen Vertragszahnarztsitz (örtliche Berufsausübungsgemeinschaft) oder an unterschiedlichen Vertragszahnarztsitzen (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft) bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses nach näherer Maßgabe des § 33 Absatz 2 und 3 Zahnärzte-ZV. [2]Zur Durchführung des Genehmigungsverfahrens ist dem Zulassungsausschuss von den beteiligten Vertragszahnärzten der schriftliche Gesellschaftsvertrag der Berufsausübungsgemeinschaft vorzulegen. [3]Der Zulassungsausschuss hat auf dieser Grundlage zu prüfen, ob eine gemeinsame Berufsausübung oder lediglich ein Anstellungsverhältnis bzw. eine gemeinsame Nutzung von Personal- und Sachmitteln vorliegt. [4]Eine gemeinsame Berufsausübung setzt die auf Dauer angelegte berufliche Kooperation selbständiger, freiberuflich tätiger Zahnärzte voraus. [5]Erforderlich ist hierfür eine Teilnahme aller Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft an deren unternehmerischem Risiko und an unternehmerischen Entscheidungen sowie eine gemeinschaftliche Gewinnerzielungsabsicht. [6]Für die Genehmigung KZV-bezirksübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften ist die Abgabe einer schriftlichen Erklärung aller Mitglieder dieser Berufsausübungsgemeinschaft erforderlich, wonach sich diese allen Bestimmungen in Satzungen, Verträgen oder sonstigen Rechtsnormen der gem. § 33 Absatz 3 Zahnärzte-ZV gewählten KZV hinsichtlich der Vergütung, der Abrechnung sowie zu den Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen unterwerfen.

(3) [1]Mitglieder überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften können ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit auch an den Vertragszahnarztsitzen der übrigen Mitglieder dieser Berufsausübungsgemeinschaft ausüben, wenn die Erfüllung der Versorgungspflicht des Mitgliedes an seinem Vertragszahnarztsitz unter Berücksichtigung der Mitwirkung angestellter Zahnärzte weiterhin im erforderlichen Umfang gewährleistet ist. [2]Dies ist dann der Fall, wenn die Tätigkeit an anderen Vertragszahnarztsitzen der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft ein Drittel der Zeit der vertragszahnärztlichen Tätigkeit des Vertragszahnarztes an seinem Vertragszahnarztsitz nicht überschreitet. [3]Dies gilt entsprechend für die Tätigkeit der am Vertragszahnarztsitz angestellten Zahnärzte des Vertragszahnarztes an anderen Vertragszahnarztsitzen der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft. [4]Soweit überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften, die Mitglieder in mehreren KZVen haben, ihre Wahlentscheidung hinsichtlich desjenigen Vertragszahnarztsitzes, der maßgeblich für die auf die Leistungserbringung der Gemeinschaft anzuwendenden ortsgebundenen Regelungen gem. § 33 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

[1]Der 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. [2]Die Überweisung zur Weiterbehandlung an einen anderen Vertragszahnarzt ist nur in Ausnahmefällen zulässig.

[3]Eine 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. [4]Die Pflicht zur Vorlage der eGK bzw. des Anspruchsnachweises beim Überweisungsempfänger bleibt unberührt. [5]Für 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) [1]Der Vertragszahnarzt hat auf eine wirtschaftliche Verordnungsweise von Arzneimitteln zu achten. [2]Er kann auf dem Verordnungsblatt 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) [1]Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind von der Verordnung ausgeschlossen. [2]Satz 1 gilt nicht für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen. [3]Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 SGB V fest, welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel ausnahmsweise verordnet werden dürfen.

(6) [1]Arzneimittel, die von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen oder für die Behandlung nicht notwendig sind, dürfen zu Lasten der Krankenkasse nicht verordnet werden.

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

(7) Die Versicherten sind sowohl von der Krankenkasse allgemein als auch von dem verordnenden Vertragszahnarzt im konkreten Fall darüber aufzuklären, dass der Versicherte die Kosten für nicht verordnungsfähige Arzneimittel selbst zu tragen hat.

(8) Bei der Anwendung von Medizinprodukten sind die Anforderungen des Medizinproduktgesetzes zu beachten.

§ 13 – Verordnung von Sprechstundenbedarf

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

§ 14 – Verordnung von Heilmitteln

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

§ 15 – Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit

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

§ 16 – Verordnung von Krankenhausbehandlung

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

Abschnitt 6 – Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen

§ 17 – Pflichten der Krankenkassen

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

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

(2) Die Krankenkassen unterrichten im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Behandlungen bzw. systematischen Behandlungen von Parodontopathien die Versicherten über die mit der Behandlung übernommenen Pflichten.

(3) [1]Der Versicherte soll den Vertragszahnarzt innerhalb eines Kalendervierteljahres nur bei Vorliegen eines triftigen Grundes wechseln. [2]Bei der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und bei Kiefergelenkserkrankungen, bei der kieferorthopädischen Behandlung, der Behandlung von Parodontopathien und der prothetischen Behandlung gilt dies für den kompletten Zeitraum bis zum Abschluss der Behandlung.

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

(5) [1]Für 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. [2]Das Nähere regeln die Partner der Gesamtverträge.

(6) Bei kieferorthopädischen Behandlungen bzw. systematischen Behandlungen von Parodontopathien wird der Vertragszahnarzt über das Erlöschen des Leistungsanspruchs unterrichtet.

§ 18 – Anspruchsberechtigung und Zahnarztwahl

(1) [1]Anspruchsberechtigt nach diesem Vertrag sind alle Versicherten der Krankenkassen. [2]Der Versicherte weist seinen Anspruch auf vertragszahnärztliche Versorgung durch Vorlage der eGK nach. [3]Die Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der eGK in der jeweils geltenden Fassung ist Bestandteil des Vertrages.

(2) [1]Solange der Versicherte die eGK nicht vorlegt oder die Anspruchsberechtigung auf andere Weise nicht nachweist, darf der Vertragszahnarzt eine Privatvergütung für die Behandlung verlangen. [2]Wird die eGK oder die Anspruchsberechtigung innerhalb einer Frist von 10 Tagen nach der ersten Inanspruchnahme vorgelegt, so muss die entrichtete Vergütung zurückgezahlt werden.

(3) [1]Die 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. [2]Dies gilt auch, wenn der Vertragszahnarzt und der Versicherte Vereinbarungen nach § 8 Absatz 7 dieses Vertrages schließen.

(4) Die Krankenkassen geben ihren Versicherten die Vertragszahnärzte in geeigneter Weise bekannt.

(5) Versicherte können nach Maßgabe von § 13 Absatz 2 SGB V an Stelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen.

§ 19 – Schriftliche Bestätigung

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

Abschnitt 7 – Vordrucke, Vertragszahnarztstempel

§ 20 – Vordrucke

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

(2) Für die Vordrucke sowie die im vertragszahnärztlichen Bereich anzuwendenden Muster aus dem vertragsärztlichen Bereich gelten Anlagen 14a und 14b.

§ 21 – Vertragszahnarztstempel

(1) Der Vertragszahnarzt hat einen Vertragszahnarztstempel zu verwenden.

(2) [1]Bei der Ausstellung der Vordrucke kann auf die Verwendung des Vertragszahnarztstempels verzichtet werden, wenn dessen Inhalt an der für die Stempelung vorgesehenen Stelle bereits aufgedruckt ist. [2]Das Nähere über den Vertragszahnarztstempel ist im Gesamtvertrag zu vereinbaren.

(3) Der Vertragszahnarztstempel ist zur Verhütung missbräuchlicher Benutzung sorgfältig aufzubewahren.

Abschnitt 8 – Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen

§ 22 – Vergütung der Vertragsleistungen

(1) Die vertragszahnärztliche Versorgung wird auf der Grundlage der Gesamtverträge gemäß den §§ 82, 83 und 85 SGB V vergütet.

(2) Der Vertragszahnarzt hat für Vertragsleistungen nach den BEMA-Teilen 1, 2 und 4 einen Vergütungsanspruch gegen die KZV.

(3) Für Vertragsleistungen nach den BEMA-Teilen 3 und 5 hat der Vertragszahnarzt einen Vergütungsanspruch gegen die KZV in Höhe der Zuschussfestsetzung der Krankenkasse.

§ 23 – Abrechnung zwischen Vertragszahnarzt und Kassenzahnärztlicher Vereinigung

(1) [1]Leistungen 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. [2]Die Abrechnung erfolgt grundsätzlich auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung.

[3]Die 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) [1]Mit 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.

[2]Die Bestätigung beinhaltet auch, dass

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

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

(3) [1]Grundsätzlich dürfen nur abgeschlossene Leistungen abgerechnet werden, es sei denn, Leistungen können aus Gründen, die der Vertragszahnarzt nicht zu vertreten hat, nicht abgeschlossen werden. [2]Leistungen, die entsprechend den in Absatz 1 genannten Fristen nicht abgeschlossen worden sind, können in einem der nächsten Abrechnungszeiträume abgerechnet werden.

(4) [1]Kommt eine kieferorthopädische Behandlung, eine systematische Behandlung von Parodontopathien, eine prothetische Behandlung, eine Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels oder Kiefergelenkserkrankungen nach diesem Vertrag nicht zur Durchführung, so können die Kosten für diagnostische Leistungen, für die Erstellung eines Behandlungsplans, für die Erstellung eines Parodontalstatus und Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen nach den Vertragssätzen unabhängig von der Genehmigung des Behandlungsplans abgerechnet werden. [2]Wird 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, ausgeschlossen.

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) [1]Die KZV erteilt dem Vertragszahnarzt vierteljährlich einen Bescheid über seinen Honoraranspruch. [2]Der Honorarbescheid steht unter dem Vorbehalt rechtswirksamer Prüfungen insbesondere auf Richtigkeit und Wirtschaftlichkeit. [3]Bis zu diesem Zeitpunkt sind die Zahlungen der KZV an den Vertragszahnarzt aufrechnungsfähige und ggf. rückzahlungspflichtige Vorschüsse.

(10) [1]Bei 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. [2]Ist dies der Fall, so hat die KZV den rechtswirksamen Abschluss der Prüfungen oder die Feststellung einer Schadenersatzforderung abzuwarten und nach dem Ergebnis dieser Verfahren die Abrechnung mit dem Vertragszahnarzt bzw. dessen Erben durchzuführen.

(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) [1]Die KZV übersendet die Abrechnung entsprechend den Vorgaben des Vertrags über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung (DTA-Vertrag) an die Krankenkassen. [2]Teilrechnungen 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) [1]Berichtigungen 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. [2]Die Abrechnungsprüfung nach § 106d SGB V bleibt unberührt.

[3]Für den Fristbeginn ist der Eingang der Datenlieferungen im vertraglich vereinbarten Umfang bei der Datenannahmestelle der jeweiligen Krankenkasse maßgebend. [4]Die 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.

[5]Wird 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) [1]Im 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. [2]Die Abschlagszahlung je Monat beträgt 25 v. H. der gesamten Rechnungssumme des entsprechenden Vorjahresquartals.

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

[5]Nach 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.

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

[2]Die Möglichkeit des Zulassungsentzugs wegen gröblicher Vertragsverletzungen bleibt unberührt (§ 95 Absatz 6 SGB V).

(2) [1]Die Krankenkassen bzw. Landesverbände der Krankenkassen sind berechtigt, bei der zuständigen KZV die Eröffnung eines Disziplinarverfahrens anzuregen.

[2]Die 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

[1]Forderungen 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.

[2]Forderungen 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.

[3]Eine 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.

[4]Abweichend 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.

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

[6]Gesamtvertragliche 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) [1]Die Vertragspartner bilden bei Bedarf themenspezifische Arbeitsgemeinschaften. [2]Die 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) [1]Dieser Vertrag tritt am 01.07.2018 in Kraft. [2]Er ersetzt den BMV-Z vom 01.01.1986 und den Ersatzkassenvertrag Zahnärzte (EKVZ) vom 01.01.2005.

(2) [1]Dieser Vertrag kann von jedem der Vertragspartner insgesamt oder in Teilen gekündigt werden. [2]Die 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.

Köln, Berlin, den 25.04.2018

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

1. Bestimmungen über die EDV-mäßige Erstellung der Abrechnung

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

[2]Die Verwendung eines Datenverarbeitungssystems, mit dem der Vertragszahnarzt Leistungen zum Zwecke der Abrechnung erfasst, speichert und verarbeitet, bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV). [3]Der 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. [4]Bei elektronischer Abrechnung wird die vom Vertragszahnarzt verwendete Programmversion automatisch übermittelt.

[5]Ein 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. [6]Über die Eignung befindet die Prüfstelle der KZBV. [7]Die Abrechnung mittels EDV auf maschinell verwertbaren Datenträgern und die elektronische Übermittlung der Abrechnung ist zulässig, wenn die Prüfstelle der KZBV festgestellt hat, dass die Voraussetzungen hierfür vorliegen.

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

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

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

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

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

2.4 Ergänzende Inhalte der elektronischen Abrechnung

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

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

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

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

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

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

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

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

z	=	7	=	zervikal

2.4.5 [1]Bei Röntgenaufnahmen sind Begründungen anzugeben. [2]Hierfür 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 [1]Geldbeträge für abrechnungsfähige Auslagen sind in Cent in den Datensatz aufzunehmen. [2]Die Spezifizierung der Geldbeträge erfolgt mit folgenden 600er Ordnungsnummern:

601 Materialkosten bei der Verwendung von Stiften

602 Telefon-, Versand-, Portokosten

603 Laborkosten Zahnarztlabor

604 Laborkosten Fremdlabor

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

[3]Soweit die GOÄ dreistellige Nummern vorsieht, wird die Ziffer 8 vorangestellt. [4]Für 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 [1]Bei der Abrechnung von Leistungen der Abschnitte B IV bis B VI der GOÄ wird der zweistelligen GOÄ-Nummer die Ziffer 7 vorangestellt und die Ziffer 0 angefügt. [2]Werden 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

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

2.5.3 [1]Die 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

[2]Bei 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. [3]Die Zahl der zurückgelegten Kilometer ist anzugeben.

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

3.1 Behandlungsplanung

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

3.1.1 Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen

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

3.1.2 Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels

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

3.2 Abrechnung

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

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

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

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

[4]Für 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. [5]Bei praxiseigenen Laboratorien können keine Versandkosten berechnet werden.

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

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

3.3 Ergänzende Inhalte der elektronischen Abrechnung

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

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

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

[2]Jede abrechnungsfähige Gebührennummer ist gesondert anzugeben. [3]Für 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

[4]Der Pauschalbetrag ist in Cent zu übermitteln.

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

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

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

4.2 Behandlungsplanung

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

4.3 Abrechnung

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

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

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

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

[4]Für 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. [5]Bei praxiseigenen Laboratorien können keine Versandkosten berechnet werden.

[6]Abweichende 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

[1]Bei der Frühbehandlung nach Nr. 5 der Abrechnungsbestimmung zu den Nrn. 119 und 120 von BEMA-Teil 3 ist die Nummer der Abschlagszahlung mit „F“ zu kennzeichnen. [2]Bei der Abrechnung von Verlängerungszahlungen ist die Nummer der Abschlagszahlung mit „V“ zu kennzeichnen. [3]Fallen die Gebühren-Nrn. 126a, 126b, 127a, 128b, 130 oder 131a bis c bei Ersatzanfertigungen von Behandlungsgeräten an, sind diese als außerplanmäßig zu kennzeichnen.

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

5.1 Behandlungsplanung

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

5.2 Abrechnung

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

5.2.2 Ergänzende Inhalte zur elektronischen Abrechnung

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

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

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

6.1 Behandlungsplanung

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

6.2 Abrechnung

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

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

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

[2]Hierzu übermitteln die Vertragszahnärzte je Behandlungsfall in allen Härtefällen und in Fällen von Teilleistungen sowie bei nicht bewilligungsbedürftigen Wiederherstellungen/Erweiterungen die abgerechneten zahntechnischen Leistungen einschließlich deren Preise jeweils für das Eigen- und/oder Fremdlabor sowie die abgerechneten Materialien einschließlich Materialbezeichnung und Preis.

[3]Für 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. [4]Bei praxiseigenen Laboratorien können keine Versandkosten berechnet werden.

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

Anlage 2

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

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

in der Fassung vom 25.04.2018

Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

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

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

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

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

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

   [7]Der Vertragszahnarzt kennzeichnet auf dem HKP die Fälle, in denen die Auszahlung der Festzuschüsse direkt von der Krankenkasse an den Versicherten zu erfolgen hat, mit „D".

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

   <u>Kronen</u>

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

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

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

Stifte

[4]Adhäsiv 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

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

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

Teilprothesen/Kombinationszahnersatz

[8]Bei der prothetischen Versorgung des teilbezahnten Kiefers in der Befundklasse 3 wird zwischen herausnehmbarem Zahnersatz und Kombinationszahnersatz unterschieden. [9]Kombinationszahnersatz im Rahmen der Regelversorgung liegt nur bei den Befunden 3.2 a bis 3.2 c vor.

[10]Zusätzliche Verbindungselemente an Kombinationszahnersatz (Teleskopkrone, Konuskrone, Geschiebe, Anker, Riegel, Steg u. Ä.) gelten als gleichartige Versorgung, wenn die jeweilige Befundsituation eine Regelversorgung mit Teleskopkronen vorsieht (Befunde 3.2 a bis 3.2 c). [11]Die 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.

[12]Gleiches 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.

[13]Verbindungselemente (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.

[14]Solche 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.

[15]Dies gilt nicht, wenn an allen Ankerzähnen Befunde nach der Nr. 1.1 ansetzbar sind. [16]In diesen Fällen gilt die Versorgung als gleichartig.

4. [1]Der Heil- und Kostenplan (Teil 1 und Teil 2 / Vordruck 3a und 3b) ist der Krankenkasse vorzulegen. [2]Die Krankenkasse hat den Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung insgesamt zu prüfen. [3]Die Krankenkasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen.

5. [1]Bei bestehender Versorgungsnotwendigkeit bewilligt die Krankenkasse die Festzuschüsse. [2]Nach der Genehmigung sind Änderungen des Befundes oder der tatsächlich geplanten Versorgung der Krankenkasse zur Neufestsetzung der Festzuschüsse mitzuteilen. [3]Die Festzuschüsse werden gezahlt, wenn der Zahnersatz in der bewilligten Form innerhalb von 6 Monaten eingegliedert wird.

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

6. [1]Die Kosten für Regelversorgungsleistungen sind mit den Versicherten nach dem BEMA und dem Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen (BEL II) abzurechnen. [2]Bei der Rechnungslegung gegenüber dem Versicherten ist der Betrag für die Festzuschüsse abzusetzen.

   [3]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. [4]Diese werden nach der GOZ bzw. nach der Bundeseinheitlichen Benennungsliste für zahntechnische Leistungen (BEB) in Rechnung gestellt. [5]Der Rechnung ist eine Durchschrift der Rechnung des gewerblichen oder des Praxislabors über zahntechnische Leistungen und die Erklärung nach Anhang VIII der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Medizinprodukte beizufügen (Konformitätserklärung). [6]Für die zahntechnischen Leistungen ist darüber hinaus der Herstellungsort des Zahnersatzes mitzuteilen.

7. Abrechnung der Festzuschüsse

   a) Regelversorgungen und gleichartige Versorgungen

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

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

   b) Härtefälle

      [1]Bei Härtefällen übernimmt die Krankenkasse den über dem Festzuschuss liegenden tatsächlichen Rechnungsbetrag nur, wenn eine Regelversorgung durchgeführt wird. [2]Der tatsächliche Rechnungsbetrag wird grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern über die KZV abgerechnet.

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

[5]In 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

[1]Genehmigte Festzuschüsse für Mischfälle (Regelleistungen und/oder gleichartige Leistungen in Verbindung mit andersartigen Leistungen) sind über die KZV abzurechnen, wenn mehr als 50 % des zahnärztlichen Honorars zum Zeitpunkt der Planung für Leistungen der Regelversorgung und/oder der gleichartigen Versorgung anfallen. [2]Die Gesamtvertragspartner können eine andere prozentuale Grenzziehung vereinbaren.

Anlage 3

Vereinbarung über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

in der Fassung vom 25.04.2018

Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

§ 1
Allgemeines

(1) Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) sind nach Maßgabe dieses Vertrages Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung.

(2) Für die Durchführung von Maßnahmen der Individualprophylaxe gelten die Individualprophylaxe-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

§ 2
Nachweis der Anspruchsberechtigung

(1) Versicherte, die das 6., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf Maßnahmen der Individualprophylaxe.

(2) Die Krankenkassen haben die Versicherten und die Erziehungsberechtigten anzuhalten

a) den Vertragszahnarzt während eines laufenden Prophylaxeprogramms nur aus triftigem Grund zu wechseln,

b) dem Vertragszahnarzt das Bonusheft gem. § 3 unaufgefordert vorzulegen.

§ 3
Bonusheft

(1) Das Bonusheft dient dem Versicherten als Nachweis der Inanspruchnahme der Untersuchungen im Sinne von § 55 Absatz 1 Satz 4 SGB V für den Anspruch auf eine Erhöhung der befundbezogenen Festzuschüsse zum Zahnersatz nach § 55 Absatz 1 Satz 3 bis 5 SGB V.

(2) [1]Der Vertragszahnarzt händigt jedem Versicherten, der das 12. Lebensjahr vollendet hat, ein Bonusheft aus. [2]Die Ausgabe des Bonusheftes vermerkt er in den Patientenaufzeichnungen. [3]Bei Versicherten, die das 12. Lebensjahr vollendet haben, trägt er für jedes Kalenderhalbjahr das Datum des Mundhygienestatus (Nr. IP 1) ein. [4]Bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, trägt er jährlich das Datum einer zahnärztlichen Untersuchung im Sinne von § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V ein. [5]Die Eintragungen sind mit Zahnarzt-Stempel und Unterschrift zu versehen.

(3) [1]Legt der Versicherte das Bonusheft nicht vor, so kann der Vertragszahnarzt dem Versicherten eine Ersatzbescheinigung über die Durchführung des Mundhygienestatus bzw. der zahnärztlichen Untersuchung ausstellen. [2]In die Ersatzbescheinigung sind Name und Vorname des Versicherten einzutragen.

§ 4
Abrechnung

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

(2) [1]Der erste Behandlungsabschnitt bei Beginn eines dreijährigen Individualprophylaxeprogramms besteht aus der Erstellung des Mundhygienestatus und – soweit angezeigt – aus der Mundgesundheitsaufklärung und ggf. der ersten Fluoridierung. [2]Die weiteren Behandlungsabschnitte sollen sich in etwa halbjährlichen Abständen anschließen; sie bestehen aus der Erstellung des Mundhygienestatus und – soweit angezeigt – einer Mundgesundheitsaufklärung und ggf. einer Fluoridierung. [3]Um den dauerhaften Erfolg der Individualprophylaxe zu gewährleisten, sollte der Zeitraum zwischen der Erstellung von zwei Mundhygienestatus möglichst vier Monate nicht unterschreiten. [4]Fissurenversiegelungen können auch unabhängig von einem laufenden Individualprophylaxeprogramm erbracht werden.

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

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

§ 5
Vergütung

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

§ 6
Vordrucke

(1) Das Bonusheft hat die aus der Anlage 14a (Vordruck 8) zum BMV-Z ersichtliche Fassung.

(2) Die Kosten der Vordrucke tragen die Krankenkassen.

(3) Die KZVen halten – bei gegebenem Anlass – die Vertragszahnärzte zu einer wirtschaftlichen Verwendung der Bonushefte an.

Anlage 4

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

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

in der Fassung vom 25.04.2018

Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

§ 1
Antrags- und Genehmigungsverfahren

(1) [1]Vor Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung oder bei einer Therapieänderung stellt der Vertragszahnarzt persönlich und eigenverantwortlich einen Behandlungsplan (Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-Z) in zweifacher Ausfertigung auf und leitet beide Exemplare der Krankenkasse zu. [2]Satz 1 gilt nicht für Leistungen nach den Nrn. 121 bis 125 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (BEMA), Teil 3. [3]Über das 16. Behandlungsvierteljahr hinausgehende, noch erforderliche Leistungen sind nach Maßgabe der Abrechnungsbestimmungen zu den Nrn. 119 und 120 von BEMA-Teil 3 schriftlich unter Verwendung des Verlängerungsantrages (Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-Z) in zweifacher Ausfertigung zu beantragen.

(2) [1]Stellt der Vertragszahnarzt fest, dass die beabsichtigte kieferorthopädische Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört, hat er dies dem Versicherten schriftlich nach dem Muster des Vordrucks 4b der Anlage 14a zum BMV-Z mitzuteilen und der Krankenkasse eine zweite Ausfertigung zu übermitteln. [2]Der Zahnarzt hat der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) eine weitere Ausfertigung zu übersenden.

(3) [1]Bei Kostenübernahme sendet die Krankenkasse zügig, spätestens zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang ein Exemplar des Behandlungsplanes mit der Kostenübernahmeerklärung an den Vertragszahnarzt zurück. [2]Der Vertragszahnarzt übermittelt die Daten des Behandlungsplans mit dem Genehmigungsdatum in grundsätzlich elektronischer Form an die zuständige KZV. [3]Die Übermittlung erfolgt jeweils im ersten Quartal, in dem auf der Grundlage des Plans eine Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen erfolgt. [4]Das gilt entsprechend für Therapieänderungs- bzw. Verlängerungsanträge. [5]Bloße Leistungsanzeigen, die nicht genehmigungsbedürftig sind, sind nicht zu übermitteln.

[6]Mit der Behandlung soll erst begonnen werden, wenn die Krankenkasse eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben hat. [7]Der Behandlungsplan ist dem Vertragszahnarzt auch dann zurückzusenden, wenn eine Kostenübernahme nicht erfolgt. [8]Behandlungen, 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) [1]Die 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.

[2]Näheres regeln die Gesamtvertragspartner auf Landesebene.

§ 2
Einleitung des Gutachterverfahrens

(1) [1]Die Krankenkasse kann den Behandlungsplan vor der kieferorthopädischen Behandlung begutachten lassen. [2]Der Versicherte ist hierüber zu unterrichten. [3]In diesem Fall hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, ob sie die Kosten für die geplante Behandlung übernimmt. [4]Kann die Krankenkasse die Frist nach Satz 3 nicht einhalten, teilt sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. [5]Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung des Vordrucks 6a der Anlage 14a zum BMV-Z.

(2) [1]Die Krankenkasse sendet den Behandlungsplan (Vordruck 4a der Anlage 14a zum BMV-Z) in zweifacher Ausfertigung an den Vertragszahnarzt zurück. [2]Der 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) [1]Die 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. [2]Die gutachterliche Beurteilung ist anhand von Modellen oder durch eine klinische Untersuchung vorzunehmen. [3]Die Krankenkasse hat im Falle einer Begutachtung die KZV über das Ergebnis der Begutachtung zu unterrichten. [4]Im Übrigen gelten die Bestimmungen der §§ 3 bis 6 entsprechend.

(5) Bei unterschiedlicher Auffassung über die Zuordnung der beabsichtigen kieferorthopädischen Maßnahmen zur vertragszahnärztlichen Versorgung (KIG-Einstufung) hat die Krankenkasse auf Antrag des Zahnarztes ein Gutachten herbeizuführen.

(6) [1]Kieferorthopädische Leistungen (einschließlich der zahntechnischen Leistungen), die ohne Therapieänderung über die ursprünglich geplanten hinausgehen, hat der Vertragszahnarzt der Krankenkasse anzuzeigen. [2]Die Krankenkasse kann diese Leistungen innerhalb von vier Wochen begutachten lassen.

§ 3
Begutachtung

(1) [1]Der Gutachter nimmt zum Behandlungsplan unter Verwendung des Vordrucks 6c der Anlage 14a zum BMV-Z Stellung. [2]Soweit erforderlich, empfiehlt der Gutachter Ergänzungen und Änderungen des Behandlungsplans. [3]Meinungsverschiedenheiten über die Beurteilung des Behandlungsfalles sind in kollegialer Weise zu klären.

(2) [1]Der Gutachter ist verpflichtet, die eingehenden Behandlungsplanungen nach Vorlage der vom behandelnden Vertragszahnarzt vorzulegenden Behandlungs- und Befundunterlagen (z. B. Modelle, Röntgenaufnahmen, Fotografie, Fernröntgenaufnahme, HNO-Befund, Heil- und Kostenplan) innerhalb von vier Wochen zu bearbeiten. [2]Die Frist nach Satz 1 wird mit Eingang der Stellungnahme bei der Krankenkasse gewahrt. [3]Eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist nach Satz 1 kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der Krankenkasse rechtzeitig, spätestens bis zum Ablauf der Vier-Wochen-Frist mittels schriftlicher Begründung anzuzeigen. [4]Die Behandlungs- und Befundunterlagen sind dem behandelnden Vertragszahnarzt unmittelbar zurückzusenden.

(3) [1]Der Gutachter kann vom Vertragszahnarzt weitere Unterlagen anfordern. [2]Der Gutachter setzt die Krankenkasse hiervon in Kenntnis. [3]Die Kosten hierfür sind dem Vertragszahnarzt nach dem BEMA von der Krankenkasse zu vergüten.

(4) [1]Der Gutachter kann eine Untersuchung des Versicherten durchführen. [2]Der Untersuchungstermin wird vom Gutachter in Abstimmung mit dem Versicherten festgelegt. [3]Der Vertragszahnarzt und die Krankenkasse sind hiervon vom Gutachter zu unterrichten. [4]Der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.

(5) [1]Befürwortet der Gutachter den Behandlungsplan, so sendet er beide Exemplare des Behandlungsplans der Krankenkasse zu. [2]Die übrigen Unterlagen sendet er dem Vertragszahnarzt zurück. [3]Befürwortet er den Behandlungsplan nicht, so sendet er mit seiner schriftlichen Stellungnahme ein Exemplar des Behandlungsplans der Krankenkasse, das zweite Exemplar und die übrigen Unterlagen dem Vertragszahnarzt zurück.

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

§ 4
Obergutachten

(1) [1]Gegen 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. [2]Der Einspruch ist ausreichend zu begründen.

(2) Der Vertragszahnarzt bzw. die Krankenkasse übersendet der KZBV den Behandlungsplan, den Verlängerungsantrag oder die Therapieänderung, das Gutachten und – wenn der Vertragszahnarzt Einspruch eingelegt hat – die Entscheidung der Krankenkasse.

(3) Im Übrigen gelten § 2 Absatz 1 bis 3 und § 3 sinngemäß.

(4) Der für den zu begutachtenden Fall zuständige Obergutachter wird vom Fachberater der KZBV bestimmt.

§ 5
Kostentragung

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

§ 6
Gutachtergebühren

(1) [1]Die Gebühren errechnen sich durch Multiplikation der nachstehend angegebenen Bewertungszahlen mit den jeweils gültigen Punktwerten. [2]Die Punktwerte für Gutachten werden durch die Gesamtvertragspartner vereinbart. [3]Centbeträge 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) [1]Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter oder Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen zusätzlich abgerechnet werden. [2]Die Nrn. 7700 und 7750 können nicht zusätzlich abgerechnet werden.

Protokollnotiz:

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

Anlage 5

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

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

in der Fassung vom 25.04.2018

Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

§ 1
Antrags- und Genehmigungsverfahren

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

(2) [1]Bei Kostenübernahme sendet die Krankenkasse zügig, spätestens nach Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang den Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) mit der Kostenübernahmeerklärung an den Vertragszahnarzt zurück. [2]Mit der Behandlung soll erst nach Eingang dieser Mitteilung begonnen werden; hiervon ausgenommen sind Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen. [3]Der Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) ist dem Vertragszahnarzt auch dann zurückzusenden, wenn eine Kostenübernahme nicht erfolgt. [4]Behandlungen, 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) [1]Eine Therapieergänzung im Sinne eines zusätzlichen offenen Vorgehens (chirurgische Therapie) ist auf dem Parodontalstatus (Blatt 1) zu vermerken und der Krankenkasse zu übermitteln. [2]Soweit die Krankenkasse innerhalb von drei Wochen nach Eingang des Parodontalstatus (Blatt 1) kein Gutachterverfahren einleitet, gilt die Therapieergänzung als genehmigt. [3]Eine Therapieergänzung kann nur innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten nach Durchführung des geschlossenen Vorgehens erfolgen.

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

§ 2
Einleitung des Gutachterverfahrens

(1) [1]Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Parodontalstatus begutachten lassen. [2]Der Versicherte ist hierüber zu unterrichten. [3]In diesem Fall hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, ob sie die Kosten für die geplante Behandlung übernimmt. [4]Kann die Krankenkasse die Frist nach Satz 3 nicht einhalten, teilt sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. [5]Sie erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung des Vordrucks 6a der Anlage 14a zum BMV-Z.

(2) [1]Die Krankenkasse sendet den Parodontalstatus (Blatt 1 – Vordruck 5a – und Blatt 2 – Vordruck 5b der Anlage 14a zum BMV-Z) an den Vertragszahnarzt zurück. [2]Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem von ihr benannten Gutachter beide Blätter des Parodontalstatus zusammen mit den Befundunterlagen (Röntgenaufnahmen) unverzüglich zuzuleiten.

§ 3
Begutachtung

(1) [1]Der Gutachter nimmt zum Parodontalstatus unter Verwendung des Vordrucks 6b der Anlage 14a zum BMV-Z Stellung. [2]Soweit erforderlich, empfiehlt der Gutachter Ergänzungen und Änderungen des Parodontalstatus. [3]Meinungsverschiedenheiten über die Beurteilung des Behandlungsfalles sind in kollegialer Weise zu klären.

(2) [1]Der Gutachter ist verpflichtet, den eingehenden Parodontalstatus nach Vorlage der vom behandelnden Zahnarzt vorzulegenden Befundunterlagen innerhalb von vier Wochen zu bearbeiten. [2]Die Frist nach Satz 1 wird mit Eingang der Stellungnahme bei der Krankenkasse gewahrt. [3]Eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist nach Satz 1 kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der Krankenkasse rechtzeitig, spätestens bis zum Ablauf der Vier-Wochen-Frist mittels schriftlicher Begründung anzuzeigen. [4]Die Befundunterlagen sind dem behandelnden Vertragszahnarzt unmittelbar zurückzusenden.

(3) [1]Der Gutachter kann vom Vertragszahnarzt weitere Unterlagen anfordern. [2]Der Gutachter setzt die Krankenkasse hiervon in Kenntnis. [3]Die Kosten hierfür sind dem Vertragszahnarzt nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) von der Krankenkasse zu vergüten.

(4) [1]Der Gutachter kann eine Untersuchung des Versicherten durchführen. [2]Der Untersuchungstermin wird vom Gutachter in Abstimmung mit dem Versicherten festgelegt. [3]Der Vertragszahnarzt und die Krankenkasse sind hiervon vom Gutachter zu unterrichten. [4]Der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.

(5) [1]Befürwortet der Gutachter den Parodontalstatus, so vermerkt er dies auf dem Parodontalstatus (Blatt 2) und sendet Blatt 1 und 2 der Krankenkasse zu. [2]Die übrigen Unterlagen sendet er dem Vertragszahnarzt zurück. [3]Befürwortet er den Parodontalstatus nicht, so sendet er Blatt 1 und 2 mit seiner schriftlichen Stellungnahme der Krankenkasse, die übrigen Unterlagen dem Vertragszahnarzt zurück. [4]Die Krankenkasse übersendet beide Blätter des Parodontalstatus sowie ggf. die gutachterliche Stellungnahme dem Vertragszahnarzt mit dem Vermerk, ob sie die Kosten übernimmt.

(6) § 2 sowie die vorstehenden Absätze 1 bis 5 gelten für die Begutachtung einer Therapieergänzung i. S. d. § 1 Absatz 3 entsprechend.

§ 4
Obergutachten

(1) [1]Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Parodontalstatus oder zur Therapieergänzung können Vertragszahnarzt oder Krankenkasse innerhalb eines Monats nach Zugang der Stellungnahme des Gutachters schriftlich bei der KZBV Einspruch zum Zwecke der Einholung eines Obergutachtens einlegen. [2]Der Einspruch ist ausreichend zu begründen.

(2) Der Vertragszahnarzt bzw. die Krankenkasse übersendet der KZBV beide Blätter des Parodontalstatus bzw. die Unterlagen der Therapieergänzung, das Gutachten und – wenn der Vertragszahnarzt Einspruch eingelegt hat – die Entscheidung der Krankenkasse.

(3) Im Übrigen gelten die Bestimmungen der §§ 2 und 3 entsprechend.

§ 5
Kostentragung

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

§ 6
Gutachtergebühren

(1) [1]Die Gebühren errechnen sich durch Multiplikation der nachstehend angegebenen Bewertungszahlen mit den jeweils gültigen Punktwerten. [2]Die Punktwerte für Gutachten werden durch die Gesamtvertragspartner vereinbart. [3]Centbeträge sind kaufmännisch zu runden.

a)	Gutachten zu einer Behandlungsplanung oder zu einer Therapieergänzung nach Auswertung von Röntgenaufnahmen, bei ablehnender Stellungnahme mit fachlicher Begründung:	80 Punkte
b)	Für die körperliche Untersuchung des Patienten:	18 Punkte
c)	Für Obergutachten wird die Gebühr jeweils vom Fachberater für Parodontologie der KZBV im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband festgesetzt.	

(2) Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von 12,20 EUR je Gutachten abgegolten.

(3) [1]Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter oder Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen zusätzlich abgerechnet werden. [2]Die Nrn. 7700 und 7750 können nicht zusätzlich abgerechnet werden.

Anlage 6

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

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

in der Fassung vom 25.04.2018

Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

§ 1
Antrags-/ Genehmigungsverfahren

(1) [1]Anhand des Befundes stellt der Vertragszahnarzt einen Heil- und Kostenplan (Vordruck 3a und Vordruck 3b der Anlage 14a zum BMV-Z) auf, der der Krankenkasse grundsätzlich über den Versicherten vorzulegen ist. [2]Der Heil- und Kostenplan ist von der Krankenkasse insgesamt zu überprüfen.

(2) [1]Für Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Kronen und Brücken und zur Wiederherstellung oder Erweiterung von Prothesen nach den Befund-Nrn. 6.0 - 6.10, 7.3, 7.4 und 7.7 der Festzuschuss-Richtlinie sind ausgestaltende Regelungen der Gesamtvertragspartner zulässig. [2]Diese Befunde können auch ohne vorherige Bewilligung durch die Krankenkasse versorgt werden. [3]Das gilt auch für die Befunde nach den Nrn. 1.4 und 1.5. [4]Hiervon bleibt das Recht, vor Beginn der Behandlung die Bewilligung durch die Krankenkasse einzuholen, unberührt. [5]Bei zum Zeitpunkt der Behandlung dem Vertragszahnarzt bekannten Härtefällen ist der Heil- und Kostenplan vor Behandlungsbeginn zur Bewilligung der Krankenkasse vorzulegen.

(3) Bei Kostenübernahme bzw. Bezuschussung gibt die Krankenkasse zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen, den Heil- und Kostenplan mit der Zuschussfestsetzung über den Versicherten an den Vertragszahnarzt zurück.

(4) [1]Mit der prothetischen Behandlung durch den Vertragszahnarzt soll erst nach Festsetzung der Festzuschüsse durch die Krankenkasse begonnen werden. [2]Bei nachträglichen Änderungen des Befundes oder der tatsächlich geplanten Versorgung ist der Heil- und Kostenplan durch den Vertragszahnarzt zu berichtigen und der Krankenkasse zur Neufestsetzung des Zuschusses zuzuleiten (Ziff. 5 der Anlage 2 zum BMV-Z). [3]Behandlungen, 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) [1]Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Heil- und Kostenplan in Bezug auf den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen, auch wenn Leistungen der gleich- oder andersartigen Versorgung geplant sind. [2]Der Versicherte ist hierüber zu unterrichten. [3]In diesem Fall hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, ob sie die Kosten für die geplante Behandlung übernimmt. [4]Kann die Krankenkasse die Frist nach Satz 3 nicht einhalten, teilt sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. [5]Die Krankenkasse übersendet den Heil- und Kostenplan unverzüglich einem nach § 4 Absatz 3 BMV-Z bestellten Gutachter und setzt den Zahnarzt hiervon in Kenntnis. [6]Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung des Vordrucks 6a der Anlage 14a zum BMV-Z oder individuell nach dem Vorbild dieses Vordrucks.

(2) Nach Abschluss der Begutachtung übersendet die Krankenkasse den Heil- und Kostenplan - gegebenenfalls über den Versicherten - dem Vertragszahnarzt mit dem Vermerk, ob und inwieweit Festzuschüsse bewilligt werden.

(3) [1]Die Krankenkasse kann in begründeten Einzelfällen bei Regel- und gleichartigen Versorgungen ausgeführte prothetische Leistungen bei vermuteten Planungs- oder Ausführungsmängeln innerhalb von 24 Monaten nach der definitiven Eingliederung von Zahnersatz begutachten lassen. [2]Die 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. [3]Sie benachrichtigt den Vertragszahnarzt über die anberaumte Begutachtung. [4]Wird 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 Gutachtenaufträgen sind gesamtvertraglich möglich.

§ 3
Planungsgutachten

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

(2) [1]Das Ergebnis der gutachterlichen Stellungnahme ist auf dem Heil- und Kostenplan zu vermerken. [2]Befürwortet der Gutachter den Heil- und Kostenplan, so leitet er seine schriftliche Stellungnahme der Krankenkasse zu. [3]Befürwortet er den Heil- und Kostenplan nicht, so übersendet er seine Stellungnahme auch dem Vertragszahnarzt.

(3) [1]Der Gutachter kann vom Vertragszahnarzt weitere Unterlagen anfordern. [2]Er setzt die Krankenkasse hiervon in Kenntnis. [3]Die Kosten hierfür sind dem Vertragszahnarzt nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) zu vergüten.

(4) [1]Der Gutachter kann eine Untersuchung des Versicherten durchführen. [2]Der Untersuchungstermin wird vom Gutachter in Abstimmung mit dem Versicherten festgelegt. [3]Der Vertragszahnarzt und die Krankenkasse sind vom Gutachter hiervon zu unterrichten. [4]Der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.

§ 4
Mängelgutachten

(1) [1]Stellt 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. [2]Seine schriftliche Stellungnahme leitet er der Krankenkasse und auch dem Vertragszahnarzt zu.

(2) [1]Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem Gutachter den abgerechneten Heil- und Kostenplan, der der prothetischen Versorgung zugrunde gelegen hat, im Original oder als Kopie sowie Abschriften der dazugehörigen Rechnungsunterlagen unverzüglich zu übermitteln. [2]Der Gutachter kann der Krankenkasse anheimstellen, weitere Unterlagen sowie Nachbefunde vom Zahnarzt zu verlangen. [3]Die Kosten hierfür sind dem Zahnarzt nach dem BEMA von der Krankenkasse zu vergüten.

(3) [1]Der Gutachter hat grundsätzlich eine Untersuchung des Versicherten durchzuführen. [2]Der Untersuchungstermin wird vom Gutachter in Abstimmung mit dem Versicherten festgelegt. [3]Der Vertragszahnarzt und die Krankenkasse sind vom Gutachter hiervon zu unterrichten. [4]Der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.

Protokollnotiz:

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

§ 5
Obergutachterverfahren / Einigungsverfahren

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

§ 5a
Zahnersatz-Obergutachten

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

§ 5b
Prothetik-Einigungsausschuss

(1) [1]Gegen 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. [2]Der Einspruch ist ausreichend zu begründen.

(2) [1]Der Prothetik-Einigungsausschuss entscheidet durch Beschluss in der Sache über Einsprüche des Vertragszahnarztes oder der Krankenkasse gegen die Stellungnahme des Gutachters. [2]Gegen 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) [1]Die Kosten des Obergutachtens zur Behandlungsplanung trägt die Krankenkasse, es sei denn, der Einspruch des Vertragszahnarztes gegen die Stellungnahme des Gutachters bleibt erfolglos. [2]In diesem Fall hat der Vertragszahnarzt die Kosten des Obergutachtens vollständig oder anteilig zu tragen.

(2) [1]Die Kosten des Obergutachtens im Rahmen der Mängelbegutachtung trägt die Krankenkasse, es sei denn, der Einspruch des Vertragszahnarztes gegen die Stellungnahme des Gutachters bleibt erfolglos. [2]In 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) [1]In dem Verfahren vor dem Prothetik-Einigungsausschuss entscheidet dieser nach Maßgabe der gesamtvertraglichen Regelungen, in welcher Höhe der Krankenkasse oder

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

(2) [1]Im 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. [2]Die Kosten des Erstgutachtens trägt die Krankenkasse.

(3) [1]Im 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. [2]In diesem Fall sind dem Vertragszahnarzt auch die Kosten des Erstgutachtens aufzuerlegen. [3]Soweit 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) [1]Die Gebühren errechnen sich durch Multiplikation der nachstehend angegebenen Bewertungszahlen mit den jeweils gültigen Punktwerten. [2]Die Punktwerte für Gutachten werden durch die Gesamtvertragspartner vereinbart. [3]Centbeträge 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) [1]Daneben 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. [2]Die 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

A. Gutachten

1. [1]Vor Beginn der Behandlung ist vom Vertragszahnarzt eine Behandlungs- und Kostenplanung zu erstellen. [2]Dabei sind die vorgesehenen zahnärztlichen Leistungen, das Implantatsystem, der Implantattyp, die Lage der Implantate (Kennzeichnung mit „I“ im Heil- und Kostenplan) und die geschätzten Material- und Laborkosten anzugeben. [3]Es ist ein einheitliches Konzept sowohl für die implantologische als auch die prothetische Behandlungsplanung einzureichen. [4]Der Vertragszahnarzt übermittelt die Behandlungs- und Kostenplanung zusammen mit dem Heil- und Kostenplan für die prothetische Behandlung – ggf. über den Versicherten – der Krankenkasse jeweils in doppelter Ausfertigung.

2. [1]Die Krankenkasse muss Behandlungspläne für implantologische Leistungen einschließlich der prothetischen Versorgung zur Abklärung ihrer Leistungspflicht begutachten lassen, wenn eine Ausnahmeindikation nach Abschnitt B Ziffer VII der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie) in Betracht kommt. [2]Der Versicherte ist hierüber zu unterrichten. [3]In diesem Fall hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, ob sie die Kosten für die Behandlung übernimmt. [4]Kann die Krankenkasse die Frist nach Satz 3 nicht einhalten, teilt sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit.

   [5]Die Krankenkasse erteilt einem nach § 4 Absatz 3 BMV-Z bestellten Gutachter einen schriftlichen Auftrag. [6]Die Krankenkasse sendet die Behandlungs- und Kostenplanung des Vertragszahnarztes an den Gutachter.

   [7]Die 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. [1]Der Vertragszahnarzt hat zur Begutachtung den Vordruck „Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)“ auszufüllen und zusammen mit den Modellen und Röntgenaufnahmen dem Gutachter vorzulegen. [2]Ergänzend sind Befundberichte zur medizinischen Gesamtbehandlung beizufügen.

4. [1]Der Gutachter ist verpflichtet, die eingehenden Aufträge innerhalb von vier Wochen zu bearbeiten. [2]Die Frist nach Satz 1 wird mit Eingang der Stellungnahme bei der Krankenkasse gewahrt. [3]Eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist nach Satz 1 kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der Krankenkasse rechtzeitig, spätestens bis zum Ablauf der Vier-Wochen-Frist mittels schriftlicher Begründung anzuzeigen. [4]Der Gutachter nimmt sowohl zu der implantologischen als auch zu der prothetischen Behandlungsplanung – auch hinsichtlich Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit – Stellung.

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

5. [1]Der 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. [2]Er kann Änderungen der Behandlungsplanung – auch hinsichtlich der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der geplanten Implantate – vorschlagen.

6. [1]Der Gutachter übersendet dem Vertragszahnarzt und der beauftragenden Krankenkasse das Gutachten. [2]Die Krankenkasse trifft unter Berücksichtigung des Gutachtens ihre Leistungsentscheidung gegenüber dem Versicherten. [3]Mit der Behandlung soll grundsätzlich erst begonnen werden, wenn die Leistungszusage der Krankenkasse vorliegt.

7. Die Kosten der Begutachtung trägt grundsätzlich die Krankenkasse.

8. Die KZBV und der GKV-Spitzenverband werten die Gutachten aus.

B. Obergutachten

1. Der Vertragszahnarzt oder die Krankenkasse können ein Obergutachten bei der KZBV beantragen.

2. Abschnitt A gilt entsprechend für das Obergutachterverfahren.

3. Die Kosten des Obergutachtens trägt grundsätzlich der Antragsteller.

C. Gutachtergebühren

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

   - bei Gutachten ohne Untersuchung des Patienten: 98,30 EUR
   - bei Gutachten mit Untersuchung des Patienten: 123,84 EUR
   - bei Obergutachten ohne Untersuchung des Patienten: 209,38 EUR
   - bei Obergutachten mit Untersuchung des Patienten: 234,91 EUR

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

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

3. Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von 12,20 EUR je Gutachten abgegolten.

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

Abschnitt 1
Abrechnungsunterlagen

§ 1
Allgemeines zu Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen

(1) [1]Die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen durch die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte und zahnärztlich geleiteten Einrichtungen erfolgt nach den Bestimmungen des Bundesmantelvertrages-Zahnärzte im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern mit den Krankenkassen. [2]Die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen über Art und Umfang der Daten sind zu beachten.

(2) [1]Die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) überprüft die gesamte vertragszahnärztliche Abrechnung.

[2]Die Gesamtvertragspartner sollen vereinbaren, dass die sachliche und gebührenordnungsmäßige Richtigkeit der abgerechneten Leistungen durch Einsatz der Prüfregeln des BEMA-Moduls in der Zahnarztpraxis und/oder in der KZV unterstützt wird.

[3]Das BEMA-Modul wird von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (BEMA) erstellt.

Protokollnotiz:

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

(3) Die KZVen übermitteln die nach § 295 Absatz 2 SGB V vorgesehenen Daten an die Krankenkassen nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Vertrages.

Protokollnotiz:

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

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

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

(1) [1]Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). [2]Dieser enthält folgende Angaben:

1. KZV-Nummer
2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen
3. Krankenversichertennummer
4. bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten
5. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren
6. Zahnarztnummer (unverschlüsselt)
7. Abrechnungsquartal
8. Leistungsquartal
9. Fallnummer
10. Abgerechnete Gebührennummern des BEMA, der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einschließlich des Tages der Behandlung und ggf. des Zahnbezuges, bei Füllungen einschließlich der Angabe der Füllungslage, gesondert abrechenbare Kosten einschließlich Art der Kosten je Behandlungsfall

    Protokollnotiz:

    Die Vertragspartner sind sich einig, dass bei der Abrechnung von vertragszahnärztlichen Leistungen nach BEMA-Teil 1 auf die gesonderte Angabe des Befundes grundsätzlich verzichtet wird, weil sich der Befund aus den bei der Abrechnung anzugebenden Gebührennummern ergibt.
11. Kosten der Behandlung (Fallwert in Punkten oder EUR nach Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit durch die KZV)
12. Röntgenbegründung
13. Art der Inanspruchnahme (z. B. Notfall)
14. Angabe Unfall / Unfallfolge

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

1. Fallzahl
2. Punktsummen und jeweils gültigem Punktwert
3. Summen der gesondert abgerechneten Kosten in EUR
4. Gesamtbetrag, errechnet aus 2. und 3.
5. Teilrechnungen für besondere Personenkreise nach Kennzeichnung 4, 6, 7, 8 und 9 auf dem Versicherungsnachweis (analog zu 1. bis 4.)
6. Teilrechnungen nach dem Status M, F, R und für fehlenden Status (analog zu 1. bis 4.)
7. Rechnungsbetrag

8. Datum der Rechnungsstellung

§ 3
Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für Leistungen bei Kieferbruch und Kiefergelenkserkrankungen

(1) [1]Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). [2]Dieser enthält folgende Angaben:

1. KZV-Nummer
2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen
3. Krankenversichertennummer
4. bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten
5. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren
6. Zahnarztnummer (unverschlüsselt)
7. Monat der Abrechnung
8. Fallnummer
9. Ausstellungsdatum des Behandlungsplanes
10. abgerechnete Gebührennummern des BEMA für Leistungen bei Kieferbruch und Kiefergelenkserkrankungen einschließlich des Tages der Behandlung und ggf. des Zahnbezuges sowie gesondert abrechenbare Kosten einschließlich Art der Kosten
11. abgerechnete zahntechnische Leistungen einschließlich deren Preise in EUR jeweils für das Eigen- und/oder Fremdlabor

12 abgerechnete Materialien einschließlich Materialbezeichnung und Preis in EUR

13. Kosten der Behandlung (Fallwert in Punkten oder EUR nach Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit durch die KZV)

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

1. Fallzahl
2. 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) [1]Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). [2]Dieser enthält folgende Angaben:

1. KZV-Nummer
2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen
3. Krankenversichertennummer
4. bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten
5. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren
6. Zahnarztnummer (unverschlüsselt)
7. Abrechnungsquartal
8. Leistungsquartal
9. Fallnummer
10. Ausstellungsdatum des Behandlungsplanes bzw. des Verlängerungsantrages, Datum des Beginns und des Endes der Behandlung
11. Abschlagskennzeichen (Regel-, Früh-, Verlängerungsbehandlung) und -nummer oder Leerquartalskennzeichen oder Notfallvertretungskennzeichen oder Kennzeichen falls nur Diagnostik bzw. Einzelmaßnahmen außerhalb der KFO-Behandlung
12. Begleitleistungen bzw. Einzelmaßnahmen außerhalb der KFO-Behandlung (abgerechnete Gebührennummern für konservierend-chirurgische Leistungen einschließlich FU/IP des BEMA, der GOÄ einschließlich des Tages der Behandlung und ggf. des Zahnbezuges, bei Füllungen einschließlich der Angabe der Füllungslage, gesondert abrechenbare Kosten einschließlich Art der Kosten)
13. Kosten der Begleitleistungen (in Punkten oder EUR)
14. abgerechnete Gebührennummern des BEMA für kieferorthopädische Leistungen einschließlich eines Kennzeichens für nicht genehmigungspflichtige außerplanmäßige Leistungen (ggf. mit Zahnbezug) und deren Punktsumme mit Angabe des Punktwertes
15. abgerechnete zahntechnische Leistungen einschließlich deren Preise in EUR jeweils für das Eigen- und/oder Fremdlabor

16 abgerechnete Materialien einschließlich Materialbezeichnung und Preis in EUR

17. Kosten der kieferorthopädischen Leistungen, errechnet aus 14., 15. und 16. sowie Kassen- und Versichertenanteile einschließlich des zugrundeliegenden Kassenzuschusses in Prozent
18. Fallwert (Summe aus 13. und 17. in EUR nach Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit durch die KZV)
19. Kennzeichen für spezielle Abrechnungsverträge

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

1. Fallzahl

2. Punktsummen und jeweils gültigem Punktwert, getrennt nach kieferorthopädischen, individualprophylaktischen/Früherkennungsmaßnahmen und konservierend-chirurgischen Leistungen
3. Summen in EUR getrennt nach Kosten für das Fremdlabor und Eigenlabor sowie der gesondert abgerechneten Kosten
4. Rechnungsbetrag (Gesamtbetrag, errechnet aus 2. und 3.)
5. Teilrechnungen für besondere Personenkreise nach Kennzeichnung 4, 6, 7, 8 und 9 auf dem Versicherungsnachweis (analog zu 1. bis 4.)
6. Teilrechnungen nach dem Status M, F, R und für fehlenden Status (analog zu 1. bis 4.)
7. Datum der Rechnungsstellung

§ 5
Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für PAR-Leistungen

(1) [1]Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). [2]Dieser enthält folgende Angaben:

1. KZV-Nummer
2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen
3. Krankenversichertennummer
4. bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten
5. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren
6. Zahnarztnummer (unverschlüsselt)
7. Monat der Abrechnung
8. Fallnummer
9. Ausstellungsdatum des Behandlungsplanes sowie Datum des Endes der Behandlung
10. Therapieergänzungskennzeichen
11. geplante und abgerechnete Gebührennummern des BEMA für Leistungen zur systematischen Behandlung von Parodontopathien
12. ggf. gesondert abrechenbare Kosten in EUR
13. Kosten der Behandlung (Fallwert in Punkten oder EUR nach Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit durch die KZV)

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

1. Fallzahl
2. 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) [1]Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). [2]Dieser enthält folgende Angaben:

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

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

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

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

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

§ 7
Übermittlung der Datensätze

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

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

Abschnitt 2
Zufälligkeitsprüfung nach § 106a Absatz 1 SGB V

§ 8
Art und Inhalt der Prüfunterlagen

(1) [1]Die KZVen übermitteln den Prüfungsstellen nach § 106c SGB V im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern quartalsbezogen eine Liste der Vertragszahnärzte, die gemäß § 106a Absatz 1 SGB V in die Zufälligkeitsprüfung einbezogen werden, und aus den Abrechnungen dieser Vertragszahnärzte je Zahnarzt folgende Daten:

1. Leistungsquartal
2. KZV-Nummer
3. Zahnarztnummer (unverschlüsselt)
4. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse
5. Krankenversichertennummer

6. bei Ersatzverfahren Name und Geburtsdatum des Versicherten
7. abgerechnete Gebührennummern des BEMA, der GOÄ je Behandlungsfall einschließlich des Tages der Behandlung und ggf. des Zahnbezuges (ohne IP-Positionen)

   Protokollnotiz:

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

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

(2) [1]Die Krankenkassen übermitteln den Prüfungsstellen nach § 106c SGB V im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern von den in die Prüfung nach § 106a Absatz 1 SGB V einbezogenen Vertragszahnärzten quartalsweise je Zahnarzt folgende Daten:

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

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

(3) Die versichertenbezogene Übermittlung von Angaben über zahnärztliche und zahnärztlich verordnete Leistungen an die Prüfungsstellen nach § 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) Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung stellt dem GKV-Spitzenverband eine Datei mit einem bundesweiten Verzeichnis der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte und zahnärztlich geleiteten Einrichtungen gemäß § 293 Absatz 4 SGB V auf maschinell verwertbaren Datenträgern zur Verfügung.

(2) Das Nähere regelt die Technische Anlage zu diesem Vertrag.

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

Abschnitt 4
Nutzung, Speicherung und Löschung von Daten

§ 10
Nutzung, Speicherung und Löschung von Daten

(1) Die nach diesem Vertrag rechtmäßig erhobenen versichertenbezogenen Daten dürfen jeweils nur zu den Zwecken verwendet werden, zu denen sie rechtmäßig erhoben worden sind, für andere Zwecke nur, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist.

(2) [1]Die 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. [2]Nach Ablauf von zwölf Quartalen werden die Daten von der Krankenkasse quartalsweise fortlaufend gelöscht.

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

Abschnitt 5
Statistische Daten

§ 11
Übermittlung statistischer Daten auf Landesebene

(1) Soweit die Partner der Gesamtverträge nichts Abweichendes vereinbaren, erhalten die Landesverbände der Krankenkassen / Verbände der Ersatzkassen für statistische Zwecke von den KZVen auf maschinell verwertbaren Datenträgern, getrennt nach den einzelnen BEMA-Teilen (1 bis 4), für jede Kassenart und kassenartenübergreifend die

1. Frequenzstatistik (Aufgliederung nach Gebührennummern) je Zahnarzt und insgesamt,
2. Anzahl der Behandlungsfälle,

3. Zahl der abgerechneten Punkte,
4. Vergütung, getrennt nach Honorar-, Material- und Laborkosten und
5. die Zahl der Vertragszahnärzte.

(2) Die Weiterleitung der Daten nach Absatz 1 kann unter Beachtung der Vorschriften des § 80 SGB X gemäß besonderer Regelungen der Technischen Anlage und der Vereinbarung zur Technischen Anlage auch unmittelbar an eine von den Krankenkassen mit der Datenverarbeitung beauftragten Stelle erfolgen.

(3) Weitergehende Regelungen können vereinbart werden.

Abschnitt 6
Technische Durchführung des Vertrages

§ 12
Technische und organisatorische Form der Datenübermittlung

(1) [1]Die technische und organisatorische Form sowie die Kontroll- und Berichtigungsverfahren der Datenübermittlung werden in der Technischen Anlage und der Vereinbarung zur Technischen Anlage geregelt. [2]Sie sind in ihrer jeweils aktuellen Fassung Bestandteil dieses Vertrages.

(2) [1]Hinsichtlich 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). [2]In der Technischen Anlage wird hierzu festgelegt, welcher Mindeststandard für die Verschlüsselung der Daten erfolgt.

(3) [1]Die Vertragspartner streben für die Verschlüsselung ein Krypto-Verfahren an. [2]Solange dieses Verfahren noch nicht realisiert ist, ist sicherzustellen, dass die übermittelnde Stelle einen geheimen Algorithmus verwendet. [3]Für die Beachtung des Mindeststandards bei der Verschlüsselung ist die nach den gesamtvertraglichen Bestimmungen für die Übermittlung jeweils zuständige Stelle verantwortlich. [4]Eine Datenübermittlung mittels Fernübertragung ist erst dann zulässig, wenn die Vertragspartner gemeinsam feststellen, dass ein geeignetes Verfahren zur Datenverschlüsselung zur Verfügung steht. [5]Auf der Grundlage der Technischen Anlage zur Vereinbarung über den Risikostrukturausgleich vom 07.12.1994 werden zwischen den Vertragspartnern weitere Einzelheiten zur Technik der Datenträger und der Datenformate sowie der Datenübermittlung festgelegt.

Anlage 8b

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

Hier nicht abgedruckt

Anlage 8c

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

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

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

Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen werden neben den Gesamtrechnungsbeträgen gemäß §§ 2 bis 6 Absätze 3 der Vereinbarung per Papier Gesamtrechnungen sowie Teilrechnungen für besondere 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 Ersatzkassenbereichs im Jahr 2018 als Anlage 8c inhaltlich unverändert in den neuen BMV-Z übernommen worden, da sie nach der Bewertung der Vertragspartner als „Altvereinbarung“ weiterhin Bestandteil des Bundesmantelvertrags sein soll. Die in der Vereinbarung enthaltenen Verweise können daher von der gegenwärtigen Rechtslage abweichen.

Anlage 9

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

Präambel

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

§ 1
Umsetzung des DTA-Vertrages

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

§ 2
Bestimmungen über die edv-mäßige Erstellung der Abrechnung

(1) [1]Die 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. [2]Gleiches gilt für die Abrechnungsdaten, die Bestandteil des Kfo-Abrechnungsscheines für kieferorthopädische Leistungen gemäß Muster 4 der

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

Anlage 2 zum BMV-Z/Anlage 9 a EKVZ sind und für die Abrechnungsdaten auf Blatt 2 des Parodontalstatus gemäß Anlage 10 b BMV-Z/EKVZ, sowie die Abrechnungsdaten unter Abschnitt V des Heil- und Kostenplanes gemäß der Vereinbarung zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband nach § 87 Absatz 1 a SGB V über die Versorgung mit Zahnersatz (Anlage 3 zum BMV-Z/Anlage 4 EKVZ). [3]Im Übrigen richten sich die zu übermittelnden Daten nach dem zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband geschlossenen DTA-Vertrag vom 01. Juli 2010.

(2) [1]Für die edv-mäßige Erstellung der Abrechnung zwischen Vertragszahnarzt und KZV gilt grundsätzlich die Anlage 2 zum BMV-Z/EKVZ in der Fassung vom 01. Januar 2012 als Bestandteil dieser Vereinbarung. [2]Die datenschutzrechtlichen Vorschriften für Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten sind zu beachten.

(3) [1]Die Verpflichtung des Vertragszahnarztes, der Abrechnung die ordnungsgemäß ausgefüllten Abrechnungsvordrucke beizufügen (vgl. § 16 Absatz 1 EKVZ), entfällt. [2]Ebenso entfällt die Verpflichtung der KZVen, diese Abrechnungsunterlagen an die Krankenkassen zu übermitteln (vgl. § 27 BMV-Z, § 17 Absatz 1 EKVZ). [3]Für die Aufbereitung der Abrechnungsdaten durch die KZVen gilt der DTA-Vertrag in seiner jeweils gültigen Fassung.

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

(1) Die Vertragszahnärzte übermitteln die abrechnungsrelevanten Daten des zahntechnischen Labors bzw. des praxiseigenen Labors grundsätzlich im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern.

(2) [1]Die Anlage 1 des EKVZ bzw. die bestehenden gesamtvertraglichen Regelungen im Primärkassenbereich zur Abrechnung von Material- und Laborkosten bleiben unberührt. [2]Sie ist den Erfordernissen eines papierlosen Abrechnungsverfahrens anzupassen.

§ 4
Übergangsregelungen

(1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen können für Fälle, in denen die Übermittlung von Abrechnungsdaten durch den Vertragszahnarzt an die KZV gemäß § 2 Absatz 1 dieser Vereinbarung nicht elektronisch oder maschinell auf Datenträgern erfolgt das Verfahren der Datenlieferung bestimmen.

(2) [1]Kosten des Eigenlabors und des Fremdlabors in EUR sowie deren Einzelangaben (abgerechnete L-Nrn, einschließlich Kosten je Materialbezeichnung) sind den Krankenkassen ab dem 01. Januar 2012 grundsätzlich im Wege der elektronischen Datenübertragung zu übermitteln. [2]Eine gesonderte Übertragung der Rechnungsdaten des gewerblichen Labors auf maschinell verwertbaren Datenträgern, auch als Bilddokument, ist als Übergangsregelung möglich, wenn diese Daten den übrigen Abrechnungsdaten versichertenbezogen elektronisch zugeordnet werden. [3]Eine Übertragung der Rechnungsdaten des gewerblichen Labors in Papierform ist nur noch in Ausnahmefällen möglich, wenn in der Abrechnung eine versichertenbezogene Zuordnung mit den sonstigen Abrechnungsdaten gewährleistet ist.

(3) Die Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung gilt für alle vertragszahnärztlichen Leistungen, die nach dem 31. Dezember 2011 erbracht und abgerechnet werden.

§ 5
Inkrafttreten

Dieser Vertrag tritt am 1. Januar 2012 in Kraft.

Köln, Berlin 12.07.2011

Anlage 10

Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte*

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

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

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

§ 1
Vertragsgegenstand

(1) Die nachstehenden Regelungen dienen der Einführung und Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte als Ersatz für die Krankenversichertenkarte nach §§ 15 und 291 SGB V. Sie dienen ferner der Beschreibung des Inhaltes der elektronischen Gesundheitskarte, die die Krankenversichertenkarte nach § 291 SGB V erweitert und regeln die Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte in der Zahnarztpraxis.
Die Einzelheiten werden im Anhang geregelt, der Bestandteil dieses Vertrages ist.

(2) Die elektronische Gesundheitskarte ab Generation 1 ist seit dem 01.10.2011 gültiger Versicherungsnachweis. Ab dem 01.10.2014 sind ausschließlich elektronische Gesundheitskarten ab Generation 1+ gültiger Versicherungsnachweis. Die Krankenversichertenkarte ist für eine Übergangszeit bis zum 31.12.2014 gültiger Versicherungsnachweis für Versicherte, die noch keine elektronische Gesundheitskarte erhalten haben.

§ 2
Vertragsgrundsätze

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

§ 3
Elektronische Gesundheitskarte

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

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

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

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

(2) Über die Angaben nach Absatz 1 hinaus kann die elektronische Gesundheitskarte auch Angaben zum Nachweis von Wahltarifen nach § 53 SGB V und von zusätzlichen Vertragsverhältnissen sowie in den Fällen des § 16 Abs. 3a SGB V[1] Angaben zum Ruhen des Anspruchs auf Leistungen zugänglich machen. Die elektronische Gesundheitskarte ist technisch geeignet, Authentifizierung, Verschlüsselung und elektronische Signatur zu ermöglichen.

(3) Die elektronische Gesundheitskarte ist geeignet, Angaben für die Übermittlungen (zahn)ärztlicher Verordnungen in elektronischer und maschinell verwertbarer Form sowie den Berechtigungsnachweis zur Inanspruchnahme von Leistungen in den Mitgliedsstaaten des EWR (einschließlich der Schweiz) in den jeweils geltenden Fassungen aufzunehmen und hat die in § 291a Abs. 3 SGB V vorgegebenen Anforderungen und von der gematik gegebenenfalls beschlossenen weiteren Anwendungen zu erfüllen.
§ 6c BDSG findet Anwendung.

(4) Die Gestaltung und die technischen Eigenschaften der elektronischen Gesundheitskarte und der Kartenterminals haben allen geltenden Vorgaben der gematik zu entsprechen. Die verwendeten Kartenterminals und elektronischen Gesundheitskarten müssen von der gematik zugelassen sein.

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

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

(5) Vor der Erstausgabe der elektronischen Gesundheitskarte an die Versicherten und bei jedem Kartengenerationswechsel ist jede Krankenkasse verpflichtet, die gematik zu beauftragen, dass diese eine Personalisierungsvalidierung gemäß den aktuellen gematik-Vorgaben durchführt. Diese Verpflichtung gilt auch, wenn die Krankenkasse den Kartenpersonalisierer wechselt.

(6) Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung wirkt durch geeignete Verfahren darauf hin, dass die entsprechenden Vorgaben von den Praxisverwaltungssystemen erfüllt werden.

§ 4
Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte

(1) Mit der Versendung der elektronischen Gesundheitskarte sollen die Krankenkassen die Versicherten darauf hinweisen, dass die Krankenversichertenkarte nicht mehr vorzulegen ist und als Krankenversicherungsnachweis bei der Inanspruchnahme von Leistungen ab Erhalt der elektronischen Gesundheitskarte und unabhängig davon spätestens ab dem 01.01.2015 keine Gültigkeit mehr hat.

(2) Wird von der Krankenkasse anstelle der elektronischen Gesundheitskarte im Einzelfall ein schriftlicher Anspruchsnachweis zur Inanspruchnahme von Leistungen ausgegeben, muss dieser die Angaben gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 9 enthalten. Die Krankenkasse erteilt einen Anspruchsnachweis nach Satz 1 nur im Ausnahmefall, beispielsweise zur Überbrückung von Übergangszeiten, bis der Versicherte eine elektronische Gesundheitskarte erhält. Der Anspruchsnachweis ist entsprechend zu befristen, das Datum des Fristablaufs ist auf dem Anspruchsnachweis anzugeben.

(3) Die Krankenkasse ist verpflichtet, ungültige elektronische Gesundheitskarten einzuziehen.

§ 5
Rechte der Versicherten / Zugriff auf Daten

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

§ 6
Einführung der elektronischen Gesundheitskarte / Verwendung von Vordrucken

(1) Die elektronische Gesundheitskarte ist ab dem Zeitpunkt gemäß § 1 Abs. 2 gültiger Versicherungsnachweis. Die Ausstattung der Versicherten mit der elektronischen Gesundheitskarte soll durch die Krankenkassen bis zum 31.12.2013 erfolgen.

(2) Die Vorgaben zur Gestaltung und Ausfüllung der Vordrucke gelten weiter, bis die Vertragspartner etwas Abweichendes vereinbaren.

(3) Die geltenden Vereinbarungen und Erläuterungen für die Gestaltung und das Ausfüllen der Vordrucke sind im Falle notwendiger Änderungen anzupassen.

§ 7
Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte und Übertragung der Information

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

(2) Das Nähere zur Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte in der Zahnarztpraxis sowie die Verfahren, die bei Nichtvorlage der elektronischen Gesundheitskarte Anwendung finden, werden im Anhang zu dieser Vereinbarung geregelt.

§ 8
Schlussbestimmungen

(1) Diese Vereinbarung tritt am 27.03.2015 in Kraft und ersetzt die Vereinbarung vom 14.08.2014, in Kraft getreten am 01.09.2014. Sie kann von jeder Vertragspartei unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Im Falle der Kündigung gelten die bestehenden Regelungen bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung fort.

(2) Die Partner dieser Vereinbarung verpflichten sich, die vereinbarten Vorschriften auf ihre Praktikabilität hin regelmäßig zu überprüfen und erforderlichenfalls einvernehmlich anzupassen.

§ 9
Salvatorische Klausel

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

Köln, Berlin, 27.03.2015

Anhang

Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte

1. Prüfung der Identität und des Leistungsanspruchs des Versicherten gegenüber der Krankenkasse und Einlesen der Versichertenstammdaten

1.1 Der Versicherte ist verpflichtet, bei jedem Zahnarztbesuch die elektronische Gesundheitskarte oder einen Anspruchsnachweis gemäß § 4 Abs. 2 mitzuführen und auf Verlangen vorzulegen. Die elektronische Gesundheitskarte ist von dem Zahnarzt bei jeder ersten Inanspruchnahme im Quartal einzulesen. Bei Vorlage eines Anspruchsnachweises i.S.d. § 4 Abs. 2 findet das Ersatzverfahren nach Nr. 3.1 entsprechende Anwendung.

1.2 Bis zum 31.12.2014 kann der Versicherte seine Krankenversichertenkarte vorlegen, falls er noch nicht im Besitz einer elektronischen Gesundheitskarte ist. Können weder eine elektronische Gesundheitskarte noch eine Krankenversichertenkarte vorgelegt werden, gilt Nr. 2 entsprechend.

1.3 Der Zahnarzt überprüft die Identität des Versicherten anhand der auf der elektronischen Gesundheitskarte aufgebrachten Identitätsdaten. Die Überprüfung beschränkt sich auf offensichtliche Unstimmigkeiten zwischen der vorgelegten Karte und der vorlegenden Person hinsichtlich des Alters, des Geschlechts und eines aufgebrachten Lichtbildes.

2. Nichtvorlage / ungültige Karte / kein Nachweis eines Leistungsanspruchs des Versicherten gegenüber der Krankenkasse

2.1 Wird eine elektronische Gesundheitskarte nicht vorgelegt oder ergibt die Überprüfung nach Nr. 1.3, dass die vorgelegte Karte der vorlegenden Person offensichtlich nicht zugeordnet werden kann, finden die Regelungen nach § 8 BMV-Z bzw. § 12 EKVZ entsprechende Anwendung.

2.2 Für Kosten einer Behandlung, die auf der Grundlage einer vorgelegten und für den Zahnarzt nicht erkennbar (s. Nr. 1.3) falschen bzw. ungültigen elektronischen Gesundheitskarte oder der unrechtmäßigen Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte statt des Gebrauchs des Leistungsnachweises gem. § 16 Abs. 3a SGB V[2] bei Ruhen der Ansprüche erfolgte, finden die Regelungen nach § 8 BMV-Z bzw. § 11 EKVZ entsprechende Anwendung. Wird eine elektronische Gesundheitskarte ohne Lichtbild vorgelegt, obwohl keiner der in § 3 Abs. 1 Nr. 11 geregelten Ausnahmetatbestände erfüllt ist, und stellt sich heraus, dass die Karte für den Zahnarzt nicht erkennbar falsch war, so haftet die ausgebende Krankenkasse dem Vertragszahnarzt gegen Abtretung seiner Vergütungsansprüche für die Kosten der Behandlung. Eine vorgelegte elektronische Gesundheitskarte ohne Lichtbild ist für den Zahnarzt dann erkennbar falsch, wenn sich anhand der auf der elektronischen Gesundheitskarte aufgebrachten sonstigen optischen Identitätsdaten ohne weitere Prüfung ergibt, dass die vorgelegte Karte der vorlegenden Person im Hinblick auf das Alter oder das Geschlecht offensichtlich nicht zugeordnet werden kann.
Weist der Versicherte darauf hin, dass sich die zuständige Krankenkasse oder der Versichertenstatus geändert hat und wird dies von der Karte noch nicht berücksichtigt, finden die Regelungen nach § 8 BMV-Z bzw. § 11 EKVZ mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass der Versicherte innerhalb von 10 Tagen eine angepasste elektronische Gesundheitskarte oder – nachrangig – einen Anspruchsnachweis seiner aktuellen Krankenkasse in Papierform vorzulegen hat.

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

2.3 Kann im Falle der Notfallbehandlung eines in der Zahnarztpraxis bislang unbekannten Versicherten keine gültige elektronische Gesundheitskarte vorgelegt werden, ist die Abrechnung aufgrund der Angaben des Versicherten oder der Angaben anderer Auskunftspersonen durchzuführen. Die elektronische Gesundheitskarte ist innerhalb von 10 Tagen nachzureichen. Wird die elektronische Gesundheitskarte nicht innerhalb dieser Frist vorgelegt, kann der Vertragszahnarzt eine Privatvergütung verlangen.

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

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

3.1 Kann bei der ersten Inanspruchnahme des Zahnarztes im Quartal die vorgelegte elektronische Gesundheitskarte nicht verwendet werden, sind die optischen Angaben in das Praxisverwaltungssystem aufzunehmen, sofern nicht zuvor beschriftete Vordrucke verwendet werden können (sog. Ersatzverfahren). Kommt es zu einer weiteren Inanspruchnahme im selben Quartal, ist der Einleseversuch zu wiederholen. Satz 1 gilt entsprechend, wenn dem Zahnarzt lediglich ein Formular, aus dem die Versichertendaten hervorgehen, nicht aber die elektronische Gesundheitskarte für Verordnungen zur Verfügung steht.

3.2 Fälle, in denen die elektronische Gesundheitskarte nicht verwendet werden kann, liegen vor, wenn

3.2.1 die Karte aus technischen Gründen nicht eingelesen werden kann (z. B. Karte oder Terminal defekt) oder

3.2.2 für Hausbesuche kein entsprechendes Kartenterminal zur Verfügung steht und keine bereits in der Zahnarztpraxis mit den Daten der elektronischen Gesundheitskarte vorgefertigten Formulare verwendet werden können.

4. Datenangaben im Ersatzverfahren

Für das Ersatzverfahren zur Ausfüllung des Personalienfeldes gilt:

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

Anlage 11

Grundsatzfinanzierungsvereinbarung zur Finanzierung der Maßnahmen nach § 291a Abs. 7b Satz 2 SGB V

Hier nicht abgedruckt

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)*

zwischen

1. der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung sowie

2. dem GKV-Spitzenverband

Präambel

[1]Die Parteien des Bundesmantelvertrags vereinbaren auf Grund des in § 119b Absatz 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.

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

[5]Die 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. [6]Ebenso bleibt das Recht auf freie Arztwahl unberührt.

§ 1 Kooperationsverträge mit stationären Pflegeeinrichtungen

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

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

[2]In dem Kooperationsvertrag nach § 119b Absatz 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 Absatz 7 sowie 128 Absatz 2 Satz 3 SGB V versprechen oder gewähren dürfen.

[3]Des Weiteren kann der Kooperationsvertrag die folgenden Inhalte umfassen:

* Die Vereinbarung wurde unverändert in den neuen BMV-Z übernommen.

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

§ 2 Qualitäts- und Versorgungsziele

[1]Ziel der Kooperationsverträge ist die Sicherstellung einer regelmäßigen, die besonderen Bedürfnisse von pflegebedürftigen Versicherten berücksichtigenden vertragszahnärztlichen Versorgung in Kooperation mit der stationären Pflegeeinrichtung. [2]Zahnarzt und Pflegeeinrichtung verfolgen gemeinsam das Ziel, die an der Versorgung der Bewohner beteiligten Berufsgruppen miteinander zu vernetzen und die Zusammenarbeit zu stärken. [3]Die 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) [1]Der Kooperationszahnarzt unterstützt durch Wahrnehmung seiner Aufgaben nach § 4 die stationäre Pflegeeinrichtung bei der Wahrnehmung der ihr obliegenden Aufgaben hinsichtlich der Mundgesundheit der Pflegebedürftigen. [2]Im Hinblick auf die Erfüllung dieser Aufgaben nimmt die Pflegeeinrichtung die Informationen des Kooperationszahnarztes insbesondere über Maßnahmen zum Erhalt der Mundgesundheit zur Kenntnis (§ 4 Absatz 1 Ziffer 2). [3]Des Weiteren nimmt das Personal der Pflegeeinrichtung je nach den Gegebenheiten an der (ggf. praktischen) Anleitung durch den Kooperationszahnarzt (§ 4 Absatz 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) [1]Die Pflegeeinrichtung informiert den Kooperationszahnarzt zeitnah über Bewohner, die eine Betreuung durch den Kooperationszahnarzt wünschen. [2]Bei neu aufgenommenen Bewohnern geschieht dies nach Möglichkeit innerhalb von vier Wochen.

(3) [1]Die Pflegeeinrichtung ermöglicht durch Schaffen geeigneter Rahmenbedingungen eine regelmäßige Betreuung der Pflegebedürftigen durch den Kooperationszahnarzt. [2]Hierzu 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, des Pflegezustands der Zähne, der Mundschleimhaut sowie der Prothesen, Einbringen von versichertenbezogenen Vorschlägen für Maßnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung der Mundgesundheit, einschließlich Dokumentation anhand des Formblatts nach Anlage 2. Die im Formblatt dokumentierten Informationen werden der Pflegeeinrichtung vermittelt; die Pflegeeinrichtung kann das Formblatt als Anlage zum Pflegeplan nutzen.

3. Bestätigung der zahnärztlichen Untersuchung im Hinblick auf die Erhöhung der Festzuschüsse zum Zahnersatz nach § 55 Absatz 1 Satz 3 ff. SGB V (Bonusheft)

Information, Kooperation und Koordination

4. Bis zu zweimal jährlich: Anleitung (ggf. praktisch) des Pflegepersonals bei der Durchführung der ihm obliegenden Aufgaben durch versichertenbezogene Vorschläge für Maßnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung der Mundgesundheit sowie Hinweise zu Besonderheiten der Zahnpflege sowie zu Pflege und Handhabung des Zahnersatzes

5. 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

6. 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

7. 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

8. Unmittelbar nach der eingehenden Untersuchung oder an einem weiteren Behandlungstermin: Behandlung bzw. Hinwirken auf eine Behandlung entsprechend dem festgestellten Behandlungsbedarf; 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 Absatz 2j SGB V

(1) Die Leistungen nach § 87 Absatz 2j SGB V sind abrechenbar, wenn ein zwischen Kooperationszahnarzt und Pflegeeinrichtung zum Zeitpunkt der Leistungserbringung nach näherer Maßgabe des § 1 Absatz 3 gültiger Kooperationsvertrag besteht.

(2) Der Kooperationszahnarzt rechnet die Leistungen nach § 87 Absatz 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) [1]Die 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. [2]Dabei 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 Absatz 2j SGB V darzustellen.

(3) [1]Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung berichtet dem GKV-Spitzenverband bis zum Ende des dritten Quartals des Folgejahrs über die bundesweiten Ergebnisse. [2]Dabei werden die Daten zu den Parametern des Berichtsbogens nach Anlage 1, die Anzahl der Kooperationszahnärzte und der abgerechneten Leistungen nach § 87 Absatz 2j SGB V sowie die Anzahl der konsiliarischen Erörterungen gegliedert nach Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dargestellt.

(4) Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband werten im Abstand von jeweils drei Jahren, erstmals im Jahr 2017, die Berichte nach Absatz 3 aus und beraten über Konsequenzen, ggf. auch unter Berücksichtigung der Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen.

§ 7 Inkrafttreten, Kündigung, salvatorische Klausel

(1) Die Rahmenvereinbarung tritt zum 1. April 2014 in Kraft.

(2) [1]Die Rahmenvereinbarung kann von beiden Partnern mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahrs gekündigt werden. [2]Die Kündigung des Vertrags schließt die Anlagen mit ein. [3]Sobald 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) [1]Sollte eine Bestimmung der Rahmenvereinbarung unwirksam sein, wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen davon nicht berührt. [2]Die 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: Formblatt, auch als Beitrag zum Pflegeplan:
Zahnärztliche Information und Pflegeanleitung

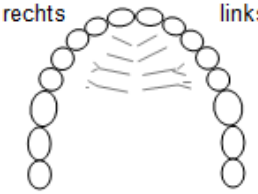
Vorname, Nachname	Einrichtung	Datum der Untersuchung

Status

Befund/Versorgung

Oberkiefer

Totalprothese ☐
Teilprothese ☐
_____ ☐
Beläge rechts ☐
Beläge links ☐



Unterkiefer

Totalprothese ☐
Teilprothese ☐
_____ ☐
Beläge rechts ☐
Beläge links ☐

Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein

Zustand Pflege

	☺	😐	☹
Zähne			
Schleimhaut/ Zunge/Zahnfleisch			
Zahnersatz			

Bedarf

Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege

Keine ☐ Teil ☐ Voll ☐

Pflegebedarf

Zähne reinigen (2 x/Tag) ☐
- Bürste Hand ☐
- Bürste elektrisch* ☐
- Dreikopfbürste* ☐

Fluoridzahnpaste (2 x/Tag)
_____ ☐
Zahnzwischenräume reinigen (1 x/Tag) ☐
Mundschleimhaut reinigen (1 x/Tag) ☐
Zunge reinigen (1 x/Tag) ☐
Prothese(n) reinigen (2 x/Tag) ☐
Speichelfluss fördern ☐

Spüllösung _____ ___ x/Tag
Sonstiges _____ ___ x/Tag

Behandlungsbedarf

Füllung ☐
Zahnfleisch/Mundschleimhaut ☐
Zahnentfernung ☐
Zahnersatz ☐
Sonstiges _____ ☐

Koordination

Rücksprache Zahnarzt erforderlich mit

Bewohner ☐ Betreuer ☐
Angehörige ☐ Hausarzt ☐
Pflege ☐ Hauszahnarzt ☐
Apotheker ☐
Sonstige _____

Wo soll Behandlung erfolgen

Pflegeeinrichtung ☐
Zahnarztpraxis _____ ☐
Andernorts _____
Behandlung in Narkose ☐
Krankenfahrt/-transport erforderlich ☐

Behandlungseinwilligung ist erfolgt

Ja ☐ Nein ☐

Besonderheiten/Anmerkungen

_____
_____
_____
_____

Unterschrift Zahnarzt _____

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

Anlage 13

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

Der Ausnahmekatalog nach § 135 Abs. 4 Satz 5 SGB V[1] 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 V[1] werden die Ausnahmen von der 2jährigen Gewähr wie folgt bestimmt:

1. Füllungen

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

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

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

2. Zahnersatz

Die Antragsfrist bei dem Prothetik-Einigungsausschuss bzw. der zuständigen Stelle beträgt 24[2] 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:] § 136 Abs. 4 Satz 5 SGB V
[2] Anmerkung 01.07.2018: Bei andersartiger Versorgung und Mischfällen überholt, siehe Anlage 6 BMV-Z
[3] Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004

Anlage 14a

Formulare für die vertragszahnärztliche Versorgung

Formulare aus dem vertragszahnärztlichen Bereich

Vordruck 1 - Leistungsnachweis gem. § 16 Absatz 3a SGB V bei Ruhen der Ansprüche

Vordruck 2 - Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch

Vordruck 3a - Heil- und Kostenplan Teil 1

Vordruck 3b - Heil- und Kostenplan Teil 2

Vordruck 4a - KFO-Behandlungsplan

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

Vordruck 4c - Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung

Vordruck 5a - Parodontalstatus Blatt 1

Vordruck 5b - Parodontalstatus Blatt 2

Vordruck 6a - Auftrag zur Begutachtung

Vordruck 6b - Ergebnis Begutachtung (KB/KG, PAR, ZE)

Vordruck 6c - Ergebnis Begutachtung (KFO)

Vordruck 6d - Abrechnung Begutachtung

Vordruck 7 - Auftrag zur Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)

Vordruck 8 - Bonusheft

Vordruck 9 - Zahnärztliche Heilmitteilverordnung

Formulare aus dem vertragsärztlichen Bereich

Muster 1 - Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Muster 2 - Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 4 - Verordnung einer Krankenbeförderung

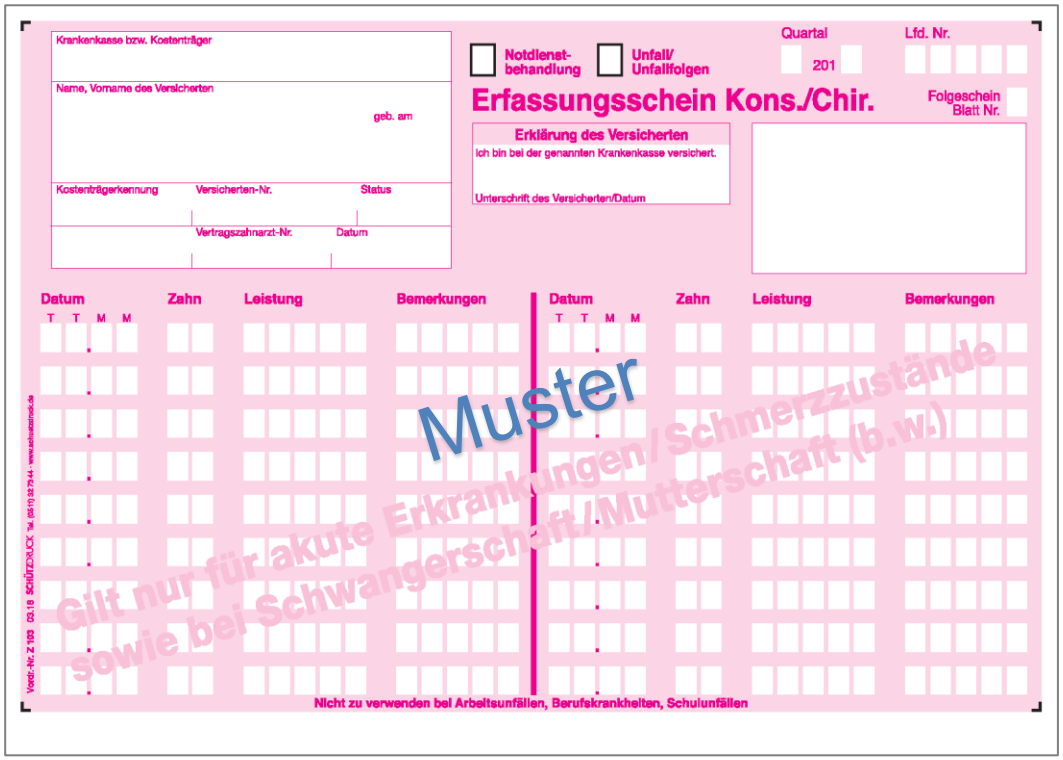
Muster 16 - Arzneiverordnungsblatt

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

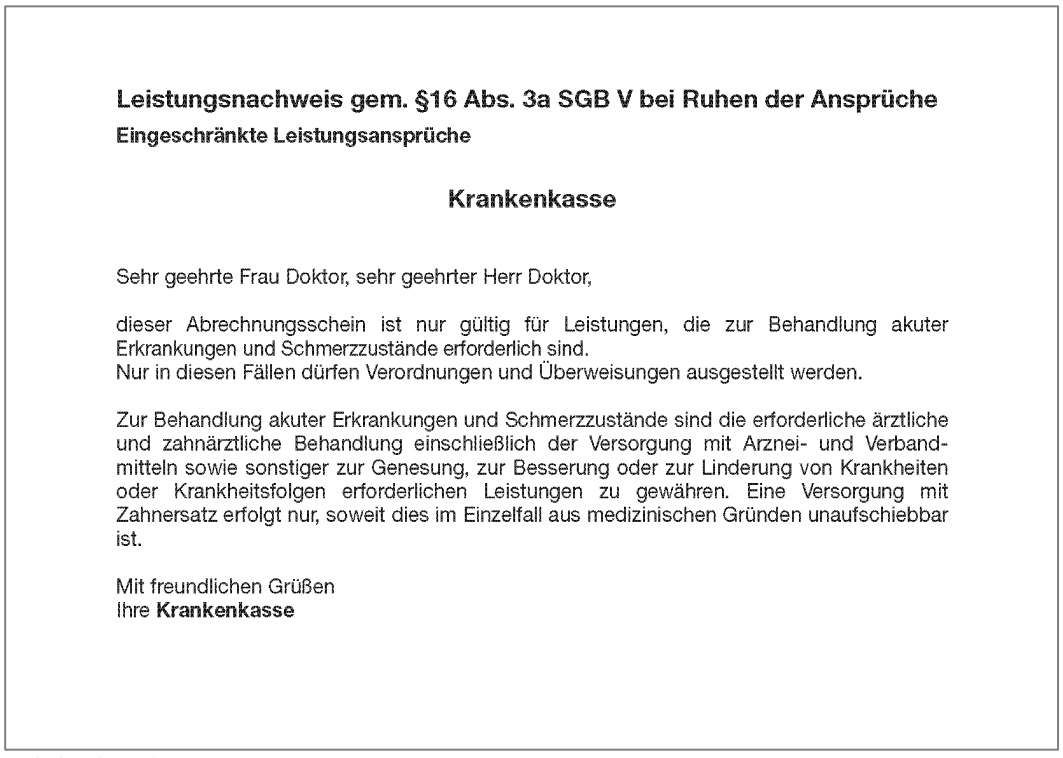
Vordruck 1: Leistungsnachweis gem. § 16 Absatz 3a SGB V bei Ruhen der Ansprüche

Gültig ab 01.07.2018

Vorderseite



Rückseite



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

Eingeschränkte Leistungsansprüche

Krankenkasse

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

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

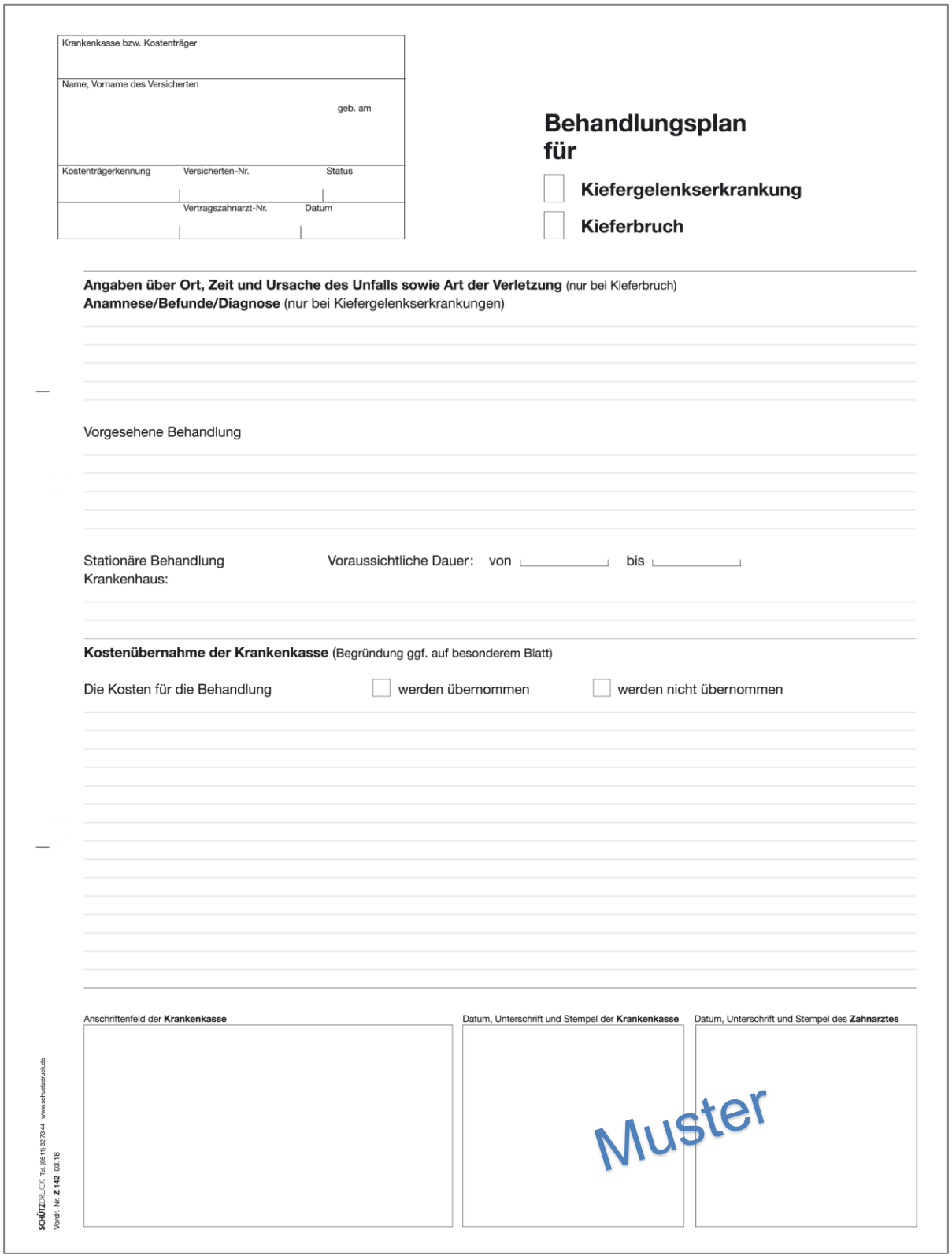
Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen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

Mit freundlichen Grüßen
Ihre **Krankenkasse**

Originalgröße: DIN A5

Vordruck 2: Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch

Gültig ab 01.07.2018



Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Vertragszahnarzt-Nr. | Datum

Behandlungsplan für

☐ **Kiefergelenkserkrankung**

☐ **Kieferbruch**

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

Vorgesehene Behandlung

Stationäre Behandlung Krankenhaus: Voraussichtliche Dauer: von _____ bis _____

Kostenübernahme der Krankenkasse (Begründung ggf. auf besonderem Blatt)

Die Kosten für die Behandlung ☐ werden übernommen ☐ werden nicht übernommen

Anschriftenfeld der **Krankenkasse**

Datum, Unterschrift und Stempel der **Krankenkasse**

Datum, Unterschrift und Stempel des **Zahnarztes**

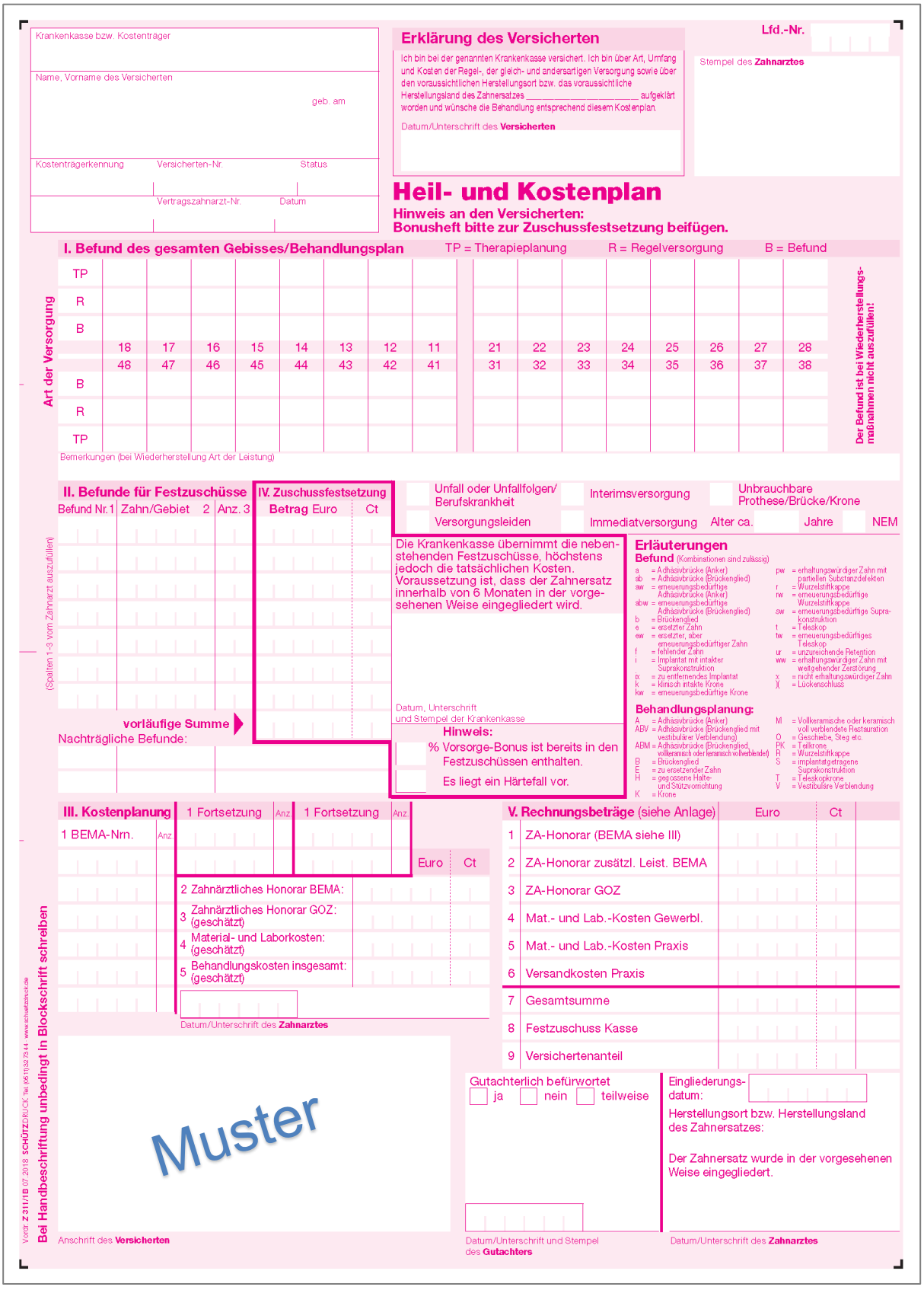
Muster

SCHÜTZDRUCK Tel. (0511) 32 73 44 · www.schuetzdruck.de Vordr.-Nr. **Z 142** 03.18

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 3a: Heil- und Kostenplan Teil 1

Gültig ab 01.07.2018



Originalgröße: DIN A4

Vordruck 3b: Heil- und Kostenplan Teil 2

Gültig ab 2005

Zahnarzt (Briefkopf)

Patient (Adresse)

Heil- und Kostenplan Teil 2

Anlage zum Heil- und Kostenplan vom _____

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

Zahn/Gebiet	GOZ	Leistungsbeschreibung	Anzahl	Betrag EUR
		Muster 14.06.05		

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

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

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

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

abzüglich Festzuschüsse: ..... EUR _____

Ihr voraussichtlicher Eigenanteil wird hiernach betragen EUR _____

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

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

Datum / Unterschrift des **Zahnarztes**

Datum / Unterschrift des **Versicherten**

Informationen über die Kosten der Regelversorgung

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

doppelter Festzuschuss ..... EUR _____

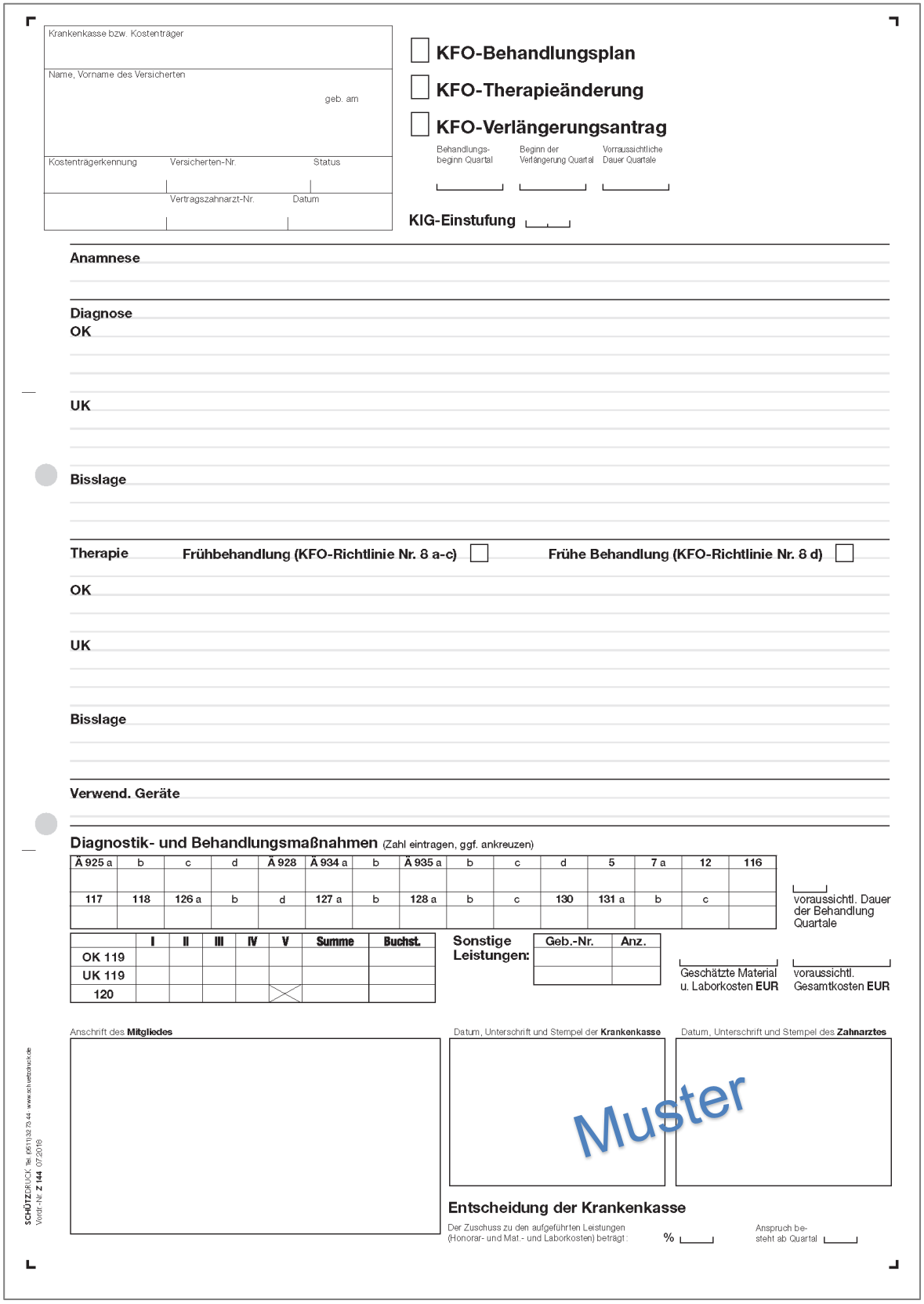
abzüglich von der Kasse festgesetzter Festzuschüsse ..... EUR _____

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

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 4a: KFO-Behandlungsplan

Gültig ab 01.07.2018



Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Vertragszahnarzt-Nr. | Datum

☐ KFO-Behandlungsplan

☐ KFO-Therapieänderung

☐ KFO-Verlängerungsantrag

Behandlungsbeginn Quartal | Beginn der Verlängerung Quartal | Voraussichtliche Dauer Quartale

KIG-Einstufung

Anamnese

Diagnose

OK

UK

Bisslage

Therapie Frühbehandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 a-c) ☐ Frühe Behandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 d) ☐

OK

UK

Bisslage

Verwend. Geräte

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

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

voraussichtl. Dauer der Behandlung Quartale

	I	II	III	IV	V	Summe	Buchst.
OK 119							
UK 119							
120					X		

Sonstige Leistungen:

Geb.-Nr.	Anz.

Geschätzte Material u. Laborkosten **EUR**

voraussichtl. Gesamtkosten **EUR**

Anschrift des **Mitgliedes**

Datum, Unterschrift und Stempel der **Krankenkasse**

Datum, Unterschrift und Stempel des **Zahnarztes**

Muster

Entscheidung der Krankenkasse

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

Anspruch besteht ab Quartal ____

SCHÜTZDRUCK Tel. (0611) 32 73 44 · www.schuetzdruck.de Vordr.-Nr. **Z 144** 07.2018

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 192/1EU 07.2016 SCHÜTZDRUCK Tel. (0611) 32 79 44 www.schuetzdruck.de

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 4c: Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung

Gültig ab 01.07.2018

Name und Anschrift der Krankenkasse

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

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

1. Planmäßiger Abschluss der Behandlung ☐

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

2. Unplanmäßiger Verlauf der Behandlung ☐

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

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

3. Abbruch der Behandlung ☐

Die Fortsetzung der kieferorthopädischen Behandlung ist nicht möglich, weil

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

Muster

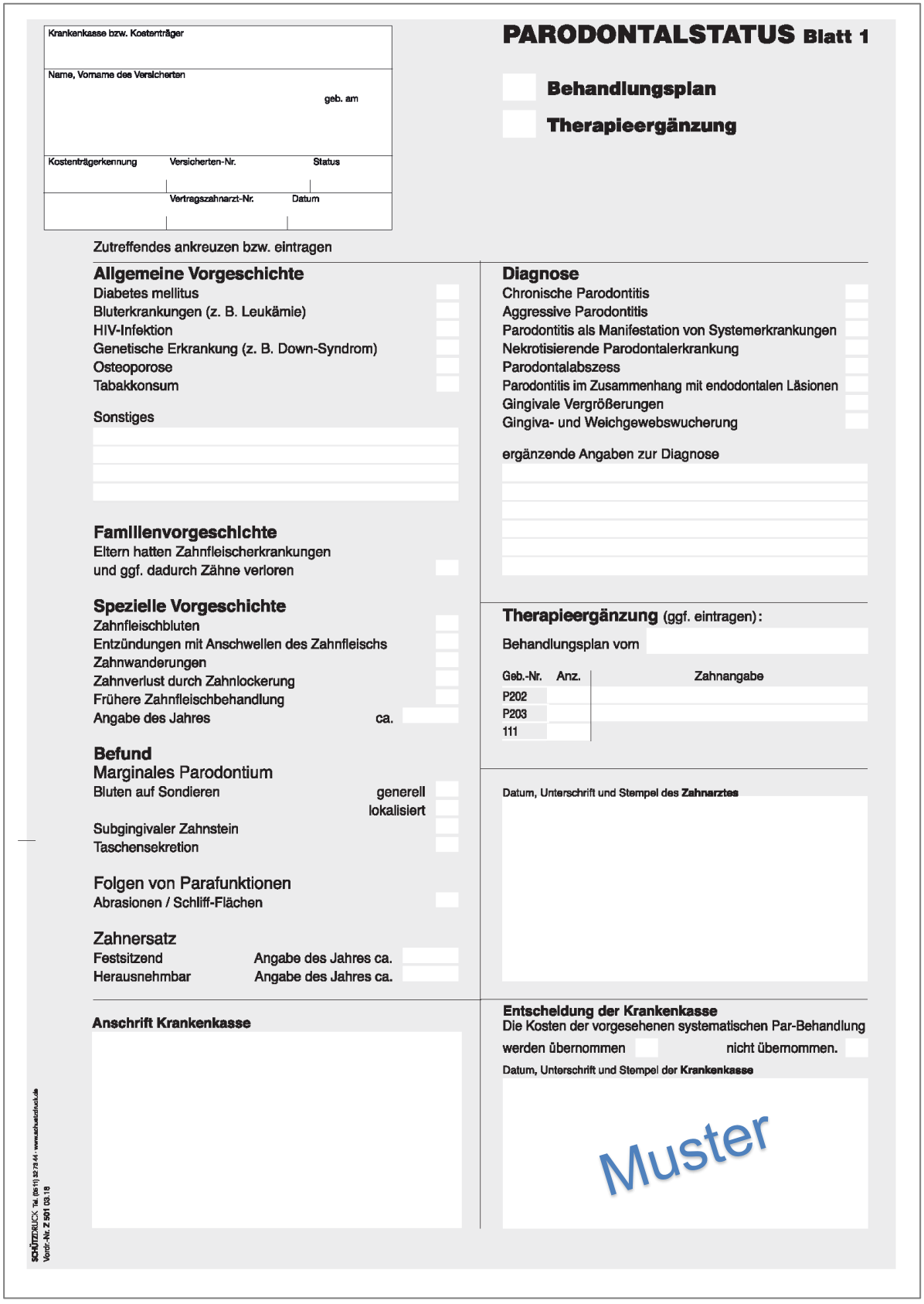
_____

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 5a: Parodontalstatus Blatt 1

Gültig ab 01.07.2018



Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Vertragszahnarzt-Nr. | Datum

PARODONTALSTATUS Blatt 1

☐ **Behandlungsplan**

☐ **Therapieergänzung**

Zutreffendes ankreuzen bzw. eintragen

Allgemeine Vorgeschichte

Diabetes mellitus ☐
Bluterkrankungen (z. B. Leukämie) ☐
HIV-Infektion ☐
Genetische Erkrankung (z. B. Down-Syndrom) ☐
Osteoporose ☐
Tabakkonsum ☐

Sonstiges

Familienvorgeschichte

Eltern hatten Zahnfleischerkrankungen
und ggf. dadurch Zähne verloren ☐

Spezielle Vorgeschichte

Zahnfleischbluten ☐
Entzündungen mit Anschwellen des Zahnfleischs ☐
Zahnwanderungen ☐
Zahnverlust durch Zahnlockerung ☐
Frühere Zahnfleischbehandlung ☐
Angabe des Jahres ca.

Befund

Marginales Parodontium

Bluten auf Sondieren generell ☐ lokalisiert ☐
Subgingivaler Zahnstein ☐
Taschensekretion ☐

Folgen von Parafunktionen

Abrasionen / Schliff-Flächen ☐

Zahnersatz

Festsitzend Angabe des Jahres ca.
Herausnehmbar Angabe des Jahres ca.

Diagnose

Chronische Parodontitis ☐
Aggressive Parodontitis ☐
Parodontitis als Manifestation von Systemerkrankungen ☐
Nekrotisierende Parodontalerkrankung ☐
Parodontalabszess ☐
Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen ☐
Gingivale Vergrößerungen ☐
Gingiva- und Weichgewebswucherung ☐

ergänzende Angaben zur Diagnose

Therapieergänzung (ggf. eintragen):

Behandlungsplan vom

Geb.-Nr.	Anz.	Zahnangabe
P202		
P203		
111		

Datum, Unterschrift und Stempel des **Zahnarztes**

Anschrift Krankenkasse

Entscheidung der Krankenkasse

Die Kosten der vorgesehenen systematischen Par-Behandlung
werden übernommen ☐ nicht übernommen. ☐

Datum, Unterschrift und Stempel der **Krankenkasse**

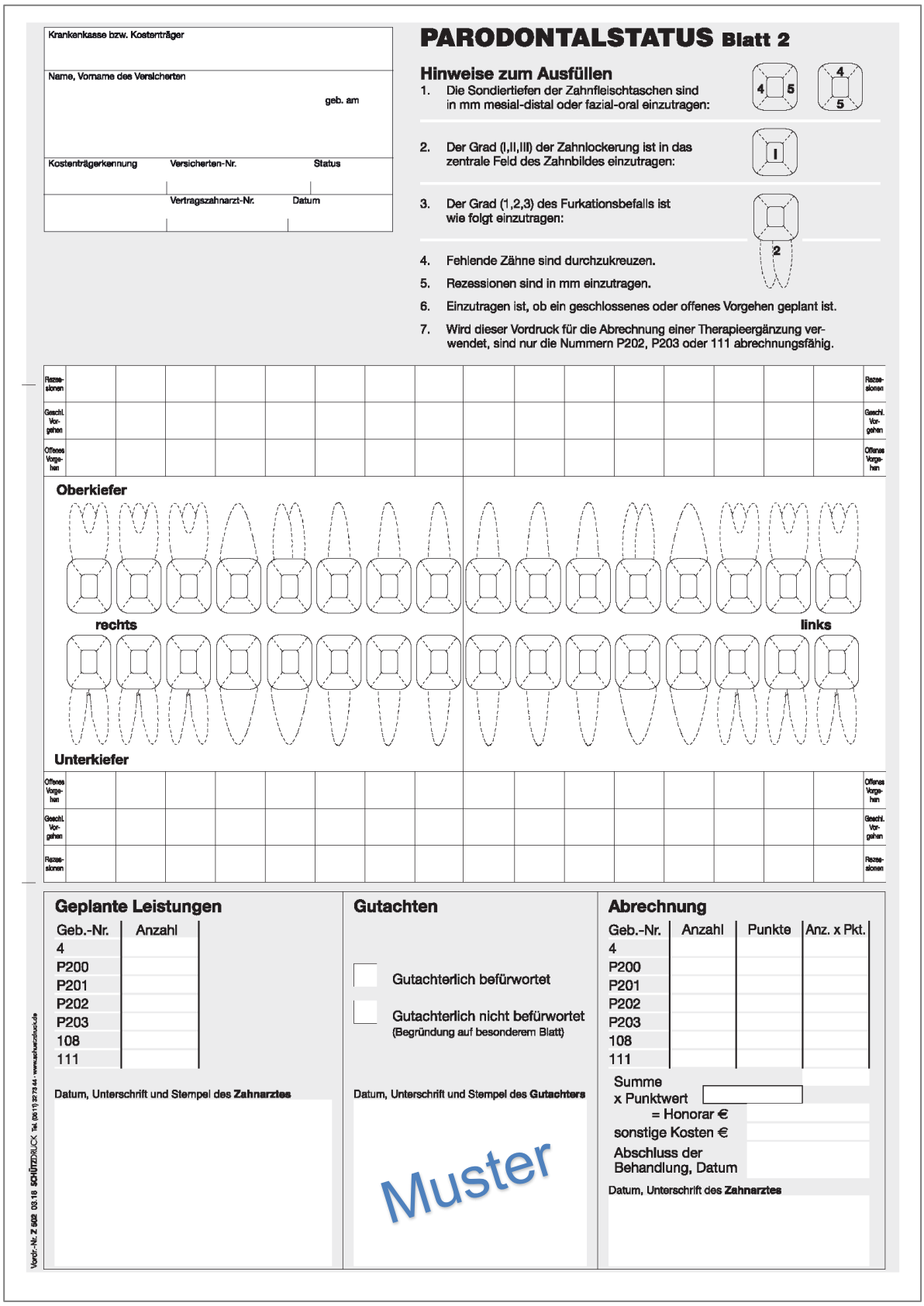
Muster

SCHÜTZDRUCK Tel. (05 11) 32 73 44 · www.schuetzdruck.de
Vordr.-Nr. Z 501 03.18

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 5b: Parodontalstatus Blatt 2

Gültig ab 01.07.2018



Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Vertragszahnarzt-Nr. | Datum

PARODONTALSTATUS Blatt 2

Hinweise zum Ausfüllen

1. Die Sondiertiefen der Zahnfleischtaschen sind in mm mesial-distal oder fazial-oral einzutragen:
2. Der Grad (I,II,III) der Zahnlockerung ist in das zentrale Feld des Zahnbildes einzutragen:
3. Der Grad (1,2,3) des Furkationsbefalls ist wie folgt einzutragen:
4. Fehlende Zähne sind durchzukreuzen.
5. Rezessionen sind in mm einzutragen.
6. Einzutragen ist, ob ein geschlossenes oder offenes Vorgehen geplant ist.
7. Wird dieser Vordruck für die Abrechnung einer Therapieergänzung verwendet, sind nur die Nummern P202, P203 oder 111 abrechnungsfähig.

Rezessionen | Geschl. Vorgehen | Offenes Vorgehen

Oberkiefer

rechts **links**

Unterkiefer

Offenes Vorgehen | Geschl. Vorgehen | Rezessionen

Geplante Leistungen

Geb.-Nr.	Anzahl
4	
P200	
P201	
P202	
P203	
108	
111	

Datum, Unterschrift und Stempel des **Zahnarztes**

Gutachten

☐ Gutachterlich befürwortet

☐ Gutachterlich nicht befürwortet (Begründung auf besonderem Blatt)

Datum, Unterschrift und Stempel des **Gutachters**

Muster

Abrechnung

Geb.-Nr.	Anzahl	Punkte	Anz. x Pkt.
4			
P200			
P201			
P202			
P203			
108			
111			

Summe x Punktwert

= Honorar €

sonstige Kosten €

Abschluss der Behandlung, Datum

Datum, Unterschrift des **Zahnarztes**

Vordr.-Nr. Z 502 03.18 SCHÜTZDRUCK Tel. (0511) 32 73 44 · www.schutzdruck.de

Originalgröße: DIN A 4

Vordruck 6a: Auftrag zur Begutachtung

Gültig ab 01.07.2018

Name und Anschrift der Krankenkasse

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

Auftrag zur Begutachtung

Name und Anschrift des Gutachters

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

Wir bitten um Begutachtung der

Zutreffendes ankreuzen

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

Wir bitten um gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:

Muster

_____

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

Hinweis an den Zahnarzt:

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

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 6b: Ergebnis Begutachtung (KB/KG, PAR, ZE)

Gültig ab 01.04.2017

Name und Anschrift der Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Versichertennummer	

Begutachtung prothetische oder parodontale Behandlung, Kiefergelenkserkrankungen

Die Erstellung des Gutachtens über

- ☐ die vorgesehene prothetische Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan vom _____
- ☐ ausgeführte prothetische Leistungen vom _____
- ☐ den PAR-Behandlungsplan nach dem PAR-Status vom _____
- ☐ die PAR-Therapieergänzung vom _____
- ☐ die Behandlungsplanung bei Kiefergelenkserkrankungen vom _____

erfolgte am _____ Untersuchung des Patienten am _____

Das Feld **„Befund"** ist nur auszufüllen, wenn Abweichungen vom Heil- und Kostenplan festgestellt werden.
Das Feld **„Ausgeführte Versorgung"** ist nur auszufüllen, wenn Frage 3 des Ergebnisses mit „nein" beantwortet wird.

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

Erläuterung
Befund
a = Adhäsivbrücke (Anker)
ab = Adhäsivbrücke (Brückenglied)
aw = erneuerungsbed. Adhäsivbrücke (Anker)
abw= erneuerungsbed. Adhäsivbrücke (Brückenglied)
b = Brückenglied
e = ersetzter Zahn
ew = ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn
f = fehlender Zahn
i = Implantat mit inkaker Suprakonstruktion
ix = zu entfernendes Implantat
k = klinisch intakte Krone
kw = erneuerungsbedürftige Krone
pw = erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten
r = Wurzelstiftkappe
rw = erneuerungsbed. Wurzelstiftkappe
sw = erneuerungsbed. Suprakonstrukt.
t = Teleskop
tw = erneuerungsbed. Teleskop
ur = unzureichende Retention
ww = erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung
x = nicht erhaltungswürdiger Zahn
X = Lückenschluss

Erläuterung **Ausgeführte Versorgung**
A = Adhäsivbrücke (Anker)
ABV= Adhäsivbrücke (Brückenglied mit vestibulärer Verblendung)
ABM= Adhäsivbrücke (Brückenglied, vollkeramisch oder keramisch vollverblendet)
B = Brückenglied
E = Zu ersetzender Zahn
H = gegossene Halte- und Stützvorrichtung
K = Krone
M = Vollkeramische oder keramisch voll verblendete Restauration
O = Geschiebe, Steg, etc.
PK = Teilkrone
R = Wurzelstiftkappe
S = implantatgetragene Suprakonstruktion
T = Teleskopkrone
V = Vestibuläre Verblendung

Ergebnis

1. Der Heil- und Kostenplan, der PAR-Behandlungsplan/-Therapieergänzung, der Behandlungsplan bei Kiefergelenkserkrankungen wird befürwortet	☐ ja	☐ teilweise	☐ nein
2. Die ausgeführten prothetischen Leistungen sind frei von Fehlern und Mängeln	☐ ja		☐ nein
3. Die ausgeführte prothetische Versorgung entspricht dem genehmigten Heil- und Kostenplan	☐ ja		☐ nein

Begründung (falls der Platz nicht ausreicht, bitte ein weiteres Blatt nutzen)

Name und Anschrift des Zahnarztes

Muster

Stempel des Gutachters / Ort, Datum / Unterschrift

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 6c: Ergebnis Begutachtung (KFO)

Gültig ab 2016

Name und Anschrift der Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Versichertennummer	

Begutachtung kieferorthopädische Behandlung

Die Erstellung des Gutachtens über

☐ KFO-Behandlungsplan vom _____ ☐ KFO-Verlängerungsantrag vom _____

☐ KFO-Therapieänderung vom _____ ☐ KIG-Einstufung vom _____

☐ KFO-Antrag auf nachträgliche Leistungen vom _____

erfolgte am _____ Untersuchung des Patienten am _____

Ergebnis

1. Der KFO-Behandlungsplan wird befürwortet	☐ ja	☐ mit Einschränkung	☐ nein
2. Der KFO-Verlängerungsantrag wird befürwortet	☐ ja	☐ mit Einschränkung Quartale _____	☐ nein
3. Die KFO-Therapieänderung wird befürwortet	☐ ja	☐ mit Einschränkung	☐ nein
4. Die Einstufung nach der kieferorthopädischen Indikationsgruppe (KIG) ist korrekt	☐ ja		☐ nein, welche_____
5. Der KFO-Antrag auf nachträgliche Leistungen wird befürwortet	☐ ja	☐ mit Einschränkung	☐ nein
6. Die Material- und Laborkosten sind angemessen	☐ ja		☐ nein, Höhe _____

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

Name und Anschrift des Zahnarztes

Muster

_____

Stempel des Gutachters / Ort, Datum / Unterschrift

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 6d: Abrechnung Begutachtung

Gültig ab 2016

Name und Anschrift der Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Versichertennummer	

Abrechnung der Begutachtung

Die Erstellung des Gutachtens über

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

erfolgte am _____ Untersuchung des Patienten am _____

Kostenabrechnung des Gutachters

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

Überweisung erbeten unter Angabe der Rechnungsnummer _____

Bankverbindung oder IK[2] _____

IBAN _____

Steuer-Nr._____

Muster

_____ _____

Ort, Datum Stempel, Unterschrift des Gutachters

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

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

Originalgröße: DIN A4

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

Gültig ab 2000

Auftrag zur Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)

Name und Anschrift des Gutachters

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

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

Eine Durchschrift dieses Auftrages ist dem behandelnden Zahnarzt übersandt worden.

Weiterhin bitten wir um eine gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:

Name und Anschrift des Zahnarztes

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

Muster

Datum

Stempel der Krankenkasse und Unterschrift

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

2. Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen

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

3. Gesamtbeurteilung des Zahnarztes	Ja	Nein
Eine Ausnahmeindikation für implantologische Leistungen nach Abschnitt VII der Richtlinien liegt vor	☐	☐
Die konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate ist möglich	☐	☐

_____
Datum, Unterschrift des Zahnarztes

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

Begründung (ggf. auf gesondertem Blatt):

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

Zahnstatus ausfüllen, falls von Angaben des Zahnarztes abgewichen wird

_____
Datum, Unterschrift des Gutachters

Muster

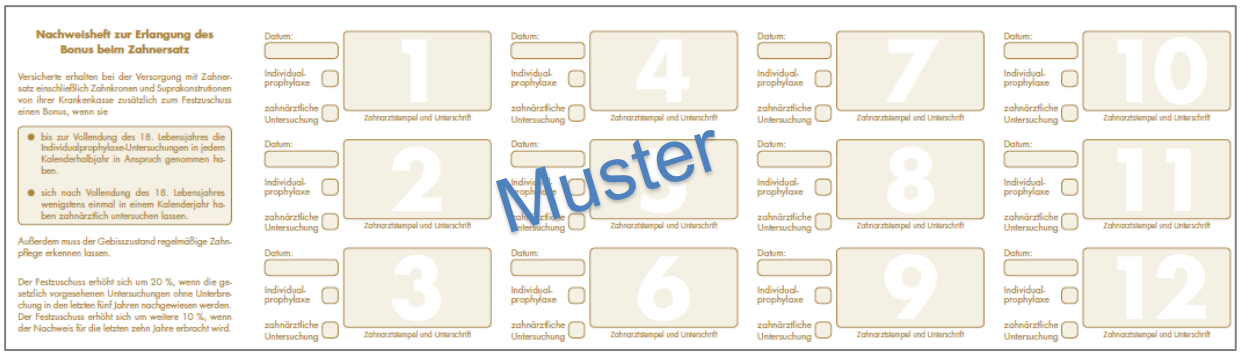
Originalgröße: DIN A4

Vordruck 8: Bonusheft

Gültig ab 1989

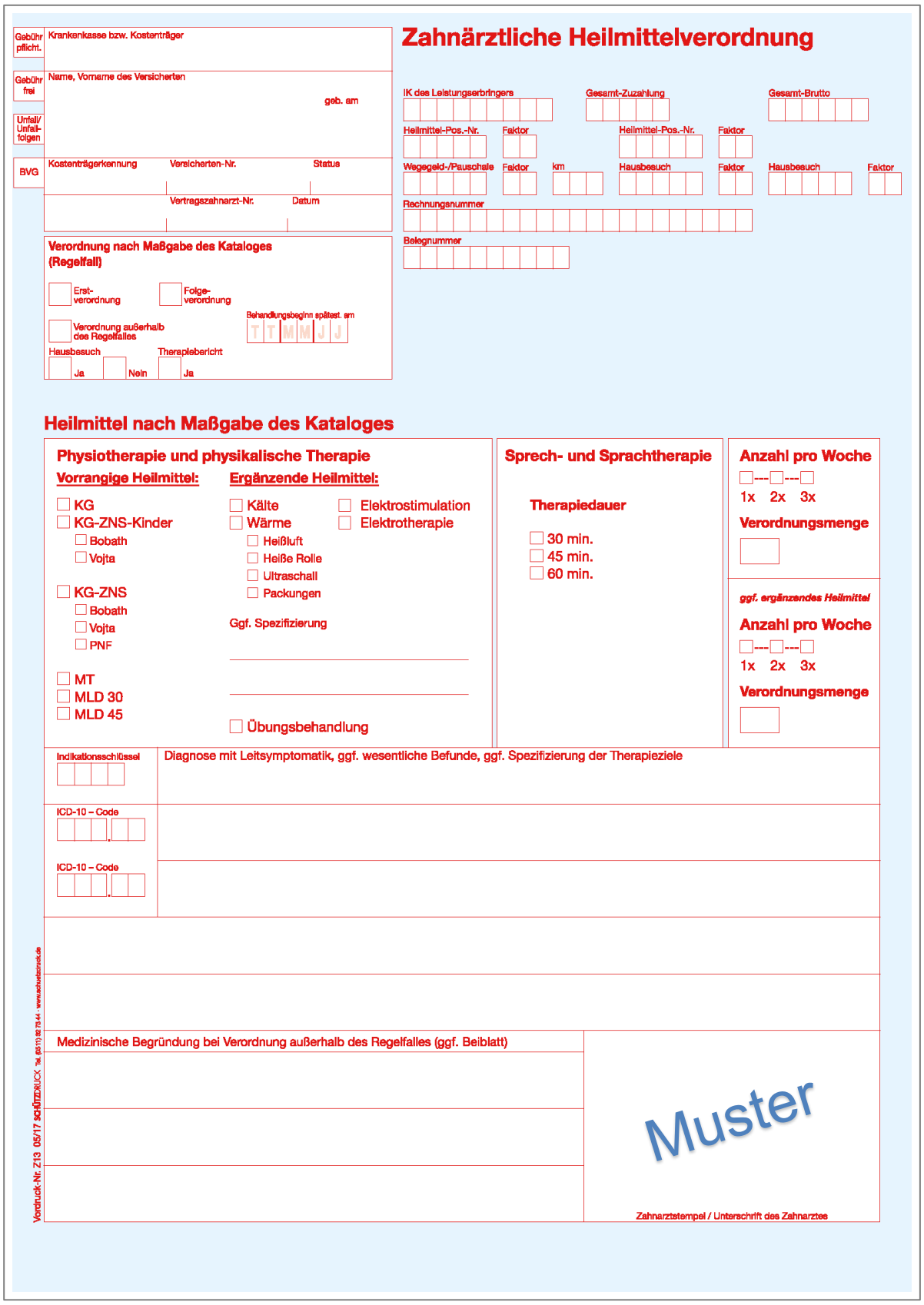
Vorderseite

Rückseite



Vordruck 9: Zahnärztliche Heilmitteilverordnung, Vorderseite

Gültig ab 01.07.2017



Originalgröße: DIN A4

Vordruck 9: Zahnärztliche Heilmitteilverordnung, Rückseite

Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

☐ Die verordnete Behandlung wird genehmigt.

☐ Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.

Datum T T M M J J

Begründung bei Ablehnung

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

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

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

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

☐ Behandlungsabbruch am Datum T T M M J J

Nach Rücksprache mit dem Zahnarzt:

☐ Abweichung von der Frequenz

Begründung:

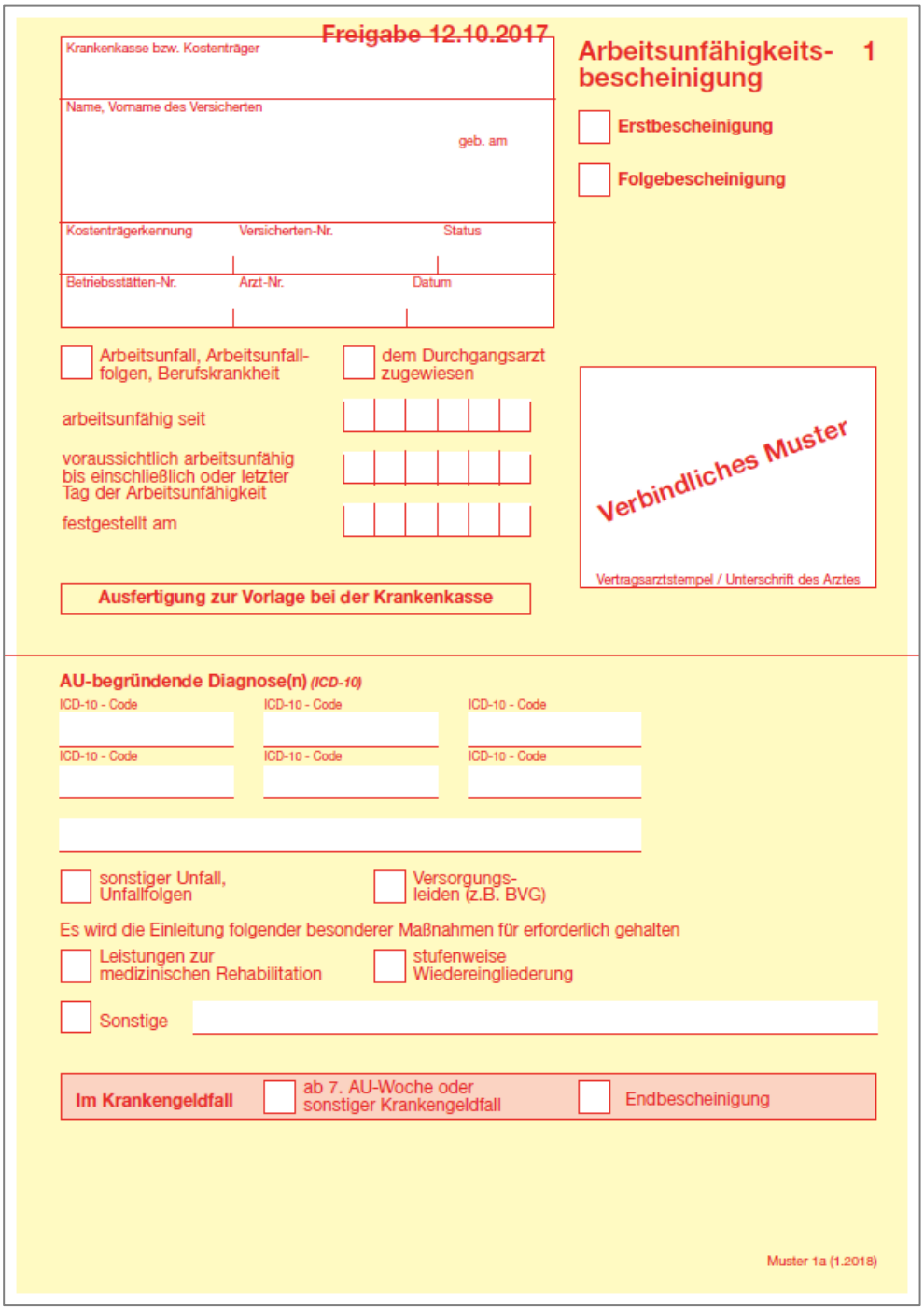
Muster

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Originalgröße: DIN A4

Muster 1: **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung**

Muster 1a: Ausfertigung für die Krankenkasse



Freigabe 12.10.2017

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Arbeitsunfähigkeits-bescheinigung 1

☐ **Erstbescheinigung**

☐ **Folgebescheinigung**

☐ Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-folgen, Berufskrankheit

☐ dem Durchgangsarzt zugewiesen

arbeitsunfähig seit

voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit

festgestellt am

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

☐ Versorgungs-leiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

☐ Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

☐ stufenweise Wiedereingliederung

☐ Sonstige

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

Muster 1a (1.2018)

Originalgröße: DIN A5 hoch

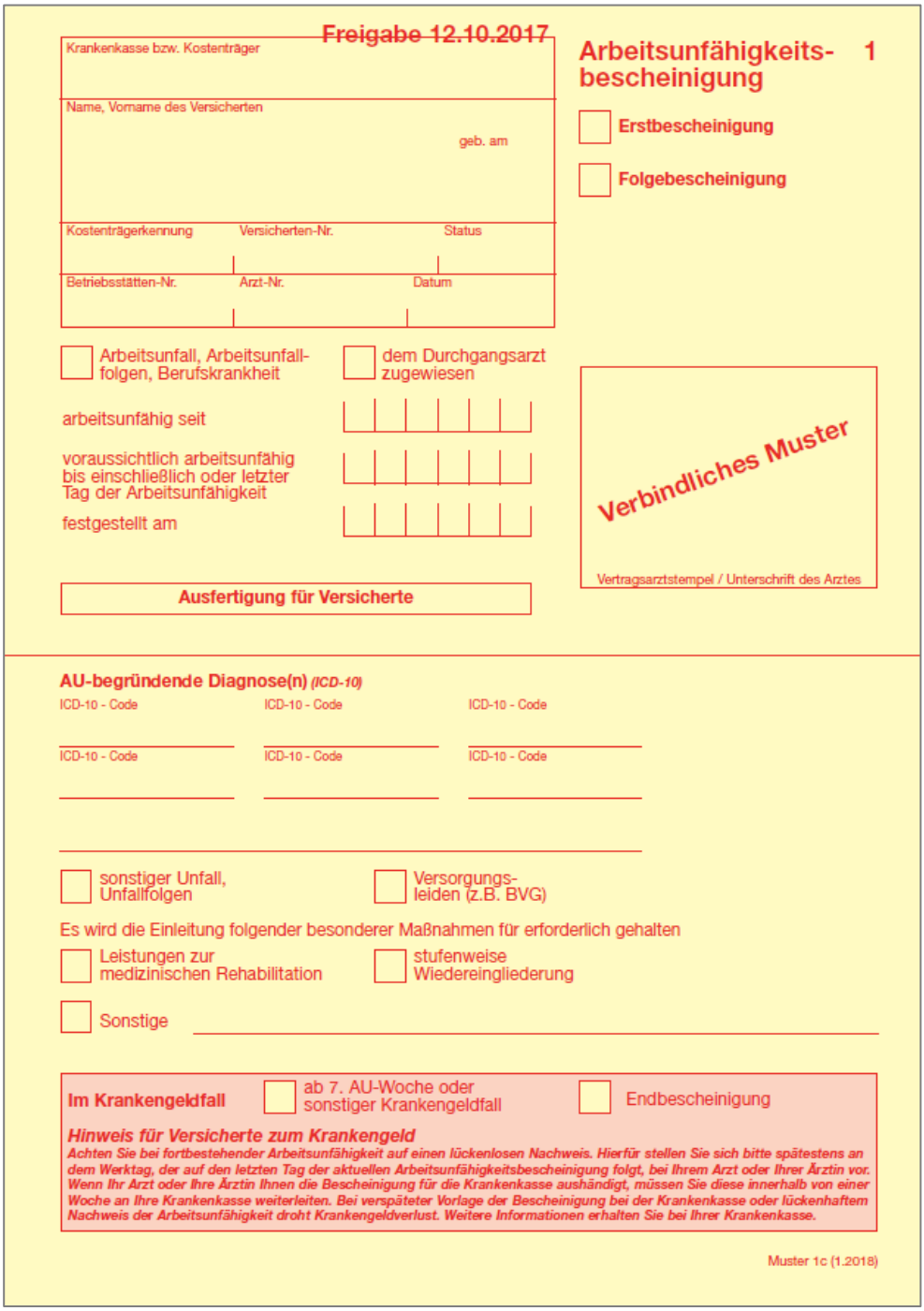
Muster 1: **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung**

Muster 1b: Ausfertigung für den Arbeitgeber

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

Arbeitsunfähigkeits-bescheinigung 1

☐ **Erstbescheinigung**

☐ **Folgebescheinigung**

☐ Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-folgen, Berufskrankheit

☐ dem Durchgangsarzt zugewiesen

arbeitsunfähig seit

voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit

festgestellt am

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für Versicherte

AU-begründende Diagnose(n) *(ICD-10)*

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

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

☐ sonstiger Unfall, Unfallfolgen

☐ Versorgungs-leiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

☐ Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

☐ stufenweise Wiedereingliederung

☐ Sonstige

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

Hinweis für Versicherte zum Krankengeld

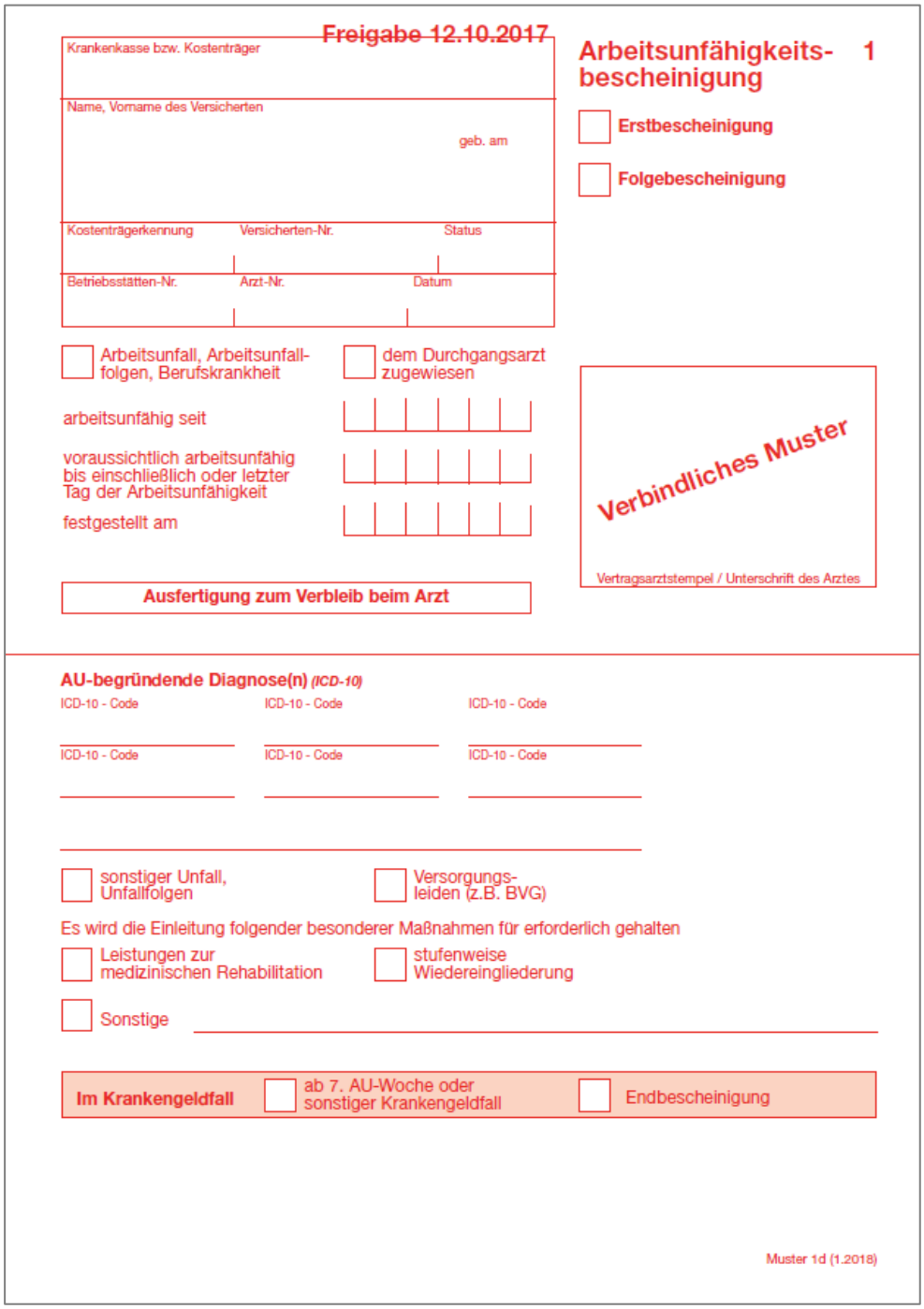
Achten Sie bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit auf einen lückenlosen Nachweis. Hierfür stellen Sie sich bitte spätestens an dem Werktag, der auf den letzten Tag der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung folgt, bei Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin vor. Wenn Ihr Arzt oder Ihre Ärztin Ihnen die Bescheinigung 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-bescheinigung 1

Erstbescheinigung

Folgebescheinigung

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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 1d (1.2018)

Originalgröße: DIN A5 hoch

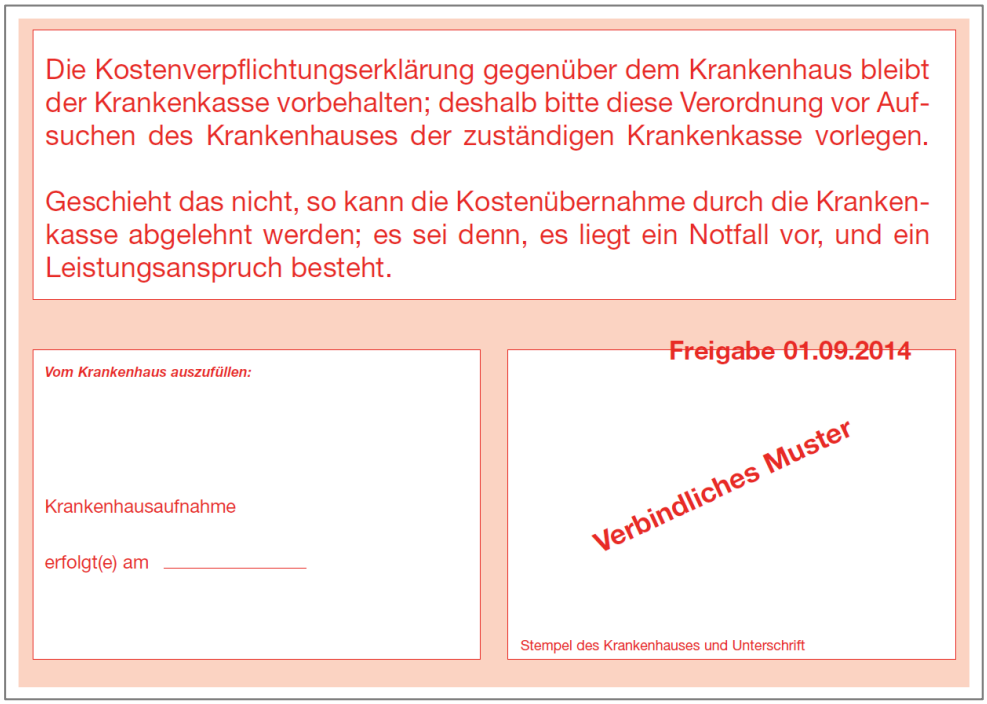
Muster 2: **Verordnung von Krankenhausbehandlung**

Muster 2a: Ausfertigung für die Krankenkasse, Vorderseite

Originalgröße: DIN A6 quer

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

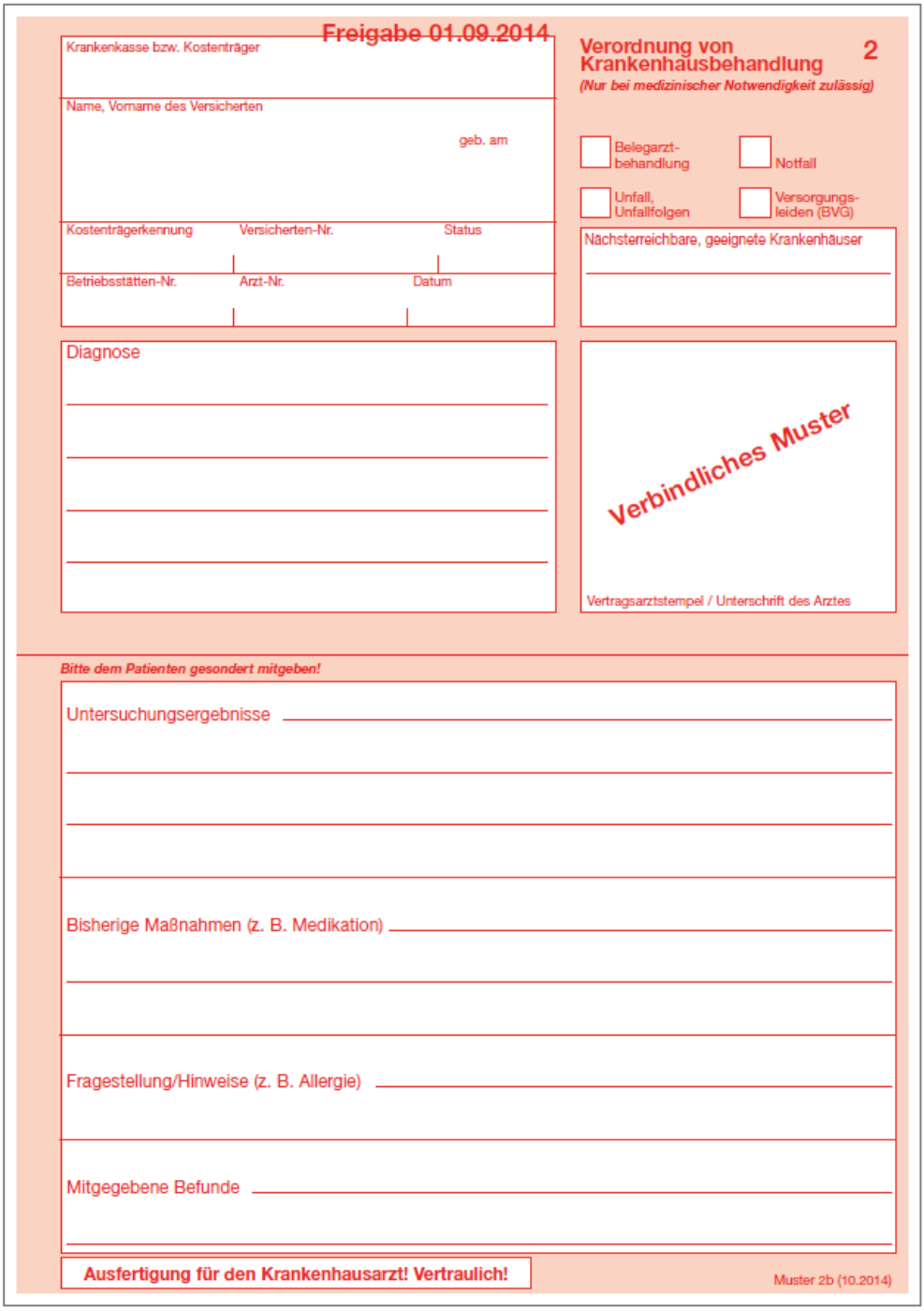
Muster 2a: Ausfertigung für die Krankenkasse, Rückseite



Originalgröße: DIN A6 quer

Muster 2: **Verordnung von Krankenhausbehandlung**

Muster 2b: Ausfertigung für den Krankenhausarzt


Freigabe 01.09.2014

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Verordnung von Krankenhausbehandlung 2

(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)

☐ Belegarzt-behandlung ☐ Notfall

☐ Unfall, Unfallfolgen ☐ Versorgungs-leiden (BVG)

Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser

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

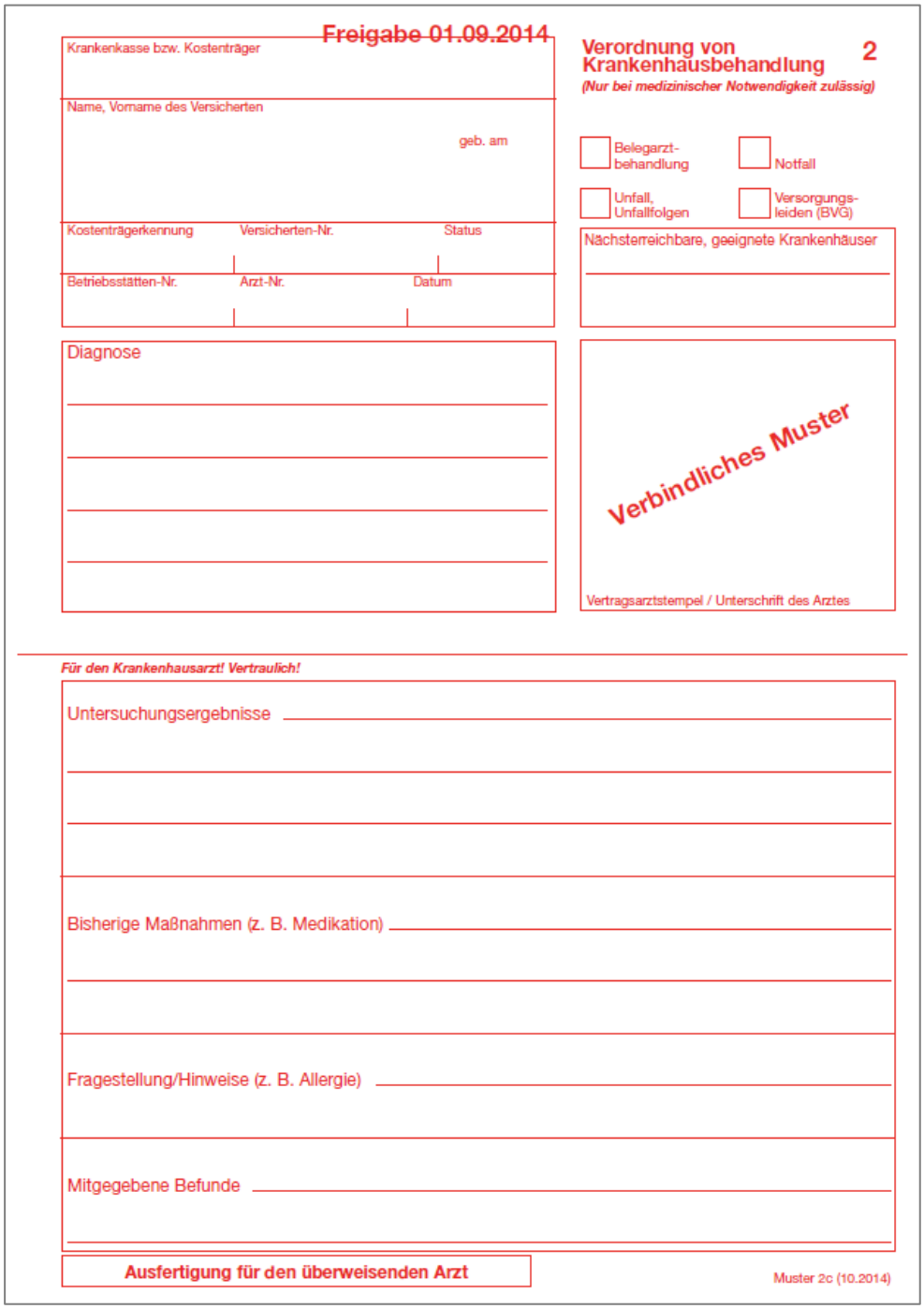
Ausfertigung für den Krankenhausarzt! Vertraulich!

Muster 2b (10.2014)

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 2: **Verordnung von Krankenhausbehandlung**

Muster 2c: Ausfertigung für den einweisenden Zahnarzt



Freigabe 01.09.2014

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Verordnung von Krankenhausbehandlung 2

(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)

☐ Belegarzt-behandlung ☐ Notfall

☐ Unfall, Unfallfolgen ☐ Versorgungs-leiden (BVG)

Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser

Diagnose

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für den Krankenhausarzt! Vertraulich!

Untersuchungsergebnisse

Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation)

Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie)

Mitgegebene Befunde

Ausfertigung für den überweisenden Arzt

Muster 2c (10.2014)

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 4: Verordnung einer Krankenbeförderung, Vorderseite

Freigabe 01.09.2014

Verordnung einer Krankenbeförderung 4

Gebühr frei / Gebühr pflicht. — Krankenkasse bzw. Kostenträger; Name, Vorname des Versicherten; geb. am; Kostenträgerkennung; Versicherten-Nr.; Status; Betriebsstätten-Nr.; Arzt-Nr.; Datum

Mitteilung von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden gemäß § 294a SGB V: Unfall, Unfallfolgen; Arbeitsunfall, Berufskrankheit; Versorgungsleiden (BVG u.a.); sonstiger Schaden

1. Hauptleistung

A) im Krankenhaus: Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär; Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär; Behandlungsdaten

B) ambulante Operation: ambulante Operation gem. § 115b SGB V; Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation; Datum T T M M J J; Behandlungsdaten

C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen): beim Vertragsarzt; im Krankenhaus; sonstige

Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V:

Hochfrequente Behandlung: gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie); vergleichbarer Ausnahmefall wegen; voraussichtliche Behandlungsfrequenz: X pro Woche über Monate; ggf. Zeitraum der Serienverordnung

Dauerhafte Mobilitätseinschränkung: Merkzeichen „aG", „Bl", „H" oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt; vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10); voraussichtliche Behandlungsdauer:

2. Beförderungsmittel: Taxi, Mietwagen; Krankentransportwagen; Rettungswagen; Notarztwagen; andere

Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10)

Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich: nein; Tragestuhl; Nicht umsetzbar aus Rollstuhl; liegend; andere

Von / Nach: Wohnung; Arztpraxis; Krankenhaus; andere Beförderungswege

Hinfahrt; Rückfahrt; Wartezeit (Dauer):; Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer):

Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig: nein; ja, folgende:

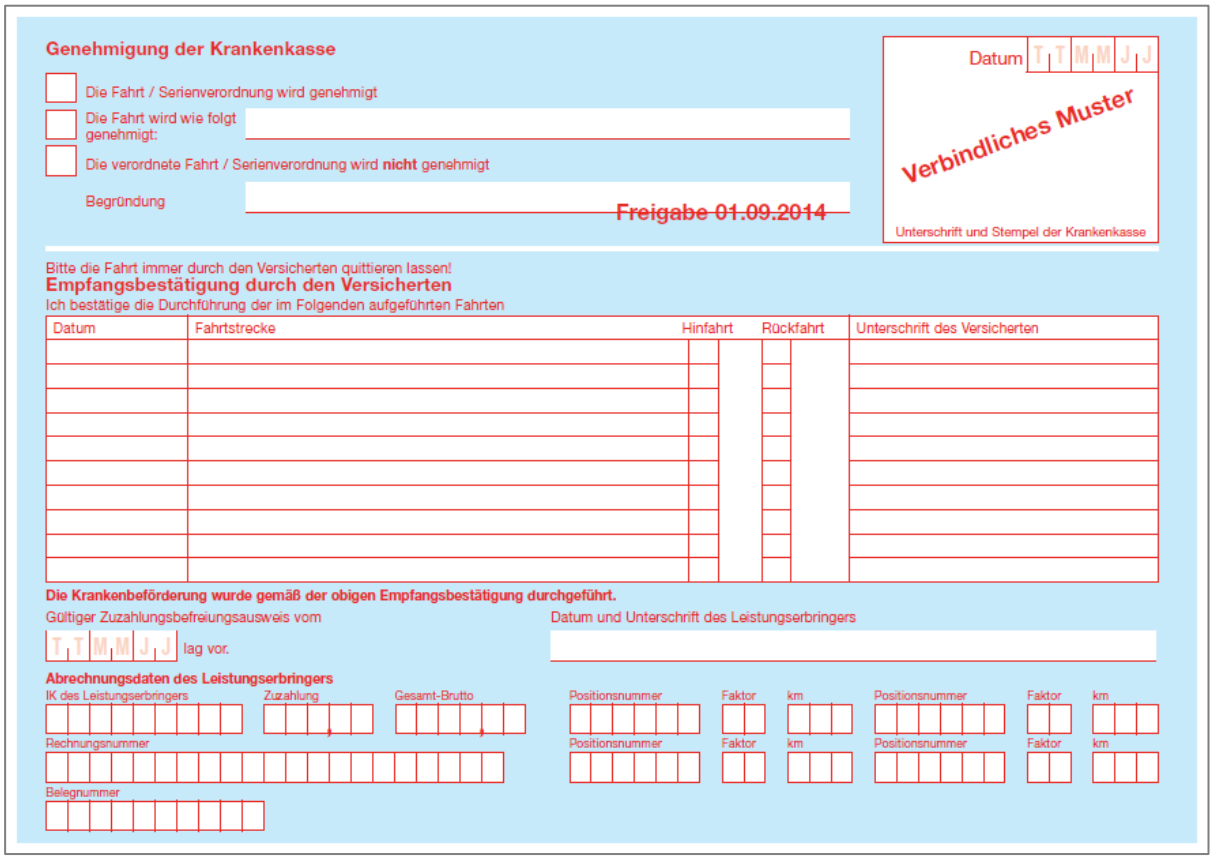
Verbindliches Muster

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

Muster 4 (10.2014)

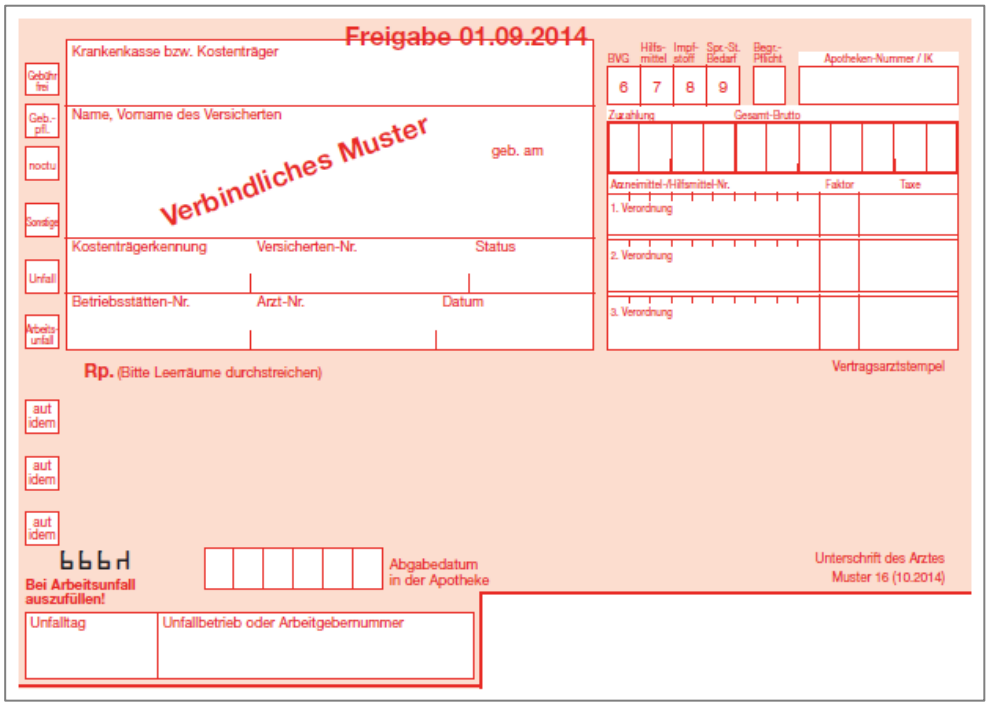
Originalgröße: DIN A5 quer

Muster 4: Verordnung einer Krankenbeförderung, Rückseite



Originalgröße: DIN A5 quer

Muster 16: Arzneiverordnungsblatt

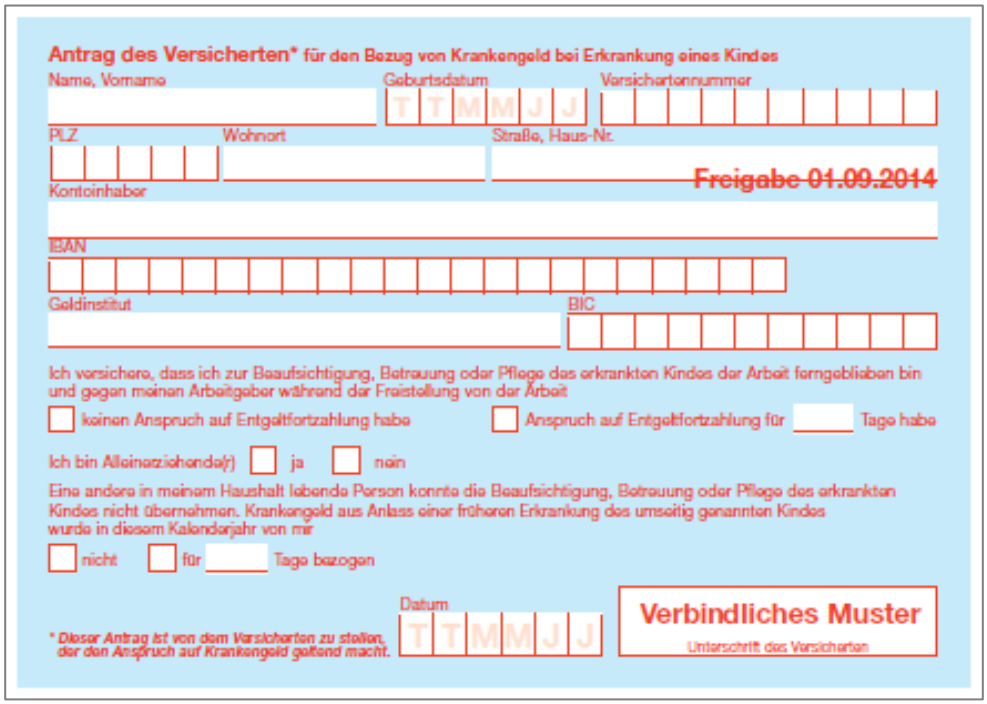


Originalgröße: DIN A6 quer

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

Originalgröße: DIN A6 quer

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



Antrag des Versicherten* für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

Name, Vorname | Geburtsdatum T T M M J J | Versichertennummer

PLZ | Wohnort | Straße, Haus-Nr.

~~Freigabe 01.09.2014~~

Kontoinhaber

IBAN

Geldinstitut | BIC

Ich versichere, dass ich zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes der Arbeit ferngeblieben bin und gegen meinen Arbeitgeber während der Freistellung von der Arbeit

☐ keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung habe ☐ Anspruch auf Entgeltfortzahlung für ____ Tage habe

Ich bin Alleinerziehende(r) ☐ ja ☐ nein

Eine andere in meinem Haushalt lebende Person konnte die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes nicht übernehmen. Krankengeld aus Anlass einer früheren Erkrankung des umseitig genannten Kindes wurde in diesem Kalenderjahr von mir

☐ nicht ☐ für ____ Tage bezogen

Datum T T M M J J

Verbindliches Muster

Unterschrift des Versicherten

* *Dieser Antrag ist von dem Versicherten zu stellen, der den Anspruch auf Krankengeld geltend macht.*

Originalgröße: DIN A6 quer

Anlage 14b

Erläuterungen und Ausfüllhinweise zu den Formularen

der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

in der Fassung vom 25.04.2018

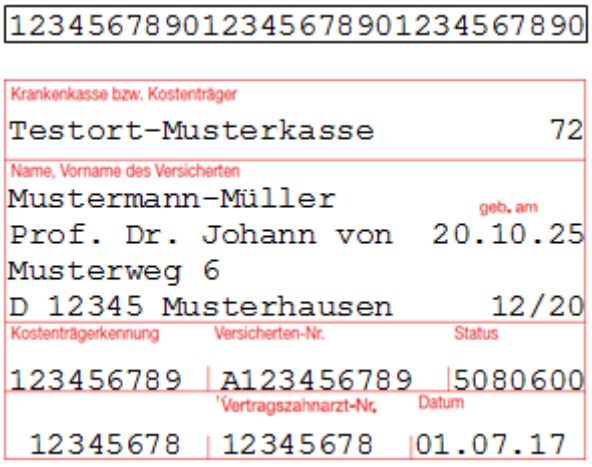
Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

A. Allgemeines

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

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

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



Schriftart:
Courier (New), NLQ

Zeichendichte:
10 Zeichen/Zoll

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

WOP: wenn bei Ersatzverfahren unbekannt: leer

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

Zeile 2: Nachname

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

Zeile 4: Straßenname, Hausnummer

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

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

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

Zeile 7: Vertragszahnarztnummer, Vertragszahnarztnummer, Datum

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

Es gelten die nachfolgenden Druckvorschriften:

Druck-zeile	**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 Vorsatz-wort(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

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

3. Die Verwendung von Vordrucken und Mustern außerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung ist unzulässig.

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

5. Die Vordrucke sind vollständig, sorgfältig und leserlich auszufüllen, vom Zahnarzt mit dem Vertragszahnarztstempel zu versehen und persönlich zu unterzeichnen. Die Unterschrift darf nicht mittels roter Farbe erfolgen.

6. Bei der Ausstellung der Vordrucke kann auf die Verwendung des Vertragszahnarztstempels verzichtet werden, wenn dessen Inhalt an der für die Stempelung vorgesehenen Stelle bereits aufgedruckt ist. Bei der Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen kann auf den hierfür vorgesehenen Vordrucken, wenn die Erstellung der Abrechnung mittels EDV erfolgt, der Inhalt des Vertragszahnarztstempels an der dafür vorgesehenen Stelle eingedruckt werden.

7. Bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen können nur die Muster 1 (Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung), 4 (Verordnung einer Krankenbeförderung) und 16 (Arzneiverordnungsblatt) verwendet werden. Das Ankreuzfeld „sonstiger Unfall, Unfallfolgen“

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

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

B. Erläuterungen und Ausfüllhinweise zu Formularen aus dem vertragszahnärztlichen Bereich

Vordruck 2 - Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch

Ausfüllhinweise:

1. Im Feld „Behandlungsplan für“ ist anzukreuzen, ob es sich um eine Kiefergelenkserkrankung oder um einen Kieferbruch handelt.

2. Bei einem Kieferbruch sind Angaben über Ort, Zeit und Ursache des Unfalls sowie Art der Verletzung in dem dafür vorgesehenen Feld zu machen.

3. Bei einer Kiefergelenkserkrankung sind die Anamnese, die Befunde und die Diagnose in dem dafür vorgesehenen Feld anzugeben.

4. Im Feld „Vorgesehene Behandlung“ sind Leistungen einzutragen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der durchzuführenden Behandlung bei Kieferbruch oder einer Kiefergelenkserkrankung erfolgen, wie z. B. Verbandsplatten, Schienungen oder Aufbissbehelfe sowie die für diese Behandlung erforderlichen konservierend-chirurgischen Leistungen.

5. Die Felder „Stationäre Behandlung Krankenhaus“ und „Voraussichtliche Dauer“ können frei bleiben.

Vordruck 3a - Heil- und Kostenplan Teil 1

Vordruck 3b - Heil- und Kostenplan Teil 2

Erläuterungen und Ausfüllhinweise zum Heil- und Kostenplan

Vorwort

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

2. Der Heil- und Kostenplan/Teil 1 (Vordruck 3a) ist mit Blindfarbe bedruckt und maschinenlesbar gestaltet.

3. Teil 2 ist nicht maschinenlesbar.

Aufklärungspflicht des Zahnarztes gegenüber dem Patienten

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

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

Einzuhaltendes Verfahren

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

- Nach dem Gesetz darf der Zahnarzt keine Gebühr für die Planung oder Erstellung des Heil -und Kostenplans vom Versicherten verlangen.

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

- Der Heil- und Kostenplan (Teil 1 und Teil 2/Vordruck 3a und 3b) ist vor Beginn der Behandlung der Krankenkasse vorzulegen. Die Krankenkasse prüft den Heil- und Kostenplan insgesamt. Die Krankenkasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen. Ohne vorherige Bewilligung der Krankenkasse erhält der Versicherte keinen Festzuschuss. Für Wiederherstellungen/Erneuerungen können gesamtvertragliche Vereinfachungen des Bewilligungsverfahrens bestehen.

Heil- und Kostenplan – Ausfüllhinweise

A. Teil 1

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

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

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

Bei der Ermittlung der Anzahl der fehlenden Zähne für die Befundklasse 2 zählt ein Lückenschluss nicht als fehlender Zahn und hat keine Auswirkung auf das Vorliegen einer Freiendsituation. 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 Prämolar an der Stelle eines fehlenden ersten Prämolaren steht.

1. B – Befund

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

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

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

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

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

2. R – Regelversorgung

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

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

3. TP – Therapieplanung

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

Gleich- und andersartige Leistungen

Zahnärztliche Leistungen:

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

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

Gleichartiger Zahnersatz liegt vor, wenn dieser die Regelleistung beinhaltet und zusätzliche Zahnersatz-Leistungen hinzukommen. Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Absatz 2 SGB V hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Absatz 2 Satz 10 SGB V 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 Versorgungen an, wird das sich aus Heil- und Kostenplan/Teil 2 (Vordruck 3b) ergebende geschätzte GOZ-Honorar in EUR angegeben. Dabei ist nur der Honorarbetrag für die prothetischen Leistungen einzutragen, nicht jedoch eventuell anfallende Beträge für zusätzliche, nicht festzuschussfähige Leistungen, wie implantologische oder funktionsdiagnostische Maßnahmen.

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

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

5. Nr. 5: Behandlungskosten insgesamt (geschätzt)

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

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

IV. Zuschussfestsetzung

(von der Krankenkasse auszufüllen)

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

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

Die Krankenkasse setzt die jeweiligen Festzuschüsse fest. Des Weiteren trägt sie ein, ob „00“, „20“ oder „30“ Prozent Vorsorge-Bonus in den Festzuschüssen enthalten ist. Bei Härtefällen kann das entsprechende Feld von der Krankenkasse angekreuzt oder mit den Buchstaben „HF“ versehen werden.

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

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

V. Rechnungsbeträge/EDV-mäßige Erstellung der Abrechnung

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

1. Zahnarzthonorar (BEMA siehe III)

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

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

2. Zahnarzthonorar zusätzliche Leistungen BEMA

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

4. Material- und Laborkosten Gewerblich

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

5. Material- und Laborkosten Praxis

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

6. Versandkosten Praxis

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

7. Gesamtsumme

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

8. Festzuschuss Kasse

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

Härtefall:

Versicherte, die gemäß § 55 Absatz 2 SGB V unzumutbar belastet würden und eine Regelversorgung wählen, erhalten grundsätzlich den doppelten Festzuschuss bzw. höchstens die tatsächlichen Kosten. Deckt der doppelte Festzuschuss die tatsächlichen Kosten nicht ab, übernimmt die Krankenkasse auch die zusätzlichen Kosten.

Wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- und/oder andersartigen Zahnersatz, erhalten sie maximal den doppelten Festzuschuss.

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

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

Daher sind diese Mehrkosten von den tatsächlichen Gesamtkosten abzuziehen. Der sich daraus ergebende Betrag ist der anzusetzende Festzuschuss. Der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI) hat zugesagt, gegenüber seinen Mitgliedern die

Empfehlung auszusprechen, dass ein gesonderter Ausweis der Edelmetallkosten erfolgen soll. Die Mehrkosten ergeben sich aus der Differenz der Kosten für die jeweils verwendete Edelmetalllegierung oder Reinmetall abzüglich der für die jeweilige Regelversorgung vorgesehenen NEM-Abrechnungsbeträge inkl. MwSt. Der errechnete Betrag ist in Nr. 8 einzutragen.

Beispiel:

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

Direktabrechnung:

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

9. Versichertenanteil

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

VI. Sonstige Angaben

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

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

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

B. Teil 2 (Vordruck 3b)

Teil 2 des Heil- und Kostenplans (Vordruck 3b) ist vom Zahnarzt nur bei gleich- und andersartigen Versorgungen, 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 Versorgungen erfolgt über die KZVen grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung.

Handelt es sich um 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 Versorgungen, erfolgt eine Direktabrechnung mit dem Versicherten. Teil 1 (Vordruck 3a) des Heil- und Kostenplans ist bei andersartigen Versorgungen der Versichertenrechnung beizufügen. Die Gesamtvertragspartner können eine andere prozentuale Grenze als 50 v. H. vereinbaren.

Bei Härtefällen wird auch der über dem doppelten Festzuschuss liegende Betrag, den die Krankenkasse nur bei Regelversorgungen übernimmt, bis zur tatsächlichen Rechnungshöhe über die KZVen abgerechnet. Die Rechnungsstellung gegenüber dem Härtefall bleibt davon unberührt.

II. Eigenanteil

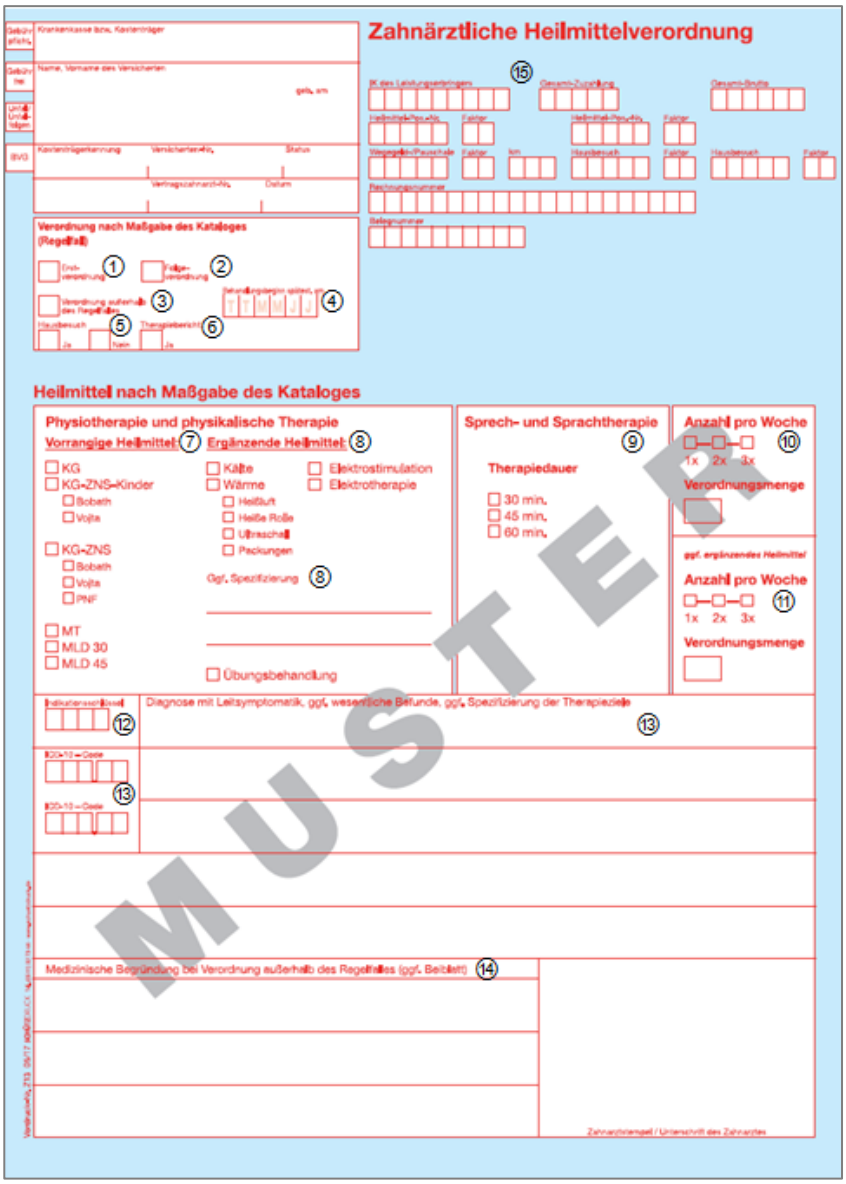
Der Versicherte erhält vom Zahnarzt eine Rechnung über die angefallenen Kosten für die einzelnen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen.

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

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

Vordruck 9 – Zahnärztliche Heilmittelverordnung

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:



① Erstverordnung ② Folgeverordnung ③ Verordnung außerhalb des Regelfalles

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

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

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

① Erstverordnung

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

② Folgeverordnung

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

③ Verordnung außerhalb des Regelfalles

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

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

Besonderheit bei der Verordnung außerhalb des Regelfalles

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

④ Behandlungsbeginn spätest. am

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

⑤ Hausbesuch

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

⑥ Therapiebericht

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

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

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

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

⑦ Vorrangige Heilmittel (Physiotherapie und physikalische Therapie)

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

⑧ Ergänzende Heilmittel (Physiotherapie und physikalische Therapie)

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

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

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

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

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

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

Es kann maximal ein ergänzendes Heilmittel verordnet werden.

⑨ Sprech- und Sprachtherapie: Therapiedauer pro Sitzung

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

⑩ Anzahl pro Woche und Verordnungsmenge

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

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

⑪ ggf. ergänzendes Heilmittel: Anzahl pro Woche und Verordnungsmenge

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

Besonderheit bei der Verordnung außerhalb des Regelfalles

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

⑫ Indikationsschlüssel

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

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

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

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

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

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

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

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

⑮ Felder für den Leistungserbringer

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

Rückseite oder Seite 2 des Vordruckes:

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

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

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

Muster 1 – Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Das Muster 1 besteht aus dem folgenden vierteiligen Formularsatz:

Muster 1a - Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 1b - Ausfertigung für den Arbeitgeber

Muster 1c - Ausfertigung für den Versicherten

Muster 1d - Ausfertigung für den Arzt/Zahnarzt

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

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

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

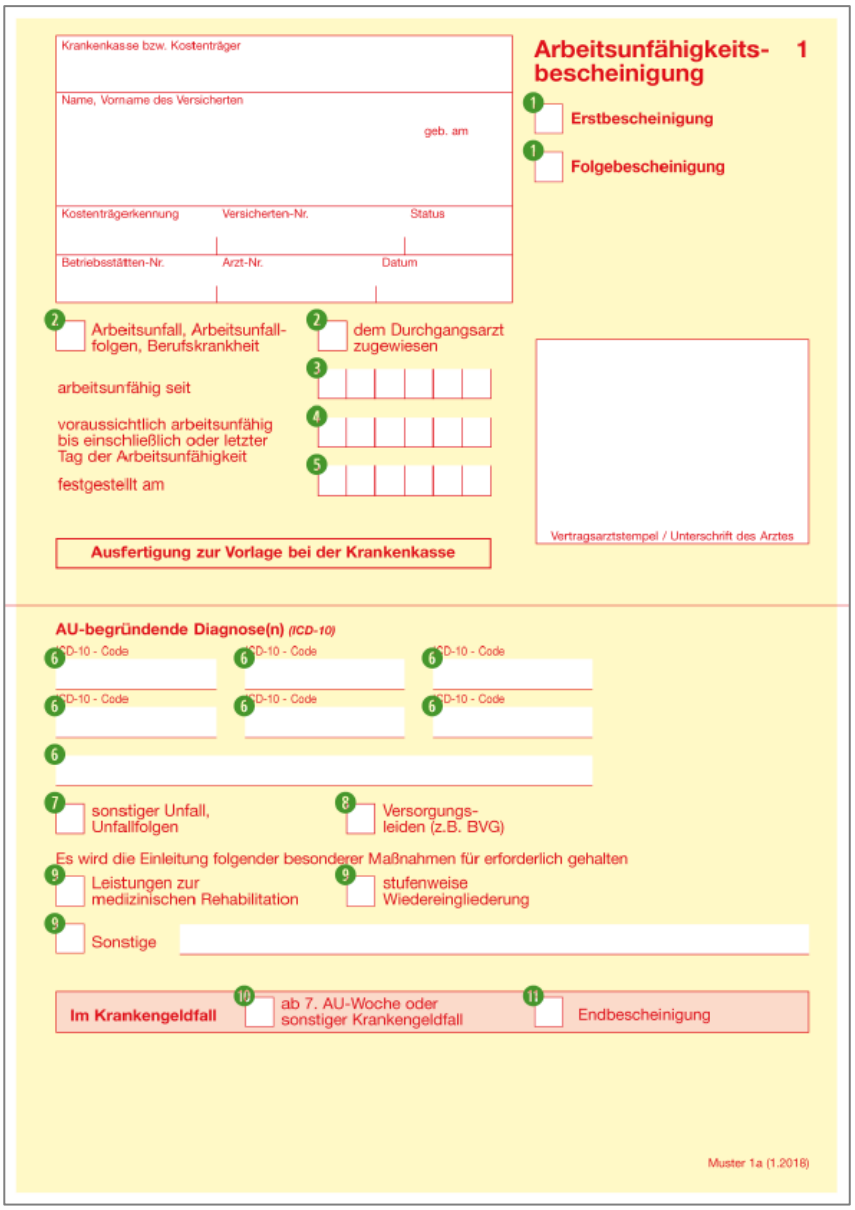
Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

❶ 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.

❷ 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.



❸ arbeitsunfähig seit

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

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

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

❹ voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit

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

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

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

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

❺ festgestellt am

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

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

❻ AU-begründende Diagnose(n)

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

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

❼ 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.

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

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

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

❾ Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

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

❿ 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.

⓫ 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 Krankenbeförderung

Hinweise:

1. Die Verordnung einer Krankenbeförderung ist nur auszustellen, wenn der Versicherte wegen Art und Schwere der Erkrankung nicht zu Fuß gehen, ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzen kann, die Benutzung eines privaten Pkw nicht in Betracht kommt und die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig ist.

2. Die für die Krankenbeförderung anfallenden Kosten sind erheblich. Daher ist darauf zu achten, dass die Auswahl des Beförderungsmittels nach dem Grundsatz einer wirtschaftlichen Verordnungsweise erfolgt und eine eindeutige Kennzeichnung auf dem Vordruck vorgenommen wird.

3. Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten (Krankentransport-Richtlinie) ist in der jeweils aktuellen Fassung zu beachten.

4. Bei seiner Entscheidung über die Notwendigkeit einer Verordnung hat sich der Vertragszahnarzt ausschließlich von medizinischen Gesichtspunkten aufgrund seiner persönlichen Feststellungen leiten zu lassen. Er hat mit Hilfe des Vordrucks in jedem Fall die zwingende medizinische Notwendigkeit einer Beförderung, auf den konkreten, aktuellen Gesundheitszustand des Versicherten bezogen, durch eine eindeutige Kennzeichnung der Gründe für die Krankenbeförderung und für die Wahl des Beförderungsmittels auf dem Vordruck durch Ausfüllen aller zutreffenden Leerzeilen bzw. Ankreuzen aller zutreffenden Kästen darzulegen.

5. Die nachfolgenden Ausführungen erläutern den Verordnungsvordruck in der Reihenfolge der geforderten Angaben.

   5.1 Angaben zum Versicherten / Mitteilungen von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden

   Die Angaben zum Versicherten sind vom Vertragszahnarzt gemäß eGK auszufüllen. Sofern der Versicherte einen gültigen Befreiungsausweis für den betreffenden Zeitraum vorlegt, ist das Feld „Gebühr frei“ zu kennzeichnen.

   Bei einem Arbeitsunfall/-folgen, Schulunfall/-folgen oder einer anerkannten Berufskrankheit sind nicht die Krankenkassen, sondern die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung leistungspflichtig. Daher darf in diesen Fällen nicht die eGK bei der Bedruckung des Musters benutzt werden. Außerdem ist in diesen Fällen im Kostenträgerfeld nicht die Krankenkasse, sondern der zuständige Unfallversicherungsträger zu benennen und das Feld „Gebühr frei“ zu kennzeichnen.

   Liegen dem Vertragszahnarzt Anhaltspunkte vor, dass die Verordnung aufgrund eines Unfalls, einer Berufskrankheit, eines Versorgungsleidens oder eines von Dritten verursachten Gesundheitsschadens (z. B. Impfschaden, Körperverletzung) notwendig wird, ist dies auf dem Verordnungsblatt durch Ankreuzen zu kennzeichnen; im Falle eines durch Dritten verursachten Gesundheitsschadens kann die Angabe durch eine Anmerkung über die Art oder den Verursacher ergänzt werden (vgl. § 294a SGB V). Diese Angaben sind erforderlich, damit die Krankenkasse ggf. Ersatzansprüche an den zuständigen Kostenträger stellen kann.

5.2 Hauptleistung (1.)

Unter 1. Hauptleistung ist die Hauptleistung der Krankenkasse anzugeben, für die die Krankenbeförderung als Nebenleistung verordnet wird.

A) im Krankenhaus

Ist die Verordnung einer Krankenbeförderung für eine Behandlung im Krankenhaus notwendig, ist die Art der Behandlung auf der Verordnung unter A) anzugeben. Dabei ist anzugeben, ob es sich um eine Einweisung (voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung) oder um eine vor- oder nachstationäre Krankenhausbehandlung handelt, in letzterem Fall sind die entsprechenden Behandlungsdaten zusätzlich anzugeben.

B) ambulante Operation

Bei ambulanten Operationen (§ 115b SGB V) im Krankenhaus oder in der Vertragszahnarztpraxis, der Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanten Operationen ist zudem das Operationsdatum (im Falle mehrerer Behandlungstermine die Behandlungsdaten) unter B) anzugeben.

C) ambulante Behandlung

Fahrten zur ambulanten Behandlung können nur in besonderen Ausnahmefällen verordnet werden. Der Versicherte muss die Kostenübernahme von der Krankenkasse genehmigen lassen. Zur Prüfung der Genehmigungsfähigkeit von Krankenfahrten zu einer ambulanten Behandlung ist die Art des Ausnahmefalles im Sinne des § 8 der Richtlinie unter C) anzugeben:

Dauerhafte Mobilitätseinschränkung

Die Fahrt zur ambulanten Behandlung kann für Versicherte verordnet und genehmigt werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ oder einen Einstufungsbescheid gemäß SGB XI in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 bei der Verordnung vorlegen und bei Einstufung in den Pflegegrad 3 wegen dauerhafter Beeinträchtigung ihrer Mobilität einer Beförderung bedürfen. Die Verordnungsvoraussetzungen sind auch bei Versicherten erfüllt, die bis zum 31. Dezember 2016 in Pflegestufe 2 eingestuft waren und seit 1. Januar 2017 mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft sind. Die Krankenkassen genehmigen auf vertragszahnärztliche Verordnung Fahrten zur ambulanten Behandlung von Versicherten, die keinen Nachweis nach Satz 1 besitzen, wenn diese von einer der Kriterien von Satz 1 vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen sind und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen.

In diesem Fall ist die voraussichtliche Behandlungsdauer und -frequenz anzugeben und die Vergleichbarkeit der Mobilitätseinschränkung zu begründen.

Das Feld „Hochfrequente Behandlung“ ist vom Vertragszahnarzt nicht auszufüllen.

5.3 Beförderungsmittel (2.)

- Wahl des Beförderungsmittels

  Für die Auswahl des Beförderungsmittels ist ausschließlich die zwingende medizinische Notwendigkeit des Einzelfalls maßgeblich, wobei insbesondere der aktuelle Gesundheitszustand sowie die Gehfähigkeit des Versicherten zu berücksichtigen ist. Das notwendige Beförderungsmittel ist anzukreuzen.

  Die Verordnung einer Krankenfahrt mit Taxi oder Mietwagen ist nur zulässig, wenn der Patient die Ausnahmetatbestände für die Beförderung zu einer ambulanten Behandlung (vgl. 5.2. C) erfüllt oder als Hauptleistung eine stationäre Behandlung oder eine ambulante Operation erfolgt und die Benutzung aus medizinischen Gründen notwendig ist.

  Die Verordnung eines Krankentransports (Krankentransportwagen) ist nur zulässig, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die besondere Einrichtung eines Krankenwagens zwingend erforderlich ist und eine Beförderung durch ein weniger aufwändiges Beförderungsmittel nicht möglich ist.

  Die Verordnung eines Rettungswagens oder – falls erforderlich – eines Notarztwagens ist nur bei Vorliegen eines Notfalles zulässig. Ein Notfall liegt vor, wenn sich der Verletzte oder Erkrankte in Lebensgefahr befindet oder bei ihm schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, sofern er nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Hilfe erhält.

- Ist eine besondere medizinisch-technische Ausstattung, wie z. B. eine rollstuhlgerechte Vorrichtung oder Krankentrage, bzw. eine besondere medizinisch-fachliche Betreuung während des Transportes notwendig, ist diese entsprechend anzugeben.

- Der Ausgangs- und Zielort der Fahrt ist durch Ankreuzen der entsprechenden Kästchen festzulegen.

  Der Vertragszahnarzt hat im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes im Einzelfall das Erfordernis einer Hin- bzw. Rückfahrt aus medizinischen Gesichtspunkten zu prüfen und durch Ankreuzen gesondert anzugeben. Bei Bedarf soll der Vertragszahnarzt die angefallene Wartezeit bestätigen.

- Bei einer Gemeinschaftsfahrt ist für jeden Patienten eine gesonderte Verordnung unter Angabe der Anzahl der Mitfahrer auszustellen.

6. Die auf der Rückseite des Verordnungsvordruckes vorgesehenen Angaben sind nicht durch den Vertragszahnarzt, sondern durch die leistungspflichtige Kasse bzw. den Leistungserbringer 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 Versichertenfeldes mittels elektronischer Gesundheitskarte (eGK), so ist unbedingt die Kostenträgerkennung zu streichen.

⑤ BVG

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

⑥ Sprechstundenbedarf

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

⑦ Begründungspflicht

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

⑧ Abrechnungsfelder Apotheke

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

⑨ aut idem

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

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

⑩ Verordnungsfeld/Unterschrift

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

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

⑪ Vertragszahnarztstempel

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

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

Anlage A

Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA)

Hier nicht abgedruckt

Anlage B

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

Hier nicht abgedruckt

I-2

BEMA

(Anlage A zum BMV-Z und EKVZ)

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

KZBV

Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 2 und 2h SGB V

BEMA

Anlage A zum BMV-Z
Anlage A zum EKVZ

Stand: 01.04.2014

Inhaltsverzeichnis **Seite**

Allgemeine Bestimmungen: 3
Teil 1 Konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen 6
Teil 2 Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe) 32
Teil 3 Kieferorthopädische Behandlung 36
Teil 4 Systematische Behandlung von Parodontopathien 46
Teil 5 Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen 48
Anlage B zum BMV-Z Anlage B zum EKVZ 60

Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 2 und 2 h[1] SGB V in der ab 01.04.2014 gültigen Fassung

Allgemeine Bestimmungen:

1. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab gemäß § 87 Abs. 2 und 2h[1] SGB V bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen zahnärztlichen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander.

   Der Inhalt des Leistungsanspruchs der Versicherten und der Umfang der vertragszahnärztlichen Versorgung ergibt sich auf der Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen des SGB V aus den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen in Verbindung mit dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen.

2. Eine Leistung ist als selbständige Leistung dann nicht abrechnungsfähig, wenn sie Bestandteil einer anderen abrechnungsfähigen Leistung ist. Eine Leistung ist aber nur dann abrechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht wird.

3. Zahnärztliche Leistungen, die nicht in diesem Bewertungsmaßstab enthalten sind, werden nach dem Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte vom 12.11.1982 in der jeweils gültigen Fassung bewertet. Zur Ermittlung der Bewertungszahl ist für 9 GOÄ-Punkte 1 Bema-Punkt anzusetzen. Die ermittelten Bewertungszahlen sind auf ganze Zahlen aufzurunden. Die Gebührenordnung für Ärzte ist im Rahmen der Ausübung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde nach folgender Maßgabe anzuwenden:

   a) *gestrichen durch Beschluss des Bewertungsausschusses am 17.12.2012, gültig ab 01.04.2013*

   Abschnitte B IV (Nrn. 55, 56, 61, 62), B V, B VI (Nrn. 70,75), C (**Nrn. 200, 204, 210 – nicht in derselben Sitzung mit operativen Eingriffen oder Wundversorgungen,** Nrn. 250, 251, 252 – nicht für die Injektion zu Heilzwecken - , 253, 254, 255, 271, 272, 300, 303) J, L und N finden Anwendung, soweit der Einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen keine vergleichbaren Leistungen enthält.

[1] vormals Abs. 2 d, geändert durch GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26.03.2007 (BGBl. I Nr. 11 vom 30.03.2007)

3a.[2] Für die Berechnung von Wegegeld und Reiseentschädigung gilt § 8 Abs. 2 und 3 GOZ.

Protokollnotiz zum Beschluss des Bewertungsausschusses für zahnärztliche Leistungen vom 17.12.2012: Zwischen den Vertragspartnern besteht Einigkeit, dass über die Anpassung des Wegegeldes und/oder der Reiseentschädigung spätestens dann zu verhandeln ist, wenn das Wegegeld und/oder die Reiseentschädigung gemäß § 8 Abs. 2 und 3 GOZ für einen Zeitraum von sechs Jahren nicht erhöht worden sind.

4. Vertragszahnärzte, die auch als Vertragsärzte gemäß § 95 Abs. 1 SGB V an der Versorgung teilnehmen, dürfen die in einem einheitlichen Behandlungsfall durchgeführten Leistungen entweder nur über die Kassenzahnärztliche Vereinigung oder nur über die Kassenärztliche Vereinigung abrechnen. Die Abrechnung einzelner Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung schließt die Abrechnung weiterer Leistungen in einem einheitlichen Behandlungsfall über die Kassenzahnärztliche Vereinigung aus. Die Aufteilung eines einheitlichen Behandlungsfalls in zwei Abrechnungsfälle ist nicht zulässig.

5.[3] Die allgemeinen Praxiskosten, auch die durch die Anwendung von zahnärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstehenden Kosten, sind in den abrechnungsfähigen Leistungsansätzen enthalten. Nicht in den Leistungsansätzen enthalten sind die Kosten für Arzneimittel und Materialien, die Kosten für die Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die der Kranke zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, sowie die zahntechnischen Laborkosten, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, und die Versand- und Portokosten. Die Kosten der Röntgendiagnostik - mit Ausnahme der Versand- und Portokosten - sind in den Leistungsansätzen enthalten.

6. Der vom Erweiterten Bewertungsausschuss am 04.06. und 05.11.2003 beschlossene Einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gilt vom 01.01.2004 an, soweit nachstehend nichts Abweichendes geregelt ist.

   a) Für alle kieferorthopädischen Behandlungsfälle, für die vor dem 01.01.2004 ein kieferorthopädischer Behandlungsplan ausgestellt und die bis zum 31.01.2004 genehmigt wurden und deren Behandlung noch andauert, gelten für die bis zum 30.06.2004 erbrachten Leistungen die Leistungsbeschreibungen und die Bewertungszahlen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und die Abrechnungsbestimmungen in der bis zum 31.12.2003 gültigen Fassung weiter. Dies gilt entsprechend für Verlängerungsbehandlungen, die vor dem 01.01.2004 beantragt worden sind. Ab dem 01.07.2004 gilt für alle kieferorthopädischen Behandlungsfälle der Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen in der ab 01.01.2004 gültigen Fassung. Alle im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung anfallenden Begleitleistungen nach Bema-

[2] Nr. 3a eingefügt durch Beschluss des Bewertungsauschusses am 17.12.2012, gültig ab 01.04.2013
[3] (Siehe auch Beschluss Nr. 32 der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 22 EKVZ (ab 01.01.2005 § 29 EKVZ) vom 27.11.1973, gültig ab 01.01.1974 - gilt nur für Ersatzkassen)

Teil 1 (insbesondere Leistungen der Individualprophylaxe, Zahnsteinentfernung, Beratungen und Röntgenleistungen) sind auch bei den Übergangsfällen nach den ab dem 01. Januar 2004 gültigen Abrechnungsbestimmungen abzurechnen. Dies gilt entsprechend für parodontologische und prothetische Behandlungen.

b) Für parodontologische Behandlungsfälle, für die vor dem 01.01.2004 ein Parodontalstatus ausgestellt und die bis zum 31.01.2004 genehmigt wurden, gelten die Leistungsbeschreibungen und die Bewertungszahlen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und die Abrechnungsbestimmungen in der bis zum 31.12.2003 gültigen Fassung, sofern die Parodontalbehandlung bis zum 30.06.2004 abgeschlossen wird.

c) Für alle prothetischen Behandlungsfälle, für die vor dem 01.01.2004 Heil- und Kostenpläne ausgestellt und die bis zum 31.01.2004 genehmigt wurden, gelten die Leistungsbeschreibungen und die Bewertungszahlen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und die Abrechnungsbestimmungen in der bis zum 31.12. 2003 gültigen Fassung, sofern die Zahnersatzversorgungen bis zum 31.07.2004 eingegliedert werden.

Teil 1
Konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen

In diesem Teil nicht aufgeführte Leistungen können nach den anderen Teilen abgerechnet werden.

Ä 1 Beratung eines Kranken, auch fernmündlich 9

Ber

1. Eine Leistung nach Nr. Ä 1 kann als alleinige Leistung oder neben der ersten zahnärztlichen Leistung abgerechnet werden. Sie kann jedoch neben Nr. 01 nicht abgerechnet werden, wenn beide Leistungen in derselben Sitzung erbracht werden. Ferner kann eine Beratungsgebühr nicht neben einer Gebühr für einen Besuch abgerechnet werden.

2. Wenn in dem Behandlungsfall bereits eine Beratungs- oder Besuchsgebühr abgerechnet worden ist, kann auch neben der ersten zahnärztlichen Leistung eine Beratungsgebühr nicht abgerechnet werden.

3. Eine Leistung nach Nr. Ä1 kann nicht anstelle einer Gebühr für eine andere zahnärztliche Leistung abgerechnet werden.

4. Über die Nrn. Ä 1, 01k und 01 hinausgehende Möglichkeiten der Abrechnung einer Untersuchung und/oder Beratung bestehen nicht.

5. Eine Leistung nach Nr. Ä 1 zum Zwecke des Abschlusses einer zahnärztlichen Behandlung ist keine abrechnungsfähige Leistung.

6. Die Tatsache, dass sich ein Krankheitsfall über mehrere Abrechnungszeiträume erstreckt (z. B. Wurzelbehandlung, Maßnahmen nach chirurgischen Eingriffen), berechtigt für sich allein den Zahnarzt nicht, in jedem neuen Abrechnungszeitraum die Nr. Ä 1 abzurechnen.

7. Erstreckt sich ein Krankheitsfall über mehrere Abrechnungszeiträume (Quartale), so ist nach voraufgegangener Leistung nach Nr. 01 oder Ä 1 die Nr. Ä 1 im Folgequartal nur abrechnungsfähig, wenn zwischen der Leistung nach Nr. 01 oder Ä 1 im Vorquartal und der Leistung nach Nr. Ä 1 im Folgequartal ein Zeitraum von 18 Kalendertagen überschritten ist, es sei denn, die Behandlung in diesem Folgequartal geht über den nach Nr. 01 oder Ä 1

erhobenen Befund hinaus. Als alleinige Leistung ist die Nr. Ä 1 immer abrechnungsfähig.

8. Eine Leistung nach Nr. Ä 1 kann nicht im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung abgerechnet werden. Sie ist jedoch dann während einer kieferorthopädischen Behandlung abrechnungsfähig, wenn sie anderen als kieferorthopädischen Zwecken dient.

01 U — Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich Beratung — 18

1. Neben einer Leistung nach Nr. 01 kann für dieselbe Sitzung eine Beratungsgebühr nicht abgerechnet werden. Für eine der nachfolgenden Sitzungen kann eine Leistung nach Nr. Ä 1 nur dann abgerechnet werden, wenn sie als alleinige Leistung erbracht wird (s. Abrechnungsbestimmung Nr. 1 Satz 1 zu Nr. Ä 1).

2. Eine Leistung nach Nr. 01 kann je Kalenderhalbjahr einmal abgerechnet werden, frühestens nach Ablauf von vier Monaten.

   Eine Leistung nach Nr. 01 kann neben der Leistung nach Nr. FU in demselben Kalenderhalbjahr nicht abgerechnet werden. Im folgenden Kalenderhalbjahr kann eine Leistung nach Nr. 01 frühestens vier Monate nach Erbringung der Nr. FU abgerechnet werden.

3. Die festgestellten Befunde sind fortlaufend mit folgenden Mindestangaben in der Karteikarte aufzuzeichnen:
   kariöse Defekte = c;
   fehlende Zähne = f;
   zerstörte Zähne = z;
   Zahnstein, Mundkrankheit, sonstiger Befund (z. B. Fistel)

4. Über die Nrn. Ä 1, 01k und 01 hinausgehende Möglichkeiten der Abrechnung einer Untersuchung bestehen nicht.

5. Eine eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten stellt in einem Behandlungsfall in der Regel die erste Maßnahme dar (Ausnahmen z. B. Schmerzfall).

6. Eine Leistung nach Nr. 01 kann nicht im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung abgerechnet werden. Sie ist jedoch dann während einer kieferorthopädischen Behandlung abrechnungsfähig, wenn sie anderen als kieferorthopädischen Zwecken dient.

01k Kieferorthopädische Untersuchung zur Klärung von Indikation und Zeitpunkt kieferorthopädisch-therapeutischer Maßnahmen 28

Die Leistung beinhaltet folgende Bestandteile:

1. Ärztliches Gespräch

2. Spezielle kieferorthopädische Anamnese

3. Spezielle kieferorthopädische Untersuchung
   - 3.1 Extraorale Untersuchung
   - 3.2 Intraorale Untersuchung von Weichteilen und Knochen
   - 3.3 Feststellung der Kieferrelation
   - 3.4 Feststellung von dento-alveolären Anomalien
   - 3.5 Feststellung des Dentitionsstadiums

4. Aufklärung und Beratung

5. Kieferorthopädischer Befund, Dokumentation

6. Ggf. Feststellung des kieferorthopädischen Indikationsgrades (KIG)

Eine Leistung nach Nr. 01k ist frühestens nach 6 Monaten erneut abrechnungsfähig.

Eine Leistung nach Nr. 01k kann nur von dem Zahnarzt erbracht bzw. abgerechnet werden, der ggf. die kieferorthopädische Behandlungsplanung nach der Nr. 5 durchführt.

Neben einer Leistung der Nr. 01k kann eine Leistung der Nr. 01 nicht abgerechnet werden.

02 Hilfeleistung bei Ohnmacht oder Kollaps 20
Ohn

Neben einer Leistung nach der Nr. 02 ist für dieselbe Sitzung eine Leistung nach der Nr. Ä 1 nicht abrechnungsfähig.

03 Zuschlag für Leistungen außerhalb der Sprechstunde, bei Nacht (20 Uhr bis
Zu 8 Uhr) oder an Sonn- und Feiertagen 15

1: Wird eine dringend notwendige zahnärztliche Leistung ausgeführt, so erhält der Zahnarzt den einmaligen Zuschlag nur, sofern er nicht während dieser Zeit üblicherweise seine Sprechstunde abhält oder seine Bestellpraxis ausübt oder wenn der Kranke nicht bereits vor Ablauf der Sprechstunde in den Praxisräumen des Zahnarztes anwesend war.

2. Bei Leistungen außerhalb der Sprechstunde (nicht an Sonn- und Feiertagen und bei Nacht) ist die Uhrzeit anzugeben.

3. Eine Leistung nach Nr. 03 kann nicht neben Leistungen nach Abschnitt B IV der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden.

04 Erhebung des PSI-Code 10

Eine Leistung nach Nr. 04 kann einmal in zwei Jahren abgerechnet werden.

05 Gewinnung von Zellmaterial aus der Mundhöhle und Aufbereitung zur zytologischen Untersuchung, einschließlich Materialkosten 20

1. Eine Leistung nach Nr. 05 kann nur zur Gewinnung von Zellmaterial von der Mundschleimhaut mittels Bürstenabstrich für die Exfoliativzytologie zum Zweck der Frühdiagnostik von Karzinomen abgerechnet werden.

2. Eine Leistung nach Nr. 05 kann nur bei Vorliegen einer Leukoplakie, Erythroplakie oder Lichen planus einmal innerhalb von zwölf Monaten abgerechnet werden.

Ä 161 Eröffnung eines oberflächlichen, unmittelbar unter der Haut oder Schleimhaut
Inz1 gelegenen Abszesses 15

Mit der Abrechnung der Nrn. Ä 925 bis Ä 935 sind auch die Beurteilung und die obligatorische schriftliche Befunddokumentation abgegolten.

Ä 925	Röntgendiagnostik der Zähne	
Rö2	a) bis zwei Aufnahmen	12
Rö5	b) bis fünf Aufnahmen	19
Rö 8	c) bis acht Aufnahmen	27
Stat	d) Status bei mehr als acht Aufnahmen	34
Ä 928	Röntgenaufnahme der Hand	30
Ä 934	Aufnahme des Schädels	
	a) eine Aufnahme (auch Fernröntgenaufnahme)	19
	b) zwei Aufnahmen	30
	c) mehr als zwei Aufnahmen	36

1. Eine Leistung nach Nr. Ä 934a kann im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung höchstens zweimal, in begründeten Ausnahmefällen dreimal abgerechnet werden.

2. Eine Leistung nach Nr. Ä 934a ist bei Frühbehandlung mit verkürzter Behandlungsdauer nur bei skelettalen Dysgnathien im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung einmal abrechnungsfähig.

Ä 935	Teilaufnahme des Schädels (auch in Spezialprojektion), auch Nebenhöhlen, Unterkiefer, Panoramaaufnahme der Zähne eines Kiefers bzw. der Zähne des Ober- und Unterkiefers derselben Seite	
	a) eine Aufnahme	21
	b) zwei Aufnahmen	25
	c) mehr als zwei Aufnahmen	31
	d) Orthopantomogramm sowie Panoramaaufnahmen oder Halbseitenaufnahmen aller Zähne des Ober- und Unterkiefers	36

Zu Nrn. Ä 925, 934, 935

1. Bis zu drei nebeneinanderstehende Zähne oder das Gebiet ihrer Wurzelspitzen sind - soweit dies nach den individuellen anatomischen Verhältnissen möglich ist - mit einer Aufnahme zu erfassen.

2. Bei unterschiedlicher klinischer Situation im Rahmen endodontischer oder chirurgischer Behandlung sind in derselben Sitzung erbrachte Röntgenaufnahmen je Aufnahme nach Nr. Ä 925 a abrechnungsfähig.

3. Die Darstellung beider Kiefer durch ein Orthopantomogramm schließt die gleichzeitige Anfertigung eines Rö-Status nach Nr. Ä 925 d aus. Eine zusätzliche Gelenkaufnahme ist bei der Abrechnung zu kennzeichnen.

4. Bissflügelaufnahmen zur Kariesfrüherkennung werden nach Geb.-Nr. Ä 925 a oder b abgerechnet und sind bei der Abrechnung zu kennzeichnen.

5. Röntgenaufnahmen sind auch bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen auf dem Erfassungsschein abzurechnen. Dies ist bei der Abrechnung zu kennzeichnen.

8 ViPr — Sensibilitätsprüfung der Zähne — 6

Leistungen nach Nr. 8 sind auch bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen auf dem Erfassungsschein abzurechnen.

10 üZ — Behandlung überempfindlicher Zähne, für jede Sitzung — 6

Prophylaktische Maßnahmen können nicht nach Nr. 10 abgerechnet werden.

11 pV — Exkavieren und provisorischer Verschluss einer Kavität als alleinige Leistung, auch unvollendete Füllung — 19

1. Unvollendete Füllungen sind nach Nr. 11 im folgenden Quartal unter Verwendung des Erfassungsscheines abzurechnen.

2. Im laufenden Quartal können unvollendete Füllungen nur dann abgerechnet werden, wenn eindeutig feststeht, dass sie nicht mehr vollendet werden.

12 bmf — Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen (Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Anlegen von Spanngummi, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Sitzung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich — 10

1. Das Separieren von Zähnen bei kieferorthopädischer Behandlung und das Anlegen von Spanngummi bei Fissurenversiegelung können nach Nr. 12 abgerechnet werden.

2. Die Abrechnung der Nr. 12 im Zusammenhang mit den Nrn. 18, 20 und 91 für das Verdrängen des Zahnfleisches zum Zwecke der Abformung, z. B. mittels Retraktionsringen oder -fäden, ist nicht möglich.

   Muss jedoch störendes Zahnfleisch, z. B. zum Zwecke des Erkennens von unter sich gehenden Stellen, zur Darstellung der Präparationsgrenze oder zur subgingivalen Stufenpräparation, z. B. durch Retraktionsringe verdrängt werden, ist die Nr. 12 abrechnungsfähig.

13 Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder die Benutzung anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung und Polieren

F 1	a)	einflächig	32
F 2	b)	zweiflächig	39
F 3	c)	dreiflächig	49
F 4	d)	mehr als dreiflächig oder Eckenaufbau im Frontzahnbereich unter Einbeziehung der Schneidekante	58

Kompositfüllungen im Seitenzahnbereich sind nach den Nrn. 13 e, f und g nur abrechnungsfähig, wenn sie entsprechend der Adhäsivtechnik erbracht wurden und wenn eine Amalgamfüllung absolut kontraindiziert ist

	e)	einflächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich	52
	f)	zweiflächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich	64
	g)	dreiflächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich	84

1. Mit der Abrechnung der Nr. 13 ist die Verwendung jedes erprobten und praxisüblichen plastischen Füllmaterials einschließlich der Anwendung der Ätztechnik und der Lichtaushärtung abgegolten. Eine Zuzahlung durch den Versicherten ist nicht zulässig. Die bundesmantelvertraglichen Regelungen bleiben unberührt.

2. Das Legen einer Gussfüllung, ebenso die ggf. im Zusammenhang hiermit erbrachte Anästhesie oder durchgeführten Maßnahmen nach Nr. 12 sind

über den Erfassungsschein nicht abzurechnen, wohl aber eine vorausgegangene Behandlung des Zahnes.

3. Das Vorbereiten eines zerstörten Zahnes zur Aufnahme einer Krone ist nach der Nr. 13 a oder b abzurechnen.

4. Neben den Leistungen nach den Nrn. 13 a und b kann die Leistung nach Nr. 16 nicht abgerechnet werden.

5. Bei Füllungen nach den Nrn. 13 a bis g ist die Lage der Füllung in der Bemerkungsspalte anzugeben. Für die Bezeichnung der Füllungslage sind folgende Abkürzungen bzw. Ziffern zu verwenden:

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

Protokollnotiz zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses für zahnärztliche Leistungen vom 17.04.1996

1) Der Erweiterte Bewertungsausschuss für zahnärztliche Leistungen geht davon aus, dass die nach den Nrn. 13 e, f und g abrechenbaren Füllungen im Seitenzahnbereich bei 1 % der Gesamtzahl der Füllungen liegen. Der Erweiterte Bewertungsausschuss fordert die KZBV und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie die Spitzenverbände und die Landesverbände der Krankenkassen auf, geeignete Überprüfungsverfahren festzulegen, die sicherstellen, dass der angegebene Prozentsatz von 1 % eingehalten wird.

2) Wird der Prozentsatz wesentlich überschritten, werden der Bewertungsausschuss und ggf. der Erweiterte Bewertungsausschuss eine Überprüfung des bestehenden Bewertungsmaßstabes vornehmen.

3) Der Bewertungsausschuss geht davon aus, dass die durch die Nrn. 13 e, f und g bedingten, über die Nrn. 13 a, b und c hinausgehenden Mehraufwendungen nur im oben angegebenen Rahmen auf einer Leistungsausweitung im Sinne des § 85 Abs. 3 Satz 1 SGB V beruhen.

4) Amalgamfüllungen sind absolut kontraindiziert, wenn der Nachweis einer Allergie gegenüber Amalgam bzw. dessen Bestandteilen gemäß den Kriterien der Kontaktallergiegruppe der Deutschen Gesellschaft für Dermatologie erbracht wurde bzw. wenn bei Patienten mit schwerer Niereninsuffizienz neue Füllungen gelegt werden müssen.

5) Der Bewertungsausschuss geht davon aus, dass für die Nr. 13 e, f und g kein Füllungszuschlag[4] gezahlt wird.

[4] Die Füllungszuschläge sind mit Wirkung zum 01.01.2004 durch die Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses am 04.06.2003 entfallen.

14	Konfektionierte Krone (im Seitenzahnbereich in der Regel aus Metall) einschließlich Material- und Laboratoriumskosten in der pädiatrischen Zahnheilkunde	50
16 St	Stiftverankerung einer Füllung (zusätzlich zu den Nrn. 13 c, d), je Zahn, einschließlich Materialkosten	20
23 Ekr	Entfernen einer Krone bzw. eines Brückenankers oder eines abgebrochenen Wurzelstiftes bzw. das Abtrennen eines Brückengliedes oder Steges, je Trennstelle	17
25 Cp	Indirekte Überkappung zur Erhaltung der gefährdeten Pulpa, ggf. einschließlich des provisorischen oder temporären Verschlusses der Kavität	6

1. Die Anwendung der Leistungen nach Nrn. 25 und 26 ist nur dann angebracht, wenn es durch sie allein möglich ist, die Devitalisierung der Pulpa eines Zahnes zu vermeiden, der erhaltungswürdig und erhaltungsfähig ist.

2. Eine Leistung nach Nr. 25 kann nicht angewendet werden, wenn es sich darum handelt, aus Zeitgründen eine Kavitätenpräparation und -füllung vorzeitig abzubrechen. Desgleichen kann sie dann nicht zur Anwendung kommen, wenn es sich darum handelt, die für den Kranken mit Schmerzen verbundene Kavitätenpräparation abzubrechen und durch Teilung in zwei oder mehrere Sitzungen erträglicher zu gestalten.

26 P	Direkte Überkappung, je Zahn Direkte Überkappung im bleibenden Zahn bei artifizieller oder traumatischer punktförmiger Eröffnung der Pulpa, je Zahn	6
27 Pulp	Pulpotomie Amputation und Versorgung der vitalen Pulpa am Milchzahn und am symptomlosen bleibenden Zahn mit nicht abgeschlossenem Wurzelwachstum einschließlich Abtragen des Pulpendaches, Amputation der koronalen Pulpa, Spülung und Blutstillung, Aufbringen eines Überkappungspräparates, je Zahn	29

Eine Leistung nach Nr. 27 ist bei Milchzähnen nur abrechnungsfähig, wenn in derselben Sitzung eine der Nrn. 13 a bis g oder 14 erbracht wird.

28 VitE — Exstirpation der vitalen Pulpa, je Kanal — 18

Eine Leistung nach Nr. 28 ist für denselben Zahn nur in Ausnahmefällen neben der Leistung nach Nr. 27 abrechnungsfähig.

29 Dev — Devitalisieren einer Pulpa einschließlich des Verschlusses der Kavität, je Zahn — 11

31 Trep1 — Trepanation eines pulpatoten Zahnes — 11

Die im Zusammenhang mit einer Devitalisierung vorgenommene Eröffnung eines Zahnes kann nicht als Trepanation nach Nr. 31 abgerechnet werden.

32 WK — Aufbereiten des Wurzelkanalsystems, je Kanal — 29

34 Med — Medikamentöse Einlage in Verbindung mit Maßnahmen nach den Nrn. 28, 29 und 32, ggf. einschließlich eines provisorischen Verschlusses, je Zahn und Sitzung — 15

Medikamentöse Einlagen sind grundsätzlich auf drei Sitzungen beschränkt.

35 WF — Wurzelkanalfüllung einschließlich eines evtl. provisorischen Verschlusses, je Kanal — 17

36 Nbl1 — Stillung einer übermäßigen Blutung — 15

Die Leistung kann nicht abgerechnet werden, wenn die Stillung einer übermäßigen Blutung im zeitlichen Zusammenhang mit einem chirurgischen Eingriff erfolgt, es sei denn, dass hierfür ein erheblicher zusätzlicher Zeitaufwand erforderlich war.

37 Nbl2 — Stillung einer übermäßigen Blutung durch Abbinden oder Umstechen eines Gefäßes oder durch Knochenbolzung — 29

38 N Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff oder Tamponieren oder dergleichen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung, je Sitzung 10

1. Nachbehandlungen sind abrechnungsfähig, wenn sie in besonderen Sitzungen, nicht jedoch in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Extraktion oder Operation erforderlich sind.

2. Eine Leistung nach Nr. 38 kann nicht neben Leistungen nach den Nrn. 36, 37 oder 46 abgerechnet werden, soweit Maßnahmen in derselben Sitzung an derselben Stelle erfolgen.

40 I Infiltrationsanästhesie 8

1. Leistungen nach den Nrn. 40 und 41 sind auch bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen auf dem Erfassungsschein abzurechnen. Dies ist bei der Abrechnung zu kennzeichnen.

2. Die Abrechnung einer Leistung nach der Nr. 40 kann im Bereich von zwei nebeneinander stehenden Zähnen nur einmal je Sitzung erfolgen. Die beiden mittleren Schneidezähne gelten im Falle der Infiltrationsanästhesie nicht als ein Bereich von zwei nebeneinanderstehenden Zähnen.

3. Bei lang dauernden Eingriffen ist die Nr. 40 ein zweites Mal abrechnungsfähig.

4. Die intraligamentäre Anästhesie ist nach Nr. 40 abrechnungsfähig. Werden im Ausnahmefall zwei nebeneinanderstehende Zähne intraligamentär anästhesiert, so kann die Nr. 40 je Zahn einmal abgerechnet werden.

41 Leitungsanästhesie

L1 a) intraoral 12

L2 b) extraoral 16

1. Leistungen nach den Nrn. 40 und 41 sind auch bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen auf dem Erfassungsschein abzurechnen. Dies ist bei der Abrechnung zu kennzeichnen.

2. Die Abrechnung einer Leistung nach der Nr. 41 kann nur erfolgen, wenn die Infiltrationsanästhesie (Nr. 40) nicht ausreicht. Dies ist gegeben:
   - im Unterkiefer in der Regel,

- im Oberkiefer bei entzündlichen Prozessen, die die Anwendung der Infiltrationsanästhesie nicht gestatten, oder bei größeren chirurgischen Eingriffen, nicht bei Nrn. 43 bis 46, 49 und 50.

3. Bei chirurgischen und parodontal-chirurgischen Leistungen können in begründeten Ausnahmefällen die Nr. 41 und die Nr. 40 abgerechnet werden, wenn nur so eine ausreichende Anästhesietiefe oder die Ausschaltung von Anastomosen erreicht werden kann.

4. Bei lang dauernden Eingriffen ist die Nr. 41 ein zweites Mal abrechnungsfähig.

43 Entfernen eines einwurzeligen Zahnes einschließlich Wundversorgung 10
X1

Als einwurzelige Zähne gelten bei den bleibenden Zähnen:
alle Frontzähne
im Oberkiefer Zahn 5
im Unterkiefer Zahn 4 und Zahn 5
bei den Milchzähnen:
alle Frontzähne

Das Entfernen eines Wurzelrestes kann nach der Nummer abgerechnet werden, unter der das Entfernen des betreffenden Zahnes abgerechnet werden müsste.

44 Entfernen eines mehrwurzeligen Zahnes einschließlich Wundversorgung 15
X2

Als mehrwurzelige Zähne gelten bei den bleibenden Zähnen:
alle Molaren
im Oberkiefer Zahn 4

bei den Milchzähnen:
alle Milchmolaren

Das Entfernen eines Wurzelrestes kann nach der Nummer abgerechnet werden, unter der das Entfernen des betreffenden Zahnes abgerechnet werden müsste.

45 X3	Entfernen eines tieffrakturierten Zahnes einschließlich Wundversorgung	40
46 XN	Chirurgische Wundrevision (Glätten des Knochens, Auskratzen, Naht) als selbständige Leistung in einer besonderen Sitzung je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	21
47 a Ost1	Entfernen eines Zahnes durch Osteotomie einschließlich Wundversorgung Die Abrechnung einer Leistung nach der Nr. 47a setzt die Aufklappung des Zahnfleisches voraus.	58
47 b Hem	Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes Eine Leistung nach Nr. 47 b ist nur in begründeten Ausnahmefällen zum Erhalt einer geschlossenen Zahnreihe und/oder zum Erhalt einer bestehenden prothetischen Versorgung abrechnungsfähig.	72
48 Ost2	Entfernen eines verlagerten und/oder retinierten Zahnes, Zahnkeimes oder impaktierten Wurzelrestes durch Osteotomie einschließlich Wundversorgung	78
49 Exz1	Exzision von Mundschleimhaut oder Granulationsgewebe für das Gebiet eines Zahnes 1. Eine Leistung nach Nr. 49 ist in derselben Sitzung nicht für dasselbe Gebiet neben einer anderen chirurgischen Leistung abrechnungsfähig. 2. Wird in der Präparationssitzung eine Exzision von Mundschleimhaut oder Granulationsgewebe, wie z. B. Papillektomie, durchgeführt, ist eine Leistung nach Nr. 49 abrechnungsfähig. 3. Für das Durchtrennen von Zahnfleischfasern (auch mittels elektrochirurgischer Maßnahmen) ist eine Leistung nach Nr. 49 abrechnungsfähig.	10
50 Exz2	Exzision einer Schleimhautwucherung (z. B. lappiges Fibrom, Epulis) 1. Eine Leistung nach Nr. 50 ist in derselben Sitzung nicht für dasselbe Operationsgebiet neben einer anderen chirurgischen Leistung abrechnungsfähig.	37

2. Eine Leistung nach Nr. 50 ist auch mehrmals je Kiefer abrechnungsfähig, wenn es sich um getrennte Operationsgebiete handelt.

51a Pla1	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik als selbständige Leistung oder in Verbindung mit einer Extraktion	80
51b Pla0	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle in Verbindung mit Osteotomie	40
52 Trep2	Trepanation des Kieferknochens	24
53 Ost3	Sequestrotomie bei Osteomyelitis der Kiefer	72
54	Wurzelspitzenresektion	
WR1	a) an einem Frontzahn	72
WR2	b) an einem Seitenzahn, einschließlich der ersten resezierten Wurzelspitze	96
WR3	c) am selben Seitenzahn, sofern durch denselben Zugang erreichbar, je weitere Wurzelspitze	48

1. Eine Wurzelspitzenresektion an einer Wurzelspitze in derselben Sitzung an demselben Seitenzahn die über einen anderen operativen Zugang erfolgt, wird nach Nr. 54 b abgerechnet.

2. Eine retrograde Füllung an einer Wurzel nach Wurzelspitzenresektion wird nach den Nrn. 32 und 35 gesondert abgerechnet.

55 Rl	Reimplantation eines Zahnes, ggf. einschließlich einfacher Fixation an den benachbarten Zähnen	72
56	Operation einer Zyste	
Zy1	a) durch Zystektomie	120
Zy2	b) durch orale Zystostomie	72
Zy3	c) durch Zystektomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion	48
Zy4	d) durch orale Zystostomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion	48

Das Entfernen von Granulationsgewebe und kleinen Zysten ist nicht nach Nr. 56 abrechnungsfähig.

57 SMS — Beseitigen störender Schleimhautbänder, Muskelansätze oder eines Schlotterkammes im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte, je Sitzung — 48

(Siehe auch Feststellung Nr. 99 der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 22 EKVZ vom 25.11.1982 - gilt nur für Ersatzkassen)

58 KnR — Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte als selbständige Leistung, je Sitzung — 48

1. Eine Leistung nach Nr. 58 kann nur abgerechnet werden, wenn sie nicht im zeitlichen Zusammenhang mit dem Entfernen von Zähnen oder einer Osteotomie erbracht wird.

2. Eine Leistung nach Nr. 58 kann nicht abgerechnet werden, wenn eine Osteotomie in derselben Sitzung in derselben Kieferhälfte oder dem Frontzahnbereich erbracht wird.

59 Pla2 — Mundboden- oder Vestibulumplastik im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte — 120

(Siehe auch Feststellung Nr. 99 der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 22 EKVZ vom 25.11.1982 - gilt nur für Ersatzkassen)

60 Pla3 — Tuberplastik, einseitig — 80

61 Dia — Korrektur des Lippenbändchens bei echtem Diastema mediale — 72

Eine Leistung nach Nr. 61 kann nur abgerechnet werden, wenn das Septum durchtrennt wird.

62 Alv — Alveolotomie — 36

1. Die Resektion der Alveolarfortsätze in einem Gebiet von vier und mehr Zähnen in einem Kiefer ist nach dieser Nummer abrechnungsfähig.

2. Die Resektion der Alveolarfortsätze über das Gebiet von mehr als acht Zähnen in einem Kiefer ist zweimal nach Nr. 62 abrechnungsfähig.

3. Die Resektion der Alveolarfortsätze in einem Gebiet bis zu drei Zähnen in einem Kiefer ist nur dann abrechnungsfähig, wenn sie in besonderer Sitzung erbracht wurde.

4. Das Gebiet muss nicht zusammenhängend sein.

63 Fl — Freilegung eines retinierten und/oder verlagerten Zahnes zur kieferorthopädischen Einstellung — 80

105 Mu — Lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen, Aufbringung von auf der Mundschleimhaut haftenden Medikamenten oder Behandlung von Prothesendruckstellen, je Sitzung — 8

Die Behandlung von Prothesendruckstellen kann nur dann auf dem Erfassungsschein abgerechnet werden, wenn die Prothese länger als drei Monate eingegliedert ist. Das gleiche gilt sinngemäß für Druckstellen bei Wiederherstellung der Funktionstüchtigkeit einer Prothese.

106 sK — Beseitigen scharfer Zahnkanten oder störender Prothesenränder oder Ähnliches, je Sitzung — 10

1. Zum Artikulationsausgleich ist auch für das Beschleifen von Prothesenzähnen im Gegenkiefer die Nr. 106 einmal je Kiefer ansatzfähig. Neben einer Leistung nach der Nr. 106 kann eine Leistung nach der Nr. 89 für denselben Kiefer nicht abgerechnet werden.

2. Das Beseitigen störender Prothesenränder kann nur dann auf dem Erfassungsschein abgerechnet werden, wenn die Prothese länger als drei Monate eingegliedert ist. Das gleiche gilt sinngemäß für Druckstellen bei Wiederherstellung der Funktionstüchtigkeit einer Prothese.

107 Zst — Entfernen harter Zahnbeläge, je Sitzung — 16

Das Entfernen harter Zahnbeläge ist einmal pro Kalenderjahr abrechnungsfähig.

Die nachfolgenden Bema-Leistungen (Nrn. 151 bis 182) wurden durch Beschluss des Bewertungsausschusses vom 13.11.2013 neu aufgenommen bzw. geändert und sind ab 01.04.2014 gültig.

Protokollnotiz:

Der Bewertungsausschuss geht davon aus, dass den Abrechnungen der neu formulierten Leistungen 151 bis 155, 171a, 171b, 172a, 172b, 172c, 172d, 181 und 182 der jeweils gesamtvertraglich vereinbarte KCH-Punktwert zugrunde gelegt wird.

Besuche

151 Besuch eines Versicherten, einschließlich Beratung
Bs1 und eingehende Untersuchung 36

Neben der Leistung nach Nr. 151 sind die Leistungen nach Nrn. 153, 154 und 155 nicht abrechnungsfähig. Die Nr. 151 kann zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.

152 Besuch je weiterem Versicherten in derselben häuslichen Gemeinschaft
Bs2 oder Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 151 – einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung. 34

Neben der Leistung nach Nr. 152 sind die Leistungen nach Nrn. 153, 154 und 155 nicht abrechnungsfähig. Die Nr. 152 kann zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.

153 Besuch eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären
Bs3 Pflegeeinrichtung zu vorher vereinbarten Zeiten und bei regelmäßiger Tätigkeit in der Pflegeeinrichtung einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung, ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht. 28

Die Nr. 153 ist neben den Nrn. 151, 152, 154 und 155 nicht abrechnungsfähig. Neben der Nr. 153 sind die Zuschläge nach den Nrn. 161a bis 161f nicht abrechnungsfähig. Die Nr. 153 kann zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.

154 Bs4 Besuch eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V, einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung 28

1. Die Leistung nach Nr. 154 ist nur abrechnungsfähig für pflegebedürftige Versicherte, die in einer stationären Pflegeeinrichtung betreut werden, wenn der Vertragszahnarzt mit der stationären Pflegeeinrichtung einen Kooperationsvertrag gemäß § 119b Abs. 1 SGB V geschlossen hat, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht und wenn die hierfür zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die Berechtigung zur Abrechnung festgestellt hat.

2. Neben der Leistung nach Nr. 154 sind die Leistungen nach Nrn. 151, 152 und 153 nicht abrechnungsfähig. Die Nr. 154 kann zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.

155 Bs5 Besuch je weiterem pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V, in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 154 – einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung 26

1. Die Leistung nach Nr. 155 ist nur abrechnungsfähig für pflegebedürftige Versicherte, die in einer stationären Pflegeeinrichtung betreut werden, wenn der Vertragszahnarzt mit der stationären Pflegeeinrichtung einen Kooperationsvertrag gemäß § 119b Abs. 1 SGB V geschlossen hat, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht und wenn die hierfür zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die Berechtigung zur Abrechnung festgestellt hat.

2. Neben der Leistung nach Nr. 155 sind die Leistungen nach Nrn. 151, 152 und 153 nicht abrechnungsfähig. Die Nr. 155 kann zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.

161 Zuschläge für Besuche nach den Nrn. 151 und 154

ZBs1a a) Zuschlag für dringend angeforderte und unverzüglich durchgeführte Besuche 18

ZBs1b b) Zuschlag für Montag bis Freitag in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr durchgeführte Besuche 29

ZBs1c c) Zuschlag für Montag bis Freitag in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr durchgeführte Besuche 50

ZBs1d d) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit zwischen 8 und 20 Uhr durchgeführte Besuche 38

ZBs1e e) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr durchgeführte Besuche 67

ZBs1f f) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr durchgeführte Besuche 88

Die Zuschläge nach den Nrn. 161 a bis 161 f sind nicht nebeneinander abrechnungsfähig.

162 Zuschläge für Besuche nach den Nrn. 152 und 155

ZBs2a a) Zuschlag für dringend angeforderte und unverzüglich durchgeführte Besuche 9

ZBs2b b) Zuschlag für Montag bis Freitag in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr durchgeführte Besuche 15

ZBs2c c) Zuschlag für Montag bis Freitag in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr durchgeführte Besuche 25

ZBs2d	d)	Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit zwischen 8 und 20 Uhr durchgeführte Besuche	19
ZBs2e	e)	Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr durchgeführte Besuche	34
ZBs2f	f)	Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr durchgeführte Besuche	44

Die Zuschläge nach den Nrn. 162 a bis 162 f sind nicht nebeneinander abrechnungsfähig.

165 ZKi	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 151, 152, 153, 154 und 155 bei Kindern bis zum vollendeten vierten Lebensjahr	14

171 Zuschlag nach § 87 Abs. 2i SGB V

PBA1a	a)	Zuschlag für das Aufsuchen von Versicherten, die pflegebedürftig sind, eine Behinderung oder eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen	35
PBA1b	b)	Zuschlag für das Aufsuchen je weiterem Versicherten, der pflegebedürftig ist, eine Behinderung oder eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweist, in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 171a	30

1. Die Leistungen sind abrechnungsfähig für Versicherte, die einer Pflegestufe nach § 15 Abs. 1 SGB XI zugeordnet sind, Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten oder dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI eingeschränkt sind und die Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit oder Behinderung oder eingeschränkten Alltagskompetenz nicht oder nur mit einem hohen Aufwand aufsuchen können.

2. Die Leistungen sind neben den Besuchsgebühren der BEMA-Nrn. 151 bis 153 einschließlich der Zuschläge nach den BEMA-Nrn. 161, 162 und 165 sowie dem Wegegeld und der Reiseentschädigung abrechenbar.

3. Die Anspruchsberechtigung auf eine Leistung nach Nummer 171 ist vom Zahnarzt ggf. anhand des Bescheides der Pflegekasse oder des Bescheides über die Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII in der Patientenakte zu dokumentieren. Bei unbefristeten Bescheiden hat dies einmalig zu erfolgen. Bei befristeten Bescheiden ist der Fristablauf zu dokumentieren.

4. Die Notwendigkeit des Aufsuchens, beispielsweise bei fehlender Unterstützung durch das Lebensumfeld, bei Desorientierung oder bei Bettlägerigkeit, ist zu dokumentieren.

172 Zuschlag nach § 87 Abs. 2j SGB V für die kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V

SP1a a) Zuschlag für das Aufsuchen eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung 36

SP1b b) Zuschlag für das Aufsuchen je weiterem pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 172a 31

SP1c c) Beurteilung des zahnärztlichen Behandlungsbedarfs, des Pflegezustands der Zähne, der Mundschleimhaut sowie der Prothesen, Einbringen von versichertenbezogenen Vorschlägen für Maßnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung der Mundgesundheit, einschließlich Dokumentation anhand des Formblatts nach Anlage 2 zur Rahmenvereinbarung gemäß § 119b Abs. 2 SGB V 16

SP1d d) Unterstützung und ggf. praktische Anleitung des Pflegepersonals bei der Durchführung der ihm obliegenden Aufgaben durch versichertenbezogene Vorschläge für Maßnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung der

Mundgesundheit sowie Hinweise zu Besonderheiten der Zahnpflege sowie zu Pflege und Handhabung des Zahnersatzes 20

1. Die Leistungen nach Nrn. 172a bis 172d sind nur abrechnungsfähig für pflegebedürftige Versicherte, die in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) betreut werden, wenn der Vertragszahnarzt mit der stationären Pflegeeinrichtung einen Kooperationsvertrag gemäß § 119b Abs. 1 SGB V geschlossen hat, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht und wenn die hierfür zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die Berechtigung zur Abrechnung festgestellt hat.

2. Leistungen nach Nrn. 172a bis 172d sind neben den Besuchsgebühren der Nrn. 154 und 155, einschließlich der Zuschläge nach Nrn. 161, 162 und 165 sowie dem Wegegeld und der Reiseentschädigung abrechnungsfähig. Sie sind nicht neben den Nrn. 151, 152 und 153 und nicht neben den Nrn. 171a und 171b abrechnungsfähig.

3. Leistungen nach Nrn. 172c und 172d können je Kalenderhalbjahr einmal abgerechnet werden, frühestens nach Ablauf von vier Monaten.

4. Der Vertragszahnarzt kann für pflegebedürftige Versicherte, die in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) betreut werden, mit welcher der Vertragszahnarzt einen Kooperationsvertrag gemäß § 119b Abs. 1 SGB V abgeschlossen hat, der den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht und insoweit den Vertragszahnarzt zur Abrechnung von Leistungen nach Nrn. 172a bis 172d berechtigt, keine Leistungen nach Nrn. 171a und 171b abrechnen.

181 Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten

Ksl 14

1. Die Leistung nach Nr. 181 ist nur abrechnungsfähig, wenn sich der Zahnarzt zuvor oder im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Versicherten und dessen Erkrankung befasst hat.

2. Die Leistung nach Nr. 181 ist auch dann abrechnungsfähig, wenn die Erörterung zwischen einem Zahnarzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen/zahnärztlichen Vertreter eines anderen Arztes/Zahnarztes erfolgt.

3. Die Leistung nach Nr. 181 ist nicht abrechnungsfähig, wenn die Zahnärzte Mitglieder derselben Berufsausübungsgemeinschaft oder einer Praxisgemeinschaft von Ärzten/Zahnärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung sind. Sie ist nicht abrechnungsfähig für routinemäßige Besprechungen.

182 Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten
KslK im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V 14

1. Die Leistung nach Nr. 182 ist nur abrechnungsfähig für konsiliarische Erörterungen, die pflegebedürftige Versicherte betreffen, welche in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) betreut werden und der Vertragszahnarzt mit der stationären Pflegeeinrichtung einen Kooperationsvertrag gemäß § 119b Abs. 1 SGB V geschlossen hat, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht und wenn die hierfür zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die Berechtigung zur Abrechnung festgestellt hat.

2. Die Leistung nach Nr. 182 ist auch dann abrechnungsfähig, wenn die Erörterung zwischen einem Kooperationszahnarzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen/zahnärztlichen Vertreter eines anderen Arztes/Zahnarztes erfolgt.

3. Die Leistung nach Nr. 182 ist nicht abrechnungsfähig, wenn die Zahnärzte Mitglieder derselben Berufsausübungsgemeinschaft oder einer Praxisgemeinschaft von Ärzten/Zahnärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung sind.

IP 1 Mundhygienestatus 20

Die Erhebung des Mundhygienestatus umfasst die Beurteilung der Mundhygiene und des Gingivazustands anhand eines geeigneten Indexes (z. B. Approximalraum-Plaqueindex, Quigley-Hein-Index, Papillenblutungsindex; der einmal gewählte Index ist beizubehalten), die Feststellung und Beurteilung von Plaque-Retentionsstellen und ggf. das Anfärben der Zähne.

1. Eine Leistung nach Nr. IP 1 kann je Kalenderhalbjahr einmal abgerechnet werden.

2. Leistungen nach den Nrn. IP 1 bis IP 5 können nur für Versicherte abgerechnet werden, die das sechste, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben. Für andere Versicherte können Leistungen nach den Nrn. IP 4 bis IP 5 nur abgerechnet werden, soweit dies in den Abrechnungsbestimmungen ausdrücklich vereinbart ist.

IP 2 Mundgesundheitsaufklärung bei Kindern und Jugendlichen 17

Aufklärung des Versicherten und ggf. dessen Erziehungsberechtigten über Krankheitsursachen sowie deren Vermeidung, Motivation und Remotivation

Die Mundgesundheitsaufklärung umfasst folgende Leistungen:
- Aufklärung über Ursachen von Karies und Gingivitis sowie deren Vermeidung
- ggf. Ernährungshinweise und Mundhygieneberatung, auch unter Berücksichtigung der Messwerte der gewählten Mundhygiene-Indizes
- Empfehlungen zur Anwendung geeigneter Fluoridierungsmittel zur Schmelzhärtung (fluoridiertes Speisesalz, fluoridierte Zahnpasta, fluoridierte Gelees und dergl.); ggf. Abgabe/Verordnung von Fluoridtabletten
- praktische Übung von Mundhygienetechniken, auch zur Reinigung der Interdentalräume.

Der Zahnarzt soll Inhalt und Umfang der notwendigen Prophylaxemaßnahmen nach den individuellen Gegebenheiten des Einzelfalles festlegen. In einem Zeitraum von drei Jahren sind alle Leistungsbestandteile mindestens einmal zu erbringen.

1. Eine Leistung nach Nr. IP 2 kann je Kalenderhalbjahr einmal abgerechnet werden.

2. Die Abrechnung der Nr. IP 2 setzt die Einzelunterweisung voraus.

IP 4 Lokale Fluoridierung der Zähne 12

Die Nr. IP 4 umfasst folgende Leistungen:

Die lokale Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung mit Lack, Gel o. ä. einschließlich der Beseitigung von weichen Zahnbelägen und der Trockenlegung der Zähne.

1. Das Entfernen harter Zahnbeläge ist nach Nr. 107 abzurechnen.

2. Eine Leistung nach Nr. IP 4 kann bei vorzeitigem Durchbruch der 6-Jahrmolaren auch bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres abgerechnet werden.

3. Eine Leistung nach Nr. IP 4 kann je Kalenderhalbjahr einmal abgerechnet werden.

4. Bei Versicherten mit hohem Kariesrisiko kann ab dem 6. Lebensjahr bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres die Nr. IP 4 je Kalenderhalbjahr zweimal abgerechnet werden.

IP 5 Versiegelung von kariesfreien Fissuren und Grübchen der bleibenden Molaren (Zähne 6 und 7) mit aushärtenden Kunststoffen, je Zahn 16

Eine Leistung nach Nr. IP 5 umfasst die Versiegelung der Fissuren und der Grübchen einschließlich der gründlichen Beseitigung der weichen Zahnbeläge und der Trockenlegung der zu versiegelnden Zähne.

1. Das Entfernen harter Zahnbeläge ist nach Nr. 107 abrechnungsfähig.

2. Eine Leistung nach Nr. IP 5 kann auch bei Durchbruch der 6-Jahresmolaren bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres abgerechnet werden.
3. Das Versiegelungsmaterial ist mit der Bewertung abgegolten.

FU Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung eines Kindes vom 30. bis zum 72. Lebensmonat 25

1. In dem Zeitraum vom 30. bis zum 72. Lebensmonat erfolgen drei zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen. Der Abstand zwischen den Früherkennungsuntersuchungen beträgt mindestens zwölf Monate.

2. Die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen enthalten folgende Leistungen:
   - Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich Beratung (Inspektion der Mundhöhle)
   - Einschätzung des Kariesrisikos anhand des dmft-Indexes
   - Ernährungs- und Mundhygieneberatung der Erziehungsberechtigten mit dem Ziel der Keimzahlsenkung durch verringerten Konsum zuckerhaltiger Speisen und Getränke und verbesserte Mundhygiene
   - Empfehlung und ggf. Verordnung geeigneter Fluoridierungsmittel zur Schmelzhärtung (Fluorid-Tabletten, fluoridiertes Salz, fluoridierte Zahnpasta und dergl.)

3. Neben den Früherkennungsuntersuchungen kann eine Leistung nach Nr. 01 in demselben Kalenderhalbjahr nicht abgerechnet werden. Im folgenden Kalenderhalbjahr kann die Leistung nach Nr. 01 frühestens vier Monate nach Erbringung der Früherkennungsuntersuchung abgerechnet werden.

4. Eine Leistung nach Nr. IP 4 (lokale Fluoridierung der Zähne) kann bei Kindern mit hohem Kariesrisiko vom 30. Lebensmonat an bis zum vollendeten 6. Lebensjahr zweimal je Kalenderhalbjahr abgerechnet werden.

5. Im Zusammenhang mit den Früherkennungsuntersuchungen und einer Leistung nach Nr. IP 4 kann eine Leistung nach Nr. Ä 1 nicht abgerechnet werden.

6. Die Abrechnung von Früherkennungsuntersuchungen setzt die Einzeluntersuchung bzw. -unterweisung voraus.

Teil 2
Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe)

Zahnärztliche Leistungen, die zur Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels erforderlich sind, werden nach den Abschnitten J und L des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte vom 12.11.1982 in der jeweils gültigen Fassung abgerechnet. Zur Ermittlung der Bewertungszahl ist für 9 GOÄ-Punkte 1 Bema-Punkt anzusetzen. Leistungen aus Teil 1 des Bewertungsmaßstabes können abgerechnet werden, wenn sie nicht Bestandteil einer anderen nach der GOÄ abrechnungsfähigen Leistung sind.

2	Schriftliche Niederlegung eines Heil- und Kostenplanes	20
7	Vorbereitende Maßnahmen	
	a) Abformung, Bissnahme in habitueller Okklusion für das Erstellen von dreidimensional orientierten Modellen des Ober- und Unterkiefers zur diagnostischen Auswertung und Planung sowie schriftliche Niederlegung	19
	b) Abformung, Bissnahme für das Erstellen von Modellen des Ober- und Unterkiefers zur diagnostischen Auswertung und Planung sowie schriftliche Niederlegung	19

1. Eine Leistung nach den Nrn. 7 a oder b ist bei allen nach der Planung notwendig werdenden Abformungsmaßnahmen nur dann abrechnungsfähig, wenn mit der Herstellung der Modelle eine diagnostische Auswertung und Planung verbunden ist. Für die Erstellung von Arbeitsmodellen können nur Material- und Laboratoriumskosten abgerechnet werden.

2. Die vorbereitenden Maßnahmen (Nr. 7 a) sind nur im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung abrechnungsfähig. Sie sind bis zu dreimal im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung, bei kombiniert kieferorthopädisch/kieferchirurgischer Behandlung bis zu viermal abrechnungsfähig. Dies gilt nicht bei der frühen Behandlung einer Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte oder anderer kraniofacialer Anomalien, eines skelettal-offenen Bisses, einer Progenie oder verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen.

3. Die vorbereitenden Maßnahmen (Nr. 7 b) sind nur im Rahmen der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sowie der Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels abrechnungsfähig.

4. Im Rahmen der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sind Leistungen nach der Nr. 7 b neben alleinigen Maßnahmen nach Nrn. 20 und 100 in der Regel nicht abrechnungsfähig.

5. Leistungen nach der Nr. 7 a oder b sind nach dem für die Kieferorthopädie und zahnprothetische Behandlung geltenden Punktwert abzurechnen, soweit sie im Zusammenhang mit diesen Leistungen erbracht werden.

K 1 Eingliedern eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche 106

a) zur Unterbrechung der Okklusionskontakte

b) als Aufbissschiene bei der Parodontalbehandlung

c) als Bissführungsplatte bei der Versorgung mit Zahnersatz

1. Das Eingliedern eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche zur Unterbrechung der Okklusionskontakte kann angezeigt sein bei Kiefergelenksstörungen, Myoarthropathien und zur Behebung von Fehlgewohnheiten. Angezeigt sind nur
   - individuell adjustierte Aufbissbehelfe,
   - Miniplastschienen mit individuell geformtem Kunststoffrelief,
   - Interzeptoren,
   - Spezielle Aufbissschienen, die alle Okklusionsflächen bedecken (z. B. Michigan-Schienen).

2. Eine Leistung nach der Nr. K 1 ist auch für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen abrechnungsfähig.

3. Das Eingliedern eines Daueraufbissbehelfs ist mit der Nr. K 1 abgegolten.

K 2 Eingliedern eines Aufbissbehelfs zur Unterbrechung der Okklusionskontakte ohne adjustierte Oberfläche 45

Das Eingliedern eines Aufbissbehelfs ohne adjustierte Oberfläche kann bei akuten Schmerzzuständen angezeigt sein.

K 3	Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf zur Unterbrechung der Okklusionskontakte mit adjustierter Oberfläche	61

Die Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf kann bei Kiefergelenksstörungen, Myoarthropathien und nach chirurgischen Behandlungen angezeigt sein.

K 4	Semipermanente Schienung unter Anwendung der Ätztechnik, je Interdentalraum	11

Die semipermanente Schienung kann zur Stabilisierung gelockerter Zähne und bei prä- bzw. postchirurgischen Fixationsmaßnahmen angezeigt sein.

K 6	Wiederherstellung und/oder Unterfütterung eines Aufbissbehelfs	30
K 7	Kontrollbehandlung, ggf. mit einfachen Korrekturen des Aufbissbehelfs oder der Fixierung	6
K 8	Kontrollbehandlung mit Einschleifen des Aufbissbehelfs oder der Schienung (subtraktive Methode)	12
K 9	Kontrollbehandlung mit Aufbau einer neuen adjustierten Oberfläche (additive Methode)	35

1. Leistungen nach den Nrn. K 1 bis K 4 sind nur dann abrechnungsfähig, wenn eine Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse vorliegt. Die Gesamtvertragspartner auf Landesebene können Abweichendes vereinbaren.

2. Leistungen nach den Nrn. K 1 und K 4 sind auch für die Parodontalbehandlung abrechnungsfähig.

3. Im zeitlichen Zusammenhang ist nur eine der Leistungen nach den Nrn. K 1 bis K 3 abrechnungsfähig.

4. Je Sitzung ist nur eine der Leistungen nach den Nrn. K 6 bis K 9 abrechnungsfähig.

Beschluss des Bewertungsausschusses am 22.12.2004 gem. § 87 Abs. 3 SGB V

Der Bewertungsausschuss beschließt mit Wirkung zum 01.01.2005 die Verschiebung der nachfolgenden Bema-Positionen von Bema-Teil 5 in Bema-Teil 2. Es gilt der Punktwert von Bema-Teil 2.

101	Maßnahmen zur Weichteilstützung zum Ausgleich oder zum Verschluss von Defekten im Bereich des Kiefers	
	a) bei vorhandenem Restgebiss	80
	b) bei zahnlosem Kiefer	120
102	Eingliedern eines Obturators zum Verschluss von Defekten des weichen Gaumens	240
103	Resektionsprothesen:	
	a) Eingliedern einer temporären Verschlussprothese nach Resektion oder bei großen Defekten des Oberkiefers	160
	b) Ergänzungsmaßnahmen im Anschluss an Leistungen nach Buchstabe a)	80
	c) Eingliedern einer Dauerprothese	300
104	Eingliedern einer Prothese oder Epithese zum Verschluss extraoraler Weichteildefekte oder zum Ersatz fehlender Gesichtsteile	
	a) kleineren Umfanges	300
	b) größeren Umfanges	500
	Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen sind nach den Allgemeinen Bestimmungen des Bema abrechnungsfähig.	

Die Leistungen nach den Nrn. 101 - 104 können nur im Zusammenhang mit Befunden nach den Klassen Nr. 3 und 4 der Festzuschuss-Richtlinien abgerechnet werden.[1]

[1] Abweichend hiervon besteht zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KZBV Konsens, das dies für eine Leistung der Bema-Nr. 104 nicht gilt, da z.B. bei einer Epithese der Ersatz von fehlenden Zähnen durch eine Prothese nicht immer erforderlich ist.

Teil 3
Kieferorthopädische Behandlung

In diesem Teil nicht aufgeführte Leistungen können nach den Teilen 1 und/oder 2 abgerechnet werden.

5	Kieferorthopädische Behandlungsplanung	95

Entwicklung eines befundorientierten Therapiekonzepts sowie Aufklärung des Patienten und Dokumentation, einschließlich Erstellung eines Behandlungsplanes. Die Dokumentation ist dem Patienten anzubieten und auf Wunsch auszuhändigen.

Eine Leistung nach Nr. 5 ist nicht abrechnungsfähig
- bei Verlängerungsanträgen,
- bei Therapieänderungen und Ergänzungen zum Behandlungsplan
- oder zur Retentionsplanung.

116	Fotografie	15

Profil- oder en-face-Fotografie mit diagnostischer Auswertung, je Aufnahme

Eine Leistung nach Nr. 116 ist im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung bis zu viermal abrechnungsfähig.

117	Modellanalyse	35

Zusätzliche Anwendung von Methoden zur Analyse von Kiefermodellen (dreidimensionale Analyse, graphische oder metrische Analyse, Diagramme), je Nr. 7 a

Eine Leistung nach Nr. 117 ist bis zu dreimal im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung, bei einer kombiniert kieferorthopädisch/kieferchirurgischen Behandlung bis zu viermal abrechnungsfähig.
Dies gilt nicht bei der frühen Behandlung einer Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte oder anderer kraniofacialer Anomalien, eines skelettal-offenen Bisses, einer Progenie oder verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen.

118 Kephalometrische Auswertung 29

Untersuchung des Gesichtsschädels, einmal je Fernröntgenseitenbild einschließlich Dokumentation

1. Eine Leistung nach Nr. 118 kann im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung höchstens zweimal, in begründeten Ausnahmefällen dreimal abgerechnet werden.

2. Eine Leistung nach Nr. 118 ist bei Frühbehandlung mit verkürzter Behandlungsdauer nur bei skelettalen Dysgnathien im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung einmal abrechnungsfähig.

119 Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention

a) einfach durchführbarer Art 132
b) mittelschwer durchführbarer Art 204
c) schwierig durchführbarer Art 276
d) besonders schwierig durchführbarer Art 336

Die Zuordnung zu den Buchstaben a bis d erfolgt nach folgendem Bewertungssystem:

I.	Zahl der bewegten Zähne bzw. Zahngruppen	1-2	1-2 Zahngruppen	alle Zahngruppen
		1	2	3
II.	Größe der Bewegung	1-2 mm	3-5 mm	mehr als 5 mm
		1	3	5
III.	Art und Richtung der Bewegung	kippend*) günstig	ungünstig	körperlich
		1	3	5
IV.	Verankerung	einfach	mittelschwer	schwierig
		1	2	5
V.	Reaktionsweise (Alter, Konstitution, Früh- und Spätbehandlung)	sehr günstig	gut	ungünstig
		1	3	5

Die Summe der einzelnen Punkte ergibt die Bewertung für Schwierigkeit und Umfang der vorgesehenen Kieferumformung nach folgendem Schema:

5 bis 7 Punkte = a) 11 bis 15 Punkte = c)
8 bis 10 Punkte = b) 16 und mehr Punkte = d)

*)Als günstige “kippende” Bewegung gelten:
Bukkalbewegung der Seitenzähne bei der Dehnung, Protrusionsbewegung der Frontzähne und Retrusionsbewegung der Frontzähne, Mesialbewegung der Seitenzähne;
als ungünstige “kippende” Bewegung gelten:
Palatinalbewegung und Distalbewegung der Seitenzähne, Lateralbewegung von Frontzähnen, Drehung, Verlängerung und Verkürzung von Zähnen (auf direktem Wege).

120 Maßnahmen zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss in sagittaler oder lateraler Richtung einschließlich Retention

a)	einfach durchführbarer Art	204
b)	mittelschwer durchführbarer Art	228
c)	schwierig durchführbarer Art	276
d)	besonders schwierig durchführbarer Art	336

Die Zuordnung zu den Buchstaben a bis d erfolgt nach folgendem Bewertungssystem:

I.	Größe der Bissverlagerung	1-2 mm 1	½ Prämolarenbreite 3	über ½ bis 1 Prämolarenbreite 5
II.	Lokalisation	einseitig 1	-	beiderseitig 3
III.	Richtung der durchzuführenden Bissverschiebung	mesial 1	lateral 2	distal 3
IV.	Reaktionsweise (Alter, Konstitution, Früh- und Spätbehandlung)	sehr günstig 1	gut 3	ungünstig 10

Die Summe der einzelnen Punkte ergibt die Bewertung für Schwierigkeit und Umfang der vorgesehenen Bissverlagerung:

4 bis 8 Punkte = a)	11 bis 12 Punkte = c)
9 bis 10 Punkte = b)	13 und mehr Punkte = d)

1. Im Zusammenhang mit einer Leistung nach Nrn. 119/120 ist eine Leistung nach Nr. 01 nur abrechnungsfähig, wenn sie anderen als kieferorthopädischen Zwecken dient.

2. Im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung ist die Abrechnung von Leistungen der Nrn. 121 bis 124 neben einer Leistung der Nrn. 119/120 nicht möglich.

3. Der Zahnarzt hat quartalsweise Abschlagszahlungen abzurechnen

bei Nr. 119	a) 11 Punkte	bei Nr. 120	a) 17 Punkte
	b) 17 Punkte		b) 19 Punkte
	c) 23 Punkte		c) 23 Punkte
	d) 28 Punkte		d) 28 Punkte

   Für Kalenderquartale, in denen keine kieferorthopädischen Leistungen erbracht wurden, entfällt die Abrechnung der Abschlagszahlung. In diesen Fällen verlängert sich die Behandlungszeit entsprechend. Insgesamt können nicht mehr als 12 Abschlagszahlungen abgerechnet werden.

4. Mit den Gebühren nach Nrn. 119/120 ist eine Behandlungszeit bis zu 16 Behandlungsquartalen abgegolten. Bei vorzeitigem Behandlungsabschluss können in den Fällen nach den Nrn. 119 a und b sowie 120 a und b die restlichen Abschlagszahlungen bei Ende der Behandlung abgerechnet werden. Soweit nach den Nrn. 119 c und d sowie 120 c und d eingestufte Behandlungen vor 10 Behandlungsquartalen beendet werden, erhält der Zahnarzt die bis zu diesem Zeitpunkt fällig gewordene Vergütung.

5. Bei der Frühbehandlung eines Distalbisses, eines lateralen Kreuz- oder Zwangsbisses, sofern dieser durch präventive Maßnahmen (Einschleifen) nicht zu korrigieren ist, einer Bukkalokklusion (Nonokklusion) permanenter Zähne, eines progenen Zwangsbisses/frontalen Kreuzbisses oder der Behandlung zum Öffnen von Lücken kann der Zahnarzt quartalsweise

Abschlagszahlungen nach den Nrn. 119 und/oder 120, für längstens sechs Kalenderquartale abrechnen. Diese Abrechnung ist besonders zu kennzeichnen. Bei vorzeitigem Behandlungsabschluss können die restlichen Abschlagszahlungen nach Satz 1 bei Ende der Behandlung abgerechnet werden.

Die Frühbehandlung soll nicht vor dem 4. Lebensjahr begonnen werden.

6. Die frühe Behandlung einer Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte oder anderer kraniofacialer Anomalien, eines skelettal-offenen Bisses, einer Progenie oder verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen ist nach den Nrn. 119 und/oder 120 abrechnungsfähig.

7. Über das 4. Behandlungsjahr hinausgehende noch erforderliche Leistungen sind mit Begründung und Angabe der voraussichtlichen weiteren Behandlungszeit und der Neuzuordnung aufgrund des Befundes am Ende des 4. Behandlungsjahres zu den Buchstaben a bis d der Nrn. 119 und 120 schriftlich zu beantragen.

   Für die nach Ablauf von 16 Behandlungsquartalen notwendigen Behandlungsmaßnahmen (mit Ausnahme der Retentionsüberwachung) werden bei Leistungen nach Nrn. 119 und 120 die Abschlagszahlungen wie unter Nr. 3 quartalsweise fällig.

8. Wird die Behandlung abgebrochen, so erhält der Zahnarzt die bis zu diesem Zeitpunkt fällig gewordene Vergütung.

9. Belehrende und ermahnende Informationen in einem Brief an die Patienten oder deren Erziehungsberechtigte sind mit den Gebühren nach den Nrn. 119 und/oder 120 abgegolten.

10. Maßnahmen zur Retention können bis zu zwei Jahren nach dem Ende des Kalenderquartals, für das die letzte Abschlagszahlung nach den Nrn. 119/120 geleistet worden ist, abgerechnet werden, längstens bis zum Abschluss der Behandlung. Der Zahnarzt hat den Abschluss der Behandlung einschließlich der Retention schriftlich zu bestätigen.

11. Die Abrechnung von Leistungen nach den Nrn. 119/120 beginnt mit der therapeutischen Phase. Das ist in der Regel die erste Maßnahme zur

Herstellung eines Behandlungsgerätes oder das Extrahieren, Separieren und Einschleifen von Zähnen im engen zeitlichen Zusammenhang mit der Eingliederung des Behandlungsgerätes.

12. Übernimmt ein Zweitbehandler die Fortführung der Behandlung nach dem ursprünglichen Behandlungsplan, so kann der Zweitbehandler die restlichen Abschlagszahlungen abrechnen.

    Hat der Erstbehandler 7 oder mehr Abschlagszahlungen abgerechnet, ist der Zweitbehandler berechtigt, nach Ablauf von 12 Behandlungsquartalen sofort einen Verlängerungsantrag zu stellen.

13. Mit den Nrn. 119/120 ist die Ausstellung der Abschlussbescheinigung abgegolten.

(Siehe auch Beschluss Nr. 110 der Arbeitsgemeinschaft gem. § 22 EKVZ vom 03.05.1989, gültig ab 01.05.1989 - gilt nur für Ersatzkassen)

121 Beseitigung von Habits bei einem habituellen Distalbiss oder bei einem habituell offenen Biss, je Sitzung 17

1. Eine Leistung nach Nr. 121 kann pro Patient bis zu sechsmal während eines Zeitraums von sechs Monaten abgerechnet werden. Nach einem Zeitraum von sechs Monaten ist die Abrechnung einer Leistung nach Nr. 121 ausgeschlossen. Neben Leistungen nach den Nrn. 119/120 ist eine Leistung nach der Nr. 121 nicht abrechnungsfähig.

2. Zur Befundung und/oder Behandlung nach Nr. 121 sind Röntgenaufnahmen nicht abrechnungsfähig.

3. Für eine Leistung nach Nr. 121 ist kein Behandlungsplan nach Nr. 5 abrechnungsfähig.

(Siehe auch Feststellung Nr. 92 der Arbeitsgemeinschaft gem. § 22 EKVZ vom 31.07.1980 - gilt nur für Ersatzkassen)

122 Kieferorthopädische Verrichtungen als alleinige Leistung

a) Kontrolle des Behandlungsverlaufs einschließlich kleiner Änderungen für Behandlungsmittel, für jede Sitzung 21

b) Vorbereitende Maßnahmen zur Herstellung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln, je Kiefer 43

c) Einfügen von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln, je Kiefer 27

1. Die Eingliederung einer Mundvorhofplatte kann nicht nach Nrn. 119/120 abgerechnet werden. Nach den Nrn. 122 a bis c kann sie nur abgerechnet werden, wenn sie individuell gefertigt wurde.

2. Neben Leistungen nach den Nrn. 119/120 sind Leistungen nach den Nrn. 122 a bis c nicht abrechnungsfähig.

123a Kieferorthopädische Maßnahmen mit herausnehmbaren Geräten zum Offenhalten von Lücken infolge vorzeitigem Milchzahnverlustes, je Kiefer 40

123b Kontrolle eines Lückenhalters, je Behandlungsquartal 14

1. Neben Leistungen nach den Nrn. 119/120 sind Leistungen nach Nrn. 123 a oder 123 b nicht abrechnungsfähig.

2. Neben einer Leistung nach Nr. 123 a sind Material- und Laboratoriumskosten abrechnungsfähig.

3. Für eine Leistung nach Nr. 123 a ist kein Behandlungsplan nach Nr. 5 abrechnungsfähig.

4. Neben einer Leistung nach Nr. 123 a kann ein Orthopantomogramm abgerechnet werden, wenn es nicht bereits erbracht wurde. Andere Röntgenaufnahmen sind daneben nicht abrechnungsfähig.

124 Einschleifen von Milchzähnen bei Kreuz- oder Zwangsbiss, je Sitzung 16

1. Neben Leistungen nach den Nrn. 119/120 ist eine Leistung nach Nr. 124 nicht abrechnungsfähig.

2. Eine Leistung nach Nr. 124 ist bis zu zweimal abrechnungsfähig.

125 Maßnahmen zur Wiederherstellung von Behandlungsmitteln einschließlich Wiedereinfügen, je Kiefer 30

1. Eine Leistung nach Nr. 125 kann neben Leistungen nach den Nrn. 119/120 abgerechnet werden, wenn ein Behandlungsmittel wiederhergestellt wird.

2. Die Wiederherstellung nach Nr. 125 bezieht sich nur auf Draht- oder Basisteile je Behandlungsgerät. Die Änderung von Behandlungsmitteln ist mit den Gebühren nach den Nrn. 119 und 120 abgegolten. Die Aktivierung von Behandlungsmitteln, z. B. Nachstellen von Schrauben und Federelementen, kann nicht nach Nr. 125 abgerechnet werden.

126a Eingliedern eines Brackets oder eines Attachments einschließlich Material- und Laboratoriumskosten 18

Die Leistung beinhaltet die Klebeflächenreinigung, das Konditionieren, die Trockenlegung, das Positionieren, das Kleben und die Überschussentfernung.

Für die Eingliederung eines festsitzenden Unterkiefer-Frontzahnretainers sind einmalig bis zu sechsmal die Nr. 126 a und einmal die Nr. 127 a abrechnungsfähig. Wiedereingliederung und/oder Ersatz sowie die Nr. 127 b sind nicht abrechnungsfähig. Eine Leistung nach Nr. 126 d ist bzgl. eines Retainers nur abrechnungsfähig, wenn sie innerhalb der vertraglich festgelegten Retentionszeit anfällt.

126b Eingliedern eines Bandes einschließlich Material- und Laboratoriumskosten 42

Die Leistung beinhaltet die Vorauswahl am Modell, die Klebeflächenreinigung, das Vorbeschleifen, die Einprobe, das Adaptieren, das Finishing, das Konturieren, die Trockenlegung, das Zementieren und die Überschussentfernung.

In der Regel soll an einem Zahn im Laufe einer Behandlung nur einmal ein Band oder ein Bracket befestigt werden.

126c Wiedereingliederung eines Bandes 30

126d Entfernung eines Bandes, eines Brackets oder eines Attachments 6

Die Leistung beinhaltet das Abnehmen, das Entfernen von Kleberesten und das Polieren.

Leistungen nach den Nrn. 126 bis 131 können neben Leistungen nach den Nrn. 119 und/oder 120 abgerechnet werden.

127a	Eingliederung eines Teilbogens einschließlich Material- und Laboratoriumskosten	25
	Die Leistung beinhaltet das Anpassen, die Einprobe, das Einsetzen und das Einligieren.	
127b	Ausgliederung eines Teilbogens	7
128a	Eingliederung eines konfektionierten Vollbogens einschließlich Material- und Laboratoriumskosten	32
	Die Leistung beinhaltet das Anpassen, die Einprobe, das Einsetzen und das Einligieren.	
128b	Eingliederung eines individualisierten Vollbogens einschließlich Material- und Laboratoriumskosten	40
	Die Leistung beinhaltet das Anpassen, das Biegen, die Einprobe, das Einsetzen und das Einligieren. Zum Leistungsinhalt eines individualisierten Bogens gehören mindestens drei Biegungen 2. Ordnung oder eine Biegung 3. Ordnung.	
128c	Ausgliederung von Vollbögen, je Bogen	9
	Nach Nr. 128 c ist auch die Ausgliederung von Apparaturen nach Nr. 130 zweimal abrechnungsfähig.	
129	Wiedereingliederung eines Voll- oder Teilbogens	24
130	Eingliederung ergänzender festsitzender Apparaturen (Palatinal- oder Transversalbogen, Quadhelix, Lingualbogen, Lipbumper, Headgear über je zwei Ankerbändern) einschließlich Material- und Laboratoriumskosten	72
	Die Ankerbänder gehören nicht zum Leistungsinhalt der Nr. 130, sie sind nach Nr. 126 b zweimal abrechnungsfähig. Material- und Laboratoriumskosten zur extraoralen Fixierung und Aktivierung können gesondert abgerechnet werden.	
131a	Eingliederung und Ausgliederung einer Gaumennahterweiterungsapparatur	50

Neben einer Leistung nach der Nr. 131 a ist eine Leistung nach der Nr. 126 b bis zu viermal abrechnungsfähig.

131b Eingliederung und Ausgliederung einer festsitzenden Apparatur zur Bisslagekorrektur (Herbstscharnier) bei spätem Behandlungsbeginn, wenn der Wachstumshöhepunkt überschritten ist und die Bisslagekorrektur mit konventionellen Maßnahmen nicht erreicht werden kann. 50

Neben einer Leistung nach der Nr. 131 b ist eine Leistung nach der Nr. 126 b bis zu viermal abrechnungsfähig.

131c Eingliederung einer Gesichtsmaske 50

Neben den Leistungen nach Nrn. 131 a bis c können Material- und Laboratoriumskosten gesondert abgerechnet werden.

Teil 4
Systematische Behandlung von Parodontopathien

Die Leistungen aus Bema-Teil 4 sind nur abrechnungsfähig, wenn ein PSI-Code von 3 oder 4 oder eine Sondiertiefe von 3,5 mm und mehr festgestellt worden ist. In diesem Teil nicht aufgeführte Leistungen können nach den anderen Teilen abgerechnet werden.

4	Befundaufnahme und Erstellen eines Heil- und Kostenplanes bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums	39
P200	Systematische Behandlung von Parodontopathien (Supra- und subgingivales Debridement), geschlossenes Vorgehen je behandeltem einwurzeligen Zahn	14
P201	Systematische Behandlung von Parodontopathien (Supra- und subgingivales Debridement), geschlossenes Vorgehen je behandeltem mehrwurzeligen Zahn	26

Die Leistungen nach den Nrn. P200 und P201 umfassen Maßnahmen der systematischen Behandlung der Parodontopathien. Mit Leistungen nach den Nrn. P200 und P201 sind während und unmittelbar nach der systematischen Behandlung erbrachte Leistungen nach den Nrn. 105 und 107 abgegolten.
Die Gingivektomie oder Gingivoplastik ist nach Nr. P200 oder P201 abrechnungsfähig.

Mit der Bewertungszahl sind alle Sitzungen abgegolten. Die Anästhesie ist zusätzlich abrechnungsfähig.

P202	Systematische Behandlung von Parodontopathien (Chirurgische Therapie), offenes Vorgehen je behandeltem einwurzeligen Zahn	22
P203	Systematische Behandlung von Parodontopathien (Chirurgische Therapie), offenes Vorgehen je behandeltem mehrwurzeligen Zahn	34

Die Leistungen nach den Nrn. P202 und P203 setzen chirurgische Maßnahmen der systematischen Behandlung der Parodontopathien voraus. Diese umfassen die Lappenoperation (einschließlich Naht und/oder Schleimhaut-

verbände) sowie das supra- und subgingivale Debridement. Mit Leistungen nach den Nrn. P202 oder P203 sind während und unmittelbar nach der systematischen Behandlung erbrachte Leistungen nach den Nrn. 105 und 107 abgegolten.

Mit der Bewertungszahl sind alle Sitzungen abgegolten. Die Anästhesie ist zusätzlich abrechnungsfähig.

108 Einschleifen des natürlichen Gebisses zum Kauebenenausgleich und zur Entlastung, je Sitzung 6

Eine Leistung nach Nr. 108 kann nicht im Zusammenhang mit konservierenden, prothetischen und chirurgischen Leistungen abgerechnet werden.

111 Nachbehandlung im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontopathien, je Sitzung 10

Für diese Leistung kann die Nr. 38 daneben nicht abgerechnet werden.

Teil 5
Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen

In diesem Teil nicht aufgeführte Leistungen können nach den anderen Teilen abgerechnet werden.

18 Vorbereiten eines endodontisch behandelten Zahnes zur Aufnahme einer Krone, mit Verankerung im Wurzelkanal,

a) durch einen konfektionierten Stift- oder Schraubenaufbau, einzeitig 50

b) durch einen gegossenen Stiftaufbau, zweizeitig 80

1. Eine Leistung nach Nr. 18 kann nur einmal je Zahn abgerechnet werden.

2. Neben einer Leistung nach der Nr. 18 a können Leistungen nach den Nrn. 13 a oder b und 13 e oder f für das Vorbereiten eines zerstörten Zahnes zur Aufnahme einer Krone abgerechnet werden.

3. Eine Leistung nach Nr. 18 kann nur in Verbindung mit Leistungen nach den Nrn. 20 und 91 abgerechnet werden. Ausnahmen sind zu begründen.

4. Eine Leistung nach Nr. 18 kann, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind, abgerechnet werden, auch wenn sie im Heil- und Kostenplan in der Gebührenvorausberechnung nicht angegeben war.

19 Schutz eines beschliffenen Zahnes und Sicherung der Kaufunktion durch eine provisorische Krone oder provisorischer Ersatz eines fehlenden Zahnes durch ein Brückenglied 19

1. Leistungen nach den Nrn. 19 und 21 können höchstens zweimal je Zahn abgerechnet werden. Im Heil- und Kostenplan können sie in der Gebührenvorausberechnung je Zahn nur einmal angesetzt werden.

2. Neben Leistungen nach den Nrn. 19 und 21 ist eine Leistung nach Nr. 23 für das Entfernen des provisorischen Schutzes nicht abrechnungsfähig. Dies gilt nicht für das Entfernen eines provisorischen Schutzes, der wie bei einer definitiven Versorgung fest einzementiert werden musste.

3. Für die provisorische Versorgung nach den Nrn. 19 und 21 ist grundsätzlich ein im direkten Verfahren hergestelltes Provisorium ausreichend.

4. Provisorische Versorgungen in den vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V sind nach der Nr. 19 abrechnungsfähig und bei der Abrechnung als Nr. 19 i zu kennzeichnen.

20 Versorgung eines Einzelzahnes durch

a)	eine metallische Vollkrone	148
b)	eine vestibulär verblendete Verblendkrone	158
c)	eine metallische Teilkrone	187

Mit einer Leistung nach Nr. 20 sind folgende Leistungen abgegolten: Präparation, ggf. Farbbestimmung, Bissnahme, Abformung, Einprobe, Einzementieren, Kontrolle und Adjustierung der statischen und dynamischen Okklusion

1. Einzelkronen als Schutz- und Stützkronen sind nach Nr. 20 abzurechnen.

2. Einzelkronen auf Implantaten sind in den vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V analog nach den Nrn. 20 a/20 b abrechnungsfähig und bei der Abrechnung mit i zu kennzeichnen.

3. Die Präparation einer Teilkrone erfordert die Überkupplung aller Höcker eines Zahnes. Die Präparation einer Teilkrone ist überwiegend supragingival und bedeckt die gesamte Kaufläche und somit sämtliche Höcker.

21 Schutz eines beschliffenen Zahnes und Sicherung der Kaufunktion durch eine provisorische Krone mit Stiftverankerung 28

1. Leistungen nach den Nrn. 19 und 21 können höchstens zweimal je Zahn abgerechnet werden. Im Heil- und Kostenplan können sie in der Gebührenvorausberechnung je Zahn nur einmal angesetzt werden.

2. Neben Leistungen nach den Nrn. 19 und 21 ist eine Leistung nach Nr. 23 für das Entfernen des provisorischen Schutzes nicht abrechnungsfähig. Dies gilt nicht für das Entfernen eines provisorischen Schutzes, der wie bei einer definitiven Versorgung fest einzementiert werden musste.

3. Für die provisorische Versorgung nach den Nrn. 19 und 21 ist grundsätzlich ein im direkten Verfahren hergestelltes Provisorium ausreichend.

22 Teilleistungen bei nicht vollendeten Leistungen nach den Nrn. 18 und 20:

Präparation eines Zahnes:	Halbe Bew.-Zahl nach Nr. 20 oder Nr. 18
weitere Maßnahmen:	Dreiviertel der Bew.-Zahl nach Nr. 20
gegebenenfalls:	Bew.-Zahl nach Nr. 18

Genehmigte Heil- und Kostenpläne, auf denen Teilleistungen (Nrn. 22, 94 a, 94 b, 99) und Leistungen nach der Nr. 7 b ohne das Hinzutreten weiterer Leistungen abgerechnet werden, macht der Zahnarzt bei seiner Abrechnung besonders kenntlich. Soweit der Zahnarzt erklären kann, warum es nicht zur Vollendung der vorgesehenen Leistungen gekommen ist, vermerkt er dies auf dem Heil- und Kostenplan. Die KZV rechnet diese Heil- und Kostenpläne gesondert ab.

24 Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Kronen

a)	Wiedereinsetzen einer Krone oder dergleichen	25
b)	Erneuerung oder Wiedereinsetzen einer Facette, einer Verblendschale oder dergleichen	43
c)	Abnahme und Wiederbefestigung einer provisorischen Krone nach der Nr. 19 oder 21	7

1. Eine Leistung nach Nr. 24 c kann höchstens dreimal je Krone abgerechnet werden. Im Heil- und Kostenplan kann sie in der Gebührenvorausberechnung nicht angesetzt werden.

2. Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Einzelkronen auf Implantaten sind in den vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V nach Nrn. 24 a, 24 b und 24 c abrechnungsfähig und bei der Abrechnung als Nr. 24 a i, 24 b i und Nr. 24 c i zu kennzeichnen.

89 Beseitigung grober Artikulations- und Okklusionsstörungen vor Eingliederung von Prothesen und Brücken 16

Eine Leistung nach Nr. 89 kann nur einmal je Heil- und Kostenplan abgerechnet werden. Sie kann nicht für das Einschleifen zur Aufnahme von Halte- und Stützvorrichtungen abgerechnet werden. Sie kann auch neben Leistungen nach den Nrn. 91 und 92 abgerechnet werden.

90 Versorgung eines Zahnes durch eine Wurzelstiftkappe mit Verankerung im Wurzelkanal mit Kugelknopfanker 154

Mit einer Leistung nach der Nr. 90 sind folgende Leistungen abgegolten: Präparation der Kavität, Abformung, Einprobe, Einzementieren.

Eine Leistung nach der Nr. 90 ist nur im Zusammenhang mit der Eingliederung einer Cover-Denture-Prothese bei einem Restzahnbestand von bis zu drei Zähnen je Kiefer abrechnungsfähig.

91 Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke, bei Verwendung von Teleskopkronen im Zusammenhang mit einer herausnehmbaren Prothese, - je Pfeilerzahn –

a)	Metallische Vollkrone	118
b)	Vestibulär verblendete Verblendkrone	128
c)	Metallische Teilkrone	136
d)	Teleskop-/Konuskrone	190
e)	Verwendung eines Geschiebes bei geteilten Brücken mit disparallelen Pfeilern zusätzlich zu den Nrn. 91 a bis c	43

1. Mit den Leistungen nach den Nrn. 91 und 92 sind folgende Leistungen abgegolten: Präparation, ggf. Farbbestimmung, Bissnahme, Abformung,

Einprobe, Einzementieren, Kontrolle und Adjustierung der statischen und dynamischen Okklusion.

2. Gegossene Einlagefüllungen als Brückenanker sind nicht abrechnungsfähig.

3. Für die Erneuerung des Primär- oder Sekundärteils einer Teleskop- oder Konuskrone ist bei Neuanfertigung oder Wiederherstellung einer Prothese oder abnehmbaren Brücke die halbe Gebühr für die Nr. 91 d abzurechnen.

92 Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke je Spanne 62

Mit den Leistungen nach den Nrn. 91 und 92 sind folgende Leistungen abgegolten: Präparation, ggf. Farbbestimmung, Bissnahme, Abformung, Einprobe, Einzementieren, Kontrolle und Adjustierung der statischen und dynamischen Okklusion

93 Adhäsivbrücke mit Metallgerüst im Frontzahnbereich einschließlich der Präparation von Retentionen an den Pfeilerzähnen, Abformung, Farbbestimmung, Bissnahme, Einprobe und Befestigung in Säure-Ätz-Technik, Kontrolle und ggf. Korrekturen der Okklusion und Artikulation. 335

Adhäsivbrücken mit Metallgerüst können nur abgerechnet werden bei Versicherten im Alter zwischen 14 und 20 Jahren.

94a Teilleistungen nach den Nrn. 90 bis 92 bei nicht vollendeten Leistungen

Präparation eines Ankerzahnes (Brückenpfeilers) nach den Nrn. 90 und 91:	Halbe Bew.-Zahl nach den Nrn. 90 und 91
Präparation eines Ankerzahnes (Brückenpfeilers) mit darüber hinausgehenden Maßnahmen:	Dreiviertel der Bew.-zahl nach den Nrn. 90 und 91
Sind nach der Funktionsprüfung der Brückenanker weitere Maßnahmen erfolgt:	Dreiviertel der Bew.-zahl nach Nr. 92

Genehmigte Heil- und Kostenpläne, auf denen Teilleistungen (Nrn. 22, 94 a, 94 b, 99) und Leistungen nach der Nr. 7 b ohne das Hinzutreten weiterer Leistungen abgerechnet werden, macht der Zahnarzt bei seiner Abrechnung besonders kenntlich. Soweit der Zahnarzt erklären kann, warum es nicht zur

Vollendung der vorgesehenen Leistungen gekommen ist, vermerkt er dies auf dem Heil- und Kostenplan. Die KZV rechnet diese Heil- und Kostenpläne gesondert ab.

94b Teilleistungen bei nicht vollendeten Leistungen nach der Nr. 93.

Präparation der Brückenpfeiler:	Halbe Bew.-Zahl nach der Nr. 93
Präparation der Brückenpfeiler mit darüber hinausgehenden Maßnahmen:	Dreiviertel der Bew.-Zahl nach der Nr. 93

Genehmigte Heil- und Kostenpläne, auf denen Teilleistungen (Nrn. 22, 94 a, 94 b, 99) und Leistungen nach der Nr. 7 b ohne das Hinzutreten weiterer Leistungen abgerechnet werden, macht der Zahnarzt bei seiner Abrechnung besonders kenntlich. Soweit der Zahnarzt erklären kann, warum es nicht zur Vollendung der vorgesehenen Leistungen gekommen ist, vermerkt er dies auf dem Heil- und Kostenplan. Die KZV rechnet diese Heil- und Kostenpläne gesondert ab.

95 Maßnahmen zum Wiederherstellen der Funktion von Brücken und provisorischen Brücken

a)	Wiedereinsetzen einer Brücke mit 2 Ankern	34
b)	Wiedereinsetzen einer Brücke mit mehr als 2 Ankern	50
c)	Erneuerung oder Wiedereinsetzen einer Facette, einer Verblendschale oder dergleichen	36
d)	Abnahme und Wiedereinsetzen einer provisorischen Brücke	18

Eine Leistung nach der Nr. 95 d kann höchstens dreimal je Brücke abgerechnet werden. Im Heil- und Kostenplan kann sie in der Gebührenvorausberechnung nicht angesetzt werden.

96 Versorgung eines Lückengebisses durch eine partielle Prothese einschließlich einfacher Haltevorrichtungen

a)	zum Ersatz von 1 bis 4 fehlenden Zähnen	57
b)	zum Ersatz von 5 bis 8 fehlenden Zähnen	83

c) zum Ersatz von mehr als 8 fehlenden Zähnen 115

Mit einer Leistung nach Nr. 96 sind folgende Leistungen abgegolten:

Anatomische Abformung (auch des Gegenkiefers), Bissnahme, Farbbestimmung, Einprobe, Eingliedern, Nachbehandlung.

1. Ein fehlender Weisheitszahn ist als zu ersetzender, fehlender Zahn nur dann mitzuzählen, wenn sein Gebiet in die prothetische Versorgung einbezogen wird. Ist der Zahn 7 vorhanden, dann ist der Weisheitszahn nicht mitzuzählen.

2. Die definitive Versorgung mit einer rein schleimhautgetragenen Prothese bedarf einer besonderen Begründung.

Zu Nrn. 96-100:

Die zusätzliche Abrechnung von zahnärztlichem Honorar bei Anwendung besonderer Abdruckverfahren ist nicht zulässig.

97a Totale Prothese/Cover-Denture-Prothese im Oberkiefer 250

Mit einer Leistung nach der Nr. 97 a sind folgende Leistungen abgegolten:
anatomische Abformung (auch des Gegenkiefers), Bissnahme, Farbbestimmung, Einprobe, Eingliedern, Nachbehandlung.

Bei der Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine implantatgetragene Prothese in den vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V sind die Nrn. 97 a und 97 b abrechnungsfähig und bei der Abrechnung als Nr. 97 a i und 97 b i zu kennzeichnen.

97b Totale Prothese/Cover-Denture-Prothese im Unterkiefer 290

Mit einer Leistung nach der Nr. 97 b sind folgende Leistungen abgegolten:
anatomische Abformung (auch des Gegenkiefers), Bissnahme, Farbbestimmung, Einprobe, Eingliedern, Nachbehandlung.

Bei der Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine implantatgetragene Prothese in den vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V sind die Nrn. 97 a und 97 b abrechnungsfähig und bei der Abrechnung als Nr. 97 a i und 97 b i zu kennzeichnen.

98a Abformung mit individuellem oder individualisiertem Löffel, je Kiefer 29

1. Eine Leistung nach Nr. 98a kann abgerechnet werden, wenn der übliche Löffel nicht ausreicht.

2. Eine Leistung nach Nr. 98a kann auch neben Kronen und Brücken, nicht jedoch neben einer Einzelkrone (Nr. 20), gerechnet je Kiefer, abgerechnet werden.

3. Eine Leistung nach Nr. 98a kann neben den Nrn. 98 b oder 98 c für denselben Kiefer nur in den Fällen abgerechnet werden, in denen für die prothetische Versorgung eines zahnarmen Kiefers neben dem Funktionsabdruck für die Versorgung der noch stehenden Zähne durch Kronen eine Abformung mit individuellem Löffel vorgenommen werden muss.

4. Wird ein individueller Löffel allein wegen der Verwendung bestimmter Abformmaterialien angefertigt, ohne dass die Voraussetzungen nach Nr. 1 der Abrechnungsbestimmungen zu Nr. 98 a vorliegen, können nur die Material- und Laboratoriumskosten abgerechnet werden. In diesen Fällen ist auf der Material- und Laborkostenrechnung zu vermerken: ohne Nr. 98 a.

98b Funktionsabformung mit individuellem Löffel, Oberkiefer 57

1. Leistungen nach Nr. 98 b sind bei zahnlosem Kiefer und bei stark reduziertem Restgebiss - in der Regel bis zu drei Zähnen - abrechnungsfähig.
2. Bei der Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine implantatgetragene totale Prothese in den vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V sind die Nrn. 98 b und 98 c abrechnungsfähig und bei der Abrechnung als 98 b i und 98 c i zu kennzeichnen.

98c Funktionsabformung mit individuellem Löffel, Unterkiefer 76

1. Leistungen nach Nr. 98 c sind bei zahnlosem Kiefer und bei stark reduziertem Restgebiss - in der Regel bis zu drei Zähnen - abrechnungsfähig.

2. Bei der Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine implantatgetragene totale Prothese in den vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V sind die Nrn. 98 b und 98 c abrechnungsfähig und bei der Abrechnung als 98 b i und 98 c i zu kennzeichnen.

98d Intraorale Stützstiftregistrierung zur Feststellung der Zentrallage 23

1. Eine Leistung nach der Nr. 98 d ist nur neben der Leistung nach Nr. 97 (Totalprothese, Cover-Denture-Prothese) abrechnungsfähig, auch auf implantatgestützten Totalprothesen gemäß § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V im Ober- und Unterkiefer, wenn die Lagebeziehung von Unterkiefer zu Oberkiefer mit einfacheren Methoden nicht reproduzierbar ermittelt werden kann.

2. Material- und Laboratoriumskosten sind gesondert abrechnungsfähig.

3. Bei der Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine implantatgetragene totale Prothese in den vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist die Nr. 98 d abrechenbar und bei der Abrechnung als Nr. 98 d i zu kennzeichnen.

98e Verwendung einer Metallbasis in besonderen Ausnahmefällen, zu den Bewertungszahlen nach den Nrn. 97 a oder b zusätzlich 16

1. Eine Leistung nach der Nr. 98 e ist nur in begründeten Ausnahmefällen (z. B. Torus palatinus und Exostosen) abrechnungsfähig. Sie ist nicht abrechnungsfähig für Verstärkungs- und Beschwerungseinlagen (z. B. aus Silber-Zinn).

2. Bei der Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine implantatgetragene totale Prothese in den vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten

Ausnahmefällen gemäß § 56 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit der Zahnersatz-Richtlinie Nr. 36 ist die Nr. 98 e in den unter Nr. 1 genannten Fällen abrechenbar und bei der Abrechnung als Nr. 98 e i zu kennzeichnen.

98f Verwendung doppelarmiger Halte- oder einfacher Stützvorrichtungen oder mehrarmiger gebogener Halte- und Stützvorrichtungen zu den Bewertungszahlen nach Nr. 96 22
zusätzlich je Prothese, nur abrechnungsfähig bei Interimsversorgung

Die Verwendung von einarmigen Klammern ist in der Regel nicht indiziert. Die Verwendung von Halte- und Stützvorrichtungen nach Nr. 98 f ist mit der Gebühr nach Nr. 98 g abgegolten.

98 g Verwendung einer Metallbasis in Verbindung mit Halte- und Stützvorrichtungen
- nicht bei Interimsprothesen - 44

Die Verwendung von einarmigen Klammern ist in der Regel nicht indiziert. Die Verwendung von Halte- und Stützvorrichtungen nach Nr. 98 f ist mit der Gebühr nach Nr. 98 g abgegolten.

98h Verwendung von gegossenen Halte- und Stützvorrichtungen, zu den Bewertungszahlen nach Nr. 96 oder Nr. 98 g zusätzlich
- nicht bei Interimsprothesen -

h/1 bei Verwendung von einer Halte- und Stützvorrichtung 29
h/2 bei Verwendung von mindestens 2 Halte- und Stützvorrichtungen 50

1. Eine Leistung nach der Nr. 98 h ist eine ergänzende Position zur Leistung nach Nr. 96 und ist deshalb nur im Zusammenhang mit dieser Nummer abrechnungsfähig.

2. Eine Leistung nach der Nr. 98 h kann je Kiefer nur einmal abgerechnet werden.

99 Teilleistungen nach den Nrn. 96, 97 und 98 bei nicht vollendeten Leistungen:

a) Anatomischer Abdruck zur prothetischen Versorgung eines Kiefers 19
b) Maßnahmen einschließlich der Ermittlung

	der Bissverhältnisse	Halbe Bew.-Zahl nach Nr. 96 oder 97
c)	Weitergehende Maßnahmen	Dreiviertel der Bew.-zahl für die ges. Behandlung

1. Leistungen nach den Nrn. 98 a, b und c sind voll abrechnungsfähig, wenn die Abformung in ein Modell übertragen worden ist.

2. In den Fällen der Nr. 99 c sind die Leistungen nach den Nrn. 98 e, f, g und h vor der funktionsgerechten Eingliederung des Zahnersatzes zu Dreiviertel ihrer Bewertungszahl abrechnungsfähig.

3. Ist bei Leistungen nach den Nrn. 98 e, g und h noch keine Einprobe der Metallbasis erfolgt, ist die halbe Bewertungszahl dieser Nummern berechenbar. Nach Einprobe der Metallbasis sind auch vor einer eventuellen Bissnahme Dreiviertel der Bewertungszahl abrechnungsfähig.

4. Genehmigte Heil- und Kostenpläne, auf denen Teilleistungen (Nrn. 22, 94 a, 94 b**,** 99) und Leistungen nach der Nr. 7 b ohne das Hinzutreten weiterer Leistungen abgerechnet werden, macht der Zahnarzt bei seiner Abrechnung besonders kenntlich. Soweit der Zahnarzt erklären kann, warum es nicht zur Vollendung der vorgesehenen Leistungen gekommen ist, vermerkt er dies auf dem Heil- und Kostenplan. Die KZV rechnet diese Heil- und Kostenpläne gesondert ab.

100 Maßnahmen zum Wiederherstellen der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese

a)	kleinen Umfanges (ohne Abformung)	30
b)	größeren Umfanges (mit Abformung)	50
c)	Teilunterfütterung einer Prothese	44
d)	Vollständige Unterfütterung einer Prothese im indirekten Verfahren	55
e)	Vollständige Unterfütterung einer Prothese im indirekten Verfahren einschließlich funktioneller Randgestaltung im Oberkiefer	81
f)	Vollständige Unterfütterung einer Prothese im indirekten Verfahren einschließlich funktioneller Randgestaltung im Unterkiefer	81

Neben Leistungen nach Nr. 100 sind Leistungen nach Nr. 98 a, b oder c nicht abrechnungsfähig.

Leistungen nach Nr. 98 f oder h sind neben Leistungen nach der Nr. 100 abrechnungsfähig, wenn eine Prothese um eine entsprechende Halte- oder Stützvorrichtung erweitert wird oder beim Ersatz einer Halte- oder Stützvorrichtung eine Neuplanung erforderlich ist.

Das Wiederbefestigen einer Halte- oder Stützvorrichtung kann nicht nach Nr. 98 f oder h abgerechnet werden.

Durch Leistungen nach der Nr. 100 sind Nachbehandlungen abgegolten. Maßnahmen zur Wiederherstellung von Wurzelstiftkappen sind nach Nr. 100 b abrechnungsfähig.

Leistungen nach Nrn. 100 a und b können mehrfach oder nebeneinander nur abgerechnet werden, wenn die Wiederherstellung der Funktion oder die Erweiterung von abnehmbaren Prothesen nicht in einer Sitzung durchführbar ist. Das gleiche gilt, wenn Leistungen nach Nr. 100 a oder b neben Leistungen nach Nrn. 100 c bis f erbracht werden.

1. Für das Reinigen, Säubern und Polieren von Prothesen können den Krankenkassen keine Kosten berechnet werden.

2. Leistungen nach Nrn. 100 e und f sind bei zahnlosem Kiefer und bei stark reduziertem Restgebiss - in der Regel bis zu drei Zähnen - abrechnungsfähig.

3. Das Auffüllen eines Sekundärteleskops mit Kunststoffmassen bei einer Prothesenerweiterung ohne weitergehende Maßnahme ist nach Nr. 100 a abrechnungsfähig.

4. Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer implantatgetragenen totalen Prothese sind in den vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V nach den Nrn. 100 a bis f abrechnungsfähig und bei der Abrechnung als Nrn. 100 a i bis 100 f i zu kennzeichnen.

Anlage B zum BMV-Z
Anlage B zum EKVZ

Die Zuordnung der Leistungs-Nummern von Teil 1 und 2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zu numerischen Leistungsnummern (Anlage B zum BMV-Z bzw. Anlage B zum EKVZ) erhält folgende Fassung:

Zuordnung der Leistungs-Nummern von Teil 1 und 2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zu numerischen Leistungs-Nummern

1. Die KZVen können gegenüber den Vertragszahnärzten bestimmen, dass bei der Abrechnung konservierender und chirurgischer Leistungen anstelle der in den Teilen 1 und 2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes festgelegten Leistungs-Nummern und Leistungs-Abkürzungen ein rein numerisches Leistungs-Nummern-System anzuwenden ist. In diesem Fall sind bei der Abrechnung die numerischen Leistungsnummern aus Spalte 3 der unter Nummer 5 aufgeführten Liste zu verwenden. Entsprechendes gilt für die Angabe der Füllungslagen gem. Nummer 5 zu Nr. 13.

2. Den Krankenkassen gegenüber wird nach dem bisherigen alphanumerischen System abgerechnet. Die Gesamtvertragspartner können sich darüber verständigen, dass die Rechnungslegung auch nach dem numerischen System erfolgen kann.

3. Für die Abrechnung von zahnärztlichen Leistungen aus der Gebührenordnung für Ärzte gilt Ziffer 1.5 der Bestimmungen über die Gestaltung und die Ausfüllung der Abrechnungsformulare (Anlage 2 zum BMV-Z, Anlage 2 zum EKVZ).

4. Die Partner des Bundesmantelvertrages werden über die Einführung eines numerischen Leistungsnummernsystem beraten.

5. Leistungs-Nummern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (Teile 1 und 2)

Leistungs-nummer	Leistungs-abkürzung	Leistungs-nummer (numerisch)	Leistungs-nummer (zukünftig)	Leistungsbeschreibung	Punkte
Ä1	Ber	1	001	Beratung eines Kranken, auch fernmündlich	9
01	U	01	002	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschl. Beratung	18
01k		010	003	Kieferorthopädische Untersuchung	28
02	Ohn	02	006	Hilfeleistung bei Ohnmacht oder Kollaps	20
03	Zu	03	007	Zuschlag für Leistungen außerhalb der Sprechstunde, bei Nacht (20 bis 8 Uhr) oder an Sonn- und Feiertagen	15
04		04	004	Erhebung des PSI-Code	10
05		05	005	Gewinnung von Zellmaterial	20
Ä161	Inz1	9161	008	Eröffnung eines oberflächlichen, unmittelbar unter der Haut oder Schleimhaut gelegenen Abszesses	15
				Röntgendiagnostik der Zähne	
Ä925a	Rö2	9251	050	bis zwei Aufnahmen	12
Ä925b	Rö5	9252	051	bis fünf Aufnahmen	19
Ä925c	Rö8	9253	052	bis acht Aufnahmen	27
Ä925d	Stat	9254	053	Status bei mehr als acht Aufnahmen	34
Ä928		9281	061	Röntgenaufnahme der Hand	30

Leistungs-nummer	Leistungs-abkürzung	Leistungs-nummer (numerisch)	Leistungs-nummer (zukünftig)	Leistungsbeschreibung	Punkte
				Aufnahme des Schädels	
Ä934a		9341	054	eine Aufnahme (auch Fernröntgen)	19
Ä934b		9342	055	zwei Aufnahmen	30
Ä934c		9343	056	mehr als zwei Aufnahmen	36
				Teilaufnahme des Schädels (auch in Spezialprojektion), auch Nebenhöhlen, Unterkiefer, Panoramaaufnahme der Zähne eines Kiefers bzw. der Zähne des Ober- und Unterkiefers derselben Seite	
Ä935a		9351	057	eine Aufnahme	21
Ä935b		9352	058	zwei Aufnahmen	25
Ä935c		9353	059	mehr als zwei Aufnahmen	31
Ä935d		9354	060	Orthopantomogramm sowie Panoramaaufnahme oder Halbseitenaufnahme aller Zähne des Ober- und Unterkiefers	36
8	Vipr	8	100	Sensibilitätsprüfung der Zähne	6
10	üZ	10	101	Behandlung überempfindlicher Zähne für jede Sitzung	6
11	pV	11	102	Exkavieren und provisorischer Verschluss einer Kavität als alleinige Leistung, auch unvollendete Füllung	19
12	bMF	12	103	Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen (Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Anlegen von Spanngummi, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Sitzung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	10

Leistungs-nummer	Leistungs-abkürzung	Leistungs-nummer (numerisch)	Leistungs-nummer (zukünftig)	Leistungsbeschreibung	Punkte
				Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschl. Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder die Benutzung anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung und Polieren	
13a	F1	131	111	einflächig	32
13b	F2	132	112	zweiflächig	39
13c	F3	133	113	dreiflächig	49
13d	F4	134	114	mehr als dreiflächig oder Eckenaufbau im Frontzahnbereich unter Einbeziehung der Schneidekante	58
13e		135	115	einflächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich	52
13f		136	116	zweiflächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich	64
13g		137	117	dreiflächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich	84
14		14	119	Konfektionierte Krone (im Seitenzahnbereich in der Regel aus Metall) einschl. Material- und Laborkosten in der pädiatrischen Zahnheilkunde	50
16	St	16	118	Stiftverankerung einer Füllung (zusätzl. zu den Nrn. 13c,d), je Zahn einschl. Materialkosten	20
23	EKr	23	120	Entfernen einer Krone bzw. eines Brückenankers oder eines abgebrochenen Wurzelstiftes bzw. das Abtrennen eines Brückengliedes o. Steges je Trennstelle	17

Leistungs-nummer	Leistungs-abkürzung	Leistungs-nummer (numerisch)	Leistungs-nummer (zukünftig)	Leistungsbeschreibung	Punkte
25	Cp	25	130	Indirekte Überkappung zur Erhaltung der freiliegenden Pulpa, ggf. einschl. des temporären Verschlusses der Kavität	6
26	P	26	131	Direkte Überkappung je Zahn	6
27	Pulp	27	132	Pulpotomie	29
28	VitE	28	133	Exstirpation der vitalen Pulpa, je Kanal	18
29	Dev	29	134	Devitalisieren einer Pulpa einschl. des Verschlusses der Kavität, je Zahn	11
31	Trep1	31	135	Trepanation eines pulpatoten Zahnes	11
32	WK	32	136	Aufbereiten des Wurzelkanalsystems, je Kanal	29
34	Med	34	137	Medikamentöse Einlage i. V. mit Maßnahmen nach den Nrn. 28, 29 und 32, ggf. einschl. eines provisorischen Verschlusses, je Zahn und Sitzung	15
35	WF	35	138	Wurzelkanalfüllung einschl. eines evtl. provisorischen Verschlusses, je Kanal	17
36	Nbl1	36	171	Stillung einer übermäßigen Blutung	15
37	Nbl2	37	172	Stillung einer übermäßigen Blutung durch Abbinden oder Umstechen eines Gefäßes oder durch Knochenbolzung	29
38	N	38	173	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff oder Tamponieren oder dergleichen, je Kieferhälfte o. Frontzahnbereich, als selbständige Leistung je Sitzung	10

Leistungs-nummer	Leistungs-abkürzung	Leistungs-nummer (numerisch)	Leistungs-nummer (zukünftig)	Leistungsbeschreibung	Punkte
40	I	40	140	Infiltrationsanästhesie	8
				Leitungsanästhesie	
41a	L1	411	141	intraoral	12
41b	L2	412	142	extraoral	16
43	X1	43	143	Entfernen eines einwurzeligen Zahnes einschl. Wundversorgung	10
44	X2	44	144	Entfernen eines mehrwurzeligen Zahnes einschl. Wundversorgung	15
45	X3	45	145	Entfernen eines tieffrakturierten Zahnes einschl. Wundversorgung	40
46	XN	46	146	Chirurgische Wundrevision (Glätten des Knochens, Auskratzen, Naht) als selbständige Leistung in einer besonderen Sitzung je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	21
47a	Ost1	471	147	Entfernen eines Zahnes durch Osteotomie einschl. Wundversorgung	58
47b	Hem	472	148	Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes	72
48	Ost2	48	149	Entfernen eines verlagerten und/oder retinierten Zahnes, Zahnkeimes oder impaktierten Wurzelrestes durch Osteotomie einschl. Wundversorgung	78
49	Exz1	49	150	Excision von Mundschleimhaut oder Granulationsgewebe für das Gebiet eines Zahnes	10

Leistungs-nummer	Leistungs-abkürzung	Leistungs-nummer (numerisch)	Leistungs-nummer (zukünftig)	Leistungsbeschreibung	Punkte
50	Exz2	50	151	Excision einer Schleimhautwucherung	37
51a	Pla1	511	152	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik als selbständige Leistung oder in Verbindung mit einer Extraktion	80
51b	Pla0	512	153	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle i. V. mit Osteotomie	40
52	Trep2	52	154	Trepanation des Kieferknochens	24
53	Ost3	53	155	Sequestrotomie bei Osteomyelitis der Kiefer	72
				Wurzelspitzenresektion	
54a	WR1	541	156	an einem Frontzahn	72
54b	WR2	542	157	an einem Seitenzahn, einschl. der ersten resezierten Wurzelspitze	96
54c	WR3	543	158	am selben Seitenzahn, je weitere Wurzelspitze	48
55	RI	55	159	Reimplantation eines Zahnes, ggf. einschl. einfacher Fixation an den benachbarten Zähnen	72
				Operation einer Zyste	
56a	Zy1	561	160	durch Zystektomie	120
56b	Zy2	562	161	durch orale Zystostomie	72
56c	Zy3	563	162	durch Zystektomie i. V. mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion	48
56d	Zy4	564	163	durch orale Zystostomie i. V. mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion	48

Leistungs-nummer	Leistungs-abkürzung	Leistungs-nummer (numerisch)	Leistungs-nummer (zukünftig)	Leistungsbeschreibung	Punkte
57	SMS	57	164	Beseitigen störender Schleim-hautbänder, Muskelansätze oder eines Schlotterkammes im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte, je Sitzung	48
58	KnR	58	165	Knochenresektion am Alveo-larfortsatz zur Formung des Prothesenlagers im Frontzahn-bereich oder in einer Kiefer-hälfte, je Sitzung	48
59	Pla2	59	166	Mundboden- oder Vestibu-lumplastik im Frontzahnbereich o. in einer Kieferhälfte	120
60	Pla3	60	167	Tuberplastik, einseitig	80
61	Dia	61	168	Korrektur des Lippenbändchens bei echtem Diastema mediale	72
62	Alv	62	169	Alveolotomie	36
63	Fl	63	170	Freilegen eines retinierten und/oder verlagerten Zahnes zur kieferorthopädischen Einstellung	80
105	Mu	105	180	Lokale medikamentöse Be-handlung von Schleimhauter-krankungen, Aufbringung von auf der Mundschleimhaut haf-tenden Medikamenten oder Behandlung von Prothesen-druckstellen, je Sitzung	8
106	sK	106	181	Beseitigen scharfer Zahnkanten oder störender Prothesenränder o. ä., Ätzungen flächenhafter, je Sitzung	10
107	Zst	107	182	Entfernen harter Zahnbeläge, je Sitzung	16

Leistungs-nummer	Leistungs-abkürzung	Leistungs-nummer (numerisch)	Leistungs-nummer (zukünftig)	Leistungsbeschreibung	Punkte
IP1		1010	191	Mundhygienestatus	20
IP2		1020	192	Mundgesundheitsaufklärung	17
IP4		1040	194	Lokale Fluoridierung der Zähne	12
IP5		1050	195	Versiegelung von kariesfreien Fissuren und Grübchen der bleibenden Molaren (Zähne 6 und 7) mit aushärtenden Kunststoffen, je Zahn	16
FU		1100	196	Früherkennungsuntersuchung	25
2		2	200	Heil- und Kostenplan	20
7a		71	210	Abformung Kieferorthopädie	19
7b		72	211	Abformung	19
K1		201	201	Eingliedern eines Aufbissbehelfes mit adjustierter Oberfläche	106
K2		202	202	Eingliedern eines Aufbissbehelfes zur Unterbrechung der Okklusionskontakte ohne adjustierte Oberfläche	45
K3		203	203	Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf zur Unterbrechung der Okklusionskontakte mit adjustierter Oberfläche	61
K4		204	204	Semipermanente Schienung unter Anwendung der Ätztechnik, je Interdentalraum	11
K 6		206	206	Wiederherstellung und/oder Unterfütterung eines Aufbissbehelfs	30

Leistungs-nummer	Leistungs-abkürzung	Leistungs-nummer (numerisch)	Leistungs-nummer (zukünftig)	Leistungsbeschreibung	Punkte
K 7		207	207	Kontrollbehandlung, ggf. mit einfachen Korrekturen des Aufbissbehelfs oder der Schienung	6
K 8		208	208	Kontrollbehandlung mit Einschleifen des Aufbissbehelfs oder der Schienung (subtraktive Methode)	12
K 9		209	209	Kontrollbehandlung mit Aufbau einer neuen adjustierten Oberfläche (additive Methode)	35
Auslagenersatz/Labor- und Materialkosten					
Stiftmaterial		601	601		
Telefon, Porto, Versandkosten		602	602		
Zahnarztlabor		603	603		
Fremdlabor		604	604		

I-3

Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

KZBV

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 91 Abs. 6 SGB V

Stand: 01.07.2017

Erg.-Lfg. Ratgeber Band II

Inhaltsverzeichnis

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 Abs. 6 SGB V

	Kapitel/Seite
für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinien)	I-1
über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)	II-1
über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (zahnärztliche Früherkennung gemäß § 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V)	III-1
für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen	IV-1
zur Bestimmung der Befunde und der Regelversorgungsleistungen, für die Festzuschüsse nach §§ 55, 56 SGB V zu gewähren sind (Festzuschuss-Richtlinien)	V-1
für die kieferorthopädische Behandlung	VI-1
über die Bedarfsplanung in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinien Zahnärzte)	VII-1
über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragszahnärztliche Versorgung)	VIII-1
über die Verordnung von Krankenfahrten und Krankentransportleistungen (Krankentransport-Richtlinie)	IX-1
über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtilinie Zahnärzte/HeilM-RL ZÄ)	X-1

Richtlinie
des
Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 Abs. 6 SGB V
in der Besetzung für die vertragszahnärztliche Versorgung

für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinien)

Fassung vom:	04.06.2003 Bundesanzeiger 2003, Nr. 226 (S. 24 966)
Letzte Änderung:	01.03.2006 Bundesanzeiger 2006, Nr. 111 (S. 4466)
In Kraft getreten am:	18.06.2006

A. Allgemeines

1. Die vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen gemäß § 92 Abs. 1 SGB V beschlossenen Richtlinien sichern die Maßnahmen, die im Sinne der §§ 2, 12 Abs. 1 und 70 SGB V Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung der Versicherten bieten sowie eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und dem medizinischen Fortschritt berücksichtigende Versorgung der Versicherten gewährleisten. Sie sind auf eine ursachengerechte, zahnsubstanzschonende und präventionsorientierte zahnärztliche Behandlung ausgerichtet. Die Richtlinien sind auch Kriterien im Sinne von § 136 Abs. 1 Satz 2 SGB V.

   Die Abrechenbarkeit der in diesen Richtlinien beschriebenen Maßnahmen regeln die Vertragspartner gemäß § 87 SGB V.

2. Die vertragszahnärztliche Versorgung umfasst die Maßnahmen, die geeignet sind, Krankheiten der Zähne, des Mundes und der Kiefer nach dem wissenschaftlich anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu verhüten, zu heilen, durch diese Krankheiten verursachte Beschwerden zu lindern oder Verschlimmerungen abzuwenden, soweit diese Maßnahmen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mit verantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an der Krankenbehandlung dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.

   Ob die Behandlung zum Erfolg führt, ist auch von der aktiven Mitwirkung des Patienten abhängig; deswegen soll der Zahnarzt (Vertragszahnarzt) den Patienten auf die Notwendigkeit einer ausreichenden Mundhygiene hinweisen.

   Außerdem soll der Zahnarzt den Patienten darauf hinweisen, dass eine zahnärztliche Behandlung einer entsprechenden Mitarbeit des Patienten bedarf. Einzelheiten über

die erforderliche Mitarbeit des Patienten werden für die einzelnen Behandlungsbereiche in den Richtlinien näher beschrieben.

3. Maßnahmen, die lediglich kosmetischen Zwecken dienen, gehören nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

4. Im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bestimmt der Zahnarzt nach entsprechender Aufklärung und unter Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten Art und Umfang der Behandlungsmaßnahmen. Der Zahnarzt hat auf eine zweckmäßige Verwendung der von der Gemeinschaft aufgebrachten Mittel der Krankenversicherung zu achten. Das Maß des medizinisch Notwendigen darf nicht überschritten werden. Die diagnostischen Maßnahmen und die Therapie haben dem Gebot der Wirtschaftlichkeit zu entsprechen.

5. Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört die Tätigkeit eines Zahnarztes auch dann, wenn er sie auf Veranlassung eines Arztes vornimmt.

6. Bei der vertragszahnärztlichen Versorgung sind Maßnahmen der Praxishygiene und des Infektionsschutzes von Patienten, Personal und Zahnärzten sorgfältig zu beachten.

7. Es sollen nur Untersuchungs- oder Heilmethoden angewandt werden, deren diagnostischer und therapeutischer Wert ausreichend gesichert ist. Die Erprobung solcher Methoden auf Kosten der Versicherungsträger ist unzulässig.

8. Die in der vertragszahnärztlichen Versorgung tätigen Zahnärzte haben darauf hinzuwirken, dass auch für sie tätig werdende Vertreter und Assistenten diese Richtlinien kennen und beachten.

B. Vertragszahnärztliche Behandlung

I. Befunderhebung und Diagnose einschließlich Dokumentation

1. Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehören die Befunderhebung und Diagnose sowie ihre Dokumentation. Inhalt und Umfang der diagnostischen Maßnahmen sind in zahnmedizinisch sinnvoller Weise zu beschränken.

   Die zahnärztlichen Maßnahmen beginnen mit Ausnahme von Akut- oder Notfällen grundsätzlich mit der Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Diese Untersuchung soll in regelmäßigen Abständen wiederholt werden. Sie umfasst diagnostische Maßnahmen um festzustellen, ob ein pathologischer Befund vorliegt, oder ob weitere diagnostische, präventive und/oder therapeutische Interventionen angezeigt sind.

   Bei der Untersuchung sollen die klinisch notwendigen Befunde erhoben werden. Sie umfasst auch ggf. die Erhebung des Parodontalen Screening-Index (PSI). Bei Code 1 und 2 liegt eine Gingivitis, bei Code 3 und 4 eine Parodontitis vor.

II. Röntgendiagnostik

1. Die Röntgenuntersuchung gehört zur vertragszahnärztlichen Versorgung, wenn die klinische Untersuchung für eine Diagnose nicht ausreicht oder bestimmte Behandlungsschritte dies erfordern.

2. Röntgenuntersuchungen dürfen nur durchgeführt werden, wenn dies aus zahnärztlicher Indikation geboten ist. Dies kann auch der Fall sein zur Früherkennung von Zahnerkrankungen, z.B., wenn der Verdacht auf Approximalkaries besteht, die klinisch nicht erkennbar ist.

3. Vor Röntgenuntersuchungen ist stets abzuwägen, ob ihr gesundheitlicher Nutzen das Strahlenrisiko überwiegt. Die Strahlenexposition ist auf das notwendige Maß zu

beschränken. Bei Röntgenuntersuchungen von Kindern und Jugendlichen ist ein besonders strenger Indikationsmaßstab zu Grunde zu legen.

4. Bei neuen Patienten oder bei Überweisungen sollen nach Möglichkeit Röntgenaufnahmen, die von vorbehandelnden Zahnärzten im zeitlichen Zusammenhang angefertigt worden sind, beschafft werden. Diese Röntgenaufnahmen sollen vom nachbehandelnden Zahnarzt in Diagnose und Therapie einbezogen werden.

5. Für Röntgenuntersuchungen findet die Röntgenverordnung Anwendung. Das gilt auch für die Aufzeichnungspflicht.

III. Konservierende Behandlung

1. Die Vorbeugung und Behandlung der Gingivitis, Parodontitis und Karies bei Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, umfasst insbesondere die Anleitung des Patienten zu effektiver Mundhygiene und Hinweise zur Reduktion von Risikofaktoren sowie ggf. die Entfernung harter Beläge und iatrogener Reizfaktoren.

2. Die konservierende Behandlung sollte ursachengerecht, zahnsubstanzschonend und präventionsorientiert erfolgen. Jeder Zahn, der erhaltungsfähig und erhaltungswürdig ist, soll erhalten werden. Jeder kariöse Defekt an einem solchen Zahn soll behandelt werden. Dabei soll die gesunde natürliche Zahnhartsubstanz soweit wie möglich erhalten bleiben. Die Regelungen zur endodontischen Behandlung in Nummer 9 dieser Richtlinien sind zu beachten.

3. Die konservierende Behandlung der Zähne soll so erfolgen, dass

   a) die Kavitäten unter Beachtung der Substanzschonung präpariert werden,
   b) die Karies vollständig entfernt wird,
   c) notwendige Maßnahmen zum Pulpenschutz durchgeführt werden,
   d) Form und Funktion der Zähne wiederhergestellt werden,
   e) die Füllungsoberflächen geglättet werden.

4. Es sollen nur anerkannte und erprobte plastische Füllungsmaterialien gemäß ihrer medizinischen Indikation verwendet werden. Die aktuellen Gebrauchs- und Fachinformationen und Aufbereitungsmonographien sollen berücksichtigt werden.

5. Alle nach Nummer 4 indizierten plastischen Füllungen sind auch im Seitenzahnbereich im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung zu erbringen. Adhäsiv befestigte Füllungen im Seitenzahngebiet sind nur in Ausnahmefällen Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.

   Im Frontzahnbereich sind in der Regel adhäsiv befestigte Füllungen das Mittel der Wahl.

   Mehrfarbentechnik im Sinne einer ästhetischen Optimierung ist nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.

6. Zur form- und funktionsgerechten Füllungsgestaltung sind gegebenenfalls geeignete Hilfsmittel anzuwenden (wie z. B. Matrizen/Keile).

7. Das Legen einer Einlagefüllung, ebenso die gegebenenfalls im Zusammenhang mit der Herstellung und Eingliederung erbrachte Anästhesie oder durchgeführten besonderen Maßnahmen sind nicht Bestandteile der vertragszahnärztlichen Versorgung, wohl aber eine vorausgegangene Behandlung des Zahnes.

8. In der konservierenden Behandlung hat die Erhaltung der vitalen Pulpa Vorrang.

   Bei Erhaltung der Zähne durch Methoden der Pulpaüberkappung und Wurzelkanalbehandlung soll in angemessenen Zeitabständen eine klinische und ggf. eine Sensibilitätsprüfung- bzw. röntgenologische Kontrolle des Heilerfolges durchgeführt werden.

9. Zähne mit Erkrankungen oder traumatischen Schädigungen der Pulpa sowie Zähne mit nekrotischem Zahnmark können in der Regel durch endodontische Maßnahmen erhalten werden.

   Die Wurzelkanalbehandlung von Molaren ist in der Regel angezeigt, wenn

   - damit eine geschlossene Zahnreihe erhalten werden kann,
   - eine einseitige Freiendsituation vermieden wird,
   - der Erhalt von funktionstüchtigem Zahnersatz möglich wird.

9.1 Für alle endodontischen Maßnahmen gilt insbesondere:

   a) Eine Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung ist nur dann angezeigt, wenn die Aufbereitbarkeit und Möglichkeit der Füllung des Wurzelkanals bis bzw. bis nahe an die Wurzelspitze gegeben sind.
   b) Medikamentöse Einlagen sind unterstützende Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolgs; sie sind grundsätzlich auf drei Sitzungen beschränkt.
   c) Es sollen biologisch verträgliche, erprobte, dauerhafte, randständige und röntgenpositive Wurzelfüllmaterialien verwendet werden.
   d) Die Wurzelkanalfüllung soll das Kanallumen vollständig ausfüllen.
   e) Begleitende Röntgenuntersuchungen (diagnostische Aufnahmen, Messaufnahmen, Kontrollaufnahmen) sind unter Beachtung der Strahlenschutzbestimmungen abrechenbar.

9.2 Eine Vitalamputation (Pulpotomie) ist nur bei Kindern und Jugendlichen angezeigt. Bei Milchzähnen mit Pulpitis oder Nekrose des Pulpengewebes kann eine Pulpektomie und Wurzelkanalbehandlung angezeigt sein.

9.3 Bei einer Nekrose des Pulpengewebes muss die massive bakterielle Infektion des Wurzelkanalsystems beseitigt werden. Nach der Entfernung des infizierten Pulpagewebes sollen die Wurzelkanäle mechanisch-chemisch ausreichend aufbereitet, desinfiziert und bis zur apikalen Konstriktion gefüllt werden.

9.4 Bei pulpentoten Zähnen mit im Röntgenbild diagnostizierter pathologischer Veränderung an der Wurzelspitze ist bei der Prognose kritisch zu überprüfen, ob der Versuch der Erhaltung des Zahnes durch konservierende oder konservierend-chirurgische Behandlung unternommen wird.

   Für die Therapie von Zähnen mit Wurzelkanalfüllungen und apikaler Veränderung sind primär chirurgische Maßnahmen angezeigt.

   Lediglich bei im Röntgenbild erkennbaren nicht randständigen oder undichten Wurzelkanalfüllungen ist die Revision in der Regel angezeigt, wenn damit

   - eine geschlossene Zahnreihe erhalten werden kann,
   - eine einseitige Freiendsituation vermieden wird,
   - der Erhalt von funktionstüchtigem Zahnersatz möglich wird.

9.5 Bei kombinierten parodontalen und endodontischen Läsionen ist die Erhaltung der Zähne im Hinblick auf die parodontale und endodontische Prognose kritisch zu prüfen.

10. In der Regel ist die Entfernung eines Zahnes angezeigt, wenn er nach den in diesen Richtlinien beschriebenen Kriterien nicht erhaltungsfähig ist. Ein Zahn, der nach diesen Richtlinien nicht erhaltungswürdig ist, soll entfernt werden. Eine andere Behandlung von nicht erhaltungswürdigen Zähnen ist kein Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.

11. Die Milchzähne sollen durch eine konservierende Behandlung erhalten werden, damit die Kaufähigkeit des kindlichen Gebisses bewahrt und eine Fehlentwicklung des bleibenden Gebisses verhütet wird.

IV. Chirurgische Behandlung

1. Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehören

   a) das Entfernen von Zähnen oder deren Wurzeln,

   b) chirurgische Eingriffe bei Mund- und Kieferkrankheiten, wenn die Heilung durch andere Maßnahmen voraussichtlich nicht oder nicht so schnell zu erreichen ist.

2. Beim Entfernen von Zähnen und anderen chirurgischen Eingriffen im Mund- und Kieferbereich soll die Vorgehensweise gewählt werden, die

   a) eine schnelle Wundheilung erwarten lässt,

   b) Schleimhaut und Knochenverhältnisse soweit wie möglich erhält,

   c) günstige Voraussetzungen schafft für eine spätere prothetische Versorgung.

3. Die Notwendigkeit zur Zahnextraktion ergibt sich aus Befund und Diagnose.

   Die Zahnextraktion kann angezeigt sein bei

   a) umfangreicher kariöser Zerstörung eines Zahnes,

   b) fortgeschrittener Parodontalerkrankung,

   c) Erkrankungen der Pulpa und des apikalen Parodontiums, die einer endodontischen und chirurgischen Therapie nicht zugänglich sind,

   d) traumatischen Zahnfrakturen,

   e) fehlstehenden, verlagerten oder impaktierten Zähnen sowie bei kieferorthopädischer Indikation,

   f) schlechter Prognose anderer Maßnahmen

   g) oder wenn wichtige medizinische Gründe eine zwingende Rechtfertigung dafür liefern, eine bestehende oder potentielle orale Infektionsquelle zu beseitigen.

4. Eine Wurzelspitzenresektion ist insbesondere indiziert

   a) wenn das Wurzelkanalsystem durch andere Verfahren nicht ausreichend zu behandeln ist,

   b) wenn ein periapikaler Krankheitsprozess besteht, der einer konservierenden Therapie nicht zugänglich ist,

   c) bei Wurzelfrakturen im apikalen Drittel oder aktiver Wurzelresorption.

   Die Wurzelspitzenresektion von Molaren ist in der Regel angezeigt, wenn

   - damit eine geschlossene Zahnreihe erhalten werden kann,
   - eine einseitige Freiendsituation vermieden wird,
   - der Erhalt von funktionstüchtigem Zahnersatz möglich wird.

5. Die Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes ist nur in begründeten Ausnahmefällen zum Erhalt einer geschlossenen Zahnreihe angezeigt und/oder zum Erhalt einer bestehenden prothetischen Versorgung.

6. Bei der chirurgischen Behandlung im Oberkiefer wird der Schmerz durch Infiltrationsanästhesie ausgeschaltet, bei größeren Eingriffen oder bei entzündlichen Prozessen sowie bei der chirurgischen Behandlung im Unterkiefer durch Leitungsanästhesie. Die Infiltrationsanästhesie ist neben der Leitungsanästhesie in der Regel nicht angezeigt. Dies gilt nicht bei der Parodontalbehandlung.

Protokollnotiz:

Der Bundesausschuss stellt fest:

„Eine zentrale Anästhesie (Narkose) oder Analgosedierung gehört dann zur Leistungspflicht der GKV, wenn im Zusammenhang mit zahnärztlichen Leistungen eine andere Art der Schmerzausschaltung nicht möglich ist. Die Leistung ist im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu erbringen."

V. Systematische Behandlung von Parodontopathien (Par-Behandlung)

1. Grundlagen, Ziel der Behandlung und Indikationen

Das Parodontium umfasst Gingiva, Wurzelzement, Desmodont und Alveolarknochen. Es verankert den Zahn im Kieferknochen und bildet dadurch mit dem Zahn eine Funktionseinheit. Entzündliche Erkrankungen des Parodontiums, die mit Attachmentverlust einhergehen, werden als Parodontitiden bezeichnet. Parodontitiden sind multifaktorielle Erkrankungen. Sie werden durch parodontopathogene Mikroorganismen verursacht. Ihre Progredienz wird durch endogene und exogene Risikofaktoren beeinflusst. Das Ziel der Behandlung von Parodontitiden ist, entzündliche Erscheinungen zum Abklingen zu bringen, ein Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern und einem weiteren Alveolarknochenverlust und damit Zahnverlust vorzubeugen.

Regelmäßige Voraussetzung für die durchzuführende Parodontitistherapie ist das Fehlen von Zahnstein und sonstiger Reizfaktoren sowie die Anleitung des Patienten zur richtigen Mundhygiene.

Bei der Parodontitistherapie ist es unverzichtbar, die Wurzeloberflächen zu reinigen und Mikroorganismen aus parodontalen Taschen zu entfernen.

Zur Reduktion exogener und endogener Risikofaktoren wird bei Patienten, bei denen die allgemeine Anamnese Hinweise auf nicht adäquat behandelte Allgemeinerkrankungen gibt, auf ärztliche Behandlung verwiesen und Rauchern geraten, den Tabakkonsum einzustellen oder ihn einzuschränken. Konservierend-chirurgische Maßnahmen sind je nach Indikation vor oder im zeitlichen Zusammenhang mit der Parodontitistherapie durchzuführen.

Die systematische Parodontitistherapie kann umfassen:

- geschlossenes Vorgehen
- offenes Vorgehen
- Antibiotische Therapie
- Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolges nach Maßgabe von Nr. 7

Eine behandlungsbedürftige Parodontopathie liegt vor, wenn ein Parodontaler Screening-Index (PSI)-Wert von Code 3 oder 4 (Anlage) erhoben wird oder wenn eine der folgenden Diagnosen gestellt wird und dabei eine Sondiertiefe von 3,5 mm und mehr vorliegt:

- Chronische Parodontitis
- Aggressive Parodontitis
- Parodontitis als Manifestation von Systemerkrankungen
- nekrotisierende Parodontalerkrankungen
- Parodontalabszess
- Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen
- folgende entwicklungsbedingte oder erworbene Deformitäten oder Zustände:
  - Gingivale Vergrößerungen

- Gingiva- und Weichgewebswucherungen

Nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten gehört die Behandlung der Rezessionen, des Fehlens keratinisierter Gingiva und der verkürzten angewachsenen Schleimhaut.

2. Anamnese und Diagnostik im Hinblick auf den Parodontalzustand

Grundlage für die Therapie sind die Anamnese, der klinische Befund (Parodontalstatus) und Röntgenaufnahmen. Die Krankenkasse kann vor der Kosten-Übernahmeentscheidung diese Unterlagen und den Patienten begutachten lassen. Die Anamnese umfasst:

- Allgemeine Anamnese (darunter Risikofaktoren für Parodontitis wie Diabetes mellitus, Tabakkonsum, HIV-Infektion im fortgeschrittenen Stadium, Behandlung mit immunsuppressiven Medikamenten, Osteoporose)
- Familienanamnese im Hinblick auf Parodontalerkrankungen
- Spezielle Anamnese (Schmerzen/Vorbehandlungen).

Die Dokumentation des klinischen Befunds (Parodontalstatus) umfasst:

- Taschentiefen und Blutung der Zahnfleischtaschen auf Sondieren
- parodontale Rezessionen, um einen Ausgangswert für die Beurteilung einer möglichen Progression der Parodontitis zu erheben; fakultativ und alternativ kann auch der klinische Attachmentverlust aufgezeichnet werden.
- Furkationsbefall:
  Grad 1 = bis 3 mm in horizontaler Richtung
  Grad 2 = mehr als 3 mm in horizontaler Richtung
  Grad 3 = durchgängig
- Zahnlockerung:
  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

Der Röntgenbefund erfordert aktuelle (in der Regel nicht älter als sechs Monate), auswertbare Röntgenaufnahmen.

Die Diagnosen sind gemäß der jeweils gültigen Klassifikation der Parodontitiden der maßgeblichen parodontologischen wissenschaftlichen Fachgesellschaft anzugeben.

3. Prognose

Wesentlich für eine günstige Prognose ist die Mitwirkung des Patienten (Nr. 4).

Die Prognose ist für das gesamte Gebiss oder für einzelne Parodontien ungünstig bei weit fortgeschrittenem Knochenabbau von über 75 % oder einem Furkationsbefall von Grad 3.

Die Prognose für die Therapie lokaler oder generalisierter Parodontopathien wird zusätzlich durch folgende Faktoren ungünstig beeinflusst:

- Vorliegen systemischer Risikofaktoren (z.B. schlecht eingestellte Diabetes, HIV im fortgeschrittenen Stadium, Therapie mit immunsuppressiven Medikamenten, Osteoporose)
- Vorliegen exogener Risikofaktoren (z.B. Nikotinkonsum, Alkoholabusus)
- unzureichende Mitwirkung des Patienten

Bei weit fortgeschrittenem Knochenabbau von über 75 % oder einem Furkationsbefall von Grad 3 ist bei gleichzeitigem Vorliegen eines Lockerungsgrades III in der Regel die Entfernung des Zahnes angezeigt.

4. Mitwirkung des Patienten

Der Zahnarzt hat den Patienten in allen Therapiephasen über die Notwendigkeit der aktiven Mitwirkung zu informieren. Die Mitwirkung besteht darin, dass sich der Patient nach seinen individuellen Möglichkeiten aktiv bemüht, exogene und endogene Risikofaktoren zu reduzieren, an den notwendigen Behandlungsterminen teilzunehmen und eventuell eingesetzte Therapiemittel indikationsgerecht anzuwenden.

Vor und während der Parodontitisbehandlung ist zu überprüfen, in welchem Umfang eine Parodontitisbehandlung nach diesen Richtlinien angezeigt ist und dem Wirtschaftlichkeitsgebot entspricht. Dies hängt besonders von der Mitarbeit des Patienten ab.

Patienten, die trotzdem nicht ausreichend mitarbeiten oder unzureichende Mundhygiene betreiben, hat der Zahnarzt erneut auf die Notwendigkeit der Mitwirkung hinzuweisen und darüber aufzuklären, dass die Behandlung eingeschränkt oder ggf. beendet werden muss.

Stellt der Zahnarzt fest, dass der Patient nicht ausreichend mitarbeitet, hat der Zahnarzt das Behandlungsziel neu zu bestimmen und ggf. die Behandlung zu beenden,

- wenn eine Verhaltensänderung des Patienten in absehbarer Zeit ausgeschlossen erscheint oder
- wenn er in einem weiteren Behandlungstermin feststellt, dass eine wesentliche Verhaltensänderung nicht erfolgt ist.

Der Zahnarzt hat hierüber die Krankenkasse zu unterrichten. Die Behandlung kann erst dann fortgeführt werden, wenn die Voraussetzungen gemäß Nr. 1 Absatz 2 vorliegen.

5. Systematische Parodontitistherapie

Die systematische Parodontitistherapie umfasst:

a) Geschlossenes Vorgehen

Bei Zahnfleischtaschen mit einer Sondiertiefe von 3,5mm und mehr, wobei alle supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge – Biofilm und Zahnstein – nach Möglichkeit innerhalb von 4 Wochen entfernt werden.

b) Offenes Vorgehen

Bei Sondiertiefen von mehr als 5,5mm kann das geschlossene Vorgehen vor dem offenen Vorgehen durchgeführt werden. Nach dem geschlossenen Vorgehen ist zu prüfen, ob an einzelnen Parodontien ein offenes Vorgehen zusätzlich durchzuführen ist.

In Ausnahmefällen kann das offene Vorgehen auch ohne vorheriges geschlossenes Vorgehen erfolgen.

Vor Durchführung eines offenen Vorgehens ist zu prüfen, ob die Mitwirkung des Patienten im bisherigen Verlauf der Behandlung gegeben war. Im Frontzahnbereich besteht aus ästhetischen Gründen eine strenge Indikation zum offenen Vorgehen.

Bei gingivalen Vergrößerungen und Gingiva- bzw. Weichgewebswucherungen ist zusätzlich die chirurgische Entfernung pathologisch veränderten Gewebes unter Wiederherstellung einer physiologischen Gingivamorphologie erforderlich.

6. Antibiotische Therapie

   Bei besonders schweren Formen der Parodontitis, die mit einem raschen Attachmentverlust einhergehen, können systemisch wirkende Antibiotika im zeitlichen Zusammenhang mit der Parodontitistherapie verordnet werden. Dies kann in der Regel direkt nach Abschluss des supra- und subgingivalen Debridements erfolgen.

   Vor der Verordnung von Antibiotika ist zu prüfen, ob die Mitwirkung des Patienten (Nr. 4) im bisherigen Verlauf der Behandlung gegeben war und sie auch weiterhin zu erwarten ist.

   Eine mikrobiologische Diagnostik sowie die lokale Antibiotikatherapie sind grundsätzlich nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.

7. Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolges

   Die regelmäßige Untersuchung des Patienten nach Abschluss einer systematischen Behandlung von Parodontopathien ist wegen der Gefahr einer bakteriellen Wiederbesiedlung der Taschen erforderlich.

   Lokale Maßnahmen an einzelnen Parodontien sind gegebenenfalls zu wiederholen.

   Die erste Untersuchung sollte bei geschlossenem Vorgehen nach 6 Monaten und nach offenem Vorgehen spätestens nach 3 Monaten erfolgen.

8. Regelungen zum Qualitätsmanagement

   Die Krankenkasse kann die anhand von Anamnese, klinischer sowie radiologischer Befundung gestellte Diagnose und die daraus abgeleitete Therapieplanung begutachten lassen.

Anlage zu den Behandlungs-Richtlinien

Parodontaler Screening-Index (PSI)

Der PSI bietet einen orientierenden Überblick über das Vorliegen und/oder die Schwere einer parodontalen Erkrankung und den Behandlungsbedarf. Er ist auch geeignet, Erkrankungsrezidive aufzudecken.

Die Messung des PSI erfolgt bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr an den Parodontien der Indexzähne 11, 16, 26, 31, 36, 46 bzw. bei deren Fehlen ersatzweise an den daneben stehenden Zähnen. Bei Erwachsenen erfolgt die Messung an allen vorhandenen Zähnen mit Ausnahme der Weisheitszähne. Die Befundung wird mittels einer Mess-Sonde mit halbkugelförmiger Spitze und Markierung (schwarzes Band zwischen 3,5 und 5,5 mm) durchgeführt. Zur Erhebung ist das Gebiss in Sextanten eingeteilt.

Aufgezeichnet wird der höchste Wert pro Sextant:

Code 0 = Entzündungsfrei, kein Zahnstein oder überstehende Füllungs- oder Kronenränder

Code 1 = Blutung nach vorsichtigem Sondieren

Code 2 = Blutung nach vorsichtigem Sondieren, supra- oder subgingivale Plaque und Zahnstein und/oder überstehende Füllungs- oder Kronenränder

Code 3 = Sondiertiefe 3,5 bis 5,5 mm (schwarzes Band teilweise sichtbar)

Code 4 = Sondiertiefe 6 mm oder mehr (schwarzes Band nicht mehr sichtbar)

Falls beim Sondieren von Taschen sich purulentes Exsudat entleert, ist dies der Blutung gleichzustellen.

Wird an einem Parodontium ein Wert von Code 4 gemessen, wird für den Sextanten die Messung beendet und für den Sextanten ein Wert von Code 4 eingetragen. Ist ein Sextant zahnlos, wird ein x eingetragen.

Wird eine Furkationsbeteiligung festgestellt, wird der Sextant mit einem * versehen und eine Einordnung in den nächsthöheren als den per Messung festgestellten Code vorgenommen.

VI. Sonstige Behandlungsmaßnahmen

1. Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehören das Entfernen von harten verkalkten Belägen und die Behandlung von Erkrankungen der Mundschleimhaut.

2. Aufbissbehelfe

   a) Das Eingliedern eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche kann angezeigt sein bei Kiefergelenkstörungen, Myoarthropathien und zur Behebung von Fehlgewohnheiten. Angezeigt sind nur
      - individuell adjustierte Aufbissbehelfe,
      - Miniplastschienen mit individuell geformtem Kunststoffrelief,
      - Interzeptoren,
      - spezielle Aufbissschienen am Oberkiefer, die alle Okklusionsflächen bedecken (z.B. Michigan-Schienen).

   b) Das Eingliedern eines Aufbissbehelfs ohne adjustierte Oberfläche kann angezeigt sein bei akuten Schmerzzuständen.

   c) Die Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf kann angezeigt sein bei Kiefergelenkstörungen, Myoarthropathien und nach chirurgischen Behandlungen.

   d) Die semipermanente Schienung kann angezeigt sein zur Stabilisierung gelockerter Zähne und bei prä- bzw. postchirurgischen Fixationsmaßnahmen.

VII. Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen

1. Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen legt in Richtlinien gem. § 92 Abs. 1 SGB V die seltenen Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle fest, in denen der Anspruch auf implantologische Leistungen einschließlich der Epithesen und/oder der Suprakonstruktionen (implantatgetragener Zahnersatz) im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V als Sachleistung besteht. Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen folgt dabei den Intentionen des Gesetzgebers, dass Versicherte nur in zwingend notwendigen Ausnahmefällen diese Leistungen erhalten.

2. Ausnahmeindikationen für Implantate und Suprakonstruktionen im Sinne von § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V liegen in den in Satz 4 aufgeführten besonders schweren Fällen vor. Bei Vorliegen dieser Ausnahmeindikationen besteht Anspruch auf Implantate zur Abstützung von Zahnersatz als Sachleistung nur dann, wenn eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist. In den Fällen von Satz 4 Buchstaben a) bis c) gilt dies nur dann, wenn das rekonstruierte Prothesenlager durch einen schleimhautgelagerten Zahnersatz nicht belastbar ist.

   Besonders schwere Fälle liegen vor

   a) bei größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten, die ihre Ursache
      - in Tumoroperationen,
      - in Entzündungen des Kiefers,
      - in Operationen infolge von großen Zysten (z.B. große follikuläre Zysten oder Keratozysten),

- in Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
- in angeborenen Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien)[1] oder
- in Unfällen

haben,

b) bei dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung

c) bei generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen,

d) bei nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (z. B. Spastiken).

3. Bei extraoralen Defekten im Gesichtsbereich nach Tumoroperationen oder Unfällen oder infolge genetisch bedingter Nichtanlagen ist die operative Deckung der Defekte das primäre Ziel. Ist eine rein operative Rehabilitation nicht möglich und scheidet die Fixierung von Epithesen zum Defektverschluss durch andere Fixierungsmöglichkeiten aus, so ist eine Verankerung von Epithesen durch Implantate angezeigt.

4. Die Krankenkasse muss die in diesen Richtlinien genannten Behandlungsfälle mit dem Ziel begutachten lassen, ob die Ausnahmeindikationen vorliegen. Zahnarzt und Krankenkasse können eine Überprüfung des Gutachtens durch einen Obergutachter bei der KZBV beantragen.

   Gutachter und Obergutachter müssen implantologisch erfahrene Zahnärzte sein, die von der KZBV im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen benannt werden. Das Vorschlagsrecht für entsprechende Gutachter und Obergutachter liegt sowohl bei der KZBV als auch bei den Spitzenverbänden der Krankenkassen.

C. Verordnung von Arzneimitteln

I. Allgemeine Grundsätze

1. Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört die Verordnung von Arzneimitteln nur dann, wenn sie im Zusammenhang mit einer zu behandelnden Zahn-, Mund- oder Kieferkrankheit steht.

   Dies gilt auch, wenn Zahnärzte, welche die Approbation als Arzt besitzen, im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung tätig werden.

2. Der Zahnarzt soll Arzneimittel in der Regel nur verordnen, wenn er sich von dem Zustand des Kranken überzeugt hat oder wenn ihm der Zustand aus der laufenden Behandlung bekannt ist.

3. Vor der Verordnung von Arzneimitteln soll der Zahnarzt prüfen, ob sie erforderlich ist oder ob andere Maßnahmen (z. B. hygienische, physikalische, diätetische) angezeigt sind.

4. Die Krankenkassen sollen die Versicherten allgemein und soweit nötig im Einzelfall darüber aufklären, dass sie Anspruch auf eine ausreichende und nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßige Versorgung mit Arzneimitteln haben, dass sie jedoch die Verordnung von Arzneimitteln, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder die unwirtschaftlich sind, nicht beanspruchen können, dass die Zahnärzte solche Arzneimittel auf Kosten der Krankenkassen nicht verordnen und dass die Krankenkassen sie nicht nachträglich bewilligen dürfen.

---

[1] Geändert durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 01.03.2006

II. Auswahl der Arzneimittel

1. Für die Wirtschaftlichkeit einer Arzneimittelverordnung ist vor dem Preis der therapeutische Nutzen entscheidend. Die Wirtschaftlichkeit einer Behandlung ist zu beurteilen nach dem Verhältnis ihrer Kosten zur Sicherung des Erfolges und zu der dafür erforderlichen Zeit. Ziel der zahnärztlichen Behandlung ist vornehmlich die bald mögliche Wiederherstellung der Gesundheit oder Arbeitsfähigkeit. Die Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit bei der Verordnung von Arzneimitteln besagt nicht, dass nur einfache und billige Arzneimittel verordnet werden dürfen; auch die Verordnung von teuren Arzneimitteln kann im Hinblick auf die Art der Erkrankung und die Umstände des Krankheitsfalles wirtschaftlich sein. Jedoch soll der Zahnarzt stets prüfen, ob sich der angestrebte Erfolg auch durch preisgünstigere Arzneimittel erreichen lässt.

   Die Verordnung von Kombinationspräparaten kann unwirtschaftlich sein, so z. B., wenn weder durch die einzelnen Komponenten noch mit deren Synergismus eine Steigerung des therapeutischen Nutzens oder eine Verminderung von unerwünschten Wirkungen verbunden ist, besonders dann, wenn die Kombination unnötige Bestandteile enthält.

   Eine gleichzeitige Verordnung mehrerer pharmakologisch gleichsinnig wirkender Arzneimittel kann nur sinnvoll sein, wenn durch sie ein therapeutisch zweckmäßiger Synergismus bewirkt bzw. unerwünschte Wirkungen gemindert oder vermieden werden.

2. Es sollen nur solche Arzneimittel verordnet werden, deren therapeutische Wirksamkeit durch objektiv festgestellte Ergebnisse ausreichend gesichert ist. Erprobungen von Arzneimitteln auf Kosten der Versicherungsträger sind unzulässig.

3. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sollen die Zahnärzte hinsichtlich der Arzneimittelverordnungen beraten und durch Einholung und Bekanntgabe gutachterlicher Stellungnahmen, insbesondere der Zahnärztlichen Arzneimittelkommission der Bundeszahnärztekammer, unterstützen.

4. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung soll von der Zahnärztlichen Arzneimittelkommission der Bundeszahnärztekammer in erforderlichen Fällen Gutachten darüber einholen, ob bei einem Arzneimittel die in Nummer 2 bezeichnete Voraussetzung erfüllt ist.

5. Arzneimittel, deren therapeutisch wirksame Bestandteile nicht gem. § 10 Abs. 1 Nummer 8 des Arzneimittelgesetzes qualitativ und quantitativ deklariert sind, dürfen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht verordnet werden. Die Arzneimittel, deren Wirkstoffgehalt in den Ausgangsprodukten Schwankungen unterworfen ist, sollen nur verordnet werden, wenn der Hersteller eine standardisierte biologische Einstellung des Wirkstoffgehaltes vorgenommen und deklariert hat.

6. Von gleichartig wirkenden Arzneimitteln soll unter Berücksichtigung der Qualität, der Unbedenklichkeit und, soweit erforderlich und möglich, der Bioverfügbarkeit das in Form und Menge wirtschaftlichste verordnet werden.

7. Es kann kostensparend sein, Arzneimittel nicht mit dem wortgeschützten Namen, sondern unter ihrem chemischen Namen oder unter dem internationalen Freinamen der Weltgesundheitsorganisation zu verschreiben, wobei die unter Nummer 6 genannten Gesichtspunkte zu berücksichtigen sind.

8. Gemäß § 31 SGB V dürfen nur solche Arzneimittel verordnet werden, die apothekenpflichtig sind.

9. Gegenüber Verordnungswünschen der Versicherten ist Zurückhaltung geboten, insbesondere bei Arzneimitteln, für die nicht nur in Fachkreisen geworben wird, weil erfahrungsgemäß die Publikumswerbung zu einem das therapeutisch notwendige Maß

übersteigenden Arznei-mittelverbrauch anreizt und damit gesundheitliche Gefahren mit sich bringt. Außerdem beeinträchtigt die Publikumswerbung die dem Zahnarzt zustehende Entscheidungsfreiheit über die im Einzelfall angezeigte Art der Arzneimittelverordnung.

10. Nicht verordnet werden dürfen

    a) Nähr-, Stärkungs- und Genussmittel, Vitamine,

    b) Zahn- und Mundpflegemittel; diese gelten als Mittel der täglichen Hygiene, auch dann, wenn sie auf Grund arzneilicher Zusätze prophylaktischen oder therapeutischen Zwecken dienen sollen.

III. Verordnungsumfang

1. Überhöhte Kosten entstehen auch dann, wenn der Zahnarzt zwar preisgünstige Arzneimittel, diese aber in zu großem Umfang verordnet.

2. Die zu verordnende Menge hängt in erster Linie von der Art und Dauer der Erkrankung ab. Bei akuten Erkrankungen führt die Verordnung einer zu großen Menge leicht zu Arzneimittelvergeudung; bei chronischen Krankheiten können wiederholte Verordnungen von kleinen Mengen unwirtschaftlicher sein als die einmalige Verordnung einer größeren Menge.

   Bei Verordnungen sind Art und Menge der vom Kranken bereits verbrauchten Arzneimittel zu berücksichtigen. Vor jeder Wiederholung von Arzneimittelverordnungen soll der Zahnarzt prüfen, ob eine Wiederholung erforderlich ist und ob die verbrauchte Menge mit der vor-gesehenen Anwendungszeit übereinstimmt. Dabei ist insbesondere auf Arzneimittelmissbrauch im Sinne einer Gewöhnung oder Sucht zu achten (z. B. bei Schmerzstillungs-, Beruhigungs- und Schlafmitteln).

IV. Hinweise auf Verordnungsmöglichkeiten und Preisgestaltung

1. Zur wirtschaftlichen Verordnungsweise gehört auch die Verpflichtung des Zahnarztes, sich im Rahmen des Möglichen über die Preise der Arzneimittel zu unterrichten.

2. Bei der Verordnung von Fertigarzneimitteln muss der Zahnarzt die Arzneiform angeben und auf die richtige Mengenangabe der abgabefertigen Packung achten. Beim Verschreiben von Tabletten, Dragees und dergleichen in abgabefertigen Packungen ist, wenn diese mit verschiedenem Gehalt an wirksamen Stoffen im Handel sind, die Menge des wirksamen Bestandteiles anzugeben. Zusätze zum Arzneimittelnamen, wie z. B. forte, mite, retard sind anzugeben. Die Verordnung eines Arzneimittels ohne die Angaben kann unwirtschaftlich sein, weil der Apotheker dann verpflichtet ist, die Packung mit dem niedrigsten Wirkstoffgehalt, bei gleichem Wirkstoffgehalt die Packung mit der kleinsten Menge, abzugeben.

3. Für die Inanspruchnahme der Apotheken in der Zeit von 20 Uhr bis 7 Uhr können die Apotheken ein zusätzliches Entgelt berechnen. Deshalb müssen alle Verordnungen, deren Belieferung während dieser Zeit erforderlich ist, mit dem Vermerk noctu oder cito versehen werden.

Berlin, 04.06.2003 und

Köln, 24.09.2003

Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen

Der Vorsitzende

Prof. Dr. Herbert Genzel

Richtlinie
des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen

über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen
(Individualprophylaxe)

Fassung vom: 04.06.2003

Bundesanzeiger 2003, Nr. 226 (S. 24 966)

Letzte Änderung:

In Kraft getreten am: 01.01.2004

A. Allgemeines

1. Diese Richtlinien legen gem. § 22 Abs. 2 SGB V Art, Umfang und Nachweis der zahnärztlichen Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (zahnmedizinische Individualprophylaxe) bei Versicherten fest, die das sechste, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben.

2. Die zahnmedizinische Individualprophylaxe soll der Vorbeugung gegen Karies und Parodontal-Erkrankungen dienen und die Maßnahmen der Gruppenprophylaxe sinnvoll ergänzen und fortführen. Die Individualprophylaxe soll der Erhaltung der Zahngesundheit dienen und ggf. Neuerkrankungen oder ein Fortschreiten der Erkrankung verhindern.

   Mit dem Individualprophylaxe-Programm sollen insbesondere die Versicherten betreut werden, die von der Gruppenprophylaxe nicht erfasst werden.

3. Der Erfolg der Individualprophylaxe ist in jeder Phase abhängig von der Mitarbeit des Patienten. Die Förderung dieser Mitarbeit steht daher im Vordergrund der Prophylaxemaßnahmen. Der dafür notwendigen Motivation kommt besondere Bedeutung zu. Ggf. kann sie mehrfach erforderlich sein.

4. Um die Bereitschaft des Patienten zur Kooperation zu erreichen und zu erhalten, ist eine kontinuierliche Durchführung der Zahnprophylaxemaßnahmen erforderlich.

5. Die Individualprophylaxe beginnt mit der Erstellung des Mundhygienestatus, dem die eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten vorangegangen sein soll. Erforderlichenfalls folgt die Motivationsphase. Eine ggf. notwendige Intensivmotivation mit der Aufklärung über Krankheitsursachen und ggf. Remotivationen sollen zeitnah möglichst innerhalb von vier Monaten abgeschlossen sein.

6. Die Prophylaxemaßnahmen sollen insbesondere den Versicherten mit hohem Kariesrisiko helfen, die Mundgesundheit zu verbessern. Ein hohes Kariesrisiko wird durch die folgenden Werte des Karies-Indexes DMF-T / DMF-S angezeigt:

Alter bis	
7 Jahre	dmf/DMF (t/T) > 5 oder D(T) > 0
8 - 9 Jahre	dmf/DMF (t/T) > 7 oder D(T) > 2
10 - 12 Jahre	DMF (S) an Approximal/Glattflächen > 0

13 - 15 Jahre	D (S) an Approximal/Glattflächen > 0 und/oder mehr als 2 kariöse Läsionen

Dies gilt auch für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

Karies-Index DMF-T / DMF-S:

Bleibende Zähne	Milchzähne			
D	d	(decayed)	=	kariös
M	m	(missing)	=	fehlend wegen Karies
F	f	(filled)	=	gefüllt wegen Karies
T	t	(teeths)	=	Zähne
S	s	(surfaces)	=	Zahnflächen

Der Zahnarzt soll Inhalt und Umfang der notwendigen Prophylaxemaßnahmen nach den individuellen Gegebenheiten des Einzelfalls festlegen. Bei Versicherten, die kein hohes Kariesrisiko aufweisen, sind die Prophylaxemaßnahmen in zahnmedizinisch sinnvoller Weise zu beschränken.

7. Die Individualprophylaxemaßnahmen werden nach Maßgabe des Zahnheilkundegesetzes und der geltenden Ausbildungs- und Fortbildungsbestimmungen durchgeführt.

B. Art und Umfang der zahnmedizinischen Individualprophylaxe

8. Der Mundhygienestatus umfasst die Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes des Patienten, die Feststellung und Beurteilung von Plaque-Retentionsstellen sowie die Erhebung geeigneter Indizes und ggf. das Einfärben der Zähne. Geeignet sind Indizes mit dokumentierbarem Messwert.

   Das sind z. B. der Papillen-Blutungs-Index (PBI), der Approximalraum-Plaque-Index (API) oder der Quigley-Hein-Index. Die Dokumentation ist Bestandteil der Krankenblattunterlagen. Die einmal gewählten Indizes sind innerhalb eines Prophylaxeprogrammes beizubehalten.

   Aufgrund der Untersuchung ist patienten- und befundbezogen zu entscheiden, ob und welche weiteren Prophylaxemaßnahmen indiziert sind. Das bedeutet, dass bei entsprechender Mundhygiene außer dem Mundhygienestatus weitere Motivations- und Unterweisungsmaßnahmen nicht erforderlich sind.

9. Um das Gebiss prophylaxefähig zu machen, sollen alle iatrogenen und natürlichen Reizfaktoren beseitigt werden. Hier kann auch die Erstellung von Bissflügelröntgenaufnahmen angezeigt sein.

10. An die Erhebung des Mundhygienestatus schließt sich ggf. die Aufklärung über Ursachen von Karies, Gingivitis und Zahntraumata sowie deren Vermeidung an. Die Erklärungen sind dem Alter und dem Entwicklungsstand des Patienten anzupassen; dabei sind Hinweise zur zahngesunden Ernährung zu geben. Geeignete Fluoridierungsmittel zur Schmelzhärtung (fluoridiertes Speisesalz, fluoridierte Zahnpasta, fluoridierte Gelees und dergl.) sind zu empfehlen und ggf. zu verordnen. Eine systemische Fluoridierung erfordert die Erfassung von systemisch angewandten Fluoridierungsmitteln. Bei Hygienedefiziten kommt die praktische Übung von Hygienetechniken einschließlich der Reinigung der Interdentalräume hinzu.

    Die Aufklärungen und praktischen Übungen sind zur Remotivation zu wiederholen. Zu welchem Zeitpunkt und in welchem Umfang Remotivationen erforderlich sind, hat der Zahnarzt aufgrund des individuellen Hygienebefundes des Versicherten zu entscheiden.

11. Als begleitende Maßnahme ist die lokale Fluoridierung zur Schmelzhärtung mit Lack, Gel o.ä. angezeigt.

Dabei sind häusliche Fluoridierungsmaßnahmen (z. B. mit fluoridiertem Speisesalz, Fluorid-Spülungen und Fluoridgelee) und der Wunsch des Patienten zu berücksichtigen. Voraussetzung für die lokale Fluoridierung ist die gründliche Beseitigung von Zahnbelägen und die Trockenlegung der Zähne, um eine gleichmäßige Benetzung des Zahnschmelzes mit Fluorid zu gewährleisten. Die erste lokale Fluoridierung soll während der Motivationsphase innerhalb von vier Monaten nach der Prophylaxeuntersuchung durchgeführt werden. Die weiteren Fluoridierungen sollen in regelmäßigen Abständen von ca. sechs Monaten erfolgen.

12. Sind bereits wiederholt Prophylaxemaßnahmen durchgeführt worden, so sollen bei zufriedenstellender Mundhygiene nur die Erhebung des Mundhygienestatus sowie die lokale Fluoridierung durchgeführt werden. Weitere Motivations- und Unterweisungsmaßnahmen sind dann entbehrlich. Dies schließt nicht aus, dass bei einer späteren Verschlechterung der Mundhygiene erneut Motivations- und Unterweisungsmaßnahmen im Rahmen der vertraglichen Bestimmungen erforderlich werden können. Verbessert sich der Mundhygienezustand eines Versicherten trotz wiederholter Motivationsmaßnahmen nicht, so sind nur noch der Mundhygienestatus und Fluoridierungen zweckmäßig.

13. In ein Bonusheft ist bei den 12- bis 17-Jährigen für jedes Kalenderhalbjahr das Datum der Erhebung des Mundhygienestatus einzutragen. Das Bonusheft dient dem Versicherten als Nachweis für seinen Anspruch auf erhöhte Zuschüsse zum Zahnersatz gem. § 30 Abs. 2 SGB V. In das Bonusheft sind daher auch die jährlichen Untersuchungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres einzutragen.

14. Die bei der Erhebung des Mundhygienestatus festgestellten Befunde und die Indexwerte sind im Krankenblatt aufzuzeichnen.

C. Fissurenversiegelung

15. Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört die Versiegelung von kariesfreien Fissuren und Grübchen der bleibenden Molaren 6 und 7 mit aushärtenden Kunststoffen. Die Versiegelung der gefährdeten Fissuren sollte so früh wie möglich erfolgen, auch bei Durchbruch des 1. Molaren vor Vollendung des 6. Lebensjahres.

    Eine Versiegelung ist nicht angezeigt, wenn die Fissur bereits kariös erkrankt ist. Um mit der Fissurenversiegelung einen langfristigen Schutz der Zähne zu erreichen, ist die gründliche Beseitigung von Zahnbelägen und die Trockenlegung der Zähne erforderlich.

    Soweit eine Versiegelung im zeitlichen Zusammenhang mit Maßnahmen der lokalen Fluoridierung durchgeführt wird, muss die Versiegelung vor der Fluoridierung abgeschlossen sein.

    Die Versiegelung muss alle kariesfreien Fissuren des Zahnes einbeziehen.

16. Diese Richtlinien treten am 01.01.2004 in Kraft.

Berlin, 04.06.2003

Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen

Der Vorsitzende

Prof. Dr. Herbert Genzel

Richtlinie
des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 Abs. 6 SGB V
in der Besetzung für die vertragszahnärztliche Versorgung

über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (zahnärztliche Früherkennung gemäß § 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V)

Fassung vom:	04.06.2003 Bundesanzeiger 2003, Nr. 226 (S. 24966)
Letzte Änderung:	08.12.2004 Bundesanzeiger 2005, Nr. 54 (S. 4094)
In Kraft getreten am:	01.01.2005

1. Diese Richtlinien legen gem. § 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V Voraussetzungen, Art und Umfang der zahnärztlichen Maßnahmen zur Früherkennung und Verhütung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten bei Versicherten fest, die das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet haben (Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten).
2. Die zahnärztlichen Kinder-Früherkennungsuntersuchungen sollen der Erkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten und der Vorbeugung von Karies und Gingivitis dienen. Weiterhin sollen durch sie Neuerkrankungen festgestellt und bewirkt werden, dass eine Behandlung frühzeitig eingeleitet und ein Fortschreiten der Erkrankung verhindert wird.
3. Mit den Früherkennungsuntersuchungen (siehe Nummer 6) sollen insbesondere die Kinder betreut werden, die keine Einrichtungen besuchen, die gruppenprophylaktische Maßnahmen durchführen. Vor allem sollen die Kinder betreut werden, die ein hohes Kariesrisiko aufweisen und nicht bereits in ein anderweitiges Intensivprogramm eingebunden sind (siehe Nummern 6 und 7).
4. Die zahnärztlichen Kinder-Früherkennungsuntersuchungen sind auf die ärztlichen Kinder-Früherkennungsuntersuchungen, die in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in der jeweils geltenden Fassung geregelt sind, abzustimmen. Die Früher-kennungsuntersuchungen und die unter Nummer 7 genannten Maßnahmen sollen die Basis- und Intensivprophylaxe im Rahmen der Gruppenprophylaxe ergänzen. Der Zahnarzt klärt vor Beginn der Untersuchungen ab, welche Maßnahmen das Kind im Rahmen der Gruppenprophylaxe in Anspruch nimmt. Er hat die eigenen Tätigkeiten darauf abzustimmen.
5. Die zahnärztlichen Kinder-Früherkennungsuntersuchungen umfassen die Inspektion der Mundhöhle, die Einschätzung des Kariesrisikos beim Kind, die Ernährungs- und Mundhygieneberatung der Erziehungsberechtigten mit dem Ziel der Keimzahlsenkung beim Kind durch verringerten Konsum zuckerhaltiger Speisen und Getränke sowie verbesserte Mundhygiene, die Empfehlung geeigneter Fluoridierungsmittel zur

Schmelzhärtung (fluoridiertes Speisesalz, Zahnpasta u.ä.) und ggf. die Abgabe oder Verordnung von Fluoridtabletten.

6. Es werden drei zahnärztliche Kinder-Früherkennungsuntersuchungen durchgeführt. Die erste Untersuchung findet grundsätzlich im dritten Lebensjahr statt.

   Die beiden weiteren Untersuchungen finden bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres statt. Der Abstand zwischen den Untersuchungen beträgt mindestens 12 Monate.

7. Ab dem **30. Lebensmonat**[2] ist bei Kindern mit hohem Kariesrisiko ergänzend zu den oben genannten Maßnahmen die Anwendung von Fluoridlack zur Kariesvorbeugung angezeigt. Ein hohes Kariesrisiko wird durch die folgenden Werte für kariöse, wegen Karies entfernte und gefüllte Zähne angezeigt:

   Alter bis

   3 Jahre dmf-t > 0

   4 Jahre dmf-t > 2

   5 Jahre dmf-t > 4

   6 Jahre dmf-t > 5

   Für diese Kinder sollen die lokalen Fluoridanwendungen in regelmäßigen Abständen zweimal je Kalenderhalbjahr vorgenommen werden. Diese Maßnahmen sind auf die Fluoridierungs-anwendungen in der Gruppenprophylaxe abzustimmen.

8. Soweit kariöse Defekte festgestellt werden, sind diese vorrangig zu sanieren.

9. Diese Richtlinien treten am 01.01.2004 in Kraft.

Berlin, 04.06.2003

Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen

Der Vorsitzende

Prof. Dr. Herbert Genzel

[2] Geändert durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 08.12.2004

Richtlinie

Gemeinsamer Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesauschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen

(Zahnersatz-Richtlinie)

in der Fassung vom 8. Dezember 2004
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005 (S. 4 094)
in Kraft getreten am 1. Januar 2005

zuletzt geändert am 18. Februar 2016
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 03.05.2016 B1)
in Kraft getreten am 4. Mai 2016

Inhalt

A. Gegenstand und Zweckbestimmung ... 3

B. Voraussetzungen für Leistungsansprüche der Versicherten im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung ... 4

C. Voraussetzungen für Leistungsansprüche der Versicherten im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung ... 5

D. Anforderungen an einzelne Behandlungsbereiche ... 7

I. Versorgung mit Zahnkronen ... 7
II. Versorgung mit Brücken ... 7
III. Versorgung mit herausnehmbarem Zahnersatz ... 8
IV. Kombinationsversorgung ... 8
V. Versorgung mit Suprakonstruktionen (implantatgestützter Zahnersatz) ... 9

A. Gegenstand und Zweckbestimmung

1. Diese Richtlinien regeln gemäß § 92 in Verbindung mit §§ 73 Abs. 2 Nr. 2a, 56 Abs. 2 SGB V die Regelversorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen durch die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte (Vertragszahnärzte) mit dem Ziel einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten. Soweit in den nachfolgenden Richtlinien Aussagen zum Zahnersatz getroffen werden, gelten diese entsprechend für die Versorgung mit Zahnkronen und Suprakonstruktionen.

   Auch für zahntechnische Leistungen gilt das Gebot der Wirtschaftlichkeit.

   Die Abrechenbarkeit der in diesen Richtlinien beschriebenen Maßnahmen regeln die Vertragspartner gem. § 87 SGB V.

2. Nach diesen Richtlinien sollen

   a) die Krankenkassen über ihre Leistungen bei der Versorgung mit Zahnersatz entscheiden,

   b) die Zahnärzte bei der Versorgung mit Zahnersatz verfahren.

3. Die Krankenkassen haben ihre Versicherten über Art und Umfang ihrer Leistungsansprüche bei der Versorgung mit Zahnersatz zu informieren. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen wirken auf eine einheitliche Anwendung dieser Richtlinien hin.

B. Voraussetzungen für Leistungsansprüche der Versicherten im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung

4. Versicherte haben Anspruch auf medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist.

   Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Dies gilt auch für gleichartige und andersartige Versorgungen.

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

   Versicherte haben Anspruch auf Erstattung bewilligter Festzuschüsse nach § 55 Abs. 5 SGB V, wenn eine von der Regelversorgung abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird. Eine andersartige Versorgung liegt vor, wenn eine andere Versorgungsform (Brücken, herausnehmbarer Zahnersatz, Kombinationsversorgung, Suprakonstruktionen) als die, welche in den Regelleistungen für den jeweiligen Befund beschrieben ist, gewählt wird.

   Eine tatsächlich geplante Versorgung gemäß § 87 Abs. 1a SGB V kann sowohl Regelversorgungsleistungen als auch Leistungen der gleich- und andersartigen Versorgung umfassen.

C. Voraussetzungen für Leistungsansprüche der Versicherten im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung

6. Ziel der Versorgung mit Zahnersatz ist es, eine ausreichende Funktionstüchtigkeit des Kauorgans wiederherzustellen oder ihre Beeinträchtigung zu verhindern.

7. Zahnersatz ist angezeigt, wenn ein Zahn oder mehrere Zähne fehlen oder zerstört sind und wenn dadurch die Funktionstüchtigkeit des Kauorgans beeinträchtigt ist oder beeinträchtigt zu werden droht, z. B. durch Zahnwanderung oder -kippung. Bei der Versorgung mit Zahnersatz soll eine funktionell ausreichende Gegenbezahnung vorhanden sein oder im Laufe der Behandlung hergestellt werden.

   Ein neuer Zahnersatz ist nicht angezeigt, wenn der vorhandene Zahnersatz noch funktionstüchtig ist oder die Funktionstüchtigkeit wiederhergestellt werden kann (z. B. durch Erweiterung).

8. Der Zahnarzt soll Art und Umfang des Zahnersatzes nach den anatomischen, physiologischen, pathologischen und hygienischen Gegebenheiten des Kauorgans bestimmen.

   Im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bestimmt der Zahnarzt nach entsprechender Aufklärung und unter Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten Art und Umfang der Behandlungsmaßnahmen. Der Zahnarzt hat den Patienten über die nach den Richtlinien ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Formen der Versorgung aufzuklären.

9. Die Mitwirkung des Patienten ist eine wesentliche Voraussetzung für die Erreichung des Behandlungsziels. Regelmäßige Zahnpflege und der Nachweis der zahnärztlichen Untersuchungen nach § 55 Abs. 1 SGB V sind wichtige Kriterien für die Festlegung der im Einzelfall notwendigen Form der Versorgung mit Zahnersatz.

   Ist die Mundhygiene des Patienten unzureichend und/oder lehnt der Patient die Mitwirkung an einer notwendigen Parodontalbehandlung ab, ist das Behandlungsziel neu zu bestimmen.

10. Der Versorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen hat die Erhebung des Gesamtbefundes des Gebisses und dessen Dokumentation im Heil- und Kostenplan vorauszugehen.

    Die Versorgung hat die Wiederherstellung der Kaufunktion im Sinne einer Gesamtplanung zum Ziel.

    Die Krankenkasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen.

11. Der Versorgung mit Zahnersatz hat die notwendige konservierend-chirurgische und parodontale Behandlung des Restgebisses vorauszugehen.

    a) Tief kariöse Zähne müssen auf ihre Erhaltungswürdigkeit geprüft sein und gegebenenfalls nach Versorgung mit einer Füllung klinisch reaktionslos bleiben.

    b) Pulpatote Zähne müssen mit einer nach den Behandlungs-Richtlinien erbrachten, röntgenologisch nachzuweisenden Wurzelfüllung versorgt sein.

    c) Zu überkronende Zähne sind auf ihre Sensibilität zu überprüfen.

d) Bei Zähnen mit krankhaften Prozessen müssen Maßnahmen zur Ausheilung eingeleitet sein. An diesen Zähnen dürfen vorerst nur Interimsmaßnahmen durchgeführt werden. Endgültiger Zahnersatz ist erst nach Ausheilung angezeigt.

e) Notwendige Parodontalbehandlungen müssen bereits vorgenommen sein.

f) Bei Verdacht auf krankhafte Prozesse an Zähnen und im Kieferknochen muss eine röntgenologische Überprüfung erfolgen.

g) Nicht erhaltungswürdige Zähne und Wurzelreste müssen entfernt sein.

h) Retinierte und impaktierte Zähne, die im räumlichen Zusammenhang mit geplantem Zahnersatz stehen, sollen vor Beginn der Behandlung entfernt werden.

i) Voraussetzung für die Versorgung mit Suprakonstruktionen ist die Osseointegration der Implantate.

12. Eine endgültige Versorgung mit Zahnersatz ist anzustreben. Dies kann gegebenenfalls auch durch einen Immediatersatz, der zu einem späteren Zeitpunkt umgestaltet werden kann, geschehen.

13. In Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, kann ein Interimsersatz angezeigt sein. Dies gilt insbesondere bei fehlenden Frontzähnen und zur Sicherung der Bisslage.

14. Es dürfen nur solche Werkstoffe verwendet werden, die den Anforderungen des Medizinproduktegesetzes entsprechen. Bei nachgewiesener Allergie gegen einen Werkstoff ist ein als verträglich ermittelter Werkstoff zu wählen. Der Nachweis einer Allergie ist gemäß den Kriterien der Kontaktallergiegruppe der Deutschen Gesellschaft für Dermatologie zu erbringen. Die Erprobung von Werkstoffen auf Kosten der Krankenkassen ist unzulässig. Bei der Auswahl der Dentallegierungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung soll beachtet werden, dass Nichtedelmetall und NEM-Legierungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein können.

D. Anforderungen an einzelne Behandlungsbereiche

I. Versorgung mit Zahnkronen

15. Die Schonung und Erhaltung natürlicher und intakter Zahnhartsubstanz hat Vorrang vor der Versorgung mit Zahnkronen. Zahnkronen sind angezeigt, wenn sich aus dem klinischen und röntgenologischen Befund der erkrankten Zähne einschließlich ihrer Parodontalgewebe ergibt, dass sie nur durch Kronen erhalten werden können.

16. Zahnkronen können angezeigt sein:

    a) zur Erhaltung eines erhaltungsfähigen und erhaltungswürdigen Zahnes, wenn eine Erhaltung des Zahnes durch andere Maßnahmen nicht mehr oder auf Dauer nicht möglich ist,

    b) zur Abstützung eines Zahnersatzes, wenn eine Abstützung und Retention auf andere Weise nicht möglich ist.

17. Zahnkronen sind nicht angezeigt bei Zähnen, die auf Dauer ohne Antagonisten bleiben und für die Verankerung von Zahnersatz nicht benötigt werden.

18. Konfektionierte Kronen dürfen nur in der Kinderzahnheilkunde verwendet werden.

19. Für die Versorgung mit einer provisorischen Krone ist grundsätzlich ein im direkten Verfahren hergestelltes Provisorium ausreichend.

20. Zur Regelversorgung gehören metallische Voll- und Teilkronen. Ebenfalls zur Regelversorgung gehören vestibuläre Verblendungen im Oberkiefer bis einschließlich Zahn 5, im Unterkiefer bis einschließlich Zahn 4. Im Bereich der Zähne 1 bis 3 umfasst die vestibuläre Verblendung auch die Schneidekanten.

II. Versorgung mit Brücken

21. Eine Brücke dient in der Regel der Schließung zahnbegrenzter Lücken. Die Indikation ergibt sich aus dem klinischen und röntgenologischen Befund der zu überkronenden Zähne einschließlich ihrer Parodontalgewebe und aus statischen und funktionellen Gesichtspunkten. Bei der Gestaltung der Brückenglieder sind die Grundsätze der Parodontalhygiene zu berücksichtigen.

22. Brücken sind angezeigt, wenn dadurch in einem Kiefer die geschlossene Zahnreihe wiederhergestellt wird. In der Regel sind Endpfeilerbrücken angezeigt. Freiendbrücken sind nur bis zur Prämolarenbreite und unter Einbeziehung von mindestens zwei Pfeilerzähnen angezeigt; in Schaltlücken ist der Ersatz von Molaren und von Eckzähnen durch Freiendbrücken ausgeschlossen. Zum Ersatz eines Schneidezahns kann bei ausreichendem oralem Schmelzangebot an einem oder beiden Pfeilerzähnen eine einspannige Adhäsivbrücke mit Metallgerüst mit einem oder zwei Flügeln angezeigt sein. Bei einflügeligen Adhäsivbrücken zum Ersatz eines Schneidezahns sollte der an das Brückenglied der Adhäsivbrücke angrenzende Zahn, der nicht Träger eines Flügels ist, nicht überkronungsbedürftig und nicht mit einer erneuerungsbedürftigen Krone versorgt sein.

23. Brücken sind nicht angezeigt bei ungenügender parodontaler Belastbarkeit und solchen Allgemeinleiden, die das parodontale Gewebe ungünstig beeinflussen.

24. Bei Versicherten, die das 14. aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben, können zum Ersatz von zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen bei ausreichendem oralen Schmelzangebot der Pfeilerzähne eine einspannige Adhäsivbrücke mit Metallgerüst mit zwei Flügeln oder zwei einspannige Adhäsivbrücken mit Metallgerüst mit je einem Flügel angezeigt sein.

25. Für Brücken gilt Nummer 20 dieser Richtlinien entsprechend.

26. Bei disparallelen Pfeilern umfasst die vertragszahnärztliche Versorgung auch das hierdurch erforderliche Geschiebe.

III. Versorgung mit herausnehmbarem Zahnersatz

27. Zum Zahnersatz gehören die erforderlichen Halte- und Stützvorrichtungen.

28. Bei Teilprothesen ist in der Regel eine parodontal abgestützte Modellgusskonstruktion angezeigt. Die Grundsätze der Parodontal-Hygiene sind dabei zu berücksichtigen.

29. Bei einem Restgebiss ohne parodontale Abstützungsmöglichkeit ist in der Regel eine Kunststoffprothese ohne aufwändige Halteelemente angezeigt.

30. Bei totalen Prothesen ist in der Regel die Basis in Kunststoff herzustellen. Eine Metallbasis gehört nur in begründeten Ausnahmefällen (z.B. Torus palatinus und Exostosen) zur Regelversorgung.

31. Ein Abdruck mit individuellem Löffel oder individualisiertem Löffel ist nur angezeigt, wenn für die Abdrucknahme der übliche Löffel nicht ausreicht.

32. Bei zahnlosem Kiefer ist die Abformung mittels eines Funktionsabdruckes angezeigt; das gleiche gilt, wenn bei stark reduziertem Restgebiss - in der Regel bis zu drei Zähne – eine funktionelle Randgestaltung notwendig ist.

33. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen gehören nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

34. Intraorale Stützstiftregistrierungen zur Feststellung der Zentrallage gehören nur neben der Total-/Cover-Denture-Prothese zur Regelversorgung, auch auf implantatgestützten Totalprothesen im Ober- und Unterkiefer, wenn die Lagebeziehung von Unter- zu Oberkiefer mit einfachen Methoden nicht reproduzierbar ermittelt werden kann.

IV. Kombinationsversorgung

35. Über eine Kombinationsversorgung wird festsitzender mit herausnehmbarem Zahnersatz zu einer funktionalen Einheit unter Verwendung von Verbindungselementen zusammengefügt. Kombinationsversorgungen sind angezeigt, wenn gegenüber anderen Zahnersatzformen eine statische und funktionell günstigere Belastung der Restzähne und eine günstige Retention erreicht werden kann. Die parodontale Ausgangssituation der Restzähne ist kritisch zu bewerten. Im Rahmen der Regelversorgung gehören mit Ausnahme von Cover-Denture-Prothesen nur Teleskop-/Konuskronen auf Eckzähnen und den ersten Prämolaren zu den Verbindungselementen. Bei einem Restzahnbestand von bis zu drei Zähnen ist neben der parodontalen Ausgangssituation der Restzähne auch die Lückentopographie im Hinblick auf die Art der Verankerung und die Abstützung kritisch zu bewerten. Zur

Regelversorgung gehören in diesem Fall sowohl Cover-Denture-Prothesen als auch parodontal abgestützte Prothesen mit einer Modellgussbasis sowie als Verbindungselemente Resilienzteleskopkronen und Wurzelstiftkappen beziehungsweise Teleskop-/ Konuskronen.

V. Versorgung mit Suprakonstruktionen (implantatgestützter Zahnersatz)

36. Suprakonstruktionen gehören in folgenden Ausnahmefällen zur Regelversorgung:

    a) bei zahnbegrenzten Einzelzahnlücken, wenn keine parodontale Behandlungsbedürftigkeit besteht, die Nachbarzähne kariesfrei und nicht überkronungsbedürftig bzw. überkront sind sowie

    b) bei atrophiertem zahnlosen Kiefer

    [Anmerkung: Lt. Gemeinsamer Erklärung der Partner im Bundesausschuss sind mit Inkrafttreten zum 01.01.2006 in den Zahnersatz-Richtlinien Suprakonstruktionen zu beschreiben, die zu einer Verbesserung der Kaufunktion im Vergleich zu anderen Versorgungsformen führen.]

37. Der Anspruch im Rahmen der Regelversorgung ist bei zahnbegrenzten Einzelzahnlücken nach Nummer 36 Buchstabe a auf die Versorgung mit Einzelzahnkronen und bei atrophiertem zahnlosen Kiefer nach Nummer 36 Buchstabe b auf die Versorgung mit Totalprothesen als vertragszahnärztliche Leistungen begrenzt.

38. Sämtliche Leistungen im Zusammenhang mit den Implantaten, wie die Implantate selbst, die Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente gehören nicht zur Regelversorgung bei Suprakonstruktionen.

39. Die Krankenkasse kann die vorgelegte Behandlungsplanung einem Gutachter zur Klärung der Frage zuleiten, ob ein unter Nummer 36 genannter Ausnahmefall vorliegt. Dabei gilt das zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbarte Gutachterverfahren für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen entsprechend. Das Nähere hierzu regeln die Partner der Bundesmantelverträge.

Richtlinie

Gemeinsamer Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Bestimmung der Befunde und der Regelversorgungsleistungen für die Festzuschüsse nach §§ 55, 56 SGB V zu gewähren sind (Festzuschuss-Richtlinie) sowie über die Höhe der auf die Regelversorgungsleistungen entfallenden Beträge nach § 56 Absatz 4 SGB V

(Festzuschuss-Richtlinie)

in der Fassung vom 3. November 2004
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2004 (S. 24 463)
in Kraft getreten am 1. Januar 2005

zuletzt geändert am 4. Dezember 2014
veröffentlicht im BAnz AT 31.12.2014 B6
in Kraft getreten am 1. Januar 2015

Inhalt

Präambel 3

A. Allgemeines 4

B. Befunde und zugeordnete Regelversorgungen (Beträge gültig ab dem 1. Januar 2015) 6

Präambel

Der Gemeinsame Bundesausschuss in der Besetzung für die vertragszahnärztliche Versorgung nach § 91 Absatz 6 SGB V bestimmt auf der Grundlage der Zahnersatz-Richtlinien die Befunde, für die Festzuschüsse nach § 55 SGB V gewährt werden und ordnet diesen nach § 56 Absatz 2 SGB V prothetische Regelversorgungen zu. Die Bestimmung der Befunde ist auf der Grundlage einer international anerkannten Klassifikation des Lückengebisses erfolgt. Dem zahnmedizinischen Befund wird unter Berücksichtigung der Zahnersatz-Richtlinien ein Befund dieser Festzuschuss-Richtlinien zugeordnet.

Die dem jeweiligen Befund zugeordnete zahnprothetische Versorgung orientiert sich an den zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen, die zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen nach dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse für den jeweiligen Befund gehören.

Bei der Zuordnung der Regelversorgung sind auch die Funktionsdauer, die Stabilität und auch die Gegenbezahnung berücksichtigt worden.

In die Festlegung der Regelversorgung sind die Befunderhebung, die Planung, die Vorbereitung des Restgebisses, die Beseitigung von groben Okklusionshindernissen und alle Maßnahmen zur Herstellung und Eingliederung des Zahnersatzes einschließlich der Nachbehandlung sowie die Unterweisung im Gebrauch des Zahnersatzes einbezogen.

Dem Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen ist nach § 56 Absatz 3 SGB V Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben worden. Die Stellungnahme ist in die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses einbezogen worden.

A. Allgemeines

1. Die nach dem zahnmedizinischen Befund zugeordneten Befunde von Teil B dieser Festzuschuss-Richtlinien sind nur ansetzbar, wenn die in den Beschreibungen der nachfolgenden Befunde geregelten Voraussetzungen vorliegen. Dabei sind die Inhalte der Leistungsbeschreibungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen berücksichtigt worden.

   Bei der Feststellung der Befunde wird Zahnersatz einschließlich Suprakonstruktionen natürlichen Zähnen gleichgestellt, soweit der vorhandene Zahnersatz noch funktionstüchtig ist oder die Funktionstüchtigkeit, z.B. durch Erweiterung, wiederhergestellt werden kann.

   Bei Erneuerungen und Erweiterungen von festsitzenden, nach der Versorgung teilweise zahngetragenen Suprakonstruktionen werden bereits vorhandene Suprakonstruktionen ebenfalls natürlichen Zähnen gleichgestellt.

2. Die Festzuschüsse zu den Befunden werden auf Basis der befundbezogenen, im Einzelfall tatsächlich eingliederungsfähigen Regelversorgungen ermittelt und erst dann gewährt, wenn die auslösenden Befunde mit Zahnersatz, Zahnkronen oder Suprakonstruktionen so versorgt sind, dass keine weitere Versorgungsnotwendigkeit besteht. Bei Teilleistungen werden die Festzuschüsse anteilig gewährt.

   Festzuschüsse für Verblendungen werden immer dann gewährt, wenn die Regelversorgung diese vorsieht.

Protokollnotiz:

In begründeten Ausnahmefällen kann die Wiederherstellung einer ausreichenden Funktion des Kauorgans bzw. die Verhinderung einer Beeinträchtigung des Kauorgans auch in medizinisch sinnvollen Therapieschritten erfolgen.

Die Festzuschüsse werden auf der Basis des Gesamtbefundes ermittelt und in diesen Fällen entsprechend dem durchgeführten Therapieschritt gewährt, ohne zu insgesamt höheren Festzuschüssen zu führen, als sie bei einer Behandlung gemäß des Gesamtbefundes entstanden wären. Die Krankenkasse kann den Befund und den geplanten Therapieschritt begutachten lassen.

3. Bei der Versorgung mit Zahnersatz soll eine funktionell ausreichende Gegenbezahnung vorhanden sein oder im Laufe der Behandlung hergestellt werden.

4. Bei Versicherten, die gemäß § 55 Absatz 2 SGB V unzumutbar belastet würden, gewähren die Krankenkassen zusätzlich zu den Festzuschüssen nach § 55 Absatz 1 Satz 2 SGB V einen weiteren Betrag in jeweils gleicher Höhe, angepasst an die Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, höchstens jedoch in Höhe der nach § 57 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 1 SGB V entstandenen Kosten.

Protokollnotiz:

Der Gemeinsame Bundesausschuss geht davon aus, dass Festzuschüsse auch bei „Nicht-Härtefällen“ höchstens in Höhe der nach § 57 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 1 SGB V entstandenen Kosten gewährt werden.

5. Wählen Versicherte, die gemäß § 55 Absatz 2 SGB V unzumutbar belastet würden, einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz gemäß § 55 Absatz 4 oder 5 SGB V, gewähren die Krankenkassen nur den doppelten Festzuschuss.

6. Suprakonstruktionen sind in den in den Zahnersatz-Richtlinien beschriebenen Fällen Gegenstand der Regelversorgung. Bei der Gewährung von Zuschüssen für Suprakonstruktionen bei Erstversorgung mit Implantaten hat der Versicherte Anspruch auf den Festzuschuss zur Versorgung der Befundsituation, die vor dem Setzen der Implantate bestand. Für die Erneuerung und Wiederherstellung von Suprakonstruktionen sind Festzuschüsse ansetzbar, die der Gemeinsame Bundesausschuss auf der Grundlage von entsprechenden Regelleistungen ermittelt hat.

   Eine Gewährung von Festzuschüssen erfolgt auch in den Fällen, in denen Suprakonstruktionen außerhalb der in den Zahnersatz-Richtlinien genannten Fällen gewählt werden.

7. Bei der Erstversorgung, der Erneuerung und der Wiederherstellung von Suprakonstruktionen sind für alle Leistungen im Zusammenhang mit den Implantaten, wie die Implantate selbst, die Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente, keine Festzuschüsse ansetzbar.

8. Die Kosten für Zahnersatz einschließlich Zahnkronen sind gegenüber dem Versicherten für diejenigen Leistungen, die der Regelversorgung entsprechen, nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (BEMA) und auf der Grundlage des bundeseinheitlichen Verzeichnisses der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen (BEL II – 2004) abzurechnen.

   Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Absatz 2 SGB V hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, gilt als Abrechnungsgrundlage für die Mehrkosten die Gebührenordnung für Zahnärzte. Wählen Versicherte eine von der Regelversorgung abweichende andersartige Versorgung nach § 55 Absatz 5 SGB V, gilt als Abrechnungsgrundlage ebenfalls die Gebührenordnung für Zahnärzte.

   Für die Ausnahmefälle gemäß Nummer 36 der Zahnersatz-Richtlinien (zahnbegrenzte Einzelzahnlücke, atrophierter Kiefer) bilden BEMA und BEL II weiterhin die Abrechnungsgrundlage.

9. Begleitleistungen wie Anästhesien, Röntgenaufnahmen, parodontologische und konservierende Leistungen, die bei Versorgungen gemäß § 56 Absatz 2 SGB V (Regelleistungen) erbracht werden, sind als vertragszahnärztliche Leistungen abzurechnen. Dies gilt auch in Fällen, in denen Versicherte eine Versorgung nach § 55 Absatz 4 und Absatz 5 SGB V wählen.

Protokollnotiz:

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 14.07.2004 auf der Grundlage von § 56 Absatz 2 SGB V die Befunde bestimmt, für die Festzuschüsse gewährt werden. Er wird die Auswirkungen der beschlossenen Festzuschüsse, auch im Hinblick auf die Anwendung im Einzelfall überprüfen und ggf. auf der Grundlage von § 56 Absatz 2 Satz 12 SGB V fortentwickeln.

B. Befunde und zugeordnete Regelversorgungen (Beträge gültig ab dem 1. Januar 2015)

Befunde	**Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen**	**Regelversorgung Zahntechnische Leistungen**	**Beträge für**		**Festzuschüsse** in €			
			zahnärztliche Leistungen (§ 57 Abs. 1) in €	**zahntechnische Leistungen** (§ 57 Abs. 2) in €	Ohne Bonus	20 % Bonus	30 % Bonus	doppelter Festzuschuss[1]
1 Erhaltungswürdiger Zahn								
1.1 Erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung der klinischen Krone oder unzureichende Retentionsmöglichkeit, je Zahn	20a Metallische Vollkrone 19 Provisorische Krone 24c Abnahme und Wiedereingliederung eines Provisoriums 7b Planungsmodelle 98a Individuelle Abformung	0010 Modell 0023 Verwendung von Kunststoff 0024 Galvanisieren 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0055 Fräsmodell 0060 Zahnkranz 0070 Zahnkranz sockeln 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0220 Bisswall 0240 Übertragungskappe 0310 Provisorische Krone 0320 Formteil 1021 Vollkrone / Metall 1031 Vorbereiten Krone 1032 Krone einarbeiten 1360 Gefrästes Lager 1500 Metallverbindung nach Brand 9330 Versandkosten Material: NEM Verbrauchsmaterial Praxis	141,95	127,79	134,87	161,84	175,33	269,74
1.2 Erhaltungswürdiger Zahn mit großen Substanzdefekten, aber erhaltener vestibulärer und/ oder oraler Zahnsubstanz, je Zahn	20c Metallische Teilkrone 19 Provisorische Krone 24c Abnahme und Wiedereingliederung eines Provisoriums 7b Planungsmodelle 98a Individuelle Abformung	0010 Modell 0023 Verwendung von Kunststoff 0024 Galvanisieren 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0055 Fräsmodell 0060 Zahnkranz 0070 Zahnkranz sockeln 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel	174,22	128,48	151,35	181,62	196,76	302,70

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen	Beträge für		Festzuschüsse in €			
			zahnärztliche Leistungen (§ 57 Abs. 1) in €	**zahntechnische Leistungen** (§ 57 Abs. 2) in €	Ohne Bonus	20 % Bonus	30 % Bonus	doppelter Festzuschuss[1]
		0213 Basis für Bissregistrierung 0220 Bisswall 0240 Übertragungskappe 0310 Provisorische Krone 0320 Formteil 1022 Teilkrone 1031 Vorbereiten Krone 1032 Krone einarbeiten 1360 Gefrästes Lager 9330 Versandkosten Material: NEM Verbrauchsmaterial Praxis						
1.3 Erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung der klinischen Krone oder unzureichende Retentionsmöglichkeit im Verblendbereich (15-25 und 34-44), je Verblendung für Kronen (auch implantatgestützte)	20b Vestibulär verblendete Verblendkrone abzüglich: 20a Metallische Vollkrone 24c Abnahme und Wiedereingliederung eines Provisoriums	1024 Krone für vestibuläre Verblendung abzüglich: 1021 Vollkrone/ Metall 1500 Metallverbindung nach Brand 1550 Konditionierung 1600 Vestib. Verblendung Kunststoff 1610 Zahnfleisch Kunststoff 1620 Vestibuläre Verblendung Keramik 1630 Zahnfleisch Keramik 1640 Vestib. Verblendung Komposite 1650 Zahnfleisch Komposite 9330 Versandkosten	8,99	88,96	48,98	58,78	63,67	97,96
1.4 Endodontisch behandelter Zahn mit Notwendigkeit eines konfektionierten metallischen Stiftaufbaus mit herkömmlichen Zementierungsverfahren, je Zahn	18a Konfektionierter Stiftaufbau	Material: Stift	41,79	16,53	29,16	34,99	37,91	58,32
1.5 Endodontisch behandelter Zahn mit Notwendigkeit eines gegossenen metallischen Stiftaufbaus mit herkömmlichen Zementierungsverfahren, je Zahn	18b Gegossener Stiftaufbau, zweizeitig 21 Prov. Krone mit Stiftverankerung	0010 Modell 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0060 Zahnkranz 0070 Zahnkranz sockeln 0120 Mittelwertartikulator	81,10	96,60	88,85	106,62	115,51	177,70

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen	Beträge für		Festzuschüsse in €			
			zahnärztliche Leistungen (§ 57 Abs. 1) in €	**zahntechnische Leistungen** (§ 57 Abs. 2) in €	Ohne Bonus	20 % Bonus	30 % Bonus	doppelter Festzuschuss[1]
		1033 Stiftaufbau einarbeiten 1040 Modellation gießen 1050 Stiftaufbau 9330 Versandkosten Material: NEM Verbrauchsmaterial Praxis						
2 Zahnbegrenzte Lücken von höchstens vier fehlenden Zähnen je Kiefer bei ansonsten geschlossener Zahnreihe unter der Voraussetzung, dass keine Freiendsituation vorliegt (Lückensituation I) **Ein fehlender Zahn 7 löst eine Freiendsituation aus. Dies gilt nicht, wenn Zahn 8 vorhanden ist und dieser als möglicher Brückenanker verwendbar ist. Soweit Zahn 7 einseitig oder beidseitig fehlt und hierfür keine Versorgungsnotwendigkeit besteht, liegt keine Freiendsituation vor. Auch nicht versorgungsbedürftige Freiendsituationen werden für die Ermittlung der Anzahl der fehlenden Zähne je Kiefer berücksichtigt.** **Ein fehlender Weisheitszahn ist nicht mitzuzählen.** **Für lückenangrenzende Zähne nach den Befunden von Nummer 2 sind Befunde nach den Nummern 1.1 bis 1.3 nicht ansetzbar. Das gleiche gilt bei einer Versorgung mit Freiendbrücken für den Pfeilerzahn, der an den lückenangrenzen-**								

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen	Beträge für		Festzuschüsse in €			
			zahnärztliche Leistungen (§ 57 Abs. 1) in €	**zahntechnische Leistungen** (§ 57 Abs. 2) in €	Ohne Bonus	20 % Bonus	30 % Bonus	doppelter Festzuschuss[1]
den Pfeilerzahn angrenzt. *Protokollnotiz:* *Die Indikation für die Einbeziehung eines Weisheitszahns als Brückenanker bei Befunden nach den Nummern 2.1 bis 2.3 ist besonders kritisch zu bewerten.* *Für Freiendbrücken gilt:* *Leistungen im Rahmen der Regelversorgung bei Versorgung des nicht direkt lückenangrenzenden Pfeilerzahnes sind nach Bema und BEL II abzurechnen.*								
2.1 Zahnbegrenzte Lücke mit einem fehlenden Zahn, je Lücke **Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Befundes im Oberkiefer für eine Brückenversorgung zum Ersatz von bis zu zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen und für herausnehmbaren Zahnersatz ist bei beidseitigen Freiendsituationen neben dem Festzuschuss nach dem Befund Nummer 2.1 zusätzlich ein Festzuschuss nach dem Befund Nummer 3.1 ansetzbar.** *Protokollnotiz:* *Einspannige Adhäsivbrücken mit Metallgerüst im Frontzahnbereich bei Versicherten, die das 20. Lebensjahr vollendet haben, gelten als gleichartige Versorgung. Die Pfeilerzähne sollen karies- und füllungsfrei sein.*	7b Planungsmodelle 91a Brückenanker (Metallische Vollkrone) 91c Brückenanker (Metallische Teilkrone) 92 Brückenspanne 19 Provisorische Brücke, Brückenanker bzw. Brückenglied/er 95d Abnahme und Wiederbefestigung einer provisorischen Brücke 98a Individuelle Abformung 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen 93 Adhäsivbrücke	0010 Modell 0023 Verwendung von Kunststoff 0024 Galvanisieren 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0060 Zahnkranz 0070 Zahnkranz sockeln 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0220 Bisswall 0240 Übertragungskappe 0310 Provisorische Krone 0320 Formteil 1021 Vollkrone Metall 1022 Teilkrone 1023 Flügel für Adhäsivbrücke 1031 Vorbereiten Krone 1100 Brückenglied 1500 Metallverbindung nach Brand 1550 Konditionierung 9330 Versandkosten Material: NEM Verbrauchsmaterial Praxis	316,93	322,60	319,77	383,72	415,70	639,54

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen	Beträge für		Festzuschüsse in €			
			zahnärztliche Leistungen (§ 57 Abs. 1) in €	**zahntechnische Leistungen** (§ 57 Abs. 2) in €	Ohne Bonus	20 % Bonus	30 % Bonus	doppelter Festzuschuss[1]
2.2 Zahnbegrenzte Lücke mit zwei nebeneinander fehlenden Zähnen, je Lücke **Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Befundes im Oberkiefer für eine Brückenversorgung zum Ersatz von bis zu zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen und für herausnehmbaren Zahnersatz ist bei beidseitigen Freiendsituationen neben dem Festzuschuss nach dem Befund Nummer 2.2 zusätzlich ein Festzuschuss nach dem Befund Nummer 3.1 ansetzbar**.	7b Planungsmodelle 91a Brückenanker (Metallische Vollkrone) 91c Brückenanker (Metallische Teilkrone) 92 Brückenspanne 19 Provisorische Brücke, Brückenanker bzw. Brückenglied/er 95d Abnahme und Wiederbefestigung einer provisorischen Brücke 98a Individuelle Abformung 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen	0010 Modell 0023 Verwendung von Kunststoff 0024 Galvanisieren 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0060 Zahnkranz 0070 Zahnkranz sockeln 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0220 Bisswall 0240 Übertragungskappe 0310 Provisorische Krone 0320 Formteil 1021 Vollkrone Metall 1022 Teilkrone 1031 Vorbereiten Krone 1100 Brückenglied 1500 Metallverbindung nach Brand 9330 Versandkosten Material: NEM Verbrauchsmaterial Praxis	333,74	397,46	365,60	438,72	475,28	731,20
2.3 Zahnbegrenzte Lücke mit drei nebeneinander fehlenden Zähnen, je Kiefer	7b Planungsmodelle 91a Brückenanker (Metallische Vollkrone) 91c Brückenanker (Metallische Teilkrone) 92 Brückenspanne 19 Provisorische Brücke, Brückenanker bzw. Brückenglied/er 95d Abnahme und Wiederbefestigung einer provisorischen Brücke 98a Individuelle Abformung 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen	0010 Modell 0023 Verwendung von Kunststoff 0024 Galvanisieren 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0060 Zahnkranz 0070 Zahnkranz sockeln 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0220 Bisswall 0240 Übertragungskappe 0310 Provisorische Krone 0320 Formteil 1021 Vollkrone Metall 1022 Teilkrone	352,09	472,23	412,16	494,59	535,81	824,32

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen	Beträge für		Festzuschüsse in €			
			zahnärztliche Leistungen (§ 57 Abs. 1) in €	**zahntechnische Leistungen** (§ 57 Abs. 2) in €	Ohne Bonus	20 % Bonus	30 % Bonus	doppelter Festzuschuss[1]
		1031 Vorbereiten Krone 1100 Brückenglied 1500 Metallverbindung nach Brand 9330 Versandkosten Material: NEM Verbrauchsmaterial Praxis						
2.4 Frontzahnlücke mit vier nebeneinander fehlenden Zähnen, je Kiefer	7b Planungsmodelle 91a Brückenanker (Metallische Vollkrone) 91c Brückenanker (Metallische Teilkrone) 92 Brückenspanne 19 Provisorische Brücke, Brückenanker bzw. Brückenglied/er 95d Abnahme und Wiederbefestigung einer provisorischen Brücke 98a Individuelle Abformung 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen	0010 Modell 0023 Verwendung von Kunststoff 0024 Galvanisieren 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0060 Zahnkranz 0070 Zahnkranz sockeln 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0220 Bisswall 0240 Übertragungskappe 0310 Provisorische Krone 0320 Formteil 1021 Vollkrone Metall 1022 Teilkrone 1031 Vorbereiten Krone 1100 Brückenglied 1500 Metallverbindung nach Brand 9330 Versandkosten Material: NEM Verbrauchsmaterial Praxis	372,11	534,65	453,38	544,06	589,39	906,76
2.5 An eine Lücke unmittelbar angrenzende weitere zahnbegrenzte Lücke mit einem fehlenden Zahn	7b Planungsmodelle 91a Brückenanker (Metallische Vollkrone) 91c Brückenanker (Metallische Teilkrone) 92 Brückenspanne 19 Provisorische Brücke, Brückenanker bzw. Brückenglied/er	0010 Modell 0023 Verwendung von Kunststoff 0024 Galvanisieren 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0060 Zahnkranz 0070 Zahnkranz sockeln 0120 Mittelwertartikulator	188,36	168,79	178,58	214,30	232,15	357,16

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen	Beträge für		Festzuschüsse in €			
			zahnärztliche Leistungen (§ 57 Abs. 1) in €	**zahntechnische Leistungen** (§ 57 Abs. 2) in €	Ohne Bonus	20 % Bonus	30 % Bonus	doppelter Festzuschuss[1]
	95d Abnahme und Wiederbefestigung einer provisorischen Brücke 98a Individuelle Abformung	0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0220 Bisswall 0240 Übertragungskappe 0310 Provisorische Krone 0320 Formteil 1021 Vollkrone Metall 1022 Teilkrone 1031 Vorbereiten Krone 1100 Brückenglied 1500 Metallverbindung nach Brand 9330 Versandkosten Material: NEM Verbrauchsmaterial Praxis						
2.6 Disparallele Pfeilerzähne zur festsitzenden Zahnersatzversorgung, Zuschlag je Lücke	7b Planungsmodelle 19 Provisorische Brücke, Brückenanker 91e Geschiebe bei geteilten Brücken 95d Abnahme und Wiederbefestigung der provisorischen Brücke 98a Individuelle Abformung	0010 Modell 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0055 Fräsmodell 0060 Zahnkranz 0070 Zahnkranz sockeln 0211 Individueller Löffel 1331 Individuelles Geschiebe 1341 Konfektions-Geschiebe Material: NEM Verbrauchsmaterial Praxis Konfektioniertes Geschiebe	49,00	224,44	136,72	164,06	177,74	273,44
2.7 Fehlender Zahn in einer zahnbegrenzten Lücke im Verblendbereich (15-25 und 34-44), je Verblendung für einen ersetzten Zahn, auch für einen der Lücke angrenzenden Brückenanker im Verblendbereich	91b Brückenanker (Vestibulär verblendete Verblendkrone) abzüglich: 91a Brückenanker (Metallische Vollkrone) 95d Abnahme und Wiederbefestigung der provisorischen Brücke	1024 Krone für vestibuläre Verblendung abzüglich: 1021 Vollkrone/ Metall 1500 Metallverbindung nach Brand 1550 Konditionierung 1600 Vestibuläre Verblendung Kunststoff 1610 Zahnfleisch Kunststoff 1620 Vestibuläre Verblendung Keramik 1630 Zahnfleisch Keramik	5,91	89,57	47,74	57,29	62,06	95,48

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen	Beträge für		Festzuschüsse in €			
			zahnärztliche Leistungen (§ 57 Abs. 1) in €	**zahntechnische Leistungen** (§ 57 Abs. 2) in €	Ohne Bonus	20 % Bonus	30 % Bonus	doppelter Festzuschuss[1]
		1640 Vestibuläre Verblendung Komposite 1650 Zahnfleisch Komposite 9330 Versandkosten						
3 Zahnbegrenzte Lücken, die nicht den Befunden nach den Nummern 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen								
3.1 Alle zahnbegrenzten Lücken, die nicht den Befunden nach Nummern 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen, oder Freiendsituationen (Lückensituation II), je Kiefer **Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Befundes im Oberkiefer für eine Brückenversorgung zum Ersatz von bis zu zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen und für herausnehmbaren Zahnersatz ist bei beidseitigen Freiendsituationen neben dem Festzuschuss nach dem Befund Nummer 3.1 zusätzlich ein Festzuschuss nach den Befunden der Nummern 2.1 oder 2.2 ansetzbar.**	7b Planungsmodelle 96a Partielle Prothese 96b Partielle Prothese 96c Partielle Prothese 98a Individuelle Abformung 98b Funktionsabdruck OK 98c Funktionsabdruck UK 98g Metallbasis 98h/1 gegossene Halte- und Stützvorrichtung 98h/2 gegossene Halte- und Stützvorrichtungen 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen	0010 Modell 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0212 Funktionslöffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0220 Bisswall 1370 Schubverteilungsarm 1550 Konditionierung 1600 Vest. Verblendung Kunststoff 1610 Zahnfleisch Kunststoff 1640 Vest. Verblendung Komposite 1650 Zahnfleisch Komposite 2010 Metallbasis 2021 Einarmige gegossene Haltevorrichtung 2025 Kralle 2026 Ney-Stiel 2027 Auflage 2028 Umgehungsbügel 2031 Zweiarmige gegossene Haltevorrichtung 2041 Zweiarmige gegossene Halte- und Stützvorrichtung / Auflage 2050 Bonwill-Klammer 2081 Rückenschutzplatte 2082 Metallzahn 2083 Metallkaufläche 2110 Abschlussrand 3010 Aufstellung Grundeinheit 3020 Aufstellung Wachs je Zahn 3030 Aufstellung Metall je Zahn 3410 Übertragung je Zahn 3610 Fertigstellung Grundeinheit	175,32	469,31	322,32	386,78	419,02	644,64

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen	Beträge für		Festzuschüsse in €			
			zahnärztliche Leistungen (§ 57 Abs. 1) in €	**zahntechnische Leistungen** (§ 57 Abs. 2) in €	Ohne Bonus	20 % Bonus	30 % Bonus	doppelter Festzuschuss[1]
		3620 Fertigstellung je Zahn 3800 Einfache gebogene Halte-/ Stützvorrichtung 3805 Einfache gebogene Halte-/ Stützvorrichtung – gebogene Auflage 3810 Sonstige gebogene Halte- und/oder Stützvorrichtung 3821 Weichkunststoff 3822 Sonderkunststoff 3830 Zahn zahnfarben hergestellt 3840 Zahn zahnfarben hinterlegen 9330 Versandkosten Material: Zähne Verbrauchsmaterial Praxis						
3.2 **a) Beidseitig bis zu den Eckzähnen oder bis zu den ersten Prämolaren verkürzte Zahnreihe** **b) einseitig bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren verkürzte Zahnreihe und kontralateral im Seitenzahngebiet bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren unterbrochene Zahnreihe mit mindestens zwei nebeneinander fehlenden Zähnen** **c) beidseitig im Seitenzahngebiet bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren unterbrochene Zahnreihe mit jeweils mindestens zwei nebeneinander der fehlenden Zähnen** **mit der Notwendigkeit einer dentalen Verankerung wenn die Regelversorgung eine Kombinationsversorgung vorsieht, auch für frontal unterbrochene Zahnreihe, je Eck-**	19 Provisorische Krone 91d Teleskopkrone 24c Abnahme und Wiedereingliederung eines Provisoriums 98a Individuelle Abformung	0024 Galvanisieren 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0055 Fräsmodell 0060 Zahnkranz 0070 Zahnkranz sockeln 0120 Mittelwertartikulator 0211 Individueller Löffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0220 Bisswall 0240 Übertragungskappe 0310 Provisorische Krone 1200 Teleskopkrone 2100 Lösungsknopf 9330 Versandkosten abzüglich: 2041 Zweiarmige Klammer/ Auflage Material: NEM Verbrauchsmaterial Praxis	191,12	282,09	236,61	283,93	307,59	473,22

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen	Beträge für		Festzuschüsse in €			
			zahnärztliche Leistungen (§ 57 Abs. 1) in €	**zahntechnische Leistungen** (§ 57 Abs. 2) in €	Ohne Bonus	20 % Bonus	30 % Bonus	doppelter Festzuschuss[1]
zahn oder erstem Prämolar. Der Befund ist zweimal je Kiefer ansetzbar.								
4 Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen oder zahnloser Kiefer								
4.1 Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen im Oberkiefer	7b Planungsmodelle 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen 96c Partielle Prothese 97a Totalprothese OK 98a Individuelle Abformung 98b Funktionsabdruck OK 98g Metallbasis 98h/1 gegossene Halte- und Stützvorrichtung 98h/2 gegossene Halte- und Stützvorrichtungen	0010 Modell 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0212 Funktionslöffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0215 Basis für Aufstellung 0220 Bisswall 1370 Schubverteilungsarm 1550 Konditionierung 1600 Vestibuläre Verblendung Kunststoff 1610 Zahnfleisch Kunststoff 1640 Vestibuläre Verblendung Komposite 1650 Zahnfleisch Komposite 2010 Metallbasis 2021 Einarmige gegossene Haltevorrichtung 2025 Kralle 2026 Ney-Stiel 2027 Auflage 2028 Umgehungsbügel 2031 Zweiarmige gegossene Haltevorrichtung 2041 Zweiarmige gegossene Halte- und Stützvorrichtung / Auflage 2050 Bonwillklammer 2081 Rückenschutzplatte 2082 Metallzahn 2083 Metallkaufläche 2110 Abschlußrand 2120 Zuschlag einzelne Klammer 3010 Aufstellung Grundeinheit 3020 Aufstellung Wachs je Zahn 3030 Aufstellung auf Metall je Zahn 3410 Übertragung je Zahn 3610 Fertigstellung Grundeinheit	212,99	422,64	317,82	381,38	413,17	635,64

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen	Beträge für		Festzuschüsse in €			
			zahnärztliche Leistungen (§ 57 Abs. 1) in €	**zahntechnische Leistungen** (§ 57 Abs. 2) in €	Ohne Bonus	20 % Bonus	30 % Bonus	doppelter Festzu-schuss[1]
		3620 Fertigstellung je Zahn 3800 Einfache gebogene Halte-/ Stützvorrichtung 3805 Einfache gebogene Halte-/ Stützvorrichtung – gebogene Auflage 3810 Sonstige gebogene Halte- und /oder Stützvorrichtung 3821 Weichkunststoff 3822 Sonderkunststoff 3830 Zahn zahnfarben hergestellt 3840 Zahn zahnfarben hinterlegen 8060 Gegossenes Basisteil 9330 Versandkosten Material: Zähne Verbrauchsmaterial Praxis						
4.2 Zahnloser Oberkiefer	7b Planungsmodelle 97a Totalprothese OK 98a Individuelle Abformung 98b Funktionsabdruck OK 89 Beseitigung grober Artikula-tionsstörungen	0010 Modell 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0212 Funktionslöffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0215 Basis für Aufstellung 0220 Bisswall 3010 Aufstellung Grundeinheit 3020 Aufstellung Wachs je Zahn 3610 Fertigstellung Grundeinheit 3620 Fertigstellung je Zahn 3821 Weichkunststoff 3822 Sonderkunststoff 9330 Versandkosten Material: Zähne Verbrauchsmaterial Praxis	261,95	331,19	296,57	355,88	385,54	593,14
4.3 Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen im Unterkiefer	7b Planungsmodelle 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen 96c Partielle Prothese 97b Totalprothese UK 98a Individuelle Abformung 98c Funktionsabdruck UK 98g Metallbasis	0010 Modell 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0212 Funktionslöffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0215 Basis für Aufstellung 0220 Bisswall	226,16	412,60	319,38	383,26	415,19	638,76

Befunde	**Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen**	**Regelversorgung Zahntechnische Leistungen**	**Beträge für**		**Festzuschüsse** in €			
			zahnärztliche Leistungen (§ 57 Abs. 1) in €	**zahntechnische Leistungen** (§ 57 Abs. 2) in €	Ohne Bonus	20 % Bonus	30 % Bonus	doppelter Festzu-schuss[1]
	98h/1 gegossene Halte- und Stütz-vorrichtung 98h/2 gegossene Halte- und Stütz-vorrichtungen	1370 Schubverteilungsarm 1550 Konditionierung 1600 Vestibuläre Verblendung Kunststoff 1610 Zahnfleisch Kunststoff 1640 Vestibuläre Verblendung Komposite 1650 Zahnfleisch Komposite 2010 Metallbasis 2021 Einarmige gegossene Halte-vorrichtung 2025 Kralle 2026 Ney-Stiel 2027 Auflage 2028 Umgehungsbügel 2031 Zweiarmige gegossene Haltevorrichtung 2041 Zweiarmige gegossene Halte- und Stützvorrichtung / Auflage 2050 Bonwillklammer 2081 Rückenschutzplatte 2082 Metallzahn 2083 Metallkaufläche 2110 Abschlußrand 2120 Zuschlag einzelne Klammer 3010 Aufstellung Grundeinheit 3020 Aufstellung Wachs je Zahn 3030 Aufstellung auf Metall je Zahn 3410 Übertragung je Zahn 3610 Fertigstellung Grundeinheit 3620 Fertigstellung je Zahn 3800 Einfache gebogene Halte-/ Stützvorrichtung 3805 Einfache gebogene Halte-/ Stützvorrichtung – gebogene Auflage 3810 Sonstige gebogene Halte- und /oder Stützvorrichtung 3821 Weichkunststoff 3822 Sonderkunststoff 3830 Zahn zahnfarben hergestellt 3840 Zahn zahnfarben hinterlegen 8060 Gegossenes Basisteil 9330 Versandkosten						

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen	Beträge für		Festzuschüsse in €			
			zahnärztliche Leistungen (§ 57 Abs. 1) in €	**zahntechnische Leistungen** (§ 57 Abs. 2) in €	Ohne Bonus	20 % Bonus	30 % Bonus	doppelter Festzuschuss[1]
		Material: Zähne Verbrauchsmaterial Praxis						
4.4 Zahnloser Unterkiefer	7b Planungsmodelle 97b Totalprothese UK 98a Individuelle Abformung 98c Funktionsabdruck UK 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen	0010 Modell 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0212 Funktionslöffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0215 Basis für Aufstellung 0220 Bisswall 3010 Aufstellung Grundeinheit 3020 Aufstellung Wachs je Zahn 3610 Fertigstellung Grundeinheit 3620 Fertigstellung je Zahn 3821 Weichkunststoff 3822 Sonderkunststoff 9330 Versandkosten Material: Zähne Verbrauchsmaterial Praxis	308,19	325,35	316,77	380,12	411,80	633,54
4.5 Notwendigkeit einer Metallbasis, Zuschlag je Kiefer *Protokollnotiz:* *Gemäß Nummer 30 der Zahnersatz-Richtlinien geht bei totalen Prothesen in der Regel eine Metallbasis über das Gebot der Wirtschaftlichkeit hinaus und unterliegt der Leistungspflicht der Krankenkassen nur in begründeten Ausnahmefällen (z.B. Torus palatinus und Exostosen).*	98e Metallbasis	1550 Konditionieren 1600 Vestibuläre Verblendung Kunststoff 1640 Vestibuläre Komposite-verblendung 2010 Metallbasis 2081 Rückenschutzplatte 2082 Metallzahn 2083 Metallkaufläche 2110 Abschlussrand 3030 Aufstellung Metall je Zahn abzüglich: 3020 Aufstellung Wachs je Zahn 3410 Übertragung je Zahn	13,37	145,59	79,48	95,38	103,32	158,96
4.6 Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen je Kiefer mit der Notwendigkeit einer dentalen Verankerung, wenn die Regelversorgung eine Kombinationsversorgung vorsieht, je Ankerzahn *Protokollnotiz:*	19 Provisorische Krone 91d Teleskopkrone 24c Abnahme und Wiedereingliederung eines Provisoriums 98a Individuelle Abformung	0024 Galvanisieren 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0055 Fräsmodell 0060 Zahnkranz 0070 Zahnkranz sockeln 0120 Mittelwertartikulator	191,12	309,35	250,24	300,29	325,31	500,48

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen	Beträge für		Festzuschüsse in €			
			zahnärztliche Leistungen (§ 57 Abs. 1) in €	**zahntechnische Leistungen** (§ 57 Abs. 2) in €	Ohne Bonus	20 % Bonus	30 % Bonus	doppelter Festzuschuss[1]
Werden andere Verbindungselemente als Teleskopkronen für eine dentale Verankerung verwendet, ist die Indikation besonders sorgfältig zu stellen.		0211 Individueller Löffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0220 Bisswall 0240 Übertragungskappe 0310 Provisorische Krone 1200 Teleskopkrone 9330 Versandkosten Material: NEM Verbrauchsmaterial Praxis						
4.7 Verblendung einer Teleskopkrone im Verblendbereich (15-25 und 34-44), Zuschlag je Ankerzahn		1550 Konditionieren 1600 Vestibuläre Verblendung Kunststoff 1610 Zahnfleisch Kunststoff 1640 Vestibuläre Kompositeverblendung 1650 Zahnfleisch Komposite	0,00	62,25	31,13	37,36	40,47	62,26
4.8 Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen je Kiefer bei Notwendigkeit einer dentalen Verankerung durch Wurzelstiftkappen, je Ankerzahn	19 Provisorische Krone 21 Provisorische Krone mit Stift 90 Wurzelstiftkappe 24c Abnahme und Wiedereingliederung eines Provisoriums 98a Individuelle Abformung	0023 Verwendung von Kunststoff 0024 Galvanisieren 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0055 Fräsmodell 0060 Zahnkranz 0070 Zahnkranz sockeln 0120 Mittelwertartikulator 0211 Individueller Löffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0220 Bisswall 0310 Provisorische Krone 1013 Wurzelstiftkappe 1343 Konfektionsanker 9330 Versandkosten Material: NEM Konfektionsanker Verbrauchsmaterial Praxis	165,75	282,73	224,24	269,09	291,51	448,48
4.9 Schwierig zu bestimmende Lagebeziehung der Kiefer bei der Versorgung mit Totalprothesen und schleimhautgetragenen Deckprothesen (Notwendigkeit einer Stützstiftre-	98d Intraorale Stützstiftregistrierung	0112 Fixator 0201 Basis für Vorbissnahme 0214 Basis für Stützstiftregistrierung 0220 Bisswall 0230 Registrierplatte und -stift	19,22	93,05	56,14	67,37	72,98	112,28

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen	Beträge für		Festzuschüsse in €			
			zahnärztliche Leistungen (§ 57 Abs. 1) in €	**zahntechnische Leistungen** (§ 57 Abs. 2) in €	Ohne Bonus	20 % Bonus	30 % Bonus	doppelter Festzuschuss[1]
gistrierung), Zuschlag je Gesamtbefund		auf Basen 9330 Versandkosten Material: Materialkosten Registrierplatte						
5 Lückengebiss nach Zahnverlust in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist *Protokollnotiz:* *Die Zahl der fehlenden Zähne ist ausschlaggebend für den Befund nach den Nummern 5.1 bis 5.3, in dem zu versorgenden Gebiet. Befund Nummer 5.4 ist nur ansetzbar bei zahnlosem Kiefer*								
5.1 Lückengebiss nach Verlust von bis zu 4 Zähnen je Kiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer	7b Planungsmodelle 96a Partielle Prothese 98a Individuelle Abformung 98f Halte- und Stützvorrichtungen 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen	0010 Modell 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0215 Basis für Aufstellung 0220 Bisswall 2021 Einarmige gegossene Haltevorrichtung 2025 Kralle 2026 Ney-Stiel 2027 Auflage 2028 Umgehungsbügel 2031 Zweiarmige gegossene Haltevorrichtung 2041 Zweiarmige gegossene Halte- und Stützvorrichtung/ Auflage 2050 Bonwill-Klammer 2120 Zuschlag einzelne Klammer 3010 Aufstellung Grundeinheit 3020 Aufstellen der Zähne 3610 Fertigstellung Grundeinheit 3620 Fertigstellung je Zahn 3800 Einfache gebogene Halte- / Stützvorrichtung 3805 Einfache gebogene Halte-/ Stützvorrichtung – gebogene Auflage	51,49	148,11	99,80	119,76	129,74	199,60

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen	Beträge für		Festzuschüsse in €			
			zahnärztliche Leistungen (§ 57 Abs. 1) in €	**zahntechnische Leistungen** (§ 57 Abs. 2) in €	Ohne Bonus	20 % Bonus	30 % Bonus	doppelter Festzuschuss[1]
		3810 Sonstige gebogene Halte- und /oder Stützvorrichtung 9330 Versandkosten Material: Zähne Verbrauchsmaterial Praxis						
5.2 Lückengebiss nach Zahnverlust von 5 bis 8 Zähnen je Kiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer	7b Planungsmodelle 96b Partielle Prothese 98a Individuelle Abformung 98f Halte- und Stützvorrichtungen 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen	0010 Modell 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0215 Basis für Aufstellung 0220 Bisswall 2021 Einarmige gegossene Haltevorrichtung 2025 Kralle 2026 Ney-Stiel 2027 Auflage 2028 Umgehungsbügel 2031 Zweiarmige gegossene Haltevorrichtung 2041 Zweiarmige gegossene Halte- und Stützvorrichtung / Auflage 2050 Bonwill-Klammer 2120 Zuschlag einzelne Klammer 3010 Aufstellung Grundeinheit 3020 Aufstellen der Zähne 3610 Fertigstellung Grundeinheit 3620 Fertigstellung je Zahn 3800 Einfache gebogene Halte- / Stützvorrichtung 3805 Einfache gebogene Halte-/ Stützvorrichtung – gebogene Auflage 3810 Sonstige gebogene Halte- und /oder Stützvorrichtung 9330 Versandkosten Material: Zähne Verbrauchsmaterial Praxis	75,69	199,16	137,43	164,92	178,66	274,86
5.3 Lückengebiss nach Verlust von über 8 Zähnen je Kiefer in	7b Planungsmodelle 96c Partielle Prothese	0010 Modell 0120 Mittelwertartikulator	108,82	250,91	179,87	215,84	233,83	359,74

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen	Beträge für		Festzuschüsse in €			
			zahnärztliche Leistungen (§ 57 Abs. 1) in €	**zahntechnische Leistungen** (§ 57 Abs. 2) in €	Ohne Bonus	20 % Bonus	30 % Bonus	doppelter Festzuschuss[1]
Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer	98a Individuelle Abformung 98b Funktionsabdruck OK 98c Funktionsabdruck UK 98f Halte- und Stützvorrichtungen 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen	0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0212 Funktionslöffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0215 Basis für Aufstellung 0220 Bisswall 2021 Einarmige gegossene Haltevorrichtung 2025 Kralle 2026 Ney-Stiel 2027 Auflage 2028 Umgehungsbügel 2031 Zweiarmige gegossene Haltevorrichtung 2041 Zweiarmige gegossene Halte- und Stützvorrichtung / Auflage 2050 Bonwill-Klammer 2120 Zuschlag einzelne Klammer 3010 Aufstellung Grundeinheit 3020 Aufstellen der Zähne 3610 Fertigstellung Grundeinheit 3620 Fertigstellung je Zahn 3800 Einfache gebogene Halte- / Stützvorrichtung 3805 Einfache gebogene Halte-/ Stützvorrichtung – gebogene Auflage 3810 Sonstige gebogene Halte- und /oder Stützvorrichtung 9330 Versandkosten Material: Zähne Verbrauchsmaterial Praxis						
5.4 Zahnloser Ober- oder Unterkiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer	97a Totalprothese OK 97b Totalprothese UK 98a Individuelle Abformung 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen	0010 Modell 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0212 Funktionslöffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0215 Basis für Aufstellung 0220 Bisswall 3010 Aufstellung Grundeinheit 3020 Aufstellung Wachs je Zahn 3610 Fertigstellung Grundeinheit	228,43	293,19	260,81	312,97	339,05	521,62

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen	Beträge für		Festzuschüsse in €			
			zahnärztliche Leistungen (§ 57 Abs. 1) in €	**zahntechnische Leistungen** (§ 57 Abs. 2) in €	Ohne Bonus	20 % Bonus	30 % Bonus	doppelter Festzuschuss[1]
		3620 Fertigstellung je Zahn 9330 Versandkosten Material: Zähne Verbrauchsmaterial Praxis						
6 Wiederherstellungs- und erweiterungsbedürftiger konventioneller Zahnersatz *Protokollnotiz:* *Für die Einstufung einer Wiederherstellung als Regel-, gleich- oder andersartige Versorgung ist nicht die Art der wiederherzustellenden Versorgung maßgeblich. Liegen die Voraussetzungen einer Befundbeschreibung nach den Nummern 6.0-6.10 vor und ist die jeweilige Wiederherstellungsmaßnahme als Regelversorgung abgebildet, handelt es sich um eine Wiederherstellung innerhalb der Regelversorgung.*								
6.0 Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer/ Kombinationsversorgung ohne Notwendigkeit der Abformung und ohne Notwendigkeit zahntechnischer Leistungen, auch Auffüllen von Sekundärteleskopen im direkten Verfahren, je Prothese	89 Beseitigung von Artikulationsstörungen 100a Wiederherstellung ohne Abformung	Material: Verbrauchsmaterial Praxis	25,07	1,62	13,35	16,02	17,36	26,70
6.1 Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer/ Kombinationsversorgung ohne Notwendigkeit der Abformung, je Prothese	89 Beseitigung von Artikulationsstörungen 100a Wiederherstellung ohne Abformung	0010 Modell 3830 Zahn zahnfarben hergestellt 3840 Zahn zahnfarben hinterlegen 8010 Grundeinheit 8021 LE Sprung 8022 LE Bruch 8023 LE Einarbeiten Zahn 8024 LE Basisteil Kunststoff 8130 Auswechseln Konfektionsteil	25,10	37,48	31,29	37,55	40,68	62,58

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen	Beträge für		Festzuschüsse in €			
			zahnärztliche Leistungen (§ 57 Abs. 1) in €	**zahntechnische Leistungen** (§ 57 Abs. 2) in €	Ohne Bonus	20 % Bonus	30 % Bonus	doppelter Festzuschuss[1]
		9330 Versandkosten Material: Zähne Verbrauchsmaterial Praxis						
6.2 Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer/ Kombinationsversorgung mit Notwendigkeit der Abformung (Maßnahmen im Kunststoffbereich), auch Wiederbefestigung von Sekundärteleskopen oder anderer Verbindungselemente an dieser Versorgung, je Prothese	89 Beseitigung von Artikulationsstörungen 98f Halte- und Stützvorrichtungen 100b Wiederherstellung mit Abformung	0010 Modell 0053 Modell nach Überabdruck 0112 Fixator 0120 Mittelwertartikulator 0220 Bisswall 1347 Primär-/Sek.-Teil Konf.-Anker 1349 Sekundärteil wiederbefestigen 3800 Einfache gebogene Halte-/Stützvorrichtung 3805 Einfache gebogene Halte-/Stützvorrichtung – gebogene Auflage 3810 Sonstige gebogene Halte- und /oder Stützvorrichtung 3830 Zahn zahnfarben hergestellt 3840 Zahn zahnfarben hinterlegen 8010 Grundeinheit 8021 LE Sprung 8022 LE Bruch 8023 LE Einarbeiten Zahn 8024 LE Basisteil Kunststoff 8025 LE Klammer einarbeiten 8030 Retention, gebogen 8130 Auswechseln Konfektionsteil 9330 Versandkosten Material: Zähne Verbrauchsmaterial Praxis	42,09	59,53	50,81	60,97	66,05	101,62
6.3 Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer/ Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im gegossenen Metallbereich, auch Wiederbefestigung von Sekundärteleskopen oder	89 Beseitigung von Artikulationsstörungen 98f Halte- und Stützvorrichtungen 98h/1 gegossene Halte- und Stützvorrichtung 98h/2 gegossene Halte- und Stützvorrichtungen 100b Wiederherstellung mit Ab-	0010 Modell 0023 Verwendung von Kunststoff 0053 Modell nach Überabdruck 0112 Fixator 0120 Mittelwertartikulator 1347 Primär-/Sek.-Teil Konf.-Anker 1349 Sekundärteil wiederbefestigen	45,27	102,41	73,84	88,61	95,99	147,68

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen	Beträge für		Festzuschüsse in €			
			zahnärztliche Leistungen (§ 57 Abs. 1) in €	**zahntechnische Leistungen** (§ 57 Abs. 2) in €	Ohne Bonus	20 % Bonus	30 % Bonus	doppelter Festzuschuss[1]
anderer Verbindungselemente an dieser Versorgung, je Prothese	formung	1370 Schubverteilungsarm 1550 Konditionierung 1600 Vestibuläre Verblendung Kunststoff 1610 Zahnfleisch Kunststoff 1640 Vestibuläre Verblendung Komposite 1650 Zahnfleisch Komposite 2021 Einarmige gegossene Haltevorrichtung 2025 Kralle 2026 Ney-Stiel 2027 Auflage 2028 Umgehungsbügel 2031 Zweiarmige gegossene Haltevorrichtung 2041 Zweiarmige gegossene Halte- und Stützvorrichtung / Auflage 2050 Bonwillklammer 2081 Rückenschutzplatte 2082 Metallzahn 2083 Metallkaufläche 2120 Zuschlag einzelne Klammer 3800 Einfache gebogene Halte-/ Stützvorrichtung 3805 Einfache gebogene Halte-/ Stützvorrichtung – gebogene Auflage 3810 Sonstige gebogene Halte- und /oder Stützvorrichtung 3830 Zahn zahnfarben hergestellt 3840 Zahn zahnfarben hinterlegen 8010 Grundeinheit 8021 LE Sprung 8022 LE Bruch 8023 LE Einarbeiten Zahn 8024 LE Basisteil Kunststoff 8025 LE Klammer einarbeiten 8026 LE Rückenschutzplatte 8027 LE Kunststoffsattel 8030 Retention, gebogen 8040 Retention, gegossen 8060 gegossenes Basisteil 8070 Metallverbindung 8130 Auswechseln Konfektionsteil						

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen	Beträge für		Festzuschüsse in €			
			zahnärztliche Leistungen (§ 57 Abs. 1) in €	**zahntechnische Leistungen** (§ 57 Abs. 2) in €	Ohne Bonus	20 % Bonus	30 % Bonus	doppelter Festzuschuss[1]
		9330 Versandkosten Material: Lotmaterial Zähne Verbrauchsmaterial Praxis						
6.4 Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer/ Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im Kunststoffbereich, je Prothese bei Erweiterung um einen Zahn	100b Wiederherstellung mit Abformung 98f Halte- und Stützvorrichtungen 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen	0010 Modell 0053 Modell nach Überabdruck 0112 Fixator 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0213 Basis für Bissregistrierung 0220 Bisswall 1349 Wiederbefestigung Sekundärteil 3800 Einfache gebogene Halte-/ Stützvorrichtung 3805 Einfache gebogene Halte-/ Stützvorrichtung – gebogene Auflage 3810 Sonstige gebogene Halte- und /oder Stützvorrichtung 3830 Zahn zahnfarben hergestellt 3840 Zahn zahnfarben hinterlegen 8010 Grundeinheit 8021 LE Sprung 8022 LE Bruch 8023 LE Einarbeiten Zahn 8024 LE Basisteil Kunststoff einarbeiten 8025 LE Klammer 8030 Gebogene Retention 8130 Auswechseln Konfektionsteil 9330 Versandkosten Material: Zähne Verbrauchsmaterial Praxis	43,14	57,97	50,56	60,67	65,73	101,12
6.4.1 Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer/ Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im Kunststoffbe-		0010 Modell 0053 Modell nach Überabdruck 0112 Fixator 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0213 Basis für Bissregistrierung 0220 Bisswall	0,00	15,98	7,99	9,59	10,39	15,98

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen	Beträge für		Festzuschüsse in €			
			zahnärztliche Leistungen (§ 57 Abs. 1) in €	**zahntechnische Leistungen** (§ 57 Abs. 2) in €	Ohne Bonus	20 % Bonus	30 % Bonus	doppelter Festzuschuss[1]
reich, je Prothese bei Erweiterung um jeden weiteren Zahn		1349 Wiederbefestigung Sekundärteil 3800 Einfache gebogene Halte-/ Stützvorrichtung 3805 Einfache gebogene Halte-/ Stützvorrichtung – gebogene Auflage 3810 Sonstige gebogene Halte- und /oder Stützvorrichtung 3830 Zahn zahnfarben hergestellt 3840 Zahn zahnfarben hinterlegen 8010 Grundeinheit Instandsetzung 8021 LE Sprung 8022 LE Bruch 8023 LE Einarbeiten Zahn 8024 LE Basisteil Kunststoff 8025 LE Halte-/Stützvorrichtung einarbeiten 8030 Retention, gebogen 8130 Auswechseln Konfektionsteil 9330 Versandkosten Zähne Verbrauchsmaterial Praxis						
6.5 Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer/ Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im gegossenen Metallbereich, je Prothese bei Erweiterung um einen Zahn	100b Wiederherstellung mit Abformung 98f Halte- und Stützvorrichtungen 98h/1 gegossene Halte- und Stützvorrichtung 98h/2 gegossene Halte- und Stützvorrichtungen 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen	0010 Modell 0053 Modell nach Überabdruck 0112 Fixator 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0213 Basis für Bissregistrierung 0220 Bisswall 1349 Wiederbefestigung Sekundärteil 1550 Konditionierung 1600 Vestibuläre Verblendung Kunststoff 1610 Zahnfleisch Kunststoff 1640 Vestibuläre Verblendung Komposite 1650 Zahnfleisch Komposite 2021 Einarmige gegossene Haltevorrichtung 2025 Kralle 2026 Ney-Stiel 2027 Auflage 2028 Umgehungsbügel	45,03	109,52	77,28	92,74	100,46	154,56

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen	Beträge für		Festzuschüsse in €			
			zahnärztliche Leistungen (§ 57 Abs. 1) in €	**zahntechnische Leistungen** (§ 57 Abs. 2) in €	Ohne Bonus	20 % Bonus	30 % Bonus	doppelter Festzuschuss[1]
		2031 Zweiarmige gegossene Haltevorrichtung 2041 Zweiarmige gegossene Halte- und Stützvorrichtung/ Auflage 2050 Bonwillklammer 2081 Rückenschutzplatte 2082 Metallzahn 2083 Metallkaufläche 2110 Abschlussrand 2120 Zuschlag einzelne Klammer 3830 Zahn zahnfarben hergestellt 3840 Zahn zahnfarben hinterlegen 8010 Grundeinheit 8021 LE Sprung 8022 LE Bruch 8023 LE Einarbeiten Zahn 8024 LE Basisteil Kunststoff 8025 LE Klammer einarbeiten 8026 LE Rückenschutzplatte 8027 LE Kunststoffsattel 8030 Gebogene Retention 8040 Gegossene Retention 8060 Gegossenes Basisteil 8070 Metallverbindung 8130 Auswechseln Konfektionsteil 9330 Versandkosten Material: Lotmaterial Zähne Verbrauchsmaterial Praxis						
6.5.1 Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer/ Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im gegossenen Metallbereich, je Prothese bei Erweiterung um jeden weiteren Zahn		0010 Modell 0053 Modell nach Überabdruck 0112 Fixator 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0213 Basis für Bissregistrierung 0220 Bisswall 1349 Wiederbefestigung Sekundär-Teil 1550 Konditionierung 1600 Vestibuläre Verblendung Kunststoff 1610 Zahnfleisch Kunststoff 1640 Vestibuläre Verblendung	0,00	26,80	13,40	16,08	17,42	26,80

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen	Beträge für		Festzuschüsse in €			
			zahnärztliche Leistungen (§ 57 Abs. 1) in €	**zahntechnische Leistungen** (§ 57 Abs. 2) in €	Ohne Bonus	20 % Bonus	30 % Bonus	doppelter Festzuschuss[1]
		Komposite 1650 Zahnfleisch Komposite 2021 Einarmige gegossene Haltevorrichtung 2025 Kralle 2026 Ney-Stiel 2027 Auflage 2028 Umgehungsbügel 2031 Zweiarmige gegossene Haltevorrichtung 2041 Zweiarmige gegossene Halte- und Stützvorrichtung / Auflage 2050 Bonwillklammer 2081 Rückenschutzplatte 2082 Metallzahn 2083 Metallkaufläche 2110 Abschlussrand 2120 Zuschlag einzelne Klammer 3830 Zahn zahnfarben hergestellt 3840 Zahn zahnfarben hinterlegen 8010 Grundeinheit Instandsetzung 8021 LE Sprung 8022 LE Bruch 8023 LE Einarbeiten Zahn 8024 LE Basisteil Kunststoff 8025 LE Halte-/Stützvorrichtung einarbeiten 8026 LE Rückenschutzplatte einarbeiten 8027 LE Kunststoffsattel 8030 Retention, gebogen 8040 Retention, gegossen 8060 Gegossenes Basisteil 8070 Metallverbindung/ Wiederherstellung 8130 Auswechseln Konfektionsteil 9330 Versandkosten Lotmaterial Zähne Verbrauchsmaterial Praxis						
6.6 Verändertes Prothesenlager bei erhaltungswürdigem Teil-Zahnersatz, je Prothese	89 Beseitigung von Artikulationsstörungen 100c Teilunterfütterung 100d Vollständige Unterfütterung	0010 Modell 0023 Verwendung von Kunststoff 0112 Fixator 3821 Weichkunststoff	44,35	75,52	59,94	71,93	77,92	119,88

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen	Beträge für		Festzuschüsse in €			
			zahnärztliche Leistungen (§ 57 Abs. 1) in €	**zahntechnische Leistungen** (§ 57 Abs. 2) in €	Ohne Bonus	20 % Bonus	30 % Bonus	doppelter Festzuschuss[1]
	100e Vollständige Unterfütterung mit funkt. Randgestaltung OK 100f Vollständige Unterfütterung mit funkt. Randgestaltung UK	3822 Sonderkunststoff 8080 Teilunterfütterung 8090 Vollst. Unterfütterung 8100 Prothesenbasis erneuern 9330 Versandkosten Material						
6.7 Verändertes Prothesenlager bei erhaltungswürdigem totalem Zahnersatz oder schleimhautgetragener Deckprothese, je Kiefer	89 Beseitigung von Artikulationsstörungen 100c Teilunterfütterung 100d Vollständige Unterfütterung 100e Vollständige Unterfütterung mit funkt. Randgestaltung OK 100f Vollständige Unterfütterung mit funkt. Randgestaltung UK	0010 Modell 0023 Verwendung von Kunststoff 0112 Fixator 3821 Weichkunststoff 3822 Sonderkunststoff 8080 Teilunterfütterung 8090 Vollst. Unterfütterung 8100 Prothesenbasis erneuern 9330 Versandkosten Material	66,48	88,01	77,25	92,70	100,43	154,50
6.8 Wiederherstellungsbedürftiger festsitzender rezementierbarer Zahnersatz, je Zahn	19 Provisorische Krone 24a Wiedereinsetzen einer Krone 24c Abnahme von provisorischen Kronen 89 Beseitigung von Artikulationsstörungen 95a Wiedereinsetzen einer Brücke mit 2 Ankern 95b Wiedereinsetzen einer Brücke mit mehr als 2 Ankern 95d Wiedereinsetzen einer provisorischen Brücke	0010 Modell 0022 Platzhalter einfügen 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0120 Mittelwertartikulator 1500 Metallverbindung nach Brand 8070 Metallverbindung 8200 Reparatur Krone/ Brückenglied 9330 Versandkosten Material: Lotmaterial	19,10	0,55	9,83	11,80	12,78	19,66
6.9 Wiederherstellungs- bedürftige Facette/Verblendung (auch wiedereinsetzbar oder erneuerungsbedürftig) im Verblendbereich an einer Krone, einem Sekundärteleskop, einem Brückenanker oder einem Brückenglied, je Verblendung	19 Provisorische Krone 24b Wiedereinsetzen / Erneuerung einer Facette 24c Abnahme von provisorischen Kronen 89 Beseitigung von Artikulationsstörungen 95c Wiedereinsetzen / Erneuerung einer Facette 95d Wiedereinsetzen einer	0010 Modell 0022 Platzhalter einfügen 0023 Verwendung von Kunststoff 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0120 Mittelwertartikulator 0320 Formteil 1550 Konditionierung 1600 Vestibuläre Verblendung	34,84	58,10	46,47	55,76	60,41	92,94

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen	Beträge für		Festzuschüsse in €			
			zahnärztliche Leistungen (§ 57 Abs. 1) in €	**zahntechnische Leistungen** (§ 57 Abs. 2) in €	Ohne Bonus	20 % Bonus	30 % Bonus	doppelter Festzuschuss[1]
	provisorischen Brücke	Kunststoff 1610 Zahnfleisch aus Kunststoff 1620 Vestibuläre Verblendung Keramik 1630 Zahnfleisch Keramik 1640 Vestibuläre Verblendung Komposite 1650 Zahnfleisch aus Komposite 8010 Grundeinheit Instandsetzung 8070 Metallverbindung 8200 Reparatur Krone/ Brückenglied 9330 Versandkosten Material: Lotmaterial						
6.10 Erneuerungsbedürftiges Primär- oder Sekundärteleskop, je Zahn *Protokollnotiz:* *Die Versorgung ist bei Vorliegen der Befunde von den Nummern 3.2 oder 4.6 Regelversorgung. Der Befund ist nicht ansetzbar, wenn an einem Zahn sowohl Primär- als auch Sekundärteleskop erneuert oder erweitert werden.*	91d Teleskopkrone – halbe Gebühr 19 Provisorische Krone 24c Abnahme und Wiedereingliederung eines Provisoriums 98a Individuelle Abformung	0010 Modell 0023 Verwendung von Kunststoff 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0055 Fräsmodell 0060 Zahnkranz 0070 Zahnkranz sockeln 0120 Mittelwertartikulator 0211 Individueller Löffel 1201 Telesk. Primär- o. Sekundärkrone 9330 Versandkosten Material: NEM Verbrauchsmaterial Praxis	101,54	239,78	170,66	204,79	221,86	341,32
7 Erneuerung und Wiederherstellung von Suprakonstruktionen								
7.1 Erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion (vorhandenes Implantat bei zahnbegrenzter Einzelzahnlücke), je implantatgetragene Krone	7b Planungsmodelle 20a Metallische Vollkrone 19 Provisorische Krone 24c Abnahme und Wiedereingliederung eines Provisoriums 98a Individuelle Abformung	0010 Modell 0022 Platzhalter einfügen 0023 Verwendung von Kunststoff 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0055 Fräsmodell 0060 Zahnkranz 0070 Zahnkranz sockeln	141,95	126,98	134,47	161,36	174,81	268,94

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen	Beträge für		Festzuschüsse in €			
			zahnärztliche Leistungen (§ 57 Abs. 1) in €	**zahntechnische Leistungen** (§ 57 Abs. 2) in €	Ohne Bonus	20 % Bonus	30 % Bonus	doppelter Festzuschuss[1]
		0120 Mittelwertartikulator 0211 Individueller Löffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0220 Bisswall 0240 Übertragungskappe 0310 Provisorische Krone 1021 Vollkrone / Metall 1360 Gefrästes Lager 9330 Versandkosten Material: NEM Verbrauchsmaterial Praxis						
7.2 Erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion, die über den Befund nach Nummer 7.1 hinausgeht, je implantatgetragene Krone, Brückenanker oder Brückenglied, höchstens viermal je Kiefer	7b Planungsmodelle 92 Brückenspanne 19 Provisorische Brücke, Brückenanker bzw. Brückenglied/er 95d Abnahme und Wiederbefestigung einer provisorischen Brücke 98a Individuelle Abformung 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen	0010 Modell 0022 Platzhalter einfügen 0023 Verwendung von Kunststoff 0024 Galvanisieren 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0060 Zahnkranz 0070 Zahnkranz sockeln 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Löffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0220 Bisswall 0240 Übertragungskappe 0310 Provisorische Krone 0320 Formteil 1100 Brückenglied 1500 Metallverbindung nach Brand 9330 Versandkosten Material: NEM Verbrauchsmaterial Praxis	74,11	92,86	83,49	100,19	108,54	166,98
7.3 Wiederherstellungsbedürftige Suprakonstruktionen (Facette), je Facette	24b Wiedereinsetzen / Erneuerung einer Facette 95c Wiedereinsetzen / Erneuerung einer Facette 19 Provisorische Krone	0010 Modell 0022 Platzhalter einfügen 0023 Verwendung von Kunststoff 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0120 Mittelwertartikulator	36,77	45,91	41,34	49,61	53,74	82,68

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen	Beträge für		Festzuschüsse in €			
			zahnärztliche Leistungen (§ 57 Abs. 1) in €	**zahntechnische Leistungen** (§ 57 Abs. 2) in €	Ohne Bonus	20 % Bonus	30 % Bonus	doppelter Festzuschuss[1]
		0320 Formteil 1550 Konditionierung 1600 Vestibuläre Verblendung Kunststoff 1610 Zahnfleisch aus Kunststoff 1620 Vestibuläre Verblendung Keramik 1630 Zahnfleisch aus Keramik 1640 Vestibuläre Verblendung Komposite 1650 Zahnfleisch aus Komposite 8070 Metallverbindung 8200 Reparatur Krone/ Brückenglied 9330 Versandkosten Material: Lotmaterial						
7.4 Wiederherstellungsbedürftiger festsitzender rezementierbarer oder zu verschraubender Zahnersatz, je implantatgetragene Krone oder Brückenanker	24a Wiedereinsetzen einer Krone, eines Brückenankers 95a Wiedereinsetzen einer Brücke mit 2 Ankern 95b Wiedereinsetzen einer Brücke mit mehr als 2 Ankern 19 Provisorische Krone	0010 Modell 0022 Platzhalter einfügen 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0120 Mittelwertartikulator 1500 Metallverbindung nach Brand 8070 Metallverbindung 8200 Reparatur Krone/ Brückenglied 9330 Versandkosten Material: Lotmaterial	18,21	1,91	10,06	12,07	13,08	20,12
7.5 Erneuerungsbedürftige implantatgetragene Prothesenkonstruktion, je Prothesenkonstruktion	7b Planungsmodelle 97a Totalprothese OK 97b Totalprothese UK 98a Individuelle Abformung 98b Funktionsabdruck OK 98c Funktionsabdruck UK 89 Beseitigung grober Artikulationsstörungen	0010 Modell 0120 Mittelwertartikulator 0201 Basis für Vorbissnahme 0211 Individueller Löffel 0212 Funktionslöffel 0213 Basis für Bissregistrierung 0215 Basis für Aufstellung 0220 Bisswall 3010 Aufstellung Grundeinheit 3020 Aufstellung Wachs je Zahn 3610 Fertigstellung Grundeinheit 3620 Fertigstellung je Zahn 3821 Weichkunststoff 3822 Sonderkunststoff	275,22	336,30	305,76	366,91	397,49	611,52

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen	Beträge für		Festzuschüsse in €			
			zahnärztliche Leistungen (§ 57 Abs. 1) in €	**zahntechnische Leistungen** (§ 57 Abs. 2) in €	Ohne Bonus	20 % Bonus	30 % Bonus	doppelter Festzuschuss[1]
		9330 Versandkosten Material: Zähne Verbrauchsmaterial Praxis						
7.6 Erneuerungsbedürftige Prothesenkonstruktion bei atrophiertem zahnlosem Kiefer, je implantatgetragenem Konnektor als Zuschlag zum Befund nach Nummer 7.5, höchstens viermal je Kiefer	24a Wiedereinsetzen einer Krone, eines Brückenankers 95a Wiedereinsetzen einer Brücke mit 2 Ankern 95b Wiedereinsetzen einer Brücke mit mehr als 2 Ankern 19 Provisorische Krone	0010 Modell 0051 Sägemodell 0052 Einzelstumpfmodell 0053 Modell nach Überabdruck 0120 Mittelwertartikulator 1500 Metallverbindung nach Brand 8070 Metallverbindung 8200 Reparatur Krone/ Brückenglied 9330 Versandkosten Material: Lotmaterial	18,21	1,91	10,06	12,07	13,08	20,12
7.7 Wiederherstellungsbedürftige implantatgetragene Prothesenkonstruktion, Umgestaltung einer vorhandenen Totalprothese zur Suprakonstruktion bei Vorliegen eines zahnlosen atrophierten Kiefers, je Prothesenkonstruktion	100ai Wiederherstellung ohne Abformung 100bi Wiederherstellung mit Abformung 100ci Teilunterfütterung 100di Vollständige Unterfütterung 100ei Vollständige Unterfütterung mit funkt. Randgestaltung OK 100fi Vollständige Unterfütterung mit funkt. Randgestaltung UK	0010 Modell 0018 Modell bei Implantatversorgung 0112 Fixator 0128 Mittelwertartikulator bei Implantatversorgung 3821 Weichkunststoff 3822 Sonderkunststoff 3830 Zahn zahnfarben hergestellt 3840 Zahn zahnfarben hinterlegen 8018 Grundeinheit Instandsetzung/ implantatgestützt 8021 LE Sprung 8022 LE Bruch 8023 LE Einarbeiten Zahn 8024 LE Basisteil Kunststoff 8088 Teilunterfütterung/ implantatgestützt 8098 Vollständige Unterfütterung/ implantatgestützt 8108 Prothesenbasis erneuern bei Implantatversorgung 9338 Versandkosten bei Implantatversorgung Material:	41,79	47,25	44,52	53,42	57,88	89,04

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen	Beträge für		Festzuschüsse in €			
			zahnärztliche Leistungen (§ 57 Abs. 1) in €	**zahntechnische Leistungen** (§ 57 Abs. 2) in €	Ohne Bonus	20 % Bonus	30 % Bonus	doppelter Festzuschuss[1]
		Zähne Verbrauchsmaterial Praxis						
8 Nicht vollendete Behandlung (Teilleistungen)[2]								
8.1 Befund nach Präparation eines erhaltungswürdigen Zahnes, einer Teleskopkrone oder einer Wurzelstiftkappe **50 v.H. des Festzuschusses für den Befund nach den Nummern 1.1, 1.2, 1.5, 3.2, 4.6 oder 4.8 sind ansetzbar.**								
8.2 Befund nach Präparation eines erhaltungswürdigen Zahnes, einer Teleskopkrone oder einer Wurzelstiftkappe, wenn auch weitergehende Maßnahmen durchgeführt worden sind **75 v.H. des Festzuschusses für den Befund nach den Nummern 1.1, 1.2, 1.5, 3.2, 4.6 oder 4.8 sind ansetzbar. Ggf. sind die Festzuschüsse für den Befund nach den Nummern 1.3 oder 4.7 ansetzbar.**								
8.3 Befund nach Präparation der Ankerzähne einer Brücke **50 v.H. der Festzuschüsse für die Befunde nach den Nummern 2.1 bis 2.5 sind ansetzbar.**								
8.4 Befund nach Präparation der Ankerzähne einer Brücke, wenn auch weitergehende Maßnahmen durchgeführt worden sind **75 v.H. der Festzuschüsse für**								

Befunde	Regelversorgung Zahnärztliche Leistungen	Regelversorgung Zahntechnische Leistungen	Beträge für		Festzuschüsse in €			
			zahnärztliche Leistungen (§ 57 Abs. 1) in €	**zahntechnische Leistungen** (§ 57 Abs. 2) in €	Ohne Bonus	20 % Bonus	30 % Bonus	doppelter Festzuschuss[1]
die Befunde nach den Nummern 2.1 bis 2.5 sind ansetzbar. **Ggf. sind die Festzuschüsse für den Befund nach Nummer 2.7 für die Ankerzähne oder für die Brückenzwischenglieder ansetzbar.**								
8.5 Befund nach Abformung und Ermittlung der Bissverhältnisse zur Eingliederung einer Teilprothese, einer Cover-Denture-Prothese oder einer Totalprothese **50 v.H. der Festschüsse für die Befunde nach den Nummern 3.1, 4.1 bis 4.4 oder 5.1 bis 5.4 sind ansetzbar.**								
8.6 Befund nach Abformung und Ermittlung der Bissverhältnisse zur Eingliederung einer Teilprothese, einer Cover-Denture-Prothese oder einer Totalprothese, wenn auch weitergehende Maßnahmen durchgeführt worden sind **75 v.H. der Festzuschüsse für die Befunde nach den Nummern 3.1, 4.1 bis 4.4 oder 5.1 bis 5.4 sind ansetzbar. Ggf. sind die Festzuschüsse für die Befunde nach den Nummern 4.5 oder 4.9 ansetzbar**.								

[1] Nummer 4 des Teils Allgemeines der Festzuschuss-Richtlinie ist bei der Anwendung zu beachten.

[2] Die Befunde zu 8. Teilleistungen setzen den Ansatz der zugehörigen Teilbefunde voraus. Da diese variieren können, wird auf einen betragsmäßigen Ausweis verzichtet.“

Richtlinie
des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen
für die kieferorthopädische Behandlung

Fassung vom: 16.09.2003
Bundesanzeiger 2003, Nr. 226 (S. 24 966)

Letzte Änderung:

In Kraft getreten am: 01.01.2004

A. Allgemeines

1. Die vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen gem. § 92 Abs. 1 SGB V beschlossenen Richtlinien sollen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung im Sinne der §§ 2, 12 Abs. 1, 28 Abs. 2, 29 und 70 SGB V sichern.
2. Maßnahmen, die lediglich kosmetischen Zwecken dienen, gehören nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung.
3. Im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bestimmt der Zahnarzt Art und Umfang der Maßnahmen. Er hat dabei auf eine sinnvolle Verwendung der von der Gemeinschaft aufgebrachten Mittel der Krankenversicherung zu achten.
4. Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört die Tätigkeit eines Zahnarztes auch dann, wenn er sie auf Veranlassung eines Arztes vornimmt.
5. Es sollen nur Untersuchungs- oder Heilmethoden angewandt werden, deren diagnostischer oder therapeutischer Wert ausreichend gesichert ist. Die Erprobung solcher Methoden auf Kosten der Versicherungsträger ist unzulässig.
6. Die in der vertragszahnärztlichen Versorgung tätigen Zahnärzte haben darauf hinzuwirken, dass auch für sie tätig werdende Vertreter und Assistenten diese Richtlinien kennen und beachten.

B. Vertragszahnärztliche Behandlung

1. Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört die kieferorthopädische Behandlung, wenn durch eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung die Funktion des Beißens, des Kauens, der Artikulation der Sprache oder eine andere Funktion, wie z. B. Nasenatmung, der Mundschluss oder die Gelenkfunktion, erheblich beeinträchtigt ist bzw. beeinträchtigt zu werden droht und wenn nach Abwägung aller zahnärztlich-therapeutischen Möglichkeiten durch kieferorthopädische Behandlung die Beeinträchtigung mit Aussicht auf Erfolg behoben werden kann.
2. Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gemäß § 29 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit Abs. 4 gehört die gesamte kieferorthopädische Behandlung, wenn bei ihrem Beginn ein Behandlungsbedarf anhand der befundbezogenen kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) – Anlage 1 zu den Richtlinien – festgestellt wird. Eine Einstufung

mindestens in den Behandlungsbedarfsgrad 3 der Indikationsgruppen ist dafür erforderlich. Die Kriterien zur Anwendung der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (Anlage 2 zu diesen Richtlinien) sind für die Zuordnung zur vertragszahnärztlichen Versorgung verbindlich. Bei der klinischen Untersuchung zur Feststellung des Behandlungsbedarfsgrades sind in der Regel keine weiteren diagnostischen Leistungen erforderlich.

3. Bedarf es in Einzelfällen zusätzlicher Untersuchungen, Beratungen sowie ggf. weiterer diagnostischer Leistungen zur Überprüfung, ob die kieferorthopädische Behandlung der vertragszahnärztlichen Versorgung zuzuordnen ist, gehören auch diese zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Diagnostische Leistungen sind in zahnmedizinisch sinnvoller Weise zu beschränken.

4. Kieferorthopädische Behandlungen bei Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben, gehören nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

   Das gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert.

   Schwere Kieferanomalien in diesem Sinne liegen nach Maßgabe der Anlage 3 zu diesen Richtlinien vor bei

   - angeborenen Missbildungen des Gesichts und der Kiefer,
   - skelettalen Dysgnathien und
   - verletzungsbedingten Kieferfehlstellungen,

   sofern eine Einstufung mindestens in die Behandlungsbedarfsgrade A5, D4, M4, O5, B4 oder K4 der Indikationsgruppen festgestellt wird.

   In diesen Fällen ist ein aufeinander abgestimmtes kieferchirurgisches und kieferorthopädisches Behandlungskonzept zu erstellen.

5. Die eigenverantwortliche Befunderhebung, Diagnostik und Planung sind Grundlage der kieferorthopädischen Behandlung. Das Maß der jeweiligen Beeinträchtigung ist durch objektivierbare Untersuchungsbefunde zu belegen. Der Zahnarzt soll Inhalt und Umfang der notwendigen diagnostischen Leistungen nach den individuellen Gegebenheiten des Einzelfalls festlegen.

   Die Durchführung jeder kieferorthopädischen Behandlung setzt eine dem jeweiligen Behandlungsfall entsprechende Patientenuntersuchung sowie die Erhebung, Auswertung und ärztliche Beurteilung von Befundunterlagen voraus. Aus der selbständigen Erhebung und Auswertung von Befunden und Behandlungsunterlagen und ihrer diagnostischen Zusammenfassung ist vom Zahnarzt persönlich und eigenverantwortlich eine Behandlungsplanung zu erarbeiten. Für die Planung und Durchführung der kieferorthopädischen Behandlung sind je nach Indikation neben der Anamnese und klinischen Untersuchung folgende Unterlagen erforderlich:

   a) Gebissmodelle des Ober- und Unterkiefers mit fixierter Okklusion und dreidimensional orientiert (Planungsmodell) einschließlich Analyse.

      Das Modell des einzelnen Kiefers muss neben der genauen Darstellung der Zähne und des Alveolarkammes auch die Kieferbasis und die Umschlagfalte der Gingiva abbilden.

   b) Röntgenologische Darstellung aller Zähne und Zahnkeime beider Kiefer.

      Dabei soll einem strahlenreduzierten Aufnahmeverfahren, z. B. der Panoramaschichtaufnahme, der Vorzug gegeben werden.

c) Fernröntgenseitenbild mit Durchzeichnung und schriftlicher Auswertung zur Analyse skelettaler und/oder dentaler Zusammenhänge der vorliegenden Anomalie und/oder für Wachstumsvorhersagen.

d) Röntgenaufnahme der Hand mit Auswertung

- bei Abweichung des chronologischen vom Dentitionsalter nur dann, wenn eine Orientierung über das Wachstumsmaximum und das Wachstumsende notwendig ist, oder
- wenn nach abgeschlossener Dentition die Kenntnis des skelettalen Alters für die Durchführung der kieferorthopädischen Behandlung erforderlich ist.

e) Profil- und Enface-Fotografie mit diagnostischer Auswertung als Entscheidungshilfe für Therapiemaßnahmen, soweit Abweichungen von einem geraden Profil, periorale Verspannungen oder Habits vorliegen, die einen zwanglosen Mundschluss unmöglich machen.

6. Der Vertragszahnarzt erhebt die Anamnese, stellt die Diagnose aus den Einzelbefunden einschließlich der Prognose und verfasst die Epikrise. Diese Leistungen sind persönlich und eigenverantwortlich zu erbringen.

Auf dieser Grundlage erarbeitet er persönlich und eigenverantwortlich die Therapie- und Retentionsplanung einschließlich der Planung der erforderlichen Geräte.

7. Kieferorthopädische Behandlungen sollen nicht vor Beginn der 2. Phase des Zahnwechsels (spätes Wechselgebiss) begonnen werden.

8. Kieferorthopädische Maßnahmen vor Beginn der 2. Phase des Zahnwechsels (spätes Wechselgebiss) sind im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung in folgenden Ausnahmefällen angezeigt:

a) Beseitigung von Habits bei einem habituellen Distalbiss mit dem Behandlungsbedarfsgrad D 5 oder bei einem habituell offenen Biss mit dem Behandlungsbedarfsgrad O 4,

b) Offenhalten von Lücken infolge vorzeitigem Milchzahnverlusts,

c) Frühbehandlung eines Distalbisses mit dem Behandlungsbedarfsgrad D 5, eines lateralen Kreuz- oder Zwangsbisses mit dem Behandlungsbedarfsgrad K 3 oder K 4, sofern dieser durch präventive Maßnahmen (Einschleifen) nicht zu korrigieren ist, einer Bukkalokklusion (Nonokklusion) permanenter Zähne mit dem Behandlungsbedarfsgrad B 4, eines progenen Zwangsbisses/frontalen Kreuzbisses mit dem Behandlungsbedarfsgrad M 4 oder M 5 oder die Behandlung zum Öffnen von Lücken mit dem Behandlungsbedarfsgrad P 3.

Die Frühbehandlung soll nicht vor dem 4. Lebensjahr begonnen werden und innerhalb von sechs Kalenderquartalen abgeschlossen werden.

d) Frühe Behandlung einer Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte oder anderer kraniofacialer Anomalien, eines skelettal-offenen Bisses mit dem Behandlungsbedarfsgrad O 5, einer Progenie mit dem Behandlungsbedarfsgrad M 4 oder M 5 oder von verletzungsbedingten Kieferfehlstellungen.

Die Maßnahmen nach den Nummern 8 c und d beinhalten den Einsatz individuell gefertigter Behandlungsgeräte.

9. Gibt es im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung verschiedene, den gleichen Erfolg versprechende Arten der kieferorthopädischen Behandlung, so soll der Zahnarzt diejenige vorsehen, die auf Dauer am wirtschaftlichsten ist.

10. Ist zu vermuten, dass Fehlbildungen mit Abweichungen in anderen Bereichen (z. B. Nasenscheidewand) zusammenhängen, so soll ein entsprechender Gebietsarzt, z. B. für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, hinzugezogen werden.

11. Werkstoffe, bei denen nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse der begründete Verdacht besteht, dass sie schädliche Wirkungen haben, dürfen nicht verwendet werden. Die Erprobung von Werkstoffen auf Kosten der Krankenkassen ist unzulässig.

12. Kieferorthopädische Behandlungen erstrecken sich in der Regel über längere Zeiträume und schließen eine ausreichende Retentionsphase ein.

    Maßnahmen zur Retention sind bis zu zwei Jahren nach dem Ende des Kalenderquartals, für das die letzte Abschlagszahlung geleistet worden ist, Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung, längstens bis zum Abschluss der Behandlung einschließlich der Retention. Ein festsitzender Unterkieferfrontzahn-Retainer ist nur angezeigt, wenn im Behandlungsplan ein Behandlungsbedarfsgrad E3 oder E4 in der Unterkieferfront festgestellt wurde. Der Bedarfsgrad ist ggf. gesondert anzugeben, wenn der Behandlungsplan einen anderen bzw. höheren Behandlungsbedarfsgrad hat. Der Zahnarzt hat danach den Abschluss der Behandlung einschließlich der Retention schriftlich zu bestätigen.

    Dauer und Erfolg einer kieferorthopädischen Behandlung sind wesentlich von der verständnisvollen Mitarbeit des Patienten und der Erziehungsberechtigten abhängig. Diese sind vor und während der Behandlung entsprechend aufzuklären und zu motivieren. Mangelnde Mundhygiene gefährdet die Durchführung der kieferorthopädischen Behandlung. Bei Patienten, die während der kieferorthopädischen Behandlung trotz Motivation und Instruktion keine ausreichende Mitarbeit zeigen oder unzureichende Mundhygiene betreiben, muss das kieferorthopädische Behandlungsziel neu bestimmt werden. Ggf. muss die Behandlung beendet werden.

13. Diese Richtlinien treten am 01.01.2004 in Kraft.

Berlin, 04.06.2003 und

Köln, den 24.09.2003

Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen

Der Vorsitzende

Prof. Dr. Herbert Genzel

Anlage 1 Kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG)

Anlage 2 Kriterien zur Anwendung der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG)

Anlage 3 zu Abschnitt B Nr. 4 der Richtlinien

ANLAGE 1 zu Abschnitt B Nr. 3 **(jetzt Nr. 2)** der KFO – Richtlinien in der Fassung des Beschlusses vom 17.08.2001

Schema zur Einstufung des kieferorthopädischen Behandlungsbedarfs anhand kieferorthopädischer Indikationsgruppen (KIG)

Grad / **Indikationsgruppen (Befunde)**			**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Kraniofaziale Anomalie		A					Lippen-Kiefer-Gaumen-spalte bzw. andere kranio-faziale Anomalie
Zahnunterzahl (Aplasie oder Zahnverlust)		U				Unterzahl (nur wenn präprothetische Kiefer-orthopädie oder kiefer-orthopädischer Lücken-schluss indiziert)	
Durchbruchstörungen		S				Retention (außer 8er)	Verlagerung (außer 8er)
Sagittale Stufe	distal	D	bis 3	über 3, bis 6		über 6, bis 9	über 9
	mesial	M				0 bis 3	über 3
Vertikale Stufe	offen (auch seitlich)	O	bis 1	über 1, bis 2	über 2, bis 4	über 4 habituell offen	über 4 skelettal offen
	tief	T	über 1, bis 3	über 3 ohne/mit Gingivakontakt	über 3 mit traumatischem Gingivakontakt		
Transversale Abweichung		B				Bukkal-/Lingual - Okklusion	
		K		Kopfbiss	beidseitiger Kreuzbiss	einseitiger Kreuzbiss	
Kontaktpunktabweichung Engstand		E	unter 1	über 1, bis 3	über 3, bis 5	über 5	
Platzmangel		P		bis 3	über 3, bis 4	über 4	

Alle Zahlenangaben in mm

Kriterien zur Anwendung der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG)

Der Zahnarzt hat anhand der kieferorthopädischen Indikationsgruppen festzustellen, ob der Grad einer Fehlstellung vorliegt, für deren Behandlung der Versicherte einen Leistungsanspruch gegen die Krankenkasse hat. Mit dem KIG-System soll der Zahnarzt bei der klinischen Untersuchung die Fehlstellung mit dem größten Behandlungsbedarf erkennen. Die kieferorthopädischen Indikationsgruppen (Befunde) sind in fünf Behandlungsbedarfsgrade eingeteilt. Nur bei den Graden 5, 4 und 3 hat der Versicherte einen Leistungsanspruch. Die Indikationsgruppen sind nach dem Behandlungsbedarf geordnet.

Die Fehlstellung mit dem am höchsten bewerteten Behandlungsbedarf zeichnet der Zahnarzt auf. Dabei ist die Indikationsgruppe und der Behandlungsbedarfsgrad anzugeben.

Bei einem Befund ab dem Behandlungsbedarfsgrad 3 gehören weitere Behandlungsbedarfsgrade ab 1 auch zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

I. Grundsätzliches:

1. Die Bewertung und Zuordnung zu den Gruppen des kieferorthopädischen Indikationssystems (KIG) erfolgt unmittelbar vor Behandlungsbeginn.
2. Es wird immer die größte klinische Einzelzahnabweichung gemessen; d.h., die Kie-ferrelation ist nicht system-relevant.
3. Alle Messstrecken müssen in einer Ebene liegen; d.h., sie dürfen nicht dreidimensional verlaufen.
4. Alle Angaben erfolgen in mm.

II. Erläuterungen zu den einzelnen Gruppen:

A Lippen-Kiefer-Gaumenspalte bzw. andere kraniofaziale Anomalie

Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und syndromale Erkrankungen mit kraniofazialen Anomalien [z.B. Dysostosis cranio-facialis (Crouzon), Dysostosis cleido-cranialis (Marie-Sainton), Hemiatrophia faciei, Dysostosis mandibulo-facialis (Franceschetti)] führen in der Regel zu ausgeprägten Hemmungsmissbildungen bzw. Wachstumsstörungen und Anomalien der Zahnzahl, Verlagerungen etc., die einer komplexen kieferorthopädischen, häufig interdisziplinären Therapie bedürfen. Die therapeutischen Maßnahmen erstrecken sich oft über einen Zeitraum von vielen Jahren.

Zu den Fällen der Gruppe A zählen auch Patienten mit Morbus Down (Trisomie 21), wenn durch eine Therapie im Säuglings- und Kleinkindalter gravierende Funktionsstörungen, meist der Zunge, zu korrigieren sind.

U Unterzahl (nur wenn präprothetische Kieferorthopädie oder kieferorthopädischer Lückenschluss indiziert)

Bei vorhandenen oder zu erwartenden Lücken durch Zahnunterzahl infolge Nichtanlage oder Zahnverlust [aus pathologischen Gründen oder als Folge eines

Traumas] kann sowohl ein prothetischer Lückenschluss als auch ein kieferorthopädischer Lückenschluss sinnvoll sein, um Zahnwanderungen, Kippungen, Störungen der statischen bzw. dynamischen Okklusion, Beeinträchtigungen der Funktion, Phonetik, Ästhetik und Psyche zu vermeiden.

Ist ein prothetischer Lückenschluss geplant, kann eine präprothetisch-kieferorthopädische Therapie indiziert sein, wenn erst durch die Korrektur der die Lücke begrenzenden Zähne eine korrekte prothetische Versorgung möglich ist. Nur in diesem Fall sind die Kriterien der Gruppe U erfüllt.

Ist ein kieferorthopädischer Lückenschluss vorgesehen, sind die Kriterien der Gruppe U nur dann erfüllt, wenn die vorhandene oder nach Verlust der Milchzähne zu erwartende Lücke behandlungsbedürftig und so groß ist, dass eine achsengerechte Einstellung der Zähne nur durch kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen möglich ist.

Supraokklusionen permanenter Zähne, die eine prothetische Versorgung antagonistischer Lücken erheblich erschweren oder unmöglich machen, sind in analoger Anwendung dem Indikationsbereich einer präprothetischen Behandlung (Gruppe U) zuzuordnen.

S Durchbruchstörungen (Retention/Verlagerung)

Unter einer Verlagerung ist eine Fehllage des Zahnkeims ohne realistische Chance zum Spontandurchbruch zu verstehen.

Eine Verlagerung von Weisheitszähnen rechtfertigt eine Einstufung in die Gruppe S nicht.

Eine Retention mit Einordnung in die Gruppe S liegt vor, wenn ein Zahn infolge einer zu starken Annäherung der Nachbarzähne nicht durchbrechen kann oder infolge eines Durchbruchshindernisses (z.B. Odontom, ankylosierter Milchzahn) nicht durchbricht.

Ein Fall ist nicht in die Gruppe S einzustufen, wenn damit zu rechnen ist, dass ein retinierter Zahn - z.B. nach Reduzierung der Zahnzahl oder Entfernung eines Durchbruchshindernisses - spontan durchbricht und sich korrekt und ohne behandlungsbedürftige Restlücke in den Zahnbogen einstellt.

D Sagittale Stufe – distal

Die Messung der sagittalen Frontzahnstufe erfolgt in habitueller Okklusion in der Horizontalebene und orthoradial von der Labialfläche der Schneidekante des am weitesten vorstehenden oberen Schneidezahnes zur Labialfläche seines(r) Antagonisten.

M Sagittale Stufe – mesial

Die Messung der sagittalen Frontzahnstufe erfolgt in habitueller Okklusion in der Horizontalebene von der Labialfläche der Schneidekante des am weitesten vorstehenden unteren Schneidezahnes zur Labialfläche seines(r) Antagonisten.

Der Kreuzbiss eines oder mehrerer Frontzähne wird in Gruppe M, Grad 4 eingeordnet.

O Vertikale Stufe - offen (auch seitlich)

Es erfolgt keine Differenzierung zwischen dental und skelettal offenem Biss. Gemessen wird der größte Abstand der Schneidekanten bzw. Höckerspitzen voll durchgebrochener Zähne.

Infraokklusionen von Milchzähnen, Außen- oder Hochstände rechtfertigen eine Einordnung in die Gruppe O nicht. Gleiches gilt für den frontal bzw. seitlich offenen Biss, wenn Zähne sich noch im Durchbruch befinden.

Infraokklusionen permanenter Zähne können in die Gruppe O eingeordnet werden.

T Vertikale Stufe - tief

Der vertikale Frontzahnüberbiss wird unterschieden in regulären Überbiss (bis 3 mm), tiefen Biss ohne bzw. mit Gingivakontakt sowie Tiefbiss mit traumatisierendem Einbiss in die antagonistische Gingiva.

B Transversale Abweichung – Bukkal- / Lingualokklusion

Es erfolgt keine Differenzierung zwischen dentalen und skelettalen Abweichungen.

Als Bukkal- bzw. Lingualokklusion wird der Fehlstand einzelner Seitenzähne oder Zahngruppen verstanden, bei dem sich die Okklusalflächen der Seitenzähne nicht berühren, sondern die oberen Prämolaren und/oder Molaren bukkal an den Antagonisten vorbeibeißen ("seitliche Nonokklusion", "seitlicher Vorbeibiss"), und zwar unabhängig davon, ob die oberen Seitenzähne nach bukkal oder die unteren nach lingual gekippt sind.

K Transversale Abweichung – beid- bzw. einseitiger Kreuzbiss

Es erfolgt keine Differenzierung zwischen dentalen und skelettalen Abweichungen.

Eine Zuordnung zur Gruppe K ist nur möglich, wenn am seitlichen Kreuzbiss auch permanente Seitenzähne beteiligt sind.

Eine Kreuzbisstendenz mit Höcker-Höckerverzahnung permanenter Seitenzähne (Kopfbiss) wird der Gruppe K, Grad 2 zugeordnet.

E Kontaktpunktabweichung, Engstand

Kontaktpunktabweichungen (Zahnfehlstellungen) werden zwischen anatomischen Kontaktpunkten gemessen.

Abweichungen zwischen Milch- und bleibenden Zähnen sowie Lücken werden nicht registriert.

Kontaktpunktabweichungen werden grundsätzlich in der Horizontalebene gemessen, d.h. die Approximalkontakte werden in diese Ebene projiziert. Dies gilt für alle Formen, d.h. Zahnhoch- und/oder Außenstände, Rotationen oder Engstände.

Ein Fall ist nicht in die Gruppe E einzustufen, wenn bei ausreichenden Platzverhältnissen damit zu rechnen ist, dass sich ein außerhalb des Zahnbogens durch-

gebrochener Zahn (z.B. nach Extraktion seines persistierenden Vorgängers) auch ohne apparative Maßnahmen korrekt in den Zahnbogen einstellt.

Infra- bzw. Supraokklusionen rechtfertigen keine Zuordnung zur Gruppe E.

P Platzmangel

Beträgt der Platzmangel zwischen zwei Zähnen neben einem noch nicht durchgebrochenen permanenten Zahn mehr als 3 mm, wird dieser Fall der Gruppe P zugeordnet, da in diesem Fall anzunehmen ist, dass der betroffene Zahn retiniert bleibt oder deutlich außerhalb des Zahnbogens durchbricht.

Im Wechselgebiss wird bei frühzeitigem Verlust von mehr als einem Milchzahn im selben Seitenzahnbereich der Messwert der Stützzonen herangezogen.

[Stützzone = Raum für die seitlichen Ersatzzähne 3,4 und 5, gemessen von der distalen Kante des seitlichen Schneidezahnes zur mesialen Kante des Sechsjahrmolaren. Sollwertbestimmung unter Verwendung der Tabellen nach Berendonk oder Moyers.]

Bei einem Platzdefizit in der jeweiligen Stützzone über 3 mm wird dieser Fall der Gruppe P (Grad 3 oder 4) zugeordnet.

Ein Fall ist nicht in die Gruppe P einzustufen, wenn damit zu rechnen ist, dass ein noch nicht (oder außerhalb des Zahnbogens) durchgebrochener Zahn nach Reduzierung der Zahnzahl (Extraktionstherapie) spontan durchbricht und sich korrekt und ohne behandlungsbedürftige Restlücke in den Zahnbogen einstellt.

Anlage 3 zu Abschnitt B. Nr. 4 der Kfo-Richtlinien

1. Zu den angeborenen Missbildungen des Gesichts und der Kiefer zählen z. B. das Crouzon-Syndrom, Treacher-Collins-Syndrom, Goldenhar-Syndrom, Binder-Syndrom, Nager-Syndrom, die hemifaciale Mikrosomie, alle medialen, schrägen und queren Gesichtsspaltformen, alle Lippen-, Kiefer-, Gaumenspaltformen, alle Formen von craniomaxillofacialen Dysostosen, die durch angeborene Fehlbildungen oder Missbildungen verursacht sind.
2. Zu den skelettalen Dysgnathien, die auch unabhängig von angeborenen Missbildungen auftreten, zählen die Progenie, Mikrogenie, Laterognathie, alle Formen des skelettal offenen Bisses sowie des skelettal tiefen Bisses und ausgeprägte skelettal bedingte Diskrepanzen der Zahnbogenbreite oder Kieferbreite.

Richtlinie
des Gemeinsamen Bundesausschusses

über die Bedarfsplanung in der vertragszahnärztlichen Versorgung
(Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte)

Fassung vom:	14.08.2007 Bundesanzeiger 2007, Nr. 185, (S. 7673)
Letzte Änderung:	21.08.2008 Bundesanzeiger 2008, Nr. 143(S. 3413)
In Kraft getreten am:	01.10.2008

§ 1 Allgemeines

[1]Der Gemeinsame Bundesausschuss strebt eine sprachliche Gleichberechtigung der Geschlechter an. [2]Die Verwendung von geschlechtlichen Paarformen würde aber die Verständlichkeit und die Klarheit der Richtlinie erheblich einschränken. [3]Die in dieser Richtlinie verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb auch jeweils in ihrer weiblichen Form.

§ 2 Zweck und Regelungsbereich

(1) [1]Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Nr. 9 und § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V dient der Bedarfsplanung in der vertragszahnärztlichen Versorgung mit dem Ziele, den Versicherten und ihren Familienangehörigen eine bedarfsgerechte und gleichmäßige zahnärztliche Versorgung, die auch einen ausreichenden Not- und Bereitschaftsdienst umfasst, in zumutbarer Entfernung unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der zahnmedizinischen Wissenschaft und Technik sowie der Möglichkeiten der Rationalisierung und Modernisierung zur Verfügung zu stellen. [2]Die Richtlinie gewährleistet einheitliche und vergleichbare Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren über die

Festsetzung der Planungsbereiche (§ 3),

Feststellung des Standes der zahnärztlichen Versorgung (§ 4),

Ermittlung und Beurteilung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades in der zahnärztlichen Versorgung (§ 5),

Feststellung und Beurteilung einer zahnärztlichen Unterversorgung oder einer in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgung (§ 6) und

zahnärztliche Überversorgung (§ 7).

(2) Im Rahmen des Zusammenwirkens von Zahnärzten und Krankenkassen zur Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung stellen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen Bedarfspläne auf, die den Stand und den Bedarf an zahnärztlicher Versorgung darstellen sowie die Kriterien für die Feststellung einer Unterversorgung enthalten.

§ 3 Festsetzung der Planungsbereiche

(1) [1]Im Rahmen des für den Bereich einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung oder im Falle des § 12 Abs. 2 Satz 2 der Zulassungsordnung für Vertragszahnärzte (ZV-Z) für den Bereich mehrerer Kassenzahnärztlicher Vereinigungen aufzustellenden Bedarfsplanes setzen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen die einzelnen Planungsbereiche fest. [2]Die regionalen Planungsbereiche sollen den kreisfreien Städten, den Landkreisen oder Kreisregionen in der Zuordnung des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung entsprechen. [3]Bei der Abgrenzung sind Abweichungen zulässig. [4]Es sind Planungsbereiche für die zahnärztliche Versorgung und für die kieferorthopädische Versorgung zu bilden.

(2) [1]Die kleinste Planungseinheit innerhalb des Bereiches einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung ist der Planungsbereich für die zahnärztliche Versorgung. [2]Bei seiner Festsetzung ist von der kommunalen Gliederung auszugehen. [3]Die Untergliederung von Gemeinden, insbesondere von Großstädten, ist angezeigt, wenn die örtlichen Verhältnisse dies unter Berücksichtigung der in Absatz 4 gestellten Anforderung notwendig machen. [4]Eine Zusammenfassung von Gemeinden ist möglich, soweit die in Absatz 4 gestellte Anforderung nicht beeinträchtigt wird.

(3) [1]Die nächst größere Planungseinheit innerhalb des Bereiches einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung ist der Planungsbereich für die kieferorthopädische Versorgung. [2]Im Regelfall umfasst er den Bereich eines Stadt- oder Landkreises. [3]Eine weitere Untergliederung ist angezeigt, wenn die örtlichen Verhältnisse dies unter Berücksichtigung der in Absatz 4 gestellten Anforderung notwendig machen. [4]Eine Zusammenfassung von Kreisen kann angezeigt sein, wenn der Einzugsbereich von Kieferorthopäden den Bereich eines Stadt- oder Landkreises überschreitet.

(4) Bei der Festlegung der Planungsbereiche nach den Absätzen 2 und 3 ist zu berücksichtigen, dass die zahnärztliche Praxis oder das medizinische Versorgungszentrum für den Patienten in zumutbarer Entfernung liegt.

§ 4 Feststellung des Standes der zahnärztlichen Versorgung

(1) Zum Zwecke der Bedarfsplanung sind von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen umfassende und vergleichbare Übersichten über den Stand der vertragszahnärztlichen Versorgung am 31. Dezember eines jeden Jahres, und zwar jeweils bis zum 30. Juni des folgenden Jahres, zu erstellen.

(2) Inhalt und Form der Übersichten bestimmen sich für die zahnärztliche Versorgung nach den Planungsblättern A und B (Anlagen 1 und 2), für die kieferorthopädische Versorgung nach dem Planungsblatt C (Anlage 3), jeweils einschließlich der dazugehörigen Hinweise.

§ 5 Ermittlung und Beurteilung des Bedarfs an zahnärztlicher Versorgung

(1) [1]Bei der Ermittlung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades ist von Verhältniszahlen auszugehen. [2]Sie werden getrennt für die zahnärztliche und für die kieferorthopädische Versorgung festgelegt. [3]Zu diesem Zweck wird die Zahl der Einwohner durch die Zahl der behandelnd tätigen Zahnärzte bzw. der Kieferorthopäden geteilt. [4]Bei der Festlegung der Verhältniszahlen für die kieferorthopädische Versorgung wird berücksichtigt, in welchem Umfang allgemein tätige Zahnärzte an der Versorgung teilhaben. [5]Dabei kann auch eine von dem Berechnungsergebnis abweichende Verhältniszahl festgesetzt werden, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten dies erfordert. [6]Soweit es für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist, können für verschiedene Regionen der Bundesrepublik

unterschiedliche Verhältniszahlen festgesetzt werden. [7]Dabei sollen die Morbidität, die Bevölkerungsstruktur und -entwicklung sowie die Ziele und Erfordernisse der Raumplanung berücksichtigt werden. [8]Werden für verschiedene Regionen unterschiedliche Verhältniszahlen festgelegt, so sind bei ihrer Ermittlung die Zahl der Einwohner bzw. der Zahnärzte in diesen Regionen zugrunde zu legen. [9]Bei der Ermittlung der Verhältniszahlen wird unter Beachtung von § 101 Abs. 1 Satz 4 SGB V erstmals vom Stand vom 31.12.1990 ausgegangen. [10]Die Verhältniszahlen werden im Abstand von höchstens drei Jahren durch den Gemeinsamen Bundesausschuss überprüft. [11]Dabei ist die Entwicklung der Einwohnerzahlen und der Zahnärztezahlen zu berücksichtigen.

(2) [1]Vollzeitig zugelassene Zahnärzte sind dabei mit dem Faktor 1,0 zu berücksichtigen, hälftig zugelassene Zahnärzte mit dem Faktor 0,5. [2]Genehmigte angestellte Zahnärzte sind nach Maßgabe des konkreten Beschäftigungsumfangs zu berücksichtigen. [3]Mit dem Antrag auf Genehmigung ist dem Zulassungsausschuss der schriftliche Arbeitsvertrag über die Beschäftigung als angestellter Zahnarzt vorzulegen.

(3) [1]Für die Berücksichtigung genehmigter angestellter Zahnärzte gelten folgende Anrechnungsfaktoren:

Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit

Anrechnungsfaktor

bis 10 Stunden pro Woche 0,25

über 10 bis 20 Stunden pro Woche 0,5

über 20 bis 30 Stunden pro Woche 0,75

über 30 Stunden pro Woche 1,0.

[2]Werden Arbeitsstunden pro Monat vereinbart, ist der Umrechnungsfaktor 1/4,2 zur Errechnung der Wochenarbeitszeit anzuwenden.

(4) [1]Kommt es bei einem angestellten Zahnarzt durch eine Änderung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit zu einer Erhöhung des Anrechnungsfaktors, so ist zuvor die Genehmigung des Zulassungsausschusses erforderlich. [2]Kommt es zu einer Verringerung des Anrechnungsfaktors, so ist dies dem Zulassungsausschuss anzuzeigen.

(5) Im Falle einer gleichzeitigen Tätigkeit als (vollzeitig oder hälftig) zugelassener Zahnarzt und/oder als angestellter Zahnarzt darf bei der Bemessung des Versorgungsgrades der Faktor 1.0 nicht überschritten werden.

(6) Die Bestimmungen in den Absätzen 2 bis 5 gelten gleichermaßen in Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V.

(7) [1]Entsprechend Absatz 1 werden für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der zahnärztlichen Versorgung folgende Verhältniszahlen festgelegt:

Für die alten Bundesländer

1:1.280 für die in Anlage 6 aufgeführten Gebiete

und

1:1.680 für die übrigen Gebiete der alten Bundesländer.

[2]Für die neuen Bundesländer werden die Verhältniszahlen nach Satz 1 bis zum 31. 12. 93 um 100 auf 1:1.180 bzw. 1:1.580 abgesenkt.

(8)[1] 1Entsprechend Absatz 1 wird für den allgemeinen bedarfgerechten Versorgungsgrad in der kieferorthopädischen Versorgung eine Verhältniszahl von 1:4.000 festgelegt, wobei die Bezugsgröße die Bevölkerungsgruppe der 0 bis 18-Jährigen ist. 2Zur Beurteilung des Standes der kieferorthopädischen Versorgung in einem Planungsbereich ist festzustellen, in welchem Umfang allgemein tätige Zahnärzte an der kieferorthopädischen Versorgung teilhaben. 3Dabei ist der Leistungsanteil der allgemein tätigen Zahnärzte an der Zahl der abgerechneten Fälle des III. Quartals eines jeden Jahres zu ermitteln. 4Der Versorgungsgrad wird in diesem Falle in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 errechnet (Planungsblatt C).

(9) Für die Beurteilung des sich unter Anwendung der Verhältniszahl ergebenden Versorgungsgrades sind nach Maßgabe der Planungsblätter insbesondere folgende Kriterien zu berücksichtigen:

a) auf Seiten der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte: deren Tätigkeitsgebiet, Alters- und Organisationsstruktur (Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft, Praxisgemeinschaft, Medizinisches Versorgungszentrum, Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V) sowie die Anzahl der angestellten Zahnärzte;

b) auf Seiten der Versicherten ihre Zahl, ihre Altersstruktur, ihre Nachfrage nach zahnärztlichen Leistungen sowie der Ort der tatsächlichen Inanspruchnahme der zahnärztlichen Leistungen.

(10) 1Zur Feststellung des Versorgungsgrades sind zum 31. Dezember eines jeden Jahres unter Zugrundelegung der Übersichten nach § 4 für jeden Planungsbereich

a) Bedarfspläne für die zahnärztliche Versorgung,

b) Bedarfspläne für die kieferorthopädische Versorgung zu erstellen.

2Bei der Erstellung dieser Bedarfspläne sind für die allgemeinzahnärztliche Versorgung das Planungsblatt B (Anlage 2), für die kieferorthopädische Versorgung das Planungsblatt C (Anlage 3) jeweils einschließlich der dazugehörigen Hinweise zu verwenden.

(11) Auf Grund der in den Planungsblättern enthaltenen Daten ist einmal jährlich ein Bedarfsplan für den Bereich einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung oder im Falle des § 12 Abs. 2 ZV-Z für den Bereich mehrerer Kassenzahnärztlicher Vereinigungen zu erstellen und in geeigneter Weise in den amtlichen Mitteilungsblättern der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu veröffentlichen.

§ 6 Kriterien und Verfahren zur Feststellung einer eingetretenen oder drohenden zahnärztlichen Unterversorgung

(1) 1Eine Unterversorgung in der vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten liegt vor, wenn in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks Vertragszahnarztsitze, die im Bedarfsplan für eine bedarfsgerechte Versorgung vorgesehen sind, nicht nur vorübergehend nicht besetzt werden können und dadurch eine unzumutbare Erschwernis in der Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen eintritt, die auch durch Ermächtigung anderer Zahnärzte und zahnärztlich geleiteter Einrichtungen nicht behoben werden kann. 2Das Vorliegen dieser Voraussetzungen ist zu vermuten, wenn der Bedarf den Stand der zahnärztlichen Versorgung um mehr als 100 v. H. überschreitet. 3Eine Unterversorgung droht, wenn insbesondere auf Grund der Altersstruktur der Zahnärzte eine Verminderung der Zahl der Ver-

[1] Beschluss des GBA vom 21.08.2008, in der Fassung gültig ab 01.10.2008

tragszahnärzte in einem Umfang zu erwarten ist, der zum Eintritt einer Unterversorgung nach den in Satz 1 genannten Kriterien führen würde.

(2) [1]Liegt ein Anhalt für eine Unterversorgung oder eine drohende Unterversorgung im Sinne des Absatzes 1 in einem bestimmten Gebiet vor, so ist auf Veranlassung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der Krankenkassen oder eines Verbandes der Ersatzkassen eine gemeinsame Prüfung der Struktur und des Standes der zahnärztlichen Versorgung anhand der in den Planungsblättern enthaltenen Versorgungsdaten vorzunehmen. [2]Die Prüfung ist innerhalb angemessener Frist, die zwei Monate nicht überschreiten darf, durchzuführen. [3]Ergibt die Prüfung für die Kassenzahnärztliche Vereinigung, für einen Landesverband der Krankenkassen oder einen Verband der Ersatzkassen, dass nach den in Absatz 1 genannten Kriterien eine Unterversorgung oder eine drohende Unterversorgung in dem bestimmten Gebiet anzunehmen ist, so ist der Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen unter Mitteilung der für diese Feststellung maßgebenden Tatsachen und unter Übersendung der zur Prüfung dieser Tatsachen erforderlichen Unterlagen zu benachrichtigen.

(3) [1]Der Landesausschuss hat innerhalb angemessener Frist, die drei Monate nicht überschreiten darf, zu prüfen, ob in dem betreffenden Gebiet eine zahnärztliche Unterversorgung besteht oder in absehbarer Zeit droht. [2]Die Prüfung, ob die in Absatz 1 hierfür genannten Kriterien vorliegen, ist auf der Grundlage der mitgeteilten Tatsachen und der übersandten Unterlagen sowie der in den Planungsblättern A bis C enthaltenen Planungs- und Versorgungsdaten unter Berücksichtigung des Zieles der Sicherstellung vorzunehmen. [3]Hält der Landesausschuss diese Unterlagen nicht für ausreichend, so hat er in eine weitere Prüfung der tatsächlichen Verhältnisse in dem bestimmten Gebiet einzutreten oder ergänzende Unterlagen bzw. Angaben von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, einem Landesverband der Krankenkassen oder einem Verband der Ersatzkassen anzufordern.

(4) Die auf Grund der Feststellung über eine eingetretene oder unmittelbar drohende Unterversorgung erforderlichen weiteren Maßnahmen des Landesauschusses richten sich nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuches V und der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte.

§ 7 Zahnärztliche Überversorgung

Überversorgung in der vertragszahnärztlichen Versorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad (Verhältniszahlen gemäß § 5 Absatz 7 und 8 dieser Richtlinie) um 10 v. H. überschritten ist.

§ 8 Planungsblätter

Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Planungsblätter (Anlagen 1 bis 3 der Bedarfsplanungs-Richtlinie) der geänderten Richtlinienfassung anzupassen.

§ 9 Inkrafttreten

Diese Richtlinie tritt am 1. Oktober 2007 in Kraft.

Siegburg, den 14.08.2007

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 Abs. 6 SGB V

Der Vorsitzende

Genzel

Anlagenverzeichnis

Anlage 1 Planungsblatt A

Anlage 2 Planungsblatt B

Anlage 3 Planungsblatt C

Anlage 4 nicht besetzt

Anlage 5 nicht besetzt

Anlage 6 Zu § 5 der Richtlinie

Anlage 1

ZAHNÄRZTLICHE VERSORGUNG

Planungsblatt		**A**
Strukturdaten		Blatt_____
Angelegt am: _____	Stand am: _____	von ____Blättern

PB-Nr.:	Planungsbereich

Zulassungs-status	Gemeinde / Stadtteil im Planungsbereich	Ab-rechn.-Nr.	Geburts-jahr	Anzahl der ange-stellten Zahnärzte	Anzahl der Assisten-ten	Behandlungs-fälle gesetzl. Kranken-kassen (3. Qu. 20..)		Praxis-besonder-heiten	Organisations-struktur
						Kons-Fälle	Kfo-Fälle		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									

10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19 Übertrag von Vorblatt C /									
20 Insgesamt Übertrag									

Anlage 2

KZV: Planungsblatt B

Stand: Zahnärztliche Versorgung

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
					Z A H N Ä R Z T E					
PB-Nr.	Planungs-bereich	Einwoh-nerzahl	Bereinigte Einwoh-nerzahl	Versor-gungsgrad 100 %	Vertrags-zahnärzte	Angest. Zahnärzte	Insgesamt	KFO-An-rechnung Zahnärzte	Insgesamt	Versor-gungsgrad in %

Anlage 3

KZV: Planungsblatt C[2]

Stand: Kieferorthopädische Versorgung

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
					Z A H N Ä R Z T E					
PB-Nr.	Planungs-bereich	Einwoh-nerzahl (0 bis 18 Jahre)	Bereinigte Einwoh-nerzahl	Versor-gungsgrad 100 %	Vertrags-zahnärzte + Ermäch-tigung	Angest. Zahnärzte	Insgesamt	KFO-An-rechnung Zahnärzte	Insgesamt	Versor-gungsgrad in %

[2] Beschluss des GBA vom 21.08.2008, in der Fassung gültig ab 01.10.2008

Erläuterungen zu den Planungsblättern A, B und C (Anlagen 1, 2, 3)

Planungsblatt A

Strukturdaten

Kopfspalte: Nummer und Name des festgelegten Planungsbereichs

Allgemeiner

Hinweis: Falls für die Darstellung der Strukturdaten mehrere Planungsblätter A benötigt werden, ist auf jedem der dem Blatt 1 nachfolgenden Blätter in Zeile 19 jeweils die Summe vom vorhergehenden Blatt aus Zeile 20 als Übertrag aufzuführen.

Sp. 1: Zulassungsstatus

Vollzeitig zugelassene Zahnärzte sind mit dem Faktor 1,0 anzusetzen, hälftig zugelassene mit dem Faktor 0,5.

Sp. 2: Gemeinden und Stadtteile innerhalb des in der Kopfspalte aufgeführten Planungsbereichs

Sp. 3: Abrechnungs-Nummer der Zahnärzte des aufgeführten Planungsbereichs in der Reihenfolge der einzelnen Gemeinden und Stadtteile des Planungsbereichs

Sp. 4: vierstelliges Geburtsjahr

Sp. 5: Zahl der angestellten Zahnärzte gem. § 32b ZV-Z zum jeweiligen Stand.

Genehmigte angestellte Zahnärzte sind nach Maßgabe des konkreten Beschäftigungsumfangs zu berücksichtigen. Für die Berücksichtigung genehmigter angestellter Zahnärzte gelten folgende Anrechnungsfaktoren:

Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit

Anrechnungsfaktor

bis 10 Stunden pro Woche 0,25

über 10 bis 20 Stunden pro Woche 0,5

über 20 bis 30 Stunden pro Woche 0,75

über 30 Stunden pro Woche 1,0

Werden Arbeitsstunden pro Monat vereinbart, ist der Umrechnungsfaktor 1/4,2 zur Errechnung der Wochenarbeitszeit anzuwenden.

Für die neuen Bundesländer sind die in den Gesundheitseinrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V beschäftigten Fachzahnärzte und die vom Zulassungsausschuss genehmigten Zahnärzte anzusetzen.

Sp. 6: Zahl der Entlastungsassistenten gem. § 32 Abs. 1 ZV-Z,

Zahl der Vorbereitungsassistenten gem. § 3 Abs. 3 ZV-Z,

Zahl der Weiterbildungsassistenten, soweit nicht bereits bei den angestellten Zahnärzten gem. § 32 b ZV-Z berücksichtigt,

nach dem jeweiligen Stand

Sp.7-8: Zahl der Abrechnungsfälle im Bereich KONS und Kfo aus dem zuletzt abgerechneten III. Quartal sämtlicher Krankenkassen.

Das Jahr ist im Spaltenkopf anzugeben.

Sp. 9: Praxisbesonderheiten

Sp. 10: Einzelpraxis

Berufsausübungsgemeinschaft

Praxisgemeinschaft

Medizinisches Versorgungszentrum

Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V

Planungsblatt B

Zahnärztliche Versorgung

Sp. 3: Aktuelle Einwohnerzahl

Sp. 4: Bereinigte Einwohnerzahl; Einwohnerzahl (Sp. 3) +/- Pendler.

Die Ermittlung des Pendlersaldos erfolgt im Einvernehmen zwischen der KZV und den Verbänden der Krankenkassen.

Sp. 5: Feststellung des Zahnarztbedarfs (Versorgungsgrad 100 %) aus dem Rechenergebnis:

Bereinigte Einwohnerzahl (Sp.4) Verhältniszahl gem. § 5 Abs. 7 der Richtlinien	=	Rechnerischer Zahnarztbedarf (kaufm. auf eine Nachkommastelle gerundet)

Sp. 6: Zahl der Vertragszahnärzte zum jeweiligen Stand.

Vollzeitig zugelassene Zahnärzte sind mit dem Faktor 1,0 anzusetzen, hälftig zugelassene Zahnärzte mit dem Faktor 0,5.

Sp. 7: Zahl der angestellten Zahnärzte gem. § 32b ZV-Z zum jeweiligen Stand.

Genehmigte angestellte Zahnärzte sind nach Maßgabe des konkreten Beschäftigungsumfangs zu berücksichtigen. Für die Berücksichtigung genehmigter angestellter Zahnärzte gelten folgende Anrechnungsfaktoren:

Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit

Anrechnungsfaktor

bis 10 Stunden pro Woche 0,25

über 10 bis 20 Stunden pro Woche 0,5

über 20 bis 30 Stunden pro Woche 0,75

über 30 Stunden pro Woche 1,0

Werden Arbeitsstunden pro Monat vereinbart, ist der Umrechnungsfaktor 1/4,2 zur Errechnung der Wochenarbeitszeit anzuwenden.

Für die neuen Bundesländer sind die in den Gesundheitseinrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V beschäftigten Fachzahnärzte und die vom Zulassungsausschuss genehmigten Zahnärzte anzusetzen.

Sp. 8: Zahl der Zahnärzte einschließlich angestellte Zahnärzte

(Spalte 6 und Spalte 7)

Sp. 9: Es ist anzugeben, in welchem Umfang Allgemeinzahnärzte kieferorthopädisch tätig sind.

Die Ermittlung erfolgt nach folgender Formel:

$$K \bullet \frac{Z_A}{Z_K} \bullet \frac{F_A}{F_K} \text{ gerundet auf ganze Zahlen}$$

Dabei bedeutet:

K = Zahl der Kieferorthopäden im Kfo-Planungsbereich

Z_A = Zahl der Zahnärzte aus Spalte 8

Z_K = Zahl der Zahnärzte im Kfo-Planungsbereich

F_A = Zahl der Kfo-Fälle aller Allgemeinzahnärzte im Kfo-Planungsbereich

F_K = Zahl der Kfo-Fälle aller Kieferorthopäden im Kfo-Planungsbereich

Soweit das Kfo-Honorarvolumen ermittelt werden kann, ist es zulässig, dieses anstelle der Kfo-Fälle der Berechnung zugrunde zu legen.

Soweit eine Berechnung anhand konkreter Abrechnungswerte noch nicht möglich ist, ist eine Schätzung zulässig.

Soweit in einem Planungsbereich keine Kieferorthopäden tätig sind, sind die Werte für einen vergleichbaren Bereich anzusetzen.

Sp. 10: Zahl der bei der Ermittlung des Versorgungsgrades zu berücksichtigenden Vertragszahnärzte (Zahnärzte-Ist)

(Sp. 8 - Sp. 9)

Sp. 11: Feststellung des Versorgungsgrades in % als Rechenergebnis aus

$$\frac{\text{Sp. 10}}{\text{Sp. 5}} \times 100$$

Planungsblatt C

Kieferorthopädische Versorgung

Die Erläuterungen zum Planungsblatt B gelten entsprechend, wobei anstelle der Zahnärzte jeweils die zugelassenen und ermächtigten Kieferorthopäden (Spalte 6) bzw. die in Kfo-Praxen angestellten Zahnärzte (Spalte 7) zu berücksichtigen sind.

Die Verhältniszahl bei der Ermittlung des rechnerischen Bedarfs (Spalte 5) beträgt 1 : 16.000.

Sp. 9: Die Berechnung der Kfo-Anrechnung der Allgemeinzahnärzte in Spalte 9 erfolgt nach folgender Formel:

$$K \bullet \frac{F_A}{F_K} \text{ gerundet auf ganze Zahlen}$$

Dabei bedeutet:

K = Zahl der Kieferorthopäden im Kfo-Planungsbereich

F_A = Zahl der Kfo-Fälle aller Allgemeinzahnärzte im Kfo-Planungsbereich

F_K = Zahl der Kfo-Fälle aller Kieferorthopäden im Kfo-Planungsbereich

Soweit das Kfo-Honorarvolumen ermittelt werden kann, ist es zulässig, dieses anstelle der Kfo-Fälle der Berechnung zugrunde zu legen.

Soweit eine Berechnung anhand konkreter Abrechnungswerte noch nicht möglich ist, ist eine Schätzung zulässig.

Soweit in einem Planungsbereich keine Kieferorthopäden tätig sind, sind die Werte für einen vergleichbaren Bereich anzusetzen.

Sp. 10: Zahl der bei der kieferorthopädischen Versorgungen zu berücksichtigenden Fach-/Zahnärzte

(Sp. 8 + Sp. 9)

Sp. 11: Die Feststellung des Kfo-Versorgungsgrades in % erfolgt als Rechenergebnis aus

$$\frac{\text{Sp. 10}}{\text{Sp. 5}} \times 100$$

Anlage 6 zu § 5 in der Fassung des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 17.11.2006

KZV	**Baden-Württemberg**
	Bezirksdirektion Freiburg
	Freiburg, Stadt
	Bezirksdirektion Karlsruhe
	Karlsruhe, Stadt
	Heidelberg, Stadt
	Mannheim, Stadt
	Pforzheim, Stadt
	Bezirksdirektion Stuttgart
	Stuttgart, Stadt
	Heilbronn, Stadt
	Bezirksdirektion Tübingen
	Ulm, Stadt
KZV	**Bayerns**
	München, Stadt
	Regensburg, Stadt
	Erlangen, Stadt
	Fürth, Stadt
	Nürnberg, Stadt
	Würzburg, Stadt
	Augsburg, Stadt
	Ingolstadt, Stadt
KZV	**Berlin**
	Berlin, Stadt
KZV	**Brandenburg**
	Cottbus, Stadt
	Potsdam, Stadt
KZV	**Bremen**
	Bremen, Stadt
KZV	**Hamburg**
	Hamburg, Stadt
KZV	**Hessen**
	Darmstadt, Stadt
	Frankfurt/Main, Stadt
	Offenbach, Stadt
	Wiesbaden, Stadt
	Kassel, Stadt
KZV	**Mecklenburg-Vorpommern**
	Rostock, Stadt
KZV	**Niedersachsen**
	Braunschweig, Stadt
	Göttingen, Stadt
	Salzgitter, Stadt
	Wolfsburg, Stadt
	Hannover, Stadt
	Oldenburg, Stadt
	Osnabrück, Stadt
KZV	**Nordrhein**
	Düsseldorf, Stadt
	Krefeld, Stadt
	Remscheid, Stadt
	Solingen, Stadt
	Wuppertal, Stadt
	Aachen, Stadt
	Bonn, Stadt
	Köln, Stadt
	Leverkusen, Stadt

KZV **Rheinland-Pfalz**	**KZV** **Sachsen-Anhalt**
Regionaldirektion Koblenz-Trier	Halle/Saale, Stadt
Koblenz, Stadt	Magdeburg, Stadt
Regionaldirektion Pfalz	
Kaiserslautern, Stadt	**KZV** **Schleswig-Holstein**
Ludwigshafen, Stadt	Kiel, Stadt
Regionaldirektion Rheinhessen	Lübeck, Stadt
Mainz, Stadt	
	KZV **Thüringen**
KZV **Saarland**	Erfurt, Stadt
Stadtverband Saarbrücken	Gera, Stadt
	Jena, Stadt
KZV **Sachsen**	
Chemnitz, Stadt	**KZV** **Westfalen-Lippe**
Dresden, Stadt	Münster, Stadt
Leipzig, Stadt	Bielefeld, Stadt

Beschluss

Gemeinsamer Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Qualitätsmanagement-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seinen Sitzungen am 17. Dezember 2015 und 15. September 2016 die Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL) beschlossen:

I. „**Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL)**

Präambel

Einrichtungsinternes Qualitätsmanagement dient der kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung sowie der Organisationsentwicklung. Mit dem primären Ziel einer größtmöglichen Patientensicherheit sollen neben einer bewussten Patientenorientierung auch die Perspektiven der an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteure berücksichtigt werden.

Die Richtlinie beschreibt die grundsätzlichen Anforderungen für eine erfolgreiche Einführung und Umsetzung von Qualitätsmanagement. Dabei hat der Aufwand in einem angemessenen Verhältnis insbesondere zur personellen und strukturellen Ausstattung zu stehen. Die konkrete Ausgestaltung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements erfolgt spezifisch in jeder Einrichtung.

Teil A dieser Richtlinie enthält die Rahmenbestimmungen, die gemeinsam für alle Sektoren gelten. Teil B dieser Richtlinie enthält in den sektorspezifischen Abschnitten für den jeweiligen Sektor maßgebliche Konkretisierungen der Rahmenbestimmungen.

Gesetzliche Grundlagen

Die an der stationären, vertragsärztlichen, vertragspsychotherapeutischen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer sind nach § 135a Absatz 2 Nummer 2 SGB V verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Mit der vorliegenden Richtlinie bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach § 92 i. V. m. § 136 Absatz 1 Nummer 1 SGB V die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement, wozu auch wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit gehören.

Teil A

Sektorenübergreifende Rahmenbestimmungen für die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement

§ 1 Ziele des Qualitätsmanagements

Unter Qualitätsmanagement ist die systematische und kontinuierliche Durchführung von Aktivitäten zu verstehen, mit denen eine anhaltende Qualitätsförderung im Rahmen der Patientenversorgung erreicht werden soll. Qualitätsmanagement bedeutet konkret, dass Organisation, Arbeits- und Behandlungsabläufe festgelegt und zusammen mit den Ergebnissen regelmäßig intern überprüft werden. Gegebenenfalls werden dann Strukturen und Prozesse angepasst und verbessert. Gleichzeitig soll die Ausrichtung der Abläufe an fachlichen Standards, gesetzlichen und vertraglichen Grundlagen in der jeweiligen Einrichtung unterstützt werden. Die Vorteile von Qualitätsmanagement als wichtiger Ansatz zur Förderung der Patientensicherheit sollen allen Beteiligten bewusst gemacht werden. Eine patientenorientierte Prozessoptimierung sowie die Patientenzufriedenheit stehen im Mittelpunkt. Zusätzlich soll Qualitätsmanagement dazu beitragen, die Zufriedenheit aller am Prozess Beteiligten zu erhöhen.

Qualitätsmanagement muss für die Einrichtung, ihre Leitung und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie für die Patientinnen und Patienten effektiv und effizient sein und eine Sicherheitskultur befördern. Erkenntnisse aus und Ergebnisse von interner und externer Qualitätssicherung sind in das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement einzubinden.

Ziele und Umsetzung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements müssen jeweils auf die einrichtungsspezifischen und aktuellen Gegebenheiten bezogen sein. Sie sind an die Bedürfnisse der jeweiligen Patientinnen und Patienten, der Einrichtung und ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anzupassen. Dabei können die Einrichtungen bei der Einführung und Umsetzung ihres Qualitätsmanagement-Systems eine eigene Ausgestaltung vornehmen oder auf vorhandene Qualitätsmanagement-Verfahren bzw. -Modelle zurückgreifen.

§ 2 Grundlegende Methodik

Qualitätsmanagement ist eine Führungsaufgabe, die in der Verantwortung der Leitung liegt. Dabei erfordert Qualitätsmanagement die Einbindung aller an den Abläufen beteiligten Personen.

Qualitätsmanagement ist ein fortlaufender Prozess und von der Leitung an konkreten Qualitätszielen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auszurichten. Die Festlegung von Qualitätszielen für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement sollte sich an den in § 3 genannten Grundelementen orientieren. Für die Zielerreichung dienen die in § 4 aufgeführten Methoden und Instrumente. Diese einrichtungsinternen Ziele sollen durch ein schrittweises Vorgehen mit systematischer Planung, Umsetzung, Überprüfung und gegebenenfalls Verbesserung erreicht werden, was auf dem Prinzip des sogenannten PDCA-Zyklus beruht. Durch die Identifikation relevanter Abläufe, ihre sichere Gestaltung und ihre systematische Darlegung sollen Risiken erkannt und Probleme vermieden werden.

Um die eigene Zielerreichung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements beurteilen zu können, sollten – wo möglich – Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Organisation und Versorgung gemessen und bewertet werden. Kennzahlen und valide Qualitätsindikatoren dienen dazu, die Zielerreichung intern zu überprüfen und somit die individuelle Umsetzung in den Einrichtungen zu fördern. Anonymisierte Vergleiche mit anderen Einrichtungen können

dabei hilfreich sein. Die Teilnahme an Fortbildungskursen zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement wird empfohlen.

§ 3 Grundelemente

Qualitätsmanagement umfasst insbesondere folgende grundlegenden Elemente:

- Patientenorientierung einschließlich Patientensicherheit
- Mitarbeiterorientierung einschließlich Mitarbeitersicherheit
- Prozessorientierung
- Kommunikation und Kooperation
- Informationssicherheit und Datenschutz
- Verantwortung und Führung

§ 4 Methoden und Instrumente

(1) Die nachfolgenden Methoden und Instrumente sind etablierte und praxisbezogene Bestandteile des Qualitätsmanagements, die verpflichtend anzuwenden sind. Auf die Anwendung einer aufgelisteten Methode und/oder eines aufgelisteten Instruments kann verzichtet werden, soweit die konkrete personelle und sächliche Ausstattung bzw. die örtlichen Gegebenheiten der jeweiligen Einrichtungen oder sonstige medizinisch-fachlich begründete Besonderheiten der Leistungserbringung dem Einsatz der Instrumente offensichtlich entgegenstehen. Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und lässt den Einrichtungen die Freiheit, zusätzlich weitere Qualitätsmanagement-Methoden und -Instrumente einzusetzen. Die Möglichkeit des Verzichts nach Satz 2 gilt nicht für die Mindeststandards des Risikomanagements, des Fehlermanagements und der Fehlermeldesysteme, für das Beschwerdemanagement im Krankenhaus sowie für die Nutzung von Checklisten bei operativen Eingriffen, die unter Beteiligung von zwei oder mehr Ärzten bzw. Ärztinnen oder die unter Sedierung erfolgen.

- **Messen und Bewerten von Qualitätszielen**

  Wesentliche Zielvorgaben zur Verbesserung der Patientenversorgung oder der Einrichtungsorganisation werden definiert, deren Erreichungsgrad erfasst, regelmäßig ausgewertet und gegebenenfalls Konsequenzen abgeleitet.

- **Erhebung des Ist-Zustandes und Selbstbewertung**

  Regelmäßige Erhebungen des Ist-Zustandes und Selbstbewertungen dienen der Festlegung und Überprüfung von konkreten Zielen und Inhalten des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.

- **Regelung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten**

  Die Organisationsstruktur, Verantwortlichkeiten, Zuständigkeiten und Entscheidungskompetenzen werden schriftlich, beispielsweise durch eine Tabelle, Grafik oder ein Organigramm, festgelegt. Dabei werden wesentliche Verantwortlichkeiten besonders für alle sicherheitsrelevanten Prozesse berücksichtigt.

- **Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen**

  Die wesentlichen Prozesse der Patientenversorgung und der Einrichtungsorganisation werden einrichtungsspezifisch identifiziert, geregelt und beispielsweise in Form von Tabellen, Flussdiagrammen oder Verfahrensanweisungen dargestellt. Dabei werden die Verantwortlichkeiten, besonders für alle sicherheitsrelevanten Prozesse, in die Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen aufgenommen und fachliche Standards berücksichtigt.

Die Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen stehen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Verfügung und werden in festzulegenden Abständen überprüft und bei Bedarf angepasst. Alle beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen diese nachvollziehen und ihre jeweilige Aufgabe ableiten können.

- **Schnittstellenmanagement**

  Ein systematisches Management an den Schnittstellen der Versorgung umfasst gezielte Kommunikation und abgestimmte Zusammenarbeit aller Beteiligten. Für eine sichere und patientenorientierte Versorgung sollen besonders die Übergänge entlang der gesamten Versorgungskette so gestaltet werden, dass alle erforderlichen Informationen zeitnah zur Verfügung stehen und eine koordinierte Versorgung gewährleistet ist.

- **Checklisten**

  In Checklisten werden Einzelaspekte eines Prozesses systematisiert, um deren verlässliche Umsetzung zu gewährleisten. Dies ist bei sicherheitsrelevanten Prozessen von besonderer Bedeutung. Das konsequente Anwenden von Checklisten, z.B. zur Vermeidung von Verwechslungen, unterstützt somit reibungslose Abläufe und ist ein bedeutsames Element einer Sicherheitskultur.

  Bei operativen Eingriffen, die unter Beteiligung von zwei oder mehr Ärztinnen bzw. Ärzten oder die unter Sedierung erfolgen, werden OP-Checklisten eingesetzt. Diese OP-Checklisten sollen einrichtungsspezifisch entwickelt und genutzt werden sowie alle am Eingriff Beteiligten einbeziehen. Insbesondere sind sie auf die Erkennung und Vermeidung unerwünschter Ereignisse und Risiken auszurichten, wie z. B. Patienten-, Eingriffs- und Seitenverwechslungen und schwerwiegende Komplikationen. Gleichzeitig beinhalten sie Fragen zum Vorhandensein und zur Funktion des erforderlichen Equipments.

- **Teambesprechungen**

  Es werden regelmäßig strukturierte Besprechungen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bzw. Teams durchgeführt, die allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ermöglichen, aktuelle Themen und Probleme anzusprechen.

- **Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen**

  Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen regelmäßig an Fortbildungen mit unmittelbarem Bezug zur eigenen Tätigkeit teilnehmen. Art und Umfang der Fortbildungs- bzw. Schulungsmaßnahmen werden mit der Leitung einer Einrichtung abgestimmt und in ein auf die Mitarbeiterin und den Mitarbeiter abgestimmtes Konzept eingebunden.

- **Patientenbefragungen**

  Die Einrichtung führt regelmäßig Patientenbefragungen durch und wertet diese aus. Deren Ergebnisse geben der Leitung und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine Rückmeldung über die Patientenzufriedenheit und die Qualität der Versorgung aus Patientenperspektive sowie gegebenenfalls Anhaltspunkte für Verbesserungsmaßnahmen. Möglichst sollten dafür validierte Patientenbefragungs-instrumente genutzt werden.

- **Mitarbeiterbefragungen**

  Es werden regelmäßig möglichst anonyme Mitarbeiterbefragungen durchgeführt. Zweck der Befragung ist es, Informationen aus der Mitarbeiterperspektive zu ermitteln, um hieraus Veränderungsmaßnahmen – mit dem Ziel der Weiterentwicklung – abzuleiten.

- **Beschwerdemanagement**

  Die Einrichtung betreibt ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement mit geregelter Bearbeitung der Beschwerden. Dazu gehört die Information der Patientinnen und Patienten über die persönliche oder anonyme Beschwerdemöglichkeit vor Ort. Die Rückmeldungen werden analysiert, bewertet und gegebenenfalls Veränderungsmaßnahmen daraus abgeleitet. Sofern möglich, erhalten die Beschwerdeführenden eine Rückmeldung über die gegebenenfalls eingeleiteten Maßnahmen.

- **Patienteninformation und -aufklärung**

  Zur Patienteninformation gehören Informations- und Aufklärungsmaßnahmen, die dazu beitragen, dass Patientinnen und Patienten besser im Behandlungsverlauf mitwirken und gezielt zur Erhöhung ihrer eigenen Sicherheit beitragen können.

  Für den gezielten Einsatz im individuellen Arzt-Patient-Kontakt wird eine Zusammenstellung zuverlässiger, verständlicher Patienteninformationen sowie von Angeboten von Selbsthilfeorganisationen und Beratungsstellen gepflegt.

- **Risikomanagement**

  Risikomanagement dient dem Umgang mit potenziellen Risiken, der Vermeidung und Verhütung von Fehlern und unerwünschten Ereignissen und somit der Entwicklung einer Sicherheitskultur. Dabei werden unter Berücksichtigung der Patienten- und Mitarbeiterperspektive alle Risiken in der Versorgung identifiziert und analysiert sowie Informationen aus anderen Qualitätsmanagement-Instrumenten, insbesondere die Meldungen aus Fehlermeldesystemen genutzt. Eine individuelle Risikostrategie umfasst das systematische Erkennen, Bewerten, Bewältigen und Überwachen von Risiken sowie die Analyse von kritischen und unerwünschten Ereignissen, aufgetretenen Schäden und die Ableitung und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen. Ein relevanter Teil der Risikostrategie ist eine strukturierte Risikokommunikation.

- **Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme**

  Der systematische Umgang mit Fehlern („Fehlermanagement“) ist Teil des Risikomanagements. Zum Fehlermanagement gehört das Erkennen und Nutzen von Fehlern und unerwünschten Ereignissen zur Einleitung von Verbesserungsprozessen in der Praxis.

  Fehlermeldesysteme sind ein Instrument des Fehlermanagements. Ein Fehlerberichts- und Lernsystem ist für alle fach- und berufsgruppenübergreifend niederschwellig zugänglich und einfach zu bewerkstelligen. Ziel ist die Prävention von Fehlern und Schäden durch Lernen aus kritischen Ereignissen, damit diese künftig und auch für andere vermieden werden können. Die Meldungen sollen freiwillig, anonym und sanktionsfrei durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfolgen. Sie werden systematisch aufgearbeitet und Handlungsempfehlungen zur Prävention werden abgeleitet, umgesetzt und deren Wirksamkeit im Rahmen des Risikomanagements evaluiert.

(2) Im Rahmen des Qualitätsmanagements werden insbesondere folgende Anwendungsbereiche geregelt:

- **Notfallmanagement**

  Es wird eine dem Patienten- und Leistungsspektrum entsprechende Notfallausstattung und Notfallkompetenz, die durch regelmäßiges Notfalltraining aktualisiert wird, vorgehalten. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind im Erkennen von und Handeln bei Notfallsituationen geschult.

- **Hygienemanagement**

  Hygienemanagement umfasst den sachgerechten Umgang mit allen Hygiene-assoziierten Strukturen und Prozessen einer Einrichtung und dient der Verhütung und Vorbeugung von Infektionen und Krankheiten. Dazu gehören z.B. auch der sachgerechte Einsatz antimikrobieller Substanzen sowie Maßnahmen gegen die Verbreitung multiresistenter Erreger.

- **Arzneimitteltherapiesicherheit**

  Arzneimitteltherapiesicherheit ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für die Patientin und den Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern.

  Die Einrichtung soll bei der Verordnung und Verabreichung von Arzneimitteln

  - vermeidbare Risiken, die im Rahmen der Arzneimitteltherapie entstehen, durch geeignete Maßnahmen identifizieren,
  - durch geeignete Maßnahmen sicherstellen, dass einschlägige Empfehlungen im Umgang mit Arzneimitteln bekannt sind und
  - sicherstellen, dass angemessene Maßnahmen ergriffen werden, um Risiken im Medikationsprozess zu minimieren.

- **Schmerzmanagement**

  Bei Patientinnen und Patienten mit bestehenden sowie zu erwartenden Schmerzen erfolgt ein Schmerzmanagement von der Erfassung bis hin zur Therapie, das dem Entstehen von Schmerzen vorbeugt, sie reduziert oder beseitigt.

- **Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen bzw. Sturzfolgen**

  Sturzprophylaxe hat zum Ziel, Stürzen vorzubeugen und Sturzfolgen zu minimieren, in dem Risiken und Gefahren erkannt und nach Möglichkeit beseitigt oder reduziert werden. Dazu gehören Maßnahmen zur Risikoeinschätzung und vor allem adäquate Maßnahmen zur Sturzprävention.

§ 5 Dokumentation

Die Einrichtungen haben die Umsetzung und Weiterentwicklung ihres Qualitätsmanagements im Sinne einer Selbstbewertung regelmäßig zu überprüfen. Die Ergebnisse der Überprüfung sind für interne Zwecke zu dokumentieren.

§ 6 Erhebung und Darlegung des Stands der Umsetzung und Weiterentwicklung von einrichtungsinternem Qualitätsmanagement

(1) Das Institut gemäß § 137a SGB V wird vom G-BA beauftragt, methodische Hinweise und Empfehlungen zu entwickeln, die insbesondere folgende Aspekte betreffen:

- Größe des jeweils repräsentativen Stichprobenumfangs,
- Länge der Erhebungsintervalle,
- Struktur und Inhalte der Erhebungsinstrumente einschließlich Anforderungen an deren Dokumentation,
- Kriterien für die Auswertung und Bewertung der Ergebnisse,
- gegebenenfalls zusätzliche von den Leistungserbringern beizubringende Dokumentationen,

- Instrumente zur Unterstützung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (z. B. Beratungsgespräch, Abschluss von Zielvereinbarungen),
- Struktur, Inhalte, Dokumentationsanforderungen und Laienverständlichkeit der Berichte gemäß Absatz 4.

Bei der Entwicklung der methodischen Hinweise und Empfehlungen sind gegebenenfalls relevante Besonderheiten in den einzelnen Versorgungssektoren insbesondere dann zu beachten, wenn sie der Ausschöpfung von sektorspezifischen Qualitätsverbesserungspotenzialen dienen. Bereits aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen vorhandene Informationsquellen, die eine einrichtungsbezogene Auskunft über den Stand der Einführung von einrichtungsinternem Qualitätsmanagement geben, sowie bereits auf anderer gesetzlicher Grundlage bestehende Regelungen zur Förderung von einrichtungsinternem Qualitätsmanagement sind zu berücksichtigen.

(2) Der G-BA beschließt unter Berücksichtigung der Ergebnisse von Absatz 1 die konkreten Vorgaben für die regelmäßige Erhebung und Darlegung des aktuellen Stands der Umsetzung und Weiterentwicklung von einrichtungsinternem Qualitätsmanagement gemäß der Richtlinie. Die an der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer sowie die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, sich an der für die Darlegung erforderlichen Erhebung zu beteiligen. Die für die Darlegung des Umsetzungsstandes erforderlichen Erhebungen erfolgen auf der Basis einer jeweils repräsentativen Stichprobe von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten sowie Krankenhäusern.

(3) Die Durchführung der Erhebung nach den Vorgaben gemäß Absatz 2 obliegt a) in den Vertragsarztpraxen den Kassenärztlichen Vereinigungen, b) in den Vertragszahnarztpraxen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, c) in den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern den Landeskrankenhausgesellschaften. Die Institutionen auf Landesebene gemäß Satz 1 können Dritte mit der Durchführung der Erhebung beauftragen.

(4) Die Ergebnisse der Erhebung gemäß Absatz 2 sind dem G-BA regelmäßig zu berichten. Hierzu erhält der G-BA für den vertragsärztlichen, den vertragszahnärztlichen und den stationären Sektor jeweils einen Bericht von der KBV, der KZBV bzw. der DKG, in dem die Ergebnisse in den einzelnen Bundesländern sowohl zusammenfassend als auch vergleichend dargestellt werden.

(5) Der G-BA führt die Berichte gemäß Absatz 4 einschließlich einer laienverständlichen Kommentierung im Internet in einer Veröffentlichung zusammen.

(6) Sobald das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V erstmals gemäß § 137a Absatz 3 Nummer 7 SGB V Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln entwickelt und über die Aussagekraft dieser Zertifikate und Qualitätssiegel in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form informiert hat, sollen diese bei der Methodik der Erhebung berücksichtigt werden. Der G-BA passt die Regelungen zur Erhebung und Berichterstellung, sofern erforderlich, an.

(7) Der G-BA evaluiert die Regelungen dieser Richtlinie insbesondere auf Basis der Berichte nach Absatz 4 und passt die Regelungen, sofern erforderlich, an.

§ 7 Übergangsregelungen

Bis der G-BA die Vorgaben für die regelmäßige Erhebung und Darlegung gemäß § 6 Absatz 2 beschlossen hat, gilt Folgendes:

1. Stationäre Versorgung

Die Krankenhäuser berichten in ihren strukturierten Qualitätsberichten gemäß § 136b Absatz 1 Nummer 3 SGB V über den jeweiligen Stand der Umsetzung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.

2. Vertragsärztliche Versorgung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen fordern mindestens 2,5 % zufällig ausgewählte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zu einer schriftlichen Darlegung des erreichten Umsetzungsstandes des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements ihrer Praxis auf. Die Ergebnisse sind der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu melden, die dem G-BA über den Umsetzungsstand des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in den ärztlichen Praxen berichtet. Da die Ergebnisse der bisherigen Erhebungen stabil sind, erfolgt die Darlegung gegenüber dem G-BA zweijährlich, erstmals für das Jahr 2017, jeweils bis zum 30. April des Folgejahres. Die Darlegung umfasst mindestens Angaben zum Umsetzungsstand und zu den ergriffenen Maßnahmen im Sinne von § 4 sowie entsprechende Unterlagen. Falls die eingereichten Unterlagen für eine Bewertung nicht ausreichen, kann die Qualitätsmanagement-Kommission der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung weitere Unterlagen von den zufällig ausgewählten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten anfordern oder sie auffordern, ihre Maßnahmen zur Einführung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements mündlich vor der Kommission darzulegen. Kommt die Qualitätsmanagement-Kommission bei ihrer Bewertung mehrheitlich zu dem Ergebnis, dass der vorgegebene Umsetzungsstand des Qualitätsmanagements noch nicht erreicht ist, berät sie die jeweiligen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, wie der erforderliche Stand in einem angemessenen Zeitraum erreicht werden kann.

3. Vertragszahnärztliche Versorgung

Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen fordern jährlich mindestens 2,0 % zufällig ausgewählter Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte zur Vorlage einer schriftlichen Dokumentation auf. Die Ergebnisse sind der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) zu melden, die dem G-BA zweijährlich, erstmals für das Jahr 2017, jeweils bis zum 31. Juli des Folgejahres über den Umsetzungsstand des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in den zahnärztlichen Praxen berichtet.

Teil B

Sektorspezifische Konkretisierungen der Rahmenbestimmungen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

I. Stationäre Versorgung

Teil B I. dieser Richtlinie beschreibt die für die stationäre Versorgung über die Rahmenbestimmungen hinausgehenden oder konkretisierenden Inhalte des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.

§ 1 Qualitätsmanagement in der stationären Versorgung

Qualitätsziele als Bestandteil der Unternehmenspolitik sollen zu den Unternehmenszielen aufgenommen werden. Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement sind Führungsaufgabe und werden von der Führungsebene verantwortet, dabei haben leitende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Vorbildfunktion. Es soll ein übergeordnetes zentrales, berufsgruppenübergreifendes Gremium mit enger Einbindung der Krankenhausleitung genutzt werden. Es unterstützt und koordiniert die Umsetzung von Qualitätsmanagement und klinischem Risikomanagement im Krankenhaus. Voraussetzungen für ein funktionsfähiges Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement sind aufbau- und ablauforganisatorische Rahmenbedingungen, die an den speziellen Verhältnissen vor Ort auszurichten sind, wobei Doppelstrukturen von Qualitäts- und Risikomanagement möglichst zu vermeiden sind. Als Instrumente des klinischen Risikomanagements im Krankenhaus sind z. B. Fehlermeldesysteme, Risiko-Audits, Morbiditäts- und Mortalitäts-Konferenzen oder Fallanalysen zu nennen. Die Schaffung entsprechender Hygiene- und Infektionsmedizinisch-assoziierter Strukturen und Prozesse im Krankenhaus ist Voraussetzung für die Gewährleistung der Patientensicherheit. Zur sachgerechten Umsetzung sind eine konsequent eingehaltene (Basis-)Hygiene, eine aussagekräftige Surveillance und der gezielte und kontrollierte Umgang mit Antibiotika durch entsprechend qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter notwendig.

§ 2 Bestimmung zu einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Gemäß § 136a Absatz 3 Satz 3 SGB V bestimmt der G-BA als Grundlage für die Vereinbarung von Vergütungszuschlägen nach § 17b Absatz 1a Nummer 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme, die in besonderem Maße geeignet erscheinen, Risiken und Fehlerquellen in der stationären Versorgung zu erkennen, auszuwerten und zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse beizutragen. Diese Anforderungen sind in einer separaten Bestimmung des G-BA dargelegt.

II. Vertragsärztliche Versorgung

Teil B II. dieser Richtlinie beschreibt die für die vertragsärztliche Versorgung über die Rahmenregelungen hinausgehenden oder konkretisierenden Inhalte des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.

§ 1 Geltungsbereich

Alle Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten sowie Medizinische Versorgungszentren sind verpflichtet, einrichtungsintern Qualitätsmanagement umzusetzen und weiterzuentwickeln. Bei Kooperationsformen im vertragsärztlichen Bereich wie z. B. Berufsausübungsgemeinschaften oder Medizinischen Versorgungszentren ist der Bezugspunkt der Qualitätsmanagement-Anforderungen nicht die einzelne Vertragsärztin oder der einzelne Vertragsarzt innerhalb der Kooperationsform, sondern die Einrichtung als solche. Dabei ist sicherzustellen, dass alle relevanten Prozesse und Strukturen, insbesondere mit Bezug zur Patientenversorgung, im Qualitätsmanagement abgebildet werden.

§ 2 Zeitrahmen

Die in Teil A § 4 aufgeführten Methoden und Instrumente sind innerhalb von drei Jahren nach Zulassung bzw. Ermächtigung der an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden in der Einrichtung umzusetzen und zu überprüfen sowie im Anschluss kontinuierlich weiterzuentwickeln.

§ 3 Umsetzung der Anforderungen

Die Umsetzung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements kann schrittweise, in frei gewählter Reihenfolge der Instrumente, erfolgen.

Einrichtungen, in denen mehrere Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte tätig sind, sollen eine/ein für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zuständige Vertragsärztin bzw. zuständigen Vertragsarzt benennen. Zusätzlich wird empfohlen, eine Mitarbeiterin bzw. einen Mitarbeiter mit der Koordination des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements zu beauftragen.

III. Vertragszahnärztliche Versorgung

Teil B III. dieser Richtlinie beschreibt die für die vertragszahnzahnärztliche Versorgung über die Rahmenbestimmungen hinausgehenden oder konkretisierenden Inhalte des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements. Bei Kooperationsformen (wie z. B. Gemeinschaftspraxen, Medizinische Versorgungszentren) ist Bezugspunkt der Qualitätsmanagement-Anforderungen dabei nicht die einzelne Vertragszahnärztin oder der einzelne Vertragszahnarzt, sondern immer die zahnärztliche Einrichtung als solche.

§ 1 Umsetzung der Anforderungen von Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement muss neben Effektivität und Effizienz für Praxisleitung und Praxismitarbeiter sowie für die Patientinnen und Patienten nützlich, hilfreich und möglichst unbürokratisch sein. Es bedarf zur Erreichung der jeweiligen Qualitätsziele der Bereitstellung von entsprechenden und ausreichenden personellen und finanziellen Ressourcen durch die Leitung, die jeweilig von den spezifischen Gegebenheiten in der zahnärztlichen Einrichtung abhängen.

Die Umsetzung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements kann schrittweise, in frei gewählter Reihenfolge der Instrumente, erfolgen. Es ist dabei sicherzustellen, dass das in der zahnärztlichen Einrichtung eingesetzte Qualitätsmanagement-System alle Grundelemente von Qualitätsmanagement (Teil A § 3) berücksichtigt.

Einrichtungen, in denen mehrere Vertragszahnärztinnen oder Vertragszahnärzte tätig sind, sollen eine/einen für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zuständige Vertragszahnärztin/zuständigen Vertragszahnarzt benennen. Zusätzlich wird empfohlen, wenn möglich eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter mit der Koordination des einrichtungsinternen Qualitätsmanagement zu beauftragen.

§ 2 Zeitrahmen

Die in Teil A § 4 aufgeführten Methoden und Instrumente sind innerhalb von drei Jahren nach Zulassung bzw. Ermächtigung der an der vertragszahnärztlichen Versorgung Teilnehmenden in der Einrichtung umzusetzen und zu überprüfen sowie im Anschluss kontinuierlich weiterzuentwickeln.

§ 3 Qualitätsmanagement in der vertragszahnärztlichen Versorgung

Bei der Ausrichtung aller Praxisabläufe sind insbesondere die folgenden gesetzlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen zu beachten:

- Allgemeine Behandlungsrichtlinien,
- IP-Richtlinien,
- FU-Richtlinien,
- ZE-Richtlinien,
- Festzuschuss-Richtlinien,
- KFO-Richtlinien,
- Bundesmantelverträge BMV-Z / EKV-Z,
- Röntgenverordnung,
- Vorgaben zur Einhaltung von Hygienemaßnahmen für Zahnarztpraxen

Zu den Methoden und Instrumenten des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (vgl. Teil A, § 4) sind unter Berücksichtigung der Besonderheiten der individuellen Praxisstruktur

folgende ergänzende sektorspezifische Hinweise im vertragszahnärztlichen Bereich zu beachten:

- **Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen**
  Dazu zählen beispielsweise auch die Regelung von Öffnungszeiten, Erreichbarkeit, Terminvergabe, Datenschutz und Datensicherheit sowie die beim vertragszahnärztlichen Gutachterwesen einzuhaltenden Abläufe.

- **Schnittstellenmanagement**
  Dazu zählen bei zahnärztlichen Einrichtungen nach außen vor allem die Abstimmung mit den anderen zahnmedizinischen und den ärztlichen Fachrichtungen sowie die Koordination zwischen zahnärztlicher Einrichtung und zahntechnischem Labor.
- **Teambesprechungen**
  Häufigkeit, Art und Umfang der Team-Besprechungen richten sich nach den fachlichen, organisatorischen und personellen Gegebenheiten der zahnärztlichen Einrichtung. So ist z. B. bei einer kleineren Praxis mit wenig Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Kontaktdichte und der daraus resultierende direkte Informationsfluss ein viel höherer als bei größeren Einrichtungen, mit Teilzeitkräften oder bei Schichtarbeit. Die Ergebnisse der Besprechungen sollen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Verfügung stehen.

- **Beschwerdemanagement**

  Im Rahmen des Beschwerdemanagements in einer zahnärztlichen Einrichtung ist es sinnvoll auch den Umgang mit eventuellen Mängelgutachten (z. B. individuelle Handhabung der Abläufe, Zusammenstellung und Vollständigkeit von relevanten Unterlagen) und den Ergebnissen daraus (z. B. Ableitung von eventuellen Verbesserungsmöglichkeiten) festzulegen.

- **Patienteninformation und -aufklärung**

  Im zahnärztlichen Bereich spielt Prävention eine wesentliche Rolle, dieser ist daher bei Patienteninformation und -aufklärung ein besonderer Stellenwert einzuräumen, damit die Patientinnen und Patienten ihren Teil zur Vermeidung einer Behandlung beitragen können.

Weitere Qualitätsmanagement-Instrumente sind:

- **Praxishandbuch**
  Als Buch oder EDV-gestützt enthält dieses alle wichtigen Regelungen für die zahnärztliche Einrichtung. Es wird regelmäßig aktualisiert.

§ 4 Erhebung und Darlegung des Stands der Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements

[bis zum G-BA-Beschluss nach Teil A § 6 Abs. 2 unbesetzt]“

II. Die Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Gleichzeitig treten die Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung in der Fassung vom 18. Oktober 2005 (BAnz S. 17 329), zuletzt geändert am 23. Januar 2014 (BAnz AT 16.04.2014 B3), die Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragszahnärztliche Versorgung in der Fassung vom 17. November 2006 (BAnz S. 7463), zuletzt geändert am 23. Januar 2014 (BAnz AT 07.04.2014 B2), und die Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser in der Fassung vom 21. Juni 2005 (BAnz S. 16 896), zuletzt geändert am 23. Januar 2014 (BAnz AT 16.04.2014 B4), außer Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 17. Dezember 2015

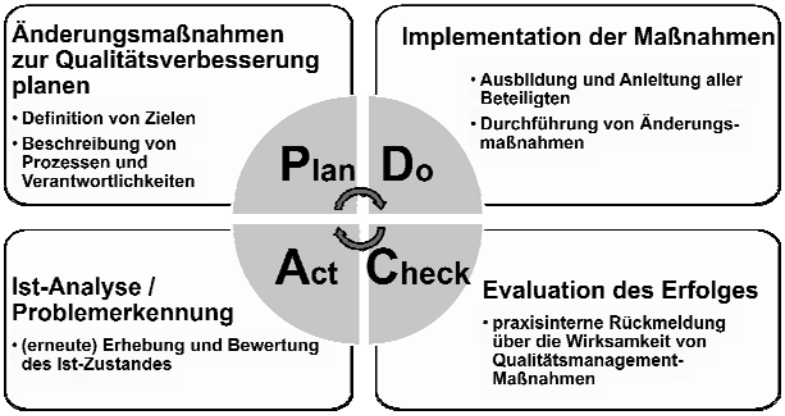
Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Berichtsbogen für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement (QM)

Abrechnungs-Nr._____ Berichtsjahr _____

Qualitätskreislauf / PDCA-Zyklus:



QM-Methoden:

- **P** Definition von Qualitätszielen
- **D** Umsetzung der Pläne / Änderungen
- **C** Messen und Bewerten des Erreichten im Hinblick auf die gesetzten Ziele
- **A** Erhebung des Ist-Zustandes und Selbstbewertung

QM-Grundelemente:

- Patientenorientierung / -sicherheit
- Mitarbeiterorientierung / -sicherheit
- Prozessorientierung
- Kommunikation und Kooperation
- Informationssicherheit und Datenschutz
- Verantwortung und Führung

Die Einrichtung wendet im Rahmen des QM die folgenden QM-Instrumente an:

QM-Instrumente und deren Anwendungsbereiche	**Aktueller Stand im PDCA-Zyklus**				
Bitte ankreuzen: **(nur ein Kreuz pro Zeile)**	**P**lan ist geplant	**D**o Wird angewendet	**C**heck Wird ausgewertet	**A**ct Wird fortentwickelt	**Nicht-anwen-dung**[1]
Regelung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten					
Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen					
Schnittstellenmanagement					
Checklisten					
Teambesprechungen					
Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen					
Patientenbefragungen					
Mitarbeiterbefragungen					
Beschwerdemanagement					
Patienteninformation und -aufklärung					
Risikomanagement					
Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme					

Bitte ankreuzen: **(nur ein Kreuz pro Zeile)**	**P**lan ist geplant	**D**o Wird angewendet	**C**heck Wird ausgewertet	**A**ct Wird fortentwickelt	**Nicht-anwen-dung**[1]
Praxishandbuch					
Notfallmanagement					
Hygienemanagement					
Arzneimitteltherapiesicherheit					
Schmerzmanagement					
Sturzprophylaxe					
Sonstige					

[1] Bei Kreuz in der Spalte „**Nichtanwendung**“ bitte Begründung angeben (ggf. auf gesondertem Blatt):

_____

_____

_____

Erklärung gemäß § 7 Nr. 3 der QM-Richtlinie

Ich erkläre, dass meine Einrichtung

- die in diesem Berichtsbogen angegebenen Instrumente des QM unter Anwendung des Qualitätskreislaufs und der QM-Methoden eingesetzt
- sowie sich bei ihren Qualitätszielen an den QM-Grundelementen orientiert hat.

- die Abläufe an den gesetzlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen, insbesondere
  - den Allgemeinen Behandlungsrichtlinien, IP-Richtlinien, FU-Richtlinien, ZE-Richtlinien, Festzuschuss-Richtlinien, Kfo-Richtlinien,
  - den Bundesmantelverträgen BMV-Z / EKV-Z,
  - der Röntgenverordnung und
  - den Vorgaben zur Einhaltung von Hygienemaßnahmen für Zahnarztpraxen

  ausgerichtet hat.

Eine Dokumentation zum QM liegt für interne Zwecke in der Einrichtung vor.

Die Einrichtung besteht seit mehr als drei Jahren: ☐ ja ☐ nein

_____
Name / Stempel

_____ _____
Datum Unterschrift

Glossar zum Berichtsbogen ab 2017 für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement

Aufgrund der sektorenübergreifenden Neufassung der

„Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL)“

durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), die am 16.11.2016 in Kraft getreten ist, wurde die Ihnen bisher bekannte QM-Richtlinie für die vertragszahnärztliche Versorgung abgelöst (https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2434/). Der Ihnen bekannte Berichtsbogen zum QM wurde daher von der KZBV zusammen mit den KZVen überarbeitet und soweit wie nötig angepasst. In diesem Glossar erläutern wir Ihnen dazu aufbauend auf dem bisherigen Glossar in Form einer Neuauflage Sinn und Zweck sowie die Inhalte des aktuellen Berichtsbogens ausführlich und geben Hilfestellung zum Ausfüllen.

I. Allgemeine Erläuterungen

Der Berichtsbogen dient der Ist-Einschätzung im Rahmen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (QM).
Er beinhaltet den Qualitätskreislauf, die QM-Methoden und –Grundelemente sowie die Instrumente des QM in Form von Aussagen, mit der Bitte um Angabe zum aktuellen Stand in der Praxis. Der Berichtsbogen dient dabei auch als interne Checkliste. Zum besseren Verständnis werden die Inhalte sowie Anwendungsbereiche nachfolgend praxisnah formuliert und anhand konkreter Beispiele aus dem Arbeitsalltag erläutert.
In der QM-Richtlinie werden Sie angehalten, Ihr praxisinternes QM an konkreten Qualitätszielen auszurichten. Die Ziele sind für Ihre Praxis individuell zu entwickeln und sollen sich an den QM-Grundelementen orientieren. Dies sind Patientenorientierung und -sicherheit, Mitarbeiterorientierung und -sicherheit, Prozessorientierung, Kommunikation und Kooperation, Informationssicherheit und Datenschutz sowie Verantwortung und Führung.

Daher beschreibt der Berichtsbogen auch das Verfahren, Ihre selbst gesetzten Qualitätsziele zu erreichen, im sogenannten Qualitätskreislauf / PDCA-Zyklus, die Methoden des QM und nennt gleichzeitig Instrumente und Anwendungsbereiche zu deren Umsetzung sowie der Erreichung der Qualitätsziele.
Die im Berichtsbogen und nachfolgend aufgelisteten und erläuterten Instrumente sind nach der neuen QM-Richtlinie abhängig von der individuellen Praxisstruktur

grundsätzlich alle anzuwenden, es sei denn aufgrund der bei Ihnen bestehenden Rahmenbedingungen macht dies keinen Sinn und ein Grund für die Nichtanwendung wird angegeben (z.B. „Teambesprechungen“,- weil Sie bspw. keine Mitarbeiter beschäftigen). Die Anwendung der QM-Instrumente Risiko-, Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme ist Pflicht, die Nichtanwendung daher ausgeschlossen. Dies gilt ebenfalls für die Anwendung von OP-Checklisten, wenn die in der Richtlinie beschriebenen Voraussetzungen vorliegen.

Wenn Ihre Praxis noch nicht drei Jahre besteht, haben Sie drei Jahre ab Praxisgründung Zeit, die in der QM-Richtlinie genannten Instrumente und deren Anwendungsbereiche im Rahmen Ihres praxisinternen QM einzuführen, zu überprüfen und dann weiterzuentwickeln. Dabei ist jedoch von Ihnen zu beachten, ob Sie aufgrund anderer Vorschriften bestimmte Vorgaben und Instrumente zu beachten und einzusetzen haben.

Sie können auch Instrumente einsetzen, die in der Auflistung nicht enthalten sind. Diese sind unter „Sonstige“ ggf. auf einem gesonderten Blatt anzugeben.
Anhand Ihrer Angaben zu den Instrumenten können Sie den IST-Zustand Ihrer Praxis selbst bewerten und einschätzen, inwieweit Sie die in der QM-Richtlinie geforderten Grundelemente und genannten Instrumente des QM in Ihrer Einrichtung umgesetzt und Ihre selbst festgelegten Qualitätsziele erreicht haben.
Die zum jeweiligen Umsetzungsstand des von Ihnen gewählten Instruments möglichen Angaben im Berichtsbogen orientieren sich dabei an den Elementen des Qualitätskreislaufs / PDCA-Zyklus und den Methoden des QM. Es ist nur ein Kreuz je Zeile möglich. Sind Sie im Zweifel, wo Sie das eine Kreuz setzen, wählen Sie bitte der nachfolgenden Grafik entsprechend, die „weiteste“ Stufe.

PDCA steht für

Einzelne Instrumente können auf Basis Ihrer Ist-Analyse im Ausnahmefall als „ist geplant“ angegeben werden. Das bedeutet: ein durchgängiges Ankreuzen von "ist geplant" erfüllt nicht die notwendigen Anforderungen.

Falls es in Ihrer Praxis einen Grund für die Nichtanwendung eines Instrumentes im Rahmen Ihres praxisinternen QM gibt (z.B. „Teambesprechungen“,- weil Sie bspw. keine Mitarbeiter beschäftigen), kreuzen Sie bitte in der betreffenden Zeile „Nichtanwendung“ an. Dann bitten wir Sie, zusätzlich auch den Grund unterhalb der Tabelle zu erläutern (ggf. auf einem gesonderten Blatt). Einzelne Instrumente können also auf Basis Ihrer Ist-Analyse begründet im Ausnahmefall nicht zur Anwendung kom-

men. Das bedeutet: ein durchgängiges Ankreuzen von "Nichtanwendung" erfüllt nicht die notwendigen Anforderungen.
Die Anwendung der QM-Instrumente Risiko-, Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme ist Pflicht, die Nichtanwendung daher ausgeschlossen.

II. Erläuterungen zu den Instrumenten und Anwendungsbereichen

Regelung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten

Es bietet sich an, dass Sie ihre Organisationsstruktur, Verantwortlichkeiten, Zuständigkeiten und Entscheidungskompetenzen von Mitarbeitern schriftlich, beispielsweise durch eine Tabelle, Grafik oder ein Organigramm, festlegen. Besonders für alle sicherheitsrelevanten Prozesse ist es sinnvoll wesentliche Verantwortlichkeiten zu regeln.

Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen

Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen sind auch ein Mittel zur Regelung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten und können in vielen Bereichen eingesetzt werden (z.B. wesentliche Prozesse der Patientenversorgung und der Einrichtungsorganisation). Dies kann auch in Form von Tabellen oder Verfahrensanweisungen erfolgen.
Die Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen sollten allen in der Praxis leicht zugänglich und leicht verständlich sein, regelmäßig überprüft und bei Bedarf angepasst werden. Es bietet sich an in dieser Form auch die Öffnungszeiten, Erreichbarkeit, Terminvergabe, Datenschutz und Datensicherheit sowie die beim vertragszahnärztlichen Gutachterwesen einzuhaltenden Abläufe zu regeln.

Schnittstellenmanagement

Informationsverluste bedeuten grundsätzlich Missverständnisse und damit verbundenen Zeitaufwand oder auch höhere Kosten. Die Übermittlung und Übertragung relevanter Informationen an Schnittstellen sollte deshalb grundsätzlich standardisiert und strukturiert erfolgen. Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen sind auch hier ein Mittel.
Wichtig sind aber überhaupt eine Kommunikation und die Kooperation mit anderen Versorgungsbereichen. Dazu gehört bei Zahnärzten vor allem die Kommunikation und interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern wie niedergelassenen zahnärztlichen und ärztlichen Kollegen – z.B. Kieferorthopäde, MKG-Chirurg, Haus- und Facharzt – ggf. auch im stationären Bereich, Zahntechnikern, der KZV und der Landeszahnärztekammer. Dies beinhaltet allgemeine Absprachen, grds. Anforderungen und Wünsche oder bezogen auf den einzelnen Patienten zur Patientensicherheit und –zufriedenheit.

Checklisten

Checklisten legen fest, wie etwas und ggf. von wem (auch in der Einzelpraxis) durchgeführt wird. Die wichtigsten Aufgaben und Abläufe des Praxismanagements sind darin strukturiert und festgelegt.

Checklisten können bspw. für immer wiederkehrende Arbeiten, zur Kontrolle von Bereichen oder zur Vorbereitung von Maßnahmen eingesetzt werden, d.h. für den Vorgang erforderliche Einzelschritte festhalten, damit diese abgearbeitet werden können. Dadurch können Abläufe einfacher gestaltet und die Arbeit erleichtert werden. Checklisten dienen damit als Hilfestellung, Gedächtnisstütze und geben Sicherheit für alle Beteiligten, wie z.B. im Bereich der Hygiene. Auch können in Checklisten Abläufe zu zahnmedizinischen Vorgehensweisen beschrieben sein.

tätigkeitsbezogen:
Eine Beschreibung der Arbeitsabläufe gibt allen Beteiligten Sicherheit bei der Durchführung, minimiert Fehler in den Abläufen und sorgt für Transparenz.

personenbezogen:
Eine klare Zuordnung und Benennung von Verantwortlichkeiten gibt dem Praxisteam Sicherheit und Verbindlichkeit in der täglichen Arbeit. In einer Einzelpraxis sind die Aufgaben und Verantwortlichkeiten regelhaft dem Praxisinhaber zugeordnet.
Zur Darstellung können bspw. auch ein Organigramm, eine Aufgabenmatrix oder eine Stellenbeschreibung verwendet werden.

Bei der Vorbereitung und Durchführung von operativen Eingriffen bei denen z.B. bei Eingriffen unter Allgemeinanästhesie neben dem Zahnarzt ein Anästhesist mitbeteiligt ist (also mindestens zwei (Zahn-)Ärzte) oder bei Sedierung sind **OP-Checklisten** im Rahmen des QM vorgeschrieben. Sie können individuell ausgestaltet werden und helfen wichtige, immer wiederkehrende Einzelschritte festzuhalten, damit diese nicht vergessen werden und insbesondere die Patientenidentifikation beim anästhesierten Patienten sicherzustellen und Eingriffsverwechslungen auszuschließen.

Teambesprechungen
Diese sind ein wesentliches QM-Instrument, um alle Mitarbeiter einzubinden, Informationen an alle zu geben, Anregungen zu erhalten, gemeinsam bestimmte Themen zu besprechen und Lösungen zu erarbeiten. Zur Gestaltung und Steuerung der internen Kommunikation sind regelmäßige und strukturierte Teambesprechungen daher ein sinnvolles Instrument. Häufigkeit, Art und Umfang der Team-Besprechungen sollten sich nach den fachlichen, organisatorischen und personellen Gegebenheiten in Ihrer Praxis richten. Es ist sinnvoll, dass die Ergebnisse der Besprechungen Ihrem Praxisteam zur Verfügung stehen.
Es bietet sich an, die Qualitätsziele für Ihre Praxis gemeinsam im Team zu entwickeln und festzulegen, um für alle eine Verbindlichkeit zu erreichen. Die konkreten Qualitätsziele sollten smart (spezifisch, messbar, aktionsorientiert, realistisch und terminiert) sein. Auch Checklisten und Prozessbeschreibungen können gemeinsam erstellt und festgehalten werden.

Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
Dies bedeutet eine Integration aktueller fachlicher und wissenschaftlich anerkannter Standards in den Behandlungsalltag, z.B. durch die Lektüre von Fachzeitschriften oder den Besuch von entsprechenden Fortbildungen (z.B. von Ihrer KZV, der Landeszahnärztekammer oder Fachgesellschaften). Für nach den Leitsätzen von BZÄK, DGZMK und KZBV anerkannte Fortbildungen erhalten Sie Fortbildungspunkte. Eine Sammlung von aktuellen, wissenschaftlich begründeten Leitlinien findet man z.B. unter www.dgzmk.de oder www.awmf.de.
Zu diesem Instrument zählen auch Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes von Mitarbeitern der Praxis. Die Berufsgenossenschaften bieten hier (kostenfreie) Angebote und zahlreiche Informationsmaterialien an (vgl. bgw-online.de). Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sind auch Elemente der Mitarbeiterorientierung.
Insgesamt steht im Vordergrund, dass man mit seinem Wissen auf der Höhe der Zeit bleibt, also neue auch wissenschaftliche Entwicklungen mitbekommt. Gleichzeitig dienen sie der Wissensauffrischung und –vertiefung sowie der individuellen Weiterentwicklung.

Patientenbefragungen
Sie werden am besten an Hand von Fragebögen, die man individuell ausgestalten kann, durchgeführt. Eine „valide“ Gestaltung bedeutet, dass die Befragung so konzipiert ist, dass sie das misst bzw. erfragt, was gemessen werden soll, also das was die Einrichtung in Erfahrung bringen möchte. Ergebnisse dieser Rückmeldungen geben der Praxis wertvolle Informationen über Wünsche der Patienten und Tipps zur Verbesserung.

Mitarbeiterbefragungen
Mitarbeiterbefragungen geben ebenfalls wichtige Hinweise für die tägliche Arbeit. Wichtig ist es auch hier die Befragung auf die Einrichtung abzustimmen.

Beschwerdemanagement
Ein wesentliches Ziel zahnärztlichen Handelns ist die Patientenzufriedenheit.
Jede Beschwerde ist immer auch eine Chance, sich zu verbessern. Zum individuell ausgestalteten Beschwerdemanagement gehört daher u.a. das Erfassen, Bearbeiten und Auswerten von Beschwerden von Patienten, Mitarbeitern, Kollegen oder anderen. In der zahnärztlichen Praxis ist es zudem sinnvoll auch den Umgang mit eventuellen Mängelgutachten (z. B. individuelle Handhabung der Abläufe, Zusammenstellung und Vollständigkeit von relevanten Unterlagen) und den Ergebnissen daraus (z. B. Ableitung von eventuellen Verbesserungsmöglichkeiten) festzulegen.

Patienteninformation und -aufklärung
Patienten werden in der zahnärztlichen Praxis beraten, sie können die Behandlung durch ihr Verhalten beeinflussen, zu deren Erfolg beitragen und können bei Entscheidungen mitwirken. Beratungen können z.B. zu Erkrankungen, Verhaltensweisen und präventiven Themen durchgeführt werden; es sind ggf. auch Hinweise auf Schulungen und andere Einrichtungen sinnvoll, ebenso die Weitergabe von Informationsma-

terialien je nach Anliegen und Beschwerden der Patienten. Gerade im zahnärztlichen Bereich spielt Prävention eine wesentliche Rolle.
Wichtig ist es Patienten in der zahnärztlichen Praxis über präventive, diagnostische und therapeutische Maßnahmen und Risiken sowie über ggf. entstehende Kosten zu informieren und aufzuklären. Bei der Besprechung von Therapieplänen sind Patienten über mögliche Behandlungsalternativen und damit für sie verbundene Kosten zu informieren. Wichtig ist es dabei auch Patienten auf die Bedeutung ihrer Compliance bei bestimmten Behandlungen hinzuweisen.
In diesem Zusammenhang dient eine umfassende Dokumentation nicht nur den vorgegebenen Voraussetzungen für die vertragszahnärztliche Tätigkeit; sie dient auch als Nachweis unter haftungsrechtlichen Aspekten. Die ausschließlich elektronische Dokumentation unterliegt besonderen Anforderungen. Darüber hinaus ist die Dokumentation sinnvoll um den Behandlungsverlauf für alle an der Versorgung Beteiligten, ggf. auch den Patienten, verständlich und nachvollziehbar zu machen.

Risikomanagement
Risikomanagement ist Pflicht. Es bedeutet, in der Praxis die dort individuell bestehenden potentiellen Risiken gemeinsam im Team zu besprechen, zu identifizieren und zu analysieren. Bei der Ermittlung sollten alle Mitarbeiter einbezogen werden, um im Team die potentiellen Risiken zu bewerten und Lösungen zur Bewältigung und Steuerung festzulegen. Dabei ist auch zu bestimmen, wer für die Überwachung des jeweiligen Risikos verantwortlich ist. Risikomanagement ist ein kontinuierlicher Prozess. Die Gesamtverantwortung verbleibt beim Praxisinhaber, der auch evtl. erforderliche Schulungen veranlasst.

Beim Risikomanagement gelten die folgenden vom G-BA festgelegten Mindeststandards:

• Risikostrategie festlegen und darlegen
• Risiken identifizieren und analysieren
• Einbeziehung aller, auch der Patientenperspektive
• Risiken bewerten
• Risiken bewältigen, steuern und überwachen
• Verantwortlichkeiten festlegen
• Führungsaufgabe
• Schulung
• Risikokommunikation
• *Implementierung, Evaluation und ggf. Anpassung der Maßnahmen*
• *Dokumentation und Nachvollziehbarkeit der Maßnahmen*

Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme

Die Anwendung dieses Instruments ist verpflichtend. Bei Fehlermanagement wird festgelegt, wie man mit Fehlern oder Beinahefehlern in den Abläufen umgeht. Diese können oft bereits im Vorfeld vermieden werden, z.B. dadurch, dass der Ablauf von wichtigen Behandlungen klar festgelegt ist. Geschehene Fehler können analysiert und genutzt werden, um Verbesserungen umzusetzen; bspw. bei organisatorischen Abläufen, in der Qualifikation des Praxisteams oder in der Kommunikation miteinander im Team, aber auch mit dem Patienten. Hierzu gehören auch z.B. die Erläuterung zu Medikationen, die Vermeidung von Verwechslungen und Rezeptionsversehen sowie die Aufklärung allgemein und die Informationsweitergabe an den Weiterbehandler etc.

Im Rahmen des praxisinternen Fehlermanagements können Sie dazu auch ein Fehlermeldesystem einsetzen bzw. an einem bestehenden teilnehmen. Ein Fehlermeldesystem oder besser „Berichts- und Lernsystem“ ist ein wesentlicher Bestandteil eines wirksamen Fehlermanagements, das ein Lernen von anderen und deren Erfahrungen ermöglicht.

Die Mindestanforderungen des G-BA für den Einsatz und die Teilnahme an solchen einrichtungsübergreifenden Meldesystemen sind z.B. die Einhaltung von Anonymität und Sanktionsfreiheit bei der Meldung durch Mitarbeiter, ein niederschwelliger Zugang, die Freiwilligkeit der Teilnahme, entsprechende Schulungen der Mitarbeiter, die aktive Unterstützung durch Führungskräfte und die Ableitung von Präventionsmaßnahmen. Einrichtungsübergreifend relevante Meldungen werden darin in entsprechend bearbeiteter und anonymisierter Form veröffentlicht.

Beispiele für Fehlermeldesysteme sind z. B. die verschiedenen CIRS-Systeme oder „Jeder Fehler zählt“ für den ambulant-ärztlichen Bereich. Im Zahnärztlichen Bereich existiert das Berichts- und Lernsystem „CIRS dent – Jeder Zahn zählt!“ unter www.cirsdent-jzz.de. Die Registrierungsschlüssel dazu gibt es bei Ihrer KZV.

Praxishandbuch

Dieses wird ggf. auch von Ihrer KZV oder Landeszahnärztekammer als Muster zur Verfügung gestellt oder ist Bestandteil des bei Ihnen eingesetzten QM-Systems. Darin sind wichtige Regelungen für Ihre Praxis, als Buch oder EDV-gestützt enthalten. Es sollte immer auf dem neuesten Stand sein.

Notfallmanagement

Ein auf Ihre Praxis zugeschnittenes Notfallmanagement ist ein ganz wesentliches Instrument, um auf plötzlich eintretende Notfälle angemessen reagieren zu können.

Um Sicherheit für Patienten und Mitarbeiter zu schaffen, sind klare Regelungen zur Notfallerkennung und –versorgung sowie ein aktuelles Wissen des Praxisteamss zu diesem Thema unumgänglich. Dazu sollten eine dem Patienten- und Leistungsspektrum entsprechende Notfallausstattung und Notfallkompetenz, die durch regelmäßiges Notfalltraining aktualisiert werden, vorgehalten und das Team im Erkennen von und Handeln bei Notfallsituationen geschult sein.

Hygienemanagement
Grundlage dafür ist die Beachtung der aktuellen Vorschriften und Empfehlungen rund um das Thema „Hygiene“. Unter Hygienemanagement versteht man die individuelle Umsetzung in Ihrer Praxis bei allen relevanten Abläufen und Festlegung von Verantwortlichkeiten sowie den sachgerechten Umgang mit allen Hygiene-assoziierten Strukturen und Prozessen. Es dient insbesondere der Verhütung und Vorbeugung von Infektionen und Krankheiten. Dazu gehören z.B. auch der sachgerechte Einsatz antimikrobieller Substanzen sowie Maßnahmen gegen die Verbreitung multiresistenter Erreger.
Im Rahmen des Hygienemanagements sind u.a. die Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) und der RKI-Empfehlungen zu beachten

Arzneimitteltherapiesicherheit
Darunter versteht man die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für die Patientin und den Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Auch in der zahnärztlichen Praxis sollten bei der Verordnung und Verabreichung von Arzneimitteln vermeidbare Risiken, die im Rahmen der Arzneimitteltherapie entstehen, durch geeignete Maßnahmen identifiziert und sichergestellt werden, dass einschlägige Empfehlungen im Umgang mit Arzneimitteln bekannt sind und angemessene Maßnahmen ergriffen werden, um Risiken im Medikationsprozess zu minimieren.
Hilfreich ist hier ein ggf. vom Hausarzt dem Patienten zur Verfügung gestellter, patientenseitig verfügbarer, leicht aktualisierbarer Medikationsplan entsprechend den Spezifikationen der Arzneimittelkommission der Ärzte (AkdÄ)
(http://www.akdae.de/AMTS/Medikationsplan/index.html). Fragen Sie Ihre Patienten ggf. danach.

Schmerzmanagement
Schmerzmanagement bedeutet, bei Patientinnen und Patienten mit bestehenden sowie zu erwartenden Schmerzen, die Erfassung der Schmerzen, ihre Therapie, um ihrem Entstehen vorzubeugen, sie zu reduzieren oder zu beseitigen.
Es beinhaltet damit die individuelle Versorgung von Patienten aller Zielgruppen mit akuten oder chronischen Schmerzen. Der Begriff des Schmerzes umfasst dabei sowohl (sub-)akute, chronische und chronifizierte Schmerzen.

Sturzprophylaxe
Sturzprophylaxe hat zum Ziel, Stürzen vorzubeugen und Sturzfolgen zu minimieren, indem Risiken und Gefahren erkannt und nach Möglichkeit beseitigt oder reduziert werden.

Sonstige
Die aufgezählten QM-Instrumente und Anwendungsbereiche sind nicht abschließend. Weitere Instrumente können z.B. aufgrund von Besonderheiten in ihrer Praxis zum Einsatz kommen. Listen Sie diese in der Zeile „Sonstiges“ auf und erläutern Sie die eingesetzten Instrumente ggf. auf einem Beiblatt.

Dokumentation
Zu den Instrumenten des QM gehört auch eine nachvollziehbare Dokumentation zu Ihrem QM, also Ihrer Qualitätsziele, der dazu von Ihnen ergriffenen Umsetzungsmaßnahmen und die Überprüfung, ob Sie Ihre Ziele erreicht haben.
In der Dokumentation kann dazu Ihre weitere Bewertung festgehalten werden,
- mit welchen Maßnahmen Sie die Qualitätsziele in Ihrer Praxis erreicht haben,
- inwieweit diese Maßnahmen geeignet waren, Ihr angestrebtes Ziel zu erreichen und
- was Sie fortentwickelt haben.

Richtlinie

Gemeinsamer Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesauschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 SGB V

(Krankentransport-Richtlinie)

in der Fassung vom 22. Januar 2004
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2004 Nr. 18 (S. 1 342)

zuletzt geändert am 18. Februar 2016
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 04.05.2016 B2
in Kraft getreten am 5. Mai 2016

Inhalt

§ 1 Allgemeines 3

§ 2 Verordnung 3

§ 3 Notwendigkeit der Beförderung 3

§ 4 Auswahl des Beförderungsmittels 3

§ 5 Rettungsfahrten 4

§ 6 Krankentransporte 4

§ 7 Krankenfahrten 4

§ 8 Ausnahmefälle für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung 5

§ 9 Genehmigung 6

§ 10 Information des Versicherten 6

Anlage 1: Inhalt der Verordnung 7

Anlage 2: Ausnahmefälle nach § 8 Absatz 2 der Richtlinie 8

Der G-BA strebt eine sprachliche Gleichberechtigung der Geschlechter an. Die Verwendung von geschlechtlichen Paarformen würde aber Verständlichkeit und Klarheit der Richtlinie erheblich einschränken. Die in dieser Richtlinie verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb auch jeweils in ihrer weiblichen Form.

§ 1 Allgemeines

[1]Diese Richtlinie gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 SGB V regelt die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransporten und Rettungsfahrten in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung. [2]Die Leistungen sind nach § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 SGB V vertragsärztlich oder vertragszahnärztlich zu verordnen.

§ 2 Verordnung

(1) [1]Für die Verordnung einer Krankenbeförderungsleistung hat der Vertragsarzt oder der Vertragszahnarzt

- die Notwendigkeit der Beförderung nach § 3 zu prüfen und
- das erforderliche Transportmittel nach Maßgabe der §§ 4 bis 7 auszuwählen.

[2]Die Verordnung ist auf dem jeweils vereinbarten Vordruck auszustellen. [3]Die Inhalte der Verordnung sind in Anlage 1 geregelt.

(2) [1]Der Vertragsarzt oder der Vertragszahnarzt soll die Verordnung vor der Beförderung ausstellen. [2]Nur in Ausnahmefällen, insbesondere in Notfällen, kann er nachträglich verordnen. [3]Ein Notfall liegt vor, wenn sich der Versicherte in Lebensgefahr befindet oder schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn er nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erhält.

(3) Bei Fahrten mit dem privaten Kraftfahrzeug oder mit einem öffentlichen Verkehrsmittel ist eine Verordnung nicht erforderlich.

(4) Für die Fahrten zu ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahmen ist ebenfalls keine Verordnung auszustellen, sondern der Versicherte zur Klärung der An- und Abreise direkt an seine Krankenkasse zu verweisen.

§ 3 Notwendigkeit der Beförderung

(1) [1]Voraussetzung für die Verordnung von Beförderungsleistungen ist, dass die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig ist. [2]Der zwingende medizinische Grund ist auf der Verordnung anzugeben. [3]Liegt ein solcher zwingender medizinischer Grund nicht vor, z. B. Fahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Verordnungen, ist die Verordnung unzulässig.

(2) [1]Notwendig im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse sind in der Regel nur die Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem jeweiligen Aufenthaltsort des Versicherten und der nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit. [2]Die Notwendigkeit der Beförderung ist für den Hin- und Rückweg gesondert zu prüfen.

§ 4 Auswahl des Beförderungsmittels

[1]Maßgeblich für die Auswahl des Beförderungsmittels gemäß der §§ 5 bis 7 ist ausschließlich die zwingende medizinische Notwendigkeit im Einzelfall unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. [2]Für die Auswahlentscheidung sind deshalb insbesondere der aktuelle Gesundheitszustand des Versicherten und seine Gehfähigkeit zu berücksichtigen.

§ 5 Rettungsfahrten

(1) Der Versicherte bedarf einer Rettungsfahrt, wenn er aufgrund seines Zustands mit einem qualifizierten Rettungsmittel (Rettungswagen, Notarztwagen, Rettungshubschrauber) befördert werden muss oder der Eintritt eines derartigen Zustands während des Transports zu erwarten ist.

(2) Rettungswagen (RTW) sind für Notfallpatienten zu verordnen, die vor und während des Transportes neben den Erste-Hilfe-Maßnahmen auch zusätzlicher Maßnahmen bedürfen, die geeignet sind, die vitalen Funktionen aufrecht zu erhalten oder wieder herzustellen.

(3) [1]Notarztwagen (NAW) sind für Notfallpatienten zu verordnen, bei denen vor oder während des Transportes lebensrettende Sofortmaßnahmen durchzuführen oder zu erwarten sind, für die ein Notarzt erforderlich ist. [2]Dies gilt entsprechend für die Verordnung von Notarzteinsatzfahrzeugen (NEF).

(4) [1]Rettungshubschrauber (RTH) sind zu verordnen, wenn ein schneller Transport des Patienten mit einem bodengebundenen Rettungsmittel nicht ausreichend ist. [2]Darüber hinaus sind Rettungshubschrauber anzufordern, wenn eine schnellere Heranführung des Notarztes an den Notfallort zur Durchführung lebensrettender Maßnahmen oder zur Herstellung der Transportfähigkeit des Patienten mit dem jeweils geeigneten Transportmittel notwendig ist.

(5) Rettungswagen, Notarztwagen, Notarzteinsatzfahrzeuge und Rettungshubschrauber sind über die örtlich zuständige Rettungsleitstelle anzufordern.

§ 6 Krankentransporte

(1) [1]Ein Krankentransport kann verordnet werden, wenn der Versicherte während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen des Krankentransportwagens (KTW) bedarf oder deren Erforderlichkeit aufgrund seines Zustandes zu erwarten ist. [2]Die fachliche Betreuung in Krankentransportwagen wird nach den maßgeblichen landesrechtlichen Vorschriften durch qualifiziertes nicht-ärztliches Personal gewährleistet. [3]Die medizinisch-technische Einrichtung ist auf die Beförderung von Nicht-Notfallpatienten ausgelegt.

(2) Der Krankentransport soll auch dann verordnet werden, wenn dadurch die Übertragung schwerer, ansteckender Krankheiten der Versicherten vermieden werden kann.

(3) [1]Krankentransporte zur ambulanten Behandlung bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. [2]Dies gilt nicht für Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung gemäß § 115a SGB V oder zu einer ambulanten Operation gemäß § 115b SGB V.

§ 7 Krankenfahrten

(1) [1]Krankenfahrten sind Fahrten, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Kraftfahrzeugen, Mietwagen oder Taxen durchgeführt werden. [2]Zu den Mietwagen zählen z. B. auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung zur Beförderung von Rollstuhlfahrern. [3]Eine medizinisch-fachliche Betreuung des Versicherten findet in diesen Fällen nicht statt.

(2) Die Verordnung einer Krankenfahrt mit einem Taxi oder Mietwagen ist zulässig, bei

a) Fahrten zu Leistungen, die stationär erbracht werden (§ 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V),

b) Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung gemäß § 115a SGB V, wenn dadurch eine aus medizinischer Sicht gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann,

c) Fahrten zu einer ambulanten Operation gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus oder in der Vertragsarztpraxis mit im Zusammenhang mit dieser Operation erfolgender Vor- oder Nachbehandlung.

Einzelheiten zu den Regelungen zu b) und c) sind in § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V i. V. m. §§ 115a und 115b SGB V und den darauf beruhenden Vereinbarungen einschließlich dem gem. § 115b Absatz 1 SGB V gültigen Katalog geregelt.

(3) Die Krankenfahrt mit einem Mietwagen oder einem Taxi ist nur dann zu verordnen, wenn der Versicherte aus zwingenden medizinischen Gründen öffentliche Verkehrsmittel oder ein privates Kraftfahrzeug nicht benutzen kann.

(4) Kann der Versicherte mit einem privaten Kraftfahrzeug oder öffentlichen Verkehrsmitteln fahren, stellt der Vertragsarzt oder der Vertragszahnarzt in den Fällen des Absatzes 2 Buchstabe c und des § 8 keine Verordnung, aber auf Wunsch des Versicherten eine Anwesenheitsbescheinigung zur Vorlage bei seiner Krankenkasse aus.

(5) Falls mehrere Patienten gleichzeitig zum selben Ziel gefahren werden müssen, hat der Vertragsarzt oder der Vertragszahnarzt je Patient eine Sammelfahrt unter Angabe der Patientenzahl zu verordnen, sofern keine medizinischen Gründe dagegen stehen.

§ 8 Ausnahmefälle für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung

(1) [1]In besonderen Ausnahmefällen können auch Fahrten zur ambulanten Behandlung außer der in § 7 Absatz 2 Buchstaben b) und c) geregelten Fälle bei zwingender medizinischer Notwendigkeit von der Krankenkasse übernommen und vom Vertragsarzt oder vom Vertragszahnarzt verordnet werden. [2]Sie bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse.

(2) [1]Voraussetzungen für eine Verordnung und eine Genehmigung sind,

- dass der Patient mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist,

und

- dass diese Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf den Patienten in einer Weise beeinträchtigt, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist.

[2]Diese Voraussetzungen sind in den in Anlage 2 dieser Richtlinie genannten Ausnahmefällen in der Regel erfüllt. Diese Liste ist nicht abschließend.

(3) [1]Daneben kann die Fahrt zur ambulanten Behandlung für Versicherte verordnet und genehmigt werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen “aG“, “Bl“ oder “H“ oder einen Einstufungsbescheid gemäß SGB XI in die Pflegestufe 2 oder 3 bei der Verordnung vorlegen. [2]Die Krankenkassen genehmigen auf ärztliche Verordnung Fahrten zur ambulanten Behandlung von Versicherten, die keinen Nachweis nach Satz 1 besitzen, wenn diese von einer der Kriterien von Satz 1 vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen sind und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen.

(4) [1]Die zwingende medizinische Notwendigkeit einer Verordnung der Fahrt und des Beförderungsmittels ist zu begründen. [2]Fahrten, für die ein zwingender medizinischer Grund nicht vorliegt, z. B. Fahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Verordnungen, sind keine Krankenkassenleistung.

§ 9 Genehmigung

[1]Fahrten nach § 6 Absatz 3 sowie § 8 dieser Richtlinie bedürfen einer vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Genehmigungspflichtige Verordnungen sind der Krankenkasse frühzeitig vorzulegen. [2]Dauer und Umfang (z. B. Transportmittel, Hin- und Rückfahrt) der Genehmigung werden von der Krankenkasse festgelegt.

§ 10 Information des Versicherten

Der Versicherte soll darüber unterrichtet werden, dass seine Zuzahlung gemäß § 61 Satz 1 SGB V grundsätzlich zehn von Hundert der Kosten je Fahrt - mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro, allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten der Fahrt - beträgt. Nur Versicherte, deren Zuzahlungen die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V überschritten haben, sind bei Vorlage einer entsprechenden Bescheinigung der Krankenkasse für den Rest des Kalenderjahres von weiteren Zuzahlungen befreit.

Anlage 1: Inhalt der Verordnung

In der Verordnung hat der Vertragsarzt oder der Vertragszahnarzt insbesondere anzugeben:

1. **Das medizinisch notwendige Transportmittel**
2. **Die Begründung der zwingenden medizinischen Notwendigkeit möglichst unter Angabe des Diagnoseschlüssels nach ICD 10**
3. **Die Hauptleistung der Krankenkasse, für die der Transport als Nebenleistung erbracht wird:**
   - vollstationäre Leistung
   - vor- oder nachstationäre Behandlung im Krankenhaus unter Angabe der Behandlungsdaten
   - (bei Organtransplantationen mit Angabe des Datums der Transplantation)
   - teilstationäre Leistung
   - ambulante Behandlung im Krankenhaus
   - ambulante Behandlung in der Vertragsarztpraxis
   - Vor- und Nachbehandlung bei ambulanter Operation unter Angabe der
   - Behandlungsdaten
   - ambulante Operation mit Angabe des Datums der Operation
4. **Ausgangsort:**
   - Wohnung
   - (Zahn-)Arztpraxis
   - Krankenhaus
   - sonstiger Ausgangsort mit entsprechender Angabe
5. **Zielort:**
   - Wohnung
   - (Zahn-)Arztpraxis
   - Krankenhaus
   - sonstiger Zielort mit entsprechender Angabe
6. **Art des Transportes:**
   - Sammelfahrt ja/nein; Anzahl der Mitfahrer
   - Wartezeit ja/nein; Dauer der Wartezeit
7. **Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden (§ 294a SGB V):**
   - Anhaltspunkte für:
   - Arbeitsunfall / -folgen,
   - sonstiger Unfall, sonstige Unfallfolgen
   - Berufskrankheit
   - Versorgungsleiden (u.a. BVG)
   - Gewaltanwendung
   - Sonstiges
8. **besonders anzugebende Leistungen:**
   - Zeitraum bei Serienverordnung gemäß § 8 der Richtlinie
   - erforderliche Ausstattung bei Krankenfahrten (z. B. rollstuhlgerechte Vorrichtung)
   - erforderliche Betreuung während des Transports (notärztlich, fachlich, Trageleistung etc.)
9. **bei Fahrten zur ambulanten Behandlung Angabe des Ausnahmefalles gemäß § 8 der Richtlinie**

Anlage 2: Ausnahmefälle nach § 8 Absatz 2 der Richtlinie

Ausnahmefälle gemäß § 8 Absatz 2 sind in der Regel:

- Dialysebehandlung
- onkologische Strahlentherapie
- parenterale antineoplastische Arzneimitteltherapie/parenterale onkologische Chemotherapie

Beschluss

Gemeinsamer Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte

Vom 15. Dezember 2016

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 15. Dezember 2016 folgende Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte/HeilM-RL ZÄ) beschlossen:

I. Der erste Teil der Richtlinie wird wie folgt gefasst:

**„Richtlinie
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung
(Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte/HeilM-RL ZÄ)**

Erster Teil

A. Allgemeine Grundsätze

§ 1 Grundlagen

(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 6 in Verbindung mit § 138 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie dient der Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der zahnmedizinischen Erkenntnisse und des zahnmedizinischen Fortschrittes.

(2) Den besonderen Belangen psychisch kranker, behinderter oder von Behinderung bedrohter sowie chronisch kranker Menschen ist bei der Versorgung mit Heilmitteln Rechnung zu tragen.

(3) [1]Diese Richtlinie regelt die Verordnung von Heilmitteln im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung. [2]Sie gilt nicht für die vertragsärztliche Versorgung.

(4) [1]Die Abgabe von Heilmitteln ist Aufgabe der gemäß § 124 SGB V durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zugelassenen Leistungserbringer. [2]Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen stellen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf Anforderung ein Verzeichnis der nach § 124 SGB V zugelassenen Leistungserbringer (im Folgenden: Therapeutin oder Therapeut) und Vergütungsvereinbarungen über die vereinbarten Leistungen (einschließlich der Regelbehandlungszeiten) zur Verfügung.

§ 2 Heilmittel

(1) [1]Heilmittel sind persönlich zu erbringende medizinische Leistungen. [2]Verordnungsfähige Heilmittel in der vertragszahnärztlichen Versorgung sind die in den Abschnitten E und F genannten

- einzelnen Maßnahmen der Physiotherapie und der physikalischen Therapie (§§ 18-22),
- einzelnen Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie (§§ 23-25).

(2) [1]Heilmittel in der vertragszahnärztlichen Versorgung dienen der Behandlung der krankheitsbedingten strukturellen/funktionellen Schädigungen des Mund- und Kieferbereichs. [2]Zur Erreichung dieser Ziele können erforderlichenfalls auch die anatomisch direkt angrenzenden oder funktionell unmittelbar mit dem craniomandibulären System in Zusammenhang stehenden Strukturen, z.B. der Hilfsmuskulatur des craniomandibulären Systems oder der absteigenden Lymphbahnen, mitbehandelt werden. [3]Die Ursache der strukturellen/funktionellen Schädigungen muss im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich liegen. [4]Das Nähere ergibt sich aus dem indikationsbezogenen Katalog verordnungsfähiger Heilmittel nach § 92 Absatz 6 SGB V (im Folgenden Heilmittelkatalog ZÄ genannt).

(3) [1]Heilmittel sind nur nach Maßgabe dieser Richtlinie nach pflichtgemäßem Ermessen verordnungsfähig. [2]Der Heilmittelkatalog ZÄ ist Bestandteil dieser Richtlinie. [3]Näheres hierzu regelt § 4. [4]Andere Heilmittel dürfen nicht verordnet werden.

B. Grundsätze der Heilmittelverordnung

§ 3 Voraussetzungen der Verordnung

(1) [1]Die Abgabe von Heilmitteln zu Lasten der Krankenkassen setzt eine Verordnung durch eine Vertragszahnärztin oder einen Vertragszahnarzt voraus. [2]Die Therapeutin oder der Therapeut ist an die Verordnung gebunden, es sei denn in der Richtlinie ist etwas anderes bestimmt.

(2) Heilmittel können zu Lasten der Krankenkassen nur verordnet werden, wenn sie notwendig sind, um

- eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,
- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken, oder
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.

(3) Die Indikation für die Verordnung von Heilmitteln ergibt sich nicht aus der Diagnose allein, sondern nur dann, wenn unter Gesamtbetrachtung der strukturellen/funktionellen Schädigungen, der Beeinträchtigung der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) und unter Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt eine Heilmittelanwendung notwendig ist.

§ 4 Heilmittelkatalog Zahnärzte

(1) [1]Der Heilmittelkatalog ZÄ ist Zweiter Teil dieser Richtlinie. [2]Der Katalog wird dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechend in regelmäßigen Abständen ergänzt oder aktualisiert.

(2) Der Heilmittelkatalog ZÄ regelt:2

- die Indikationen, bei denen Heilmittel verordnungsfähig sind,
- die Art der verordnungsfähigen Heilmittel bei diesen Indikationen,
- die Menge der verordnungsfähigen Heilmittel und Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen (Folgeverordnungen).

(3) [1]Der Heilmittelkatalog ZÄ führt nur die möglichen Indikationen für eine sachgerechte Heilmitteltherapie auf. [2]Bei der Verordnung hat die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt im Einzelfall vorhandene Kontraindikationen zu berücksichtigen.

§ 5 Verordnungsausschlüsse

(1) [1]Maßnahmen, die nicht aufgrund der in § 3 Absatz 2 genannten Voraussetzungen veranlasst und durchgeführt werden, dürfen nicht zu Lasten der Krankenkassen verordnet und durchgeführt werden. [2]Dies gilt auch, wenn die Maßnahmen von nach § 124 SGB V zugelassenen Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringern durchgeführt werden. [3]Weiterhin dürfen Heilmittel bei Kindern nicht verordnet werden, wenn an sich störungsbildspezifische pädagogische, heilpädagogische oder sonderpädagogische Maßnahmen zur Beeinflussung von Schädigungen geboten sind (insbesondere Leistungen nach dem Kapitel 7 des SGB IX). [4]Sind solche Maßnahmen nicht durchführbar, dürfen Heilmittel nicht an deren Stelle verordnet werden. [5]Neben pädagogischen, heilpädagogischen oder sonderpädagogischen Maßnahmen dürfen Heilmittel nur bei entsprechender medizinischer Indikation außerhalb dieser Maßnahmen verordnet werden.

(2) Heilmittel dürfen nicht verordnet werden, soweit diese im Rahmen der Frühförderung nach den §§ 30, 32 Nummer 1 SGB IX in Verbindung mit der Frühförderungsverordnung vom 24. Juni 2003 als therapeutische Leistungen bereits erbracht werden.

§ 6 Verordnung im Regelfall; Erst- und Folgeverordnung

(1) [1]Der Heilmittelverordnung nach der Richtlinie liegt in den jeweiligen Abschnitten des Heilmittelkataloges ZÄ ein definierter Regelfall zugrunde. [2]Dieser Regelfall geht von der Vorstellung aus, dass mit dem der Indikation zugeordneten Heilmittel im Rahmen der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls das angestrebte Therapieziel erreicht werden kann.

(2) [1]Die Gesamtverordnungsmenge und die maximale Verordnungsmenge bei Erst- und Folgeverordnungen im Regelfall ergeben sich aus dem Heilmittelkatalog ZÄ. [2]Nicht jede Schädigung/Funktionsstörung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung oder der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls.

(3) [1]Eine Heilmittelverordnung im Regelfall liegt dann vor, wenn die Auswahl zwischen den im jeweiligen Abschnitt des Heilmittelkataloges ZÄ angegebenen Heilmitteln getroffen wird und die dort festgelegten Verordnungsmengen je Indikationsgruppe nicht überschritten werden. [2]Treten im zeitlichen Zusammenhang mehrere voneinander unabhängige Erkrankungen derselben Indikationsgruppe auf, kann dies weitere Regelfälle auslösen, für die jeweils separate Verordnungsvordrucke auszustellen sind. [3]Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls sind bis auf die in der Richtlinie genannten Ausnahmen nicht zulässig.

(4) [1]Rezidive oder neue Erkrankungsphasen können die Verordnung von Heilmitteln als erneuten Regelfall auslösen, wenn nach einer Heilmittelanwendung ein behandlungsfreies Intervall von 12 Wochen abgelaufen ist. [2]Sofern das behandlungsfreie Intervall nicht abgelaufen ist, ist gemäß der Ausnahmeregelung nach § 7 Absatz 1 und 2 zu verfahren.

(5) Die Heilmittel sind nach Maßgabe des Heilmittelkataloges ZÄ im Regelfall verordnungsfähig als:

- Erstverordnung oder
- Folgeverordnung.

(6) [1]Nach einer Erstverordnung gilt jede Verordnung zur Behandlung derselben Erkrankung (desselben Regelfalls) als Folgeverordnung. [2]Dies gilt auch, wenn sich unter der Behandlung die Leitsymptomatik ändert und unterschiedliche Heilmittel zum Einsatz kommen.

(7) [1]Folgeverordnungen im Regelfall können nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs ZÄ bis zur Erreichung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls ausgestellt werden. [2]Sofern mehrere Heilmittel verordnet werden, ist die Verordnungsmenge des vorrangigen Heilmittels entscheidend für die Gesamtverordnungsmenge.

(8) [1]Folgeverordnungen sind nur zulässig, wenn sich die behandelnde Vertragszahnärztin oder der behandelnde Vertragszahnarzt zuvor erneut vom Zustand der Patientin oder des Patienten überzeugt hat. [2]Bei der Entscheidung der Vertragszahnärztin bzw. des Vertragszahnarztes über Folgeverordnungen sind der bisherige Therapieverlauf sowie zwischenzeitlich erhobene Befunde zu berücksichtigen.

§ 7 Verordnung außerhalb des Regelfalls

(1) [1]Lässt sich die Behandlung mit der nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs bestimmten Gesamtverordnungsmenge nicht abschließen, sind weitere Verordnungen außerhalb des Regelfalls möglich. [2]Solche Verordnungen bedürfen einer besonderen Begründung mit prognostischer Einschätzung auf der Verordnung. [3]Dabei sind die Grundsätze der Verordnung im Regelfall mit Ausnahme der Gesamtverordnungsmenge je Regelfall und die maximale Verordnungsmenge bei Erst- und Folgeverordnung anzuwenden. [4]Die Verordnungsmenge ist abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass mindestens eine Überprüfung des Behandlungsfortschritts durch die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt innerhalb einer Zeitspanne von 12 Wochen nach der Verordnung gewährleistet ist.

(2) Bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls ist nach vorausgegangenen Heilmittelanwendungen kein behandlungsfreies Intervall zu beachten.

(3) Insbesondere bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls hat die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt störungsbildabhängig eine erneute Diagnostik durchzuführen, um auf der Basis des festgestellten Therapiebedarfs, der Therapiefähigkeit, der Therapieprognose und des Therapieziels die Heilmitteltherapie fortzuführen oder andere Maßnahmen einzuleiten.

(4) [1]Begründungspflichtige Verordnungen sind der zuständigen Krankenkasse vor Fortsetzung der Therapie zur Genehmigung vorzulegen. [2]Nach Vorlage der Verordnung durch die oder den Versicherten übernimmt die Krankenkasse die Kosten des Heilmittels unabhängig vom Ergebnis der Entscheidung über den Genehmigungsantrag, längstens jedoch bis zum Zugang einer Entscheidung über die Ablehnung bei dem oder der Versicherten. [3]Verzichtet die Krankenkasse auf ein Genehmigungsverfahren, hat dies die gleiche Rechtswirkung wie eine erteilte Genehmigung. [4]Sie informiert hierüber die Kassenzahnärztliche Vereinigung.

§ 8 langfristiger Heilmittelbedarf

(1) [1]Die Krankenkasse entscheidet auf Antrag der oder des Versicherten darüber, ob ein langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Absatz 1a SGB V vorliegt und die notwendigen Heilmittel langfristig genehmigt werden können. [2]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 der oder des Versicherten ergeben.

(2) [1]Entscheidungen nach Absatz 1 trifft die Krankenkasse – soweit erforderlich unter Einbeziehung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) gemäß § 275 Absatz 1 SGB V – auf der Grundlage

- des Antrages der oder des Versicherten,
- der Kopie einer gültigen und gemäß § 12 Absatz 1 Satz 2 vollständig ausgefüllten Verordnung der Vertragszahnärztin oder des Vertragszahnarztes; die Original-Verordnung bleibt bei der oder dem Versicherten.

[2]Entscheidet die Krankenkasse nicht innerhalb von vier Wochen über den Antrag, gilt die Genehmigung als erteilt. [3]Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen der Antragstellerin oder des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Informationen unterbrochen. [4]Die Genehmigung nach Absatz 3 kann unbefristet erfolgen. [5]Eine eventuelle Befristung kann mehrere Jahre umfassen, darf aber ein Jahr nicht unterschreiten. [6]Im Genehmigungsbescheid müssen zumindest die therapierelevante Diagnose und die Diagnosegruppe/-gruppen angegeben werden.

(3) [1]Für Versicherte mit einem genehmigten langfristigen Heilmittelbedarf können die dauerhaft notwendigen Heilmittel als Verordnungen außerhalb des Regelfalls verordnet werden, ohne dass zuvor der in den jeweiligen Abschnitten des Heilmittelkataloges definierte Regelfall durchlaufen werden muss. [2]Erforderliche Genehmigungen nach § 7 Absatz 4 gelten als erteilt.

§ 9 Wirtschaftlichkeit

(1) [1]Vor jeder Verordnung von Heilmitteln soll die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt prüfen, ob entsprechend dem Gebot der Wirtschaftlichkeit das angestrebte Behandlungsziel auch durch andere Therapiemaßnahmen (z.B. Arzneimittel) oder eigenverantwortliche Maßnahmen der Patientin oder des Patienten (z.B. Eigenübungsprogramm oder Vermeiden von krankheitsbildbeeinflussenden Gewohnheiten) unter Abwägung der jeweiligen Risiken qualitativ gleichwertig und kostengünstiger erreicht werden kann. [2]Dann haben diese Maßnahmen Vorrang gegenüber einer Heilmittelverordnung.

(2) [1]Die gleichzeitige Verordnung mehrerer unterschiedlicher Heilmittel für dieselbe Indikation ist nur dann ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich, wenn durch sie ein therapeutisch erforderlicher Synergismus erreicht wird. [2]Das Nähere hierzu wird in den §§ 11 und 12 bestimmt.

§ 10 Ort der Leistungserbringung

(1) [1]Heilmittel können, sofern nichts anderes bestimmt ist,

- als Behandlung in der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten oder
- als Behandlung in der häuslichen Umgebung als medizinisch notwendiger Hausbesuch durch die Therapeutin oder den Therapeuten gemäß Satz 2 verordnet werden. [2]Die Verordnung der Heilmittelerbringung außerhalb der Praxis

der Therapeutin oder des Therapeuten in der häuslichen Umgebung der Patientin oder des Patienten als Hausbesuch ist nur dann zulässig, wenn die Patientin oder der Patient aus medizinischen Gründen die Therapeutin oder den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. [3]Die Behandlung in einer Einrichtung (z.B. tagesstrukturierende Fördereinrichtung) allein ist keine ausreichende Begründung für die Verordnung eines Hausbesuchs.

(2) [1]Ohne Verordnung eines Hausbesuchs ist die Behandlung außerhalb der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten ausnahmsweise für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr oder darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung möglich, die ganztägig in einer auf deren Förderung ausgerichteten Tageseinrichtung (tagestrukturierte Fördereinrichtung) untergebracht sind, soweit § 5 Absatz 2 dem nicht entgegensteht. [2]Voraussetzung ist, dass sich aus der zahnärztlichen Begründung eine besondere Schwere und Langfristigkeit der strukturellen/funktionellen Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten ergibt und die Tageseinrichtung auf die Förderung dieses Personenkreises ausgerichtet ist und die Behandlung in diesen Einrichtungen durchgeführt wird.

§ 11 Auswahl der Heilmittel

(1) Die Auswahl und die Anwendung (insbesondere Einheiten pro Verordnung, Gesamtverordnungsmenge, Behandlungsfrequenz) des Heilmittels hängt von Ausprägung und Schweregrad der Erkrankung (strukturelle/funktionelle Schädigung, Beeinträchtigung der Aktivitäten unter Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren) sowie von dem mit dieser Verordnung angestrebten Ziel (Therapieziel) ab.

(2) Bei gegebener Indikation richtet sich die Auswahl der zu verordnenden Heilmittel nach dem jeweils therapeutisch im Vordergrund stehenden Behandlungsziel.

(3) [1]Soweit medizinisch erforderlich, kann in der Physiotherapie und der physikalischen Therapie zu einem „vorrangigen Heilmittel“ (A) nur ein weiteres im Heilmittelkatalog ZÄ genanntes „ergänzendes Heilmittel“ (C) verordnet werden (d.h. maximal zwei Heilmittel je Verordnung). [2]Abweichend hiervon können Maßnahmen der Elektrotherapie/-stimulation auch ohne Verordnung eines vorrangigen Heilmittels verordnet werden, soweit der Heilmittelkatalog ZÄ diese Maßnahmen indikationsbezogen als ergänzende Heilmittel vorsieht. [3]Mehr als ein ergänzendes Heilmittel nach Satz 2 kann nicht verordnet werden. [4]Auf dem Verordnungsvordruck ist das ergänzende Heilmittel explizit zu benennen.

(4) [1]Die gleichzeitige Verordnung von Heilmitteln aus den verschiedenen Abschnitten des Heilmittelkataloges (gleichzeitige Verordnung von Maßnahmen der Physiotherapie und der physikalischen Therapie und Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie) ist bei entsprechender Indikation zulässig. [2]Werden Heilmittel aus verschiedenen Abschnitten des Heilmittelkatalogs verordnet, ist für jede Verordnung je ein Verordnungsvordruck zu verwenden.

§ 12 Verordnungsvordruck

(1) [1]Die Verordnung erfolgt ausschließlich auf dem vereinbarten Vordruck. [2]Der Vordruck muss nach Maßgabe des Absatzes 2 vollständig ausgefüllt werden. [3]Änderungen und Ergänzungen der Heilmittelverordnung bedürfen mit Ausnahme der Regelung nach § 15 Absatz 2 einer erneuten zahnärztlichen Unterschrift mit Datumsangabe.

(2) [1]In der Heilmittelverordnung sind nach Maßgabe des vereinbarten Vordrucks die Heilmittel eindeutig zu bezeichnen. [2]Ferner sind alle für die individuelle Therapie erforderlichen Einzelangaben zu machen. [3]Anzugeben sind insbesondere

a. Angaben zur Krankenkasse, zur oder zum Versicherten und zu der Vertragszahnärztin oder zu dem Vertragszahnarzt nach Maßgabe des Verordnungsvordrucks,

b. die Art der Verordnung (Erstverordnung, Folgeverordnung oder Verordnung außerhalb des Regelfalls),

c. Hausbesuch (ja oder nein),

d. Therapiebericht (ja oder nein),

e. gegebenenfalls der späteste Zeitpunkt des Behandlungsbeginns, soweit abweichend von § 14 notwendig,

f. die Verordnungsmenge,

g. das/die Heilmittel gemäß dem Heilmittelkatalog ZÄ,

h. die Frequenzangabe,

i. die Therapiedauer (bei Manueller Lymphdrainage 30 oder 45 Minuten und bei Sprech- und Sprachtherapie 30, 45 oder 60 Minuten),

j. der vollständige Indikationsschlüssel (Diagnosengruppe und gegebenenfalls Leitsymptomatik, z.B. SPZ oder CD1a),

k. die therapierelevante(n) Diagnose(n), ergänzende Hinweise (z.B. Befunde, Vor- und Begleiterkrankungen) sowie gegebenenfalls die Therapieziele, falls sich diese nicht aus der Angabe der Diagnose und Leitsymptomatik ergeben,

l. bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls oder langfristiger Heilmittelbedarf die medizinische Begründung.

C. Zusammenarbeit zwischen Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten

§ 13 Grundlagen

[1]Eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln, die das Maß des Notwendigen nicht überschreitet, ist nur zu gewährleisten, wenn die verordnenden Vertragszahnärztinnen oder Vertragszahnärzte mit den ausführenden Therapeutinnen und Therapeuten eng zusammenwirken. [2]Dies setzt voraus, dass zwischen den Vertragszahnärztinnen oder Vertragszahnärzten, die bei der Auswahl der Heilmittel definierte Therapieziele zur Grundlage ihrer Verordnung gemacht haben, und den Therapeutinnen oder Therapeuten, die die sachgerechte und qualifizierte Durchführung der verordneten Maßnahme gewährleistet, eine Zusammenarbeit sichergestellt ist. [3]Dies gilt insbesondere für den Beginn und die Durchführung der Heilmittelbehandlung.

§ 14 Beginn der Heilmittelbehandlung

[1]Sofern die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt auf dem Verordnungsvordruck keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, soll die Behandlung innerhalb von 14 Kalendertagen nach Verordnung durch die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt begonnen werden. [2]Als spätester Behandlungsbeginn nach Absatz 1 kann ein Zeitpunkt vor oder nach Ablauf der Frist nach Satz 1 durch die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt auf der Verordnung angegeben werden. [3]Kann die Heilmittelbehandlung in dem genannten Zeitraum nach Satz 1 oder Satz 2 nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.

§ 15 Durchführung der Heilmittelbehandlung

(1) Die Behandlung kann nur zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden, wenn auf dem Verordnungsvordruck die nach § 12 Absatz 2 erforderlichen Angaben enthalten sind.

(2) [1]Eine Abweichung von der Frequenzangabe ist nur zulässig, wenn zuvor zwischen der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt und der Therapeutin oder dem Therapeuten ein abweichendes Vorgehen verabredet wurde. [2]Die einvernehmliche Änderung ist von der Therapeutin oder dem Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.

(3) [1]Wird die Behandlung länger als 14 Kalendertage ohne angemessene Begründung unterbrochen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. [2]Begründete Unterbrechungen sind von der Therapeutin oder dem Therapeuten auf der Verordnung zu dokumentieren. [3]Das Nähere hierzu regeln die Vertragspartner nach § 125 SGB V.

(4) [1]Ergibt sich bei der Durchführung der Behandlung, dass mit dem verordneten Heilmittel voraussichtlich das Therapieziel nicht erreicht werden kann oder dass die Patientin oder der Patient in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Behandlung reagiert, hat die Therapeutin oder der Therapeut darüber unverzüglich die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt, die oder der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren und die Behandlung zu unterbrechen. [2]Die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt entscheidet über eine Änderung oder Ergänzung des Therapieziels, eine neue Verordnung oder die Beendigung der Behandlung.

(5) Sofern die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt für die Entscheidung über die Fortführung der Therapie einen schriftlichen Bericht über den Therapieverlauf nach Ende der Behandlungsserie für notwendig hält, kann sie oder er diesen auf dem Verordnungsvordruck bei der Therapeutin oder dem Therapeuten anfordern.

D. Zahnärztliche Diagnostik

§ 16 Zahnärztliche Diagnostik bei Maßnahmen der Physiotherapie und der physikalischen Therapie

(1) [1]Vor der Erstverordnung von Maßnahmen der Physiotherapie und der physikalischen Therapie ist eine Eingangsdiagnostik notwendig. [2]Bei der Eingangsdiagnostik sind störungsbildabhängig diagnostische Maßnahmen durchzuführen, zu dokumentieren und gegebenenfalls zeitnah erhobene Fremdbefunde heranzuziehen, um einen exakten Befund zu Schädigungen und Funktionsstörungen zu erhalten.

(2) [1]Auch vor Folgeverordnungen oder bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls von Maßnahmen der Physiotherapie und der physikalischen Therapie ist die erneute störungsbildabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich. [2]Dabei können auch Fremdbefunde berücksichtigt werden.

(3) [1]Bei Nichterreichen des individuell angestrebten Therapiezieles ist eine weiterführende Diagnostik erforderlich, die maßgebend ist für die Entscheidung über die Notwendigkeit zur Einleitung anderer Maßnahmen, die Beendigung oder die Fortsetzung einer Therapie. [2]Die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt entscheidet störungsbildabhängig, welche Maßnahmen der weiterführenden Diagnostik sie oder er durchführt beziehungsweise veranlasst.

§ 17 Zahnärztliche Diagnostik bei Sprech- und Sprachtherapie

(1) [1]Vor der Erstverordnung einer Sprech- und Sprachtherapie ist eine Eingangsdiagnostik notwendig. [2]Bei der Eingangsdiagnostik sind störungsbildabhängig diagnostische Maßnahmen durchzuführen, zu dokumentieren und gegebenenfalls zeitnah erhobene Fremdbefunde heranzuziehen, um einen exakten Befund zu Schädigungen und Funktionsstörungen zu erhalten.

(2) [1]Auch vor Folgeverordnungen oder bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls von Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie ist die erneute störungsbildabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich. [2]Dabei können auch Fremdbefunde berücksichtigt werden.

(3) [1]Bei Nichterreichen des individuell angestrebten Therapiezieles ist eine weiterführende Diagnostik erforderlich, die maßgebend ist für die Entscheidung über die Notwendigkeit zur Einleitung anderer Maßnahmen, die mögliche Beendigung oder die Fortsetzung einer Sprech- und Sprachtherapie. [2]Die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt entscheidet störungsbildabhängig, welche Maßnahmen der weiterführenden Diagnostik sie oder er durchführt beziehungsweise veranlasst.

E. Maßnahmen der Physiotherapie und der physikalischen Therapie

§ 18 Grundlagen

(1) Maßnahmen der Physiotherapie und der physikalischen Therapie entfalten ihre Wirkung insbesondere nach physikalisch-biologischem Prinzip durch überwiegend von außen vermittelte kinetische, mechanische, elektrische und thermische Energie.

(2) [1]Für bestimmte Maßnahmen der Physiotherapie und der physikalischen Therapie bedarf es spezieller Qualifikationen, die über die im Rahmen der Berufsausbildung erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten hinausgehen. [2]Solche Maßnahmen, für deren Durchführung eine zusätzliche, abgeschlossene Weiterbildung erforderlich ist, sind mit *) gekennzeichnet.

(3) Zu den Maßnahmen der Physiotherapie und der physikalischen Therapie gehören die in den §§ 19 bis 22 genannten verordnungsfähigen Heilmittel.

§ 19 Bewegungstherapie

Die Bewegungstherapie umfasst die nachstehend beschriebenen Maßnahmen:

1. Krankengymnastik

Krankengymnastische Behandlungstechniken dienen z.B. der Behandlung von Fehlentwicklungen, Erkrankungen, Verletzungen, Verletzungsfolgen und Funktionsstörungen des Kiefergelenkes mit mobilisierenden und stabilisierenden Übungen und Techniken sowie der Kontrakturvermeidung und -lösung, der Tonusregulierung, der Funktionsverbesserung bei krankhaften Muskelinsuffizienzen und -dysbalancen.

2. Krankengymnastik zentrales Nervensystem bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (KG-ZNS-Kinder*))

Zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, zur Erleichterung des Bewegungsablaufs durch Ausnutzung komplexer Bewegungsmuster, Bahnung von Innervation und Bewegungsabläufen und Förderung oder Hemmung von Reflexen unter Einsatz der Techniken nach Bobath oder Vojta.

3. Krankengymnastik zentrales Nervensystem nach Vollendung des 18. Lebensjahres (KG-ZNS*))

Zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, zur Förderung und Erleichterung des Bewegungsablaufs durch Einsatz komplexer Bewegungsmuster, Bahnung von Innervation und Bewegungsabläufen und Förderung oder Hemmung von Reflexen unter Einsatz der Techniken nach Bobath, Vojta oder PNF (Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation).

4. Manuelle Therapie*)

Zur Behandlung reversibler Funktionseinschränkungen der Gelenke und ihrer muskulären, reflektorischen Fixierung durch gezielte (impulslose) Mobilisation oder durch Anwendung von Weichteiltechniken.

5. Übungsbehandlung

Die Übungsbehandlung als gezielte und kontrollierte Maßnahme dient der Dehnung verkürzter Muskel- und Sehnenstrukturen und Vermeidung von Kontrakturen sowie Kräftigung der Muskulatur bei krankhafter Muskelinsuffizienz und -dysbalance und Funktionsverbesserung funktionsgestörter Gelenke.

§ 20 Manuelle Lymphdrainage*)

[1]Manuelle Lymphdrainage*) (MLD) des Kopfes und des Halses ist verordnungsfähig zur entstauenden Behandlung bei Ödemen im Bereich des craniomandibulären Systems einschließlich der ableitenden Lymphbahnen im Halsbereich bei sekundärer (erworbener) Schädigung des Lymphsystems nach umfangreichen chirurgischen Eingriffen wie tumorchirurgischen Eingriffen sowie deren Nachbehandlung und bei der Behandlung von Traumata sowie deren Nachbehandlung. [2]Entsprechend dem indikationsbezogen unterschiedlichen Zeitbedarf sind verordnungsfähig:

a. MLD-30 Minuten Therapiezeit an der Patientin oder dem Patienten (Teilbehandlung) bei leichtgradigen Lymphödemen, Ödemen oder Schwellungen zur Behandlung des Kopfes und des Halses oder

b. MLD-45 Minuten Therapiezeit an der Patientin oder dem Patienten (Großbehandlung) bei Lymphödemen zur Behandlung des Kopfes und des Halses.

§ 21 Thermotherapie (Wärme-/Kältetherapie)

(1) [1]Sowohl Wärme- als auch Kälteanwendungen wirken je nach Indikation schmerzlindernd, beeinflussen den Muskeltonus. [2]Kälteanwendung wirkt zusätzlich entzündungshemmend.

(2) Die Thermotherapie umfasst die nachstehend beschriebenen Maßnahmen:

1. Kältetherapie mittels Kaltpackungen, Kaltgas, Kaltluft,
2. Wärmetherapie mittels Heißluft, als strahlende oder geleitete Wärme zur Muskeldetonisierung und Schmerzlinderung,
3. Wärmetherapie mittels heißer Rolle, zur lokalen Hyperämisierung mit spasmolytischer, sedierender, schmerzlindernder Wirkung,
4. Wärmetherapie mittels Ultraschall, zur Verbesserung der Durchblutung und des Stoffwechsels und zur Erwärmung tiefergelegener Gewebsschichten,
5. Wärmetherapie mittels Warmpackungen mit Peloiden (z.B. Fango), Paraffin oder Paraffin-Peloidgemischen zur Applikation intensiver Wärme.

(3) Die Wärme- oder Kälteapplikation kann nur als therapeutisch erforderliche Ergänzung in Kombination mit Krankengymnastik, KG-ZNS, KG-ZNS-Kinder, Manueller Therapie oder Manueller Lymphdrainage verordnet werden.

§ 22 Elektrotherapie

(1) [1]Die Maßnahmen der Elektrotherapie wenden nieder- und mittelfrequente Stromformen an zur Schmerzlinderung, Durchblutungsverbesserung, Tonisierung und Detonisierung der Muskulatur. [2]Besondere Stromformen haben entzündungshemmende und resorptionsfördernde Wirkung und vermögen darüber hinaus Muskeln zu kräftigen und gezielt zur Kontraktion zu bringen.

(2) Die Elektrotherapie umfasst die nachstehend beschriebenen Maßnahmen:

1. Elektrotherapie unter Verwendung konstanter galvanischer Ströme oder unter Verwendung von Stromimpulsen (z.B. diadynamische Ströme, mittelfrequente Wechselströme, Interferenzströme),
2. Elektrostimulation unter Verwendung von Reizströmen mit definierten Einzel-Impulsen nach Bestimmung von Reizparametern (nur zur Behandlung von Lähmungen bei prognostisch reversibler Nervenschädigung).

(3) [1]Elektrotherapie kann als ergänzendes Heilmittel zu den vorrangigen Heilmitteln Krankengymnastik, KG-ZNS, KG-ZNS-Kinder, Manuelle Therapie oder Manueller Lymphdrainage verordnet werden. [2]Elektrotherapie kann ohne Verordnung eines vorrangigen Heilmittels verordnet werden, soweit der Heilmittelkatalog ZÄ die Verordnung als ergänzendes Heilmittel vorsieht.

F. Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie

§ 23 Grundlagen

(1) Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie, die auch Techniken der orofazialen Stimulation umfassen, dienen hier dazu, krankheitsbedingte orofaziale Störungen im Mund- und Kieferbereich oder Störungen der oralen Phasen des Schluckaktes zu beseitigen, zu lindern oder eine Verschlimmerung zu vermeiden.

(2) [1]Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie sind in Abhängigkeit vom Störungsbild und der Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten als 30-, 45- oder 60-minütige Behandlung verordnungsfähig. [2]Die Verordnung erfolgt nach Maßgabe des Heilmittelkataloges ZÄ.

(3) Zu den Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie gehören die in den §§ 24 bis 25 genannten verordnungsfähigen Heilmittel.

§ 24 Sprechtherapie

(1) Die Sprechtherapie dient der Wiederherstellung, Besserung und dem Erhalt der koordinierten motorischen und sensorischen Sprechleistung sowie der Funktion der oralen Phasen des Schluckaktes.

(2) Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zur gezielten Anbahnung und Förderung der Artikulation, der Sprechgeschwindigkeit, der koordinativen Leistung von motorischer und sensorischer Sprachregion,

- des Sprechapparates,
- der Mundatmung,
- der Lautbildung ,
- des Schluckvorganges in der oralen Phase,

dazu kann das soziale Umfeld in das Therapiekonzept einbezogen werden.

§ 25 Sprachtherapie

(1) Die Sprachtherapie dient der Wiederherstellung, Besserung und dem Erhalt der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten sowie des Schluckvorganges.

(2) Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum/zur

- Anbahnung sprachlicher Äußerungen,
- Ausbildung und Erhalt der Lautsprache zur sprachlichen Kommunikation,
- Artikulationsverbesserung oder Schaffung nonverbaler Kommunikationsmöglichkeiten,
- Normalisierung oder Verbesserung der Lautbildung,
- Aufbau von Kommunikationsstrategien,
- Normalisierung des Sprachklangs,

- Minderung/Beseitigung der Dysfunktionen der Zungenmuskulatur,
- Besserung und Erhalt des oralen Schluckvorganges.

II. Folgende Anlage wird gemäß Anhang angefügt [Anhang: Katalog verordnungsfähiger Heilmittel - Heilmittelkatalog ZÄ].

III. Die Richtlinie tritt am Tag nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger, aber nicht vor dem 1. Juli 2017, in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 15. Dezember 2016

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Zweiter Teil

Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen

(Heilmittelkatalog Zahnärzte)

Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen
nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Inhaltsverzeichnis

1 Physikalische Therapie bei:

1.1 Craniomandibulären Störungen

1.2 Fehlfunktionen bei angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen und Fehlfunktionen bei Störungen des ZNS

1.3 Chronifiziertem Schmerzsyndrom

1.4 Lymphabflussstörungen

2 Sprech- und Sprachtherapie bei:

2.1 Störungen des Sprechens

2.2 Störungen des oralen Schluckakts

2.3 Orofazialen Funktionsstörungen

Verzeichnis der gebräuchlichen Abkürzungen im Heilmittelkatalog

Erst-VO	= Erstverordnung
Folge-VO	= Folgeverordnung
/VO	= pro Verordnung
&	= und (zusätzlich)
/	= oder (alternativ)
z.B.	= zum Beispiel
ggf.	= gegebenenfalls
MLD-30	= Manuelle Lymphdrainage 30 Minuten
MLD-45	= Manuelle Lymphdrainage 45 Minuten
KG-ZNS	= Krankengymnastik zentrales Nervensystem nach Vollendung des 18. Lebensjahres
KG-ZNS-Kinder	= Krankengymnastik zentrales Nervensystem bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres

1 Maßnahmen der Physiotherapie und der Physikalischen Therapie

1.1 Craniomandibuläre Störungen

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung im Regelfall	
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Strukturelle/Funktionelle Schädigung		A: vorrangige Heilmittel B: optionales Heilmittel C: ergänzende Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe ---------- weitere Hinweise
CD1 Craniomandibuläre Störungen mit prognostisch kurzzeitigem bis mittelfristigem Behandlungsbedarf z.B. bei/nach – Kiefergelenk- und/oder Muskelstörungen – Traumata im Zahn-, Mund- und Kieferbereich – orthognathen Operationen – Tumoren	**a** Schmerzen durch Fehl-/Überbelastungen und Störungen der dynamischen Okklusion	Schmerzreduktion, Funktionsverbesserung der gestörten Unterkieferbewegung	**A:** Krankengymnastik/ Manuelle Therapie **C:** Kälte-/Wärme-/ Elektrotherapie	**Erst-VO:** • bis zu 6 x/VO **Folge-VO:** • bis zu 6 x/VO **Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls:** • bis zu 18 Einheiten **Frequenzempfehlung:** • 1 bis 3 x wöchentlich **Ziel:** • Erlernen eines Eigenübungsprogramms
	b Muskeldysbalance, gestörte Muskelkoordination (syner- und antagonistischer Muskelgruppen), Muskelinsuffizienz, Muskelhypertrophie, Muskelhyper-/hypotonie, Muskelatrophie	Wiederherstellung der physiologischen Muskelfunktion, Besserung der gestörten Muskelfunktion, Entspannung und Rekoordination der Muskulatur des craniomandibulären Systems	**A:** Krankengymnastik/ Manuelle Therapie **C:** Kälte-/Wärme-/ Elektrotherapie	
	c Muskelspannungsstörungen, Verkürzung elastischer und kontraktiler Strukturen	Wiederherstellung/Besserung der gestörten Beweglichkeit	**A:** Krankengymnastik/ Manuelle Therapie **C:** Kälte-/Wärme-/ Elektrotherapie	

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung im Regelfall	
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Strukturelle/Funktionelle Schädigung		A: vorrangige Heilmittel B: optionales Heilmittel C: ergänzende Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe ---------- weitere Hinweise
	d Gelenkfunktionsstörungen, Gelenkblockierungen, Bewegungsstörungen Schmerzen/Bewegungseinschränkung durch Diskusschäden, Gelenkschäden, Verkürzung elastischer und kontraktiler Strukturen	Funktionsverbesserung durch Beeinflussung der Gelenkstellung sowie Besserung der gestörten Beweglichkeit Schmerzreduktion durch Minderung/Beseitigung der Gelenkfunktionsstörungen	**A:** Krankengymnastik/ Manuelle Therapie **C:** Kälte-/Wärme-/ Elektrotherapie	

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung im Regelfall	
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Strukturelle/Funktionelle Schädigung		A: vorrangige Heilmittel B: optionales Heilmittel C: ergänzende Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe --- weitere Hinweise
CD2 Craniomandibuläre Störungen mit prognostisch längerdauerndem Behandlungsbedarf insbesondere wegen multiplen strukturellen oder funktionellen Schädigungen durch operationsbedingte funktionelle Einschränkungen bei – Tumoren, – schweren Traumata oder mit Beeinträchtigungen alltagsrelevanter Aktivitäten, wie das Kauen und/oder Sprechen und/oder den oralen Schluckvorgang, bei – Fehlbildungssyndromen,	**a** Schmerzen durch Fehl-/Überbelastungen und Störungen der dynamischen Okklusion	Schmerzreduktion, Funktionsverbesserung der gestörten Unterkieferbewegung	**A:** Krankengymnastik/ Manuelle Therapie **C:** Kälte-/Wärme-/Elektrotherapie	**Erst-VO:** • bis zu 10 x/VO **Folge-VO:** • bis zu 10 x/VO **Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls:** • bis zu 30 Einheiten **Frequenzempfehlung:** • 1 bis 3 x wöchentlich **Ziel:** • Erlernen eines Eigenübungsprogrammes
	b Muskeldysbalance, gestörte Muskelkoordination (syner- und antagonistischer Muskelgruppen), Muskelinsuffizienz, Muskelhyper-/hypotonie	Wiederherstellung der physiologischen Muskelfunktion, Besserung der gestörten Muskelfunktion, Entspannung und Rekoordination der Muskulatur des craniomandibulären Systems	**A:** Krankengymnastik/ Manuelle Therapie **C:** Kälte-/Wärme-/Elektrotherapie	
	c Muskelspannungsstörungen, Verkürzung elastischer und kontraktiler Strukturen	Wiederherstellung/Besserung der gestörten Beweglichkeit	**A:** Krankengymnastik/ Manuelle Therapie **C:** Kälte-/Wärme-/Elektrotherapie	

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung im Regelfall	
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Strukturelle/Funktionelle Schädigung		A: vorrangige Heilmittel B: optionales Heilmittel C: ergänzende Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe ---------- weitere Hinweise
– angeborenen Fehlbildungen (z.B. Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten)	**d** Gelenkfunktionsstörungen, Gelenkblockierungen, Bewegungsstörungen Schmerzen/Bewegungseinschränkung durch Diskusschäden, Gelenkschäden, Verkürzung elastischer und kontraktiler Strukturen	Funktionsverbesserung durch Beeinflussung der Gelenkstellung sowie Besserung der gestörten Beweglichkeit Schmerzreduktion durch Minderung/Beseitigung der Gelenkfunktionsstörungen	**A:** Krankengymnastik/ Manuelle Therapie **C:** Kälte-/Wärme-/Elektrotherapie	

1.2 Fehlfunktionen bei angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen und Fehlfunktionen bei Störungen des ZNS

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung im Regelfall	
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Strukturelle/Funktionelle Schädigung		A: vorrangige Heilmittel B: optionales Heilmittel C: ergänzende Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe ---------- weitere Hinweise
ZNSZ Fehlfunktionen bei angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen und Fehlfunktionen bei Störungen des ZNS z.B. bei – Lippen-/Kiefer-/Gaumenspalt-Patienten – Trisomie 21 – Tumor/Trauma mit zentralnervösen Störungen (Störungen ZNS) – Fehlfunktionen der orofazialen Muskulatur bei Patienten mit neuromuskulären Bewegungsstörungen	Pathologische Bewegungsmuster der mimischen Muskulatur sowie der Zungen-, Kau- und Schlundmuskulatur	Funktionsverbesserung, Veränderung des Funktionsmusters Wiederherstellung/Normalisierung der physiologischen Muskelfunktion Wiedererlangung der Muskelbalance im orofazialen System Erlernen/Bahnen physiologischer Bewegungsmuster Orofaziale Stimulation	**A:** Krankengymnastik/ KG-ZNS/ KG-ZNS-Kinder **C:** Kälte-/Wärme-/ Elektrotherapie	**Erst-VO:** • bis zu 10 x/VO **Folge-VO:** • bis zu 10 x/VO **Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls:** • bis zu 30 Einheiten **Frequenzempfehlung:** • 1 bis 3 x wöchentlich

1.3 Chronifiziertes Schmerzsyndrom

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung im Regelfall	
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Strukturelle/Funktionelle Schädigung		A: vorrangige Heilmittel B: optionales Heilmittel C: ergänzende Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe --- weitere Hinweise
CSZ Chronifiziertes Schmerzsyndrom im Zahn-, Mund- und Kieferbereich z.B. bei – Atypischer Odontalgie, z.B. nach endodontischer Behandlung oder Zahnextraktion – Folgen nach oder bei neuropathischen Erkrankungen im Mund- und Kieferbereich – Primäres (idiopathisches) Mund- und Zungenbrennen – Persistierende Kiefergelenkschmerzen/Kiefermuskelschmerzen	**a** anhaltende/rezidivierende Schmerzen unterschiedlichen Schmerzcharakters mit und ohne Ausstrahlung	Schmerzlinderung durch Besserung der Beweglichkeit, Entlastung schmerzender Strukturen	**A:** Krankengymnastik **C:** Kälte-/Wärme-/ Elektrotherapie	**Erst-VO:** • bis zu 6 x/VO **Folge-VO:** • bis zu 6 x/VO **Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls:** • bis zu 18 Einheiten **Frequenzempfehlung:** • 1 bis 3 x wöchentlich **Ziel:** • Erlernen eines Eigenübungsprogrammes
	b Schmerzen durch Muskelspannungsstörungen/Dysbalance der cranio-mandibulären Muskulatur	Regulierung der schmerzhaften Muskelspannung, der Durchblutung, des Stoffwechsels	**A:** Krankengymnastik **C:** Kälte-/Wärme-/ Elektrotherapie	
	c schmerzbedingte Bewegungsstörungen/Funktionsstörungen	Schmerzlinderung/Funktionsverbesserung durch Besserung der Beweglichkeit	**A:** Krankengymnastik/ Manuelle Therapie **C:** Kälte-/Wärme-/ Elektrotherapie	

1.4 Lymphabflussstörungen

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung im Regelfall	
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Funktionelle/strukturelle Schädigung		A: vorrangige Heilmittel B: optionale Heilmittel C: ergänzende Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe ---------- weitere Hinweise
LYZ1 Lymphabflussstörungen im Mund- und Kieferbereich einschließlich der ableitenden Lymphbahnen im Halsbereich mit prognostisch **kurzzeitigem** Behandlungsbedarf bei sekundärer (erworbener) Schädigung des Lymphsystems bei dauerhafter oder temporärer Unterbrechung der Lymphabflusswege nach – tumorchirurgischem oder chirurgischem Eingriff oder – strahlentherapeutischer Behandlung oder – Trauma im Mund- und Kieferbereich.	Schmerzlose oder schmerzhafte, zeitweise lymphatische/lymphostatische Schwellung	Vermeidung der Ausbildung eines chronischen Lymphödems Entstauung/Besserung des Lymphflusses, Besserung des Haut- und Unterhautstoffwechsels, auch zur Vermeidung weiterer Komplikationen Reduktion der Anreicherung von Gewebeflüssigkeit	**A:** MLD-30 **C:** Kälte-/Wärme-/Elektrotherapie/Übungsbehandlung	**Erst-VO:** • bis zu 6 x/VO **Folge-VO:** • bis zu 6 x/VO **Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls:** • bis zu 12 Einheiten **Frequenzempfehlung:** • 1 bis 2 x wöchentlich **Ziel:** • Erlernen eines Eigenübungsprogramms
	Schmerzen, Bewegungseinschränkungen des Unterkiefers durch lokale Schwellung (z.B. Ödem, Hämatom)	Schmerzreduktion/Besserung der Beweglichkeit durch Entstauung/Verbesserung des Lymphflusses		

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung im Regelfall	
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Funktionelle/strukturelle Schädigung		A: vorrangige Heilmittel B: optionale Heilmittel C: ergänzende Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe --- weitere Hinweise
LYZ2 Chronische Lymphabflussstörungen im Mund- und Kieferbereich einschließlich der ableitenden Lymphbahnen im Halsbereich mit prognostisch **länger andauerndem** Behandlungsbedarf bei sekundärer (erworbener) Schädigung des Lymphsystems bei dauerhafter oder temporärer Unterbrechung der Lymphabflusswege nach – umfangreichem tumorchirurgischen oder chirurgischem Eingriff oder – strahlentherapeutischer Behandlung oder – schwerem Trauma im Mund- und Kieferbereich.	Chronisches schmerzloses oder schmerzhaftes, länger bestehendes bzw. dauerhaft manifestes Lymphödem auch mit Sekundärschäden an Haut und Unterhautgewebe und/oder mit Bewegungseinschränkungen des Unterkiefers, Stauungsdermatosen	Entstauung/Besserung des Lymphflusses, Besserung des Haut- und Unterhautstoffwechsels, auch zur Vermeidung weiterer Komplikationen	**A:** MLD-30 /MLD-45 **C:** Kälte-/Wärme-/Elektrotherapie/Übungsbehandlung	**Erst-VO:** • bis zu 10 x/VO **Folge-VO:** • bis zu 10 x/VO **Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls:** • bis zu 30 Einheiten **Frequenzempfehlung:** • 1 bis 3 x wöchentlich **Ziel:** • Erlernen eines Eigenübungsprogramms

2 Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie

2.1 Störungen des Sprechens

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung im Regelfall	
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Strukturelle/Funktionelle Schädigung		Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe ---------- weitere Hinweise
SPZ **Störungen des Sprechens** z.B. bei/nach - Mund-, Kieferanomalien (z.B. bei offenem Biss, Sigmatismus interdentalis, Sigmatismus addentalis) - orthognathen Operationen - tumorchirurgischen Eingriffen oder strahlentherapeutischer Behandlung im Zahn-, Mund-, Kieferbereich - Anomalien der Zahnstellung, Fehlbildung des Kiefers, fehlerhafter Lagebeziehung der Kiefer zueinander sowie Fehlfunktion/Größe der Zunge	Störungen - der Lautbildung im Mund-Kiefer-, Gesichtsbereich - des orofazialen Muskelgleichgewichts	Wiederherstellung und Verbesserung der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten Normalisierung der Lautbildung	Sprech- und Sprachtherapie 30 oder 45 Minuten, je nach konkretem Störungsbild und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten	**Erst-VO:** • bis zu 10 x/VO **Folge-VO:** • bis zu 10 x/VO **Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls:** • bis zu 30 Einheiten **Frequenzempfehlung:** • 1 bis 3 x wöchentlich

2.2 Störungen des oralen Schluckaktes

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung im Regelfall	
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Strukturelle/Funktionelle Schädigung		Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe --- weitere Hinweise
SCZ **Störungen des oralen Schluckakts** z.B. bei/nach – Traumata im Zahn-, Mund- und Kieferbereich – Tumor-Operationen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich – orthognathen Operationen – operativer Versorgung von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten – Zungenfehlfunktion – viszeralem Schlucken	Störungen in der oralen Phase des Schluckakts (motorisch und sensorisch)	Verbesserung bzw. Normalisierung des Schluckakts ggf. Erarbeitung von Kompensationsstrategien Ermöglichung der oralen Nahrungsaufnahme	Sprech- und Sprachtherapie 30/45 oder 60 Minuten mit dem Patienten, je nach konkretem Störungsbild und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten	**Erst-VO:** • bis zu 10 x/VO **Folge-VO:** • bis zu 10 x/VO **Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls:** • bis zu 30 Einheiten **Frequenzempfehlung:** • 1 bis 3 x wöchentlich

2.3 Orofaziale Funktionsstörungen

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung im Regelfall	
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Strukturelle/Funktionelle Schädigung		Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe --- weitere Hinweise
<u>OFZ</u> **Orofaziale Funktionsstörungen** z.B. bei/nach – Traumata im Zahn-, Mund- und Kieferbereich – Tumor-Operationen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich – orthognathen Operationen – angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen – Zahn- und Kieferfehlstellungen während der Wachstumsphase sowie in den in Abschnitt B Nr. 4 Satz 2 und 3 der Richtlinie des G-BA für die Kieferorthopädische Behandlung genannten Ausnahmefällen mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert.	Störungen der orofazialen Funktion ohne Beeinträchtigung der Artikulation (des Sprechens), z.B. habituelle Mundatmung, orale Habits	Funktionsverbesserung, Veränderung des Funktionsmusters Wiederherstellung/Normalisierung der physiologischen Muskelfunktion Wiedererlangung der Muskelbalance im orofazialen System	Sprech- und Sprachtherapie 30/45 Minuten mit dem Patienten, je nach konkretem Störungsbild und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten	**Erst-VO:** • bis zu 10 x/VO **Folge-VO:** • bis zu 10 x/VO **Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls:** • bis zu 30 Einheiten **Frequenzempfehlung:** • 1 bis 3 x wöchentlich

Vereinbarung

über den Vordruck der zahnärztlichen Heilmittelverordnung nebst Ausfüllhinweisen zwischen der

Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Köln
und dem
GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin

(Vereinbarung HM-Vordruck ZÄ)

Auf Grundlage des § 87 Abs. 1 Satz 2 SGB V treffen die Vertragspartner folgende Vereinbarung:

Artikel 1

Vordruck „Zahnärztliche Heilmittelverordnung“

[1]Die Vertragspartner vereinbaren für die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung den Vordruck „zahnärztliche Heilmittelverordnung“. [2]Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte/HeilM-RL ZÄ) ist zu beachten. [3]Für die Verordnung ist der anliegende Vordruck zu verwenden. [4]Die Vertragspartner stellen sicher, dass auf dem Verordnungsvordruck die nach § 12 Abs. 2 HeilM-RL ZÄ erforderlichen Angaben enthalten sind. [5]Der Vordruck erhält das Format DIN A4 hoch. [6]Der Vordruck kann in der Vertragszahnarztpraxis mittels EDV erstellt werden. [7]Hierbei dürfen Inhalt, Aufbau und Struktur sowie die vorgegebenen Zeilenabstände nicht verändert werden. [8]Auf die Verwendung von Sicherheitspapier wird bis zu einer Vereinbarung über die Blankoformularbedruckung verzichtet.

Zahnärztliche Heilmittelverordnung

Gebühr pflicht. | Krankenkasse bzw. Kostenträger

Gebühr frei | Name, Vorname des Versicherten | geb. am

Unfall/ Unfallfolgen

BVG | Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Vertragszahnarzt-Nr. | Datum

IK des Leistungserbringers | Gesamt-Zuzahlung | Gesamt-Brutto

Heilmittel-Pos.-Nr. | Faktor | Heilmittel-Pos.-Nr. | Faktor

Wegegeld-/Pauschale | Faktor | km | Hausbesuch | Faktor | Hausbesuch | Faktor

Rechnungsnummer

Belegnummer

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

☐ Erst-verordnung ☐ Folge-verordnung

☐ Verordnung außerhalb des Regelfalles

Behandlungsbeginn spätest. am T T M M J J

Hausbesuch ☐ Ja ☐ Nein

Therapiebericht ☐ Ja

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Physiotherapie und physikalische Therapie

Vorrangige Heilmittel:

- ☐ KG
- ☐ KG-ZNS-Kinder
  - ☐ Bobath
  - ☐ Vojta
- ☐ KG-ZNS
  - ☐ Bobath
  - ☐ Vojta
  - ☐ PNF
- ☐ MT
- ☐ MLD 30
- ☐ MLD 45

Ergänzende Heilmittel:

- ☐ Kälte
- ☐ Wärme
  - ☐ Heißluft
  - ☐ Heiße Rolle
  - ☐ Ultraschall
  - ☐ Packungen
- ☐ Elektrostimulation
- ☐ Elektrotherapie

Ggf. Spezifizierung

☐ Übungsbehandlung

Sprech- und Sprachtherapie

Therapiedauer

- ☐ 30 min.
- ☐ 45 min.
- ☐ 60 min.

Anzahl pro Woche

☐—☐—☐ 1x 2x 3x

Verordnungsmenge

ggf. ergänzendes Heilmittel

Anzahl pro Woche

☐—☐—☐ 1x 2x 3x

Verordnungsmenge

Indikationsschlüssel

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

ICD-10 – Code

ICD-10 – Code

Medizinische Begründung bei Verordnung außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes

Vordruckmuster 213 05/17 SCHÜTZDRUCK

Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

☐ Die verordnete Behandlung wird genehmigt.

☐ Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.

Datum T T M M J J

Begründung bei Ablehnung

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

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

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

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

☐ Behandlungsabbruch am Datum T T M M J J

Nach Rücksprache mit dem Zahnarzt:

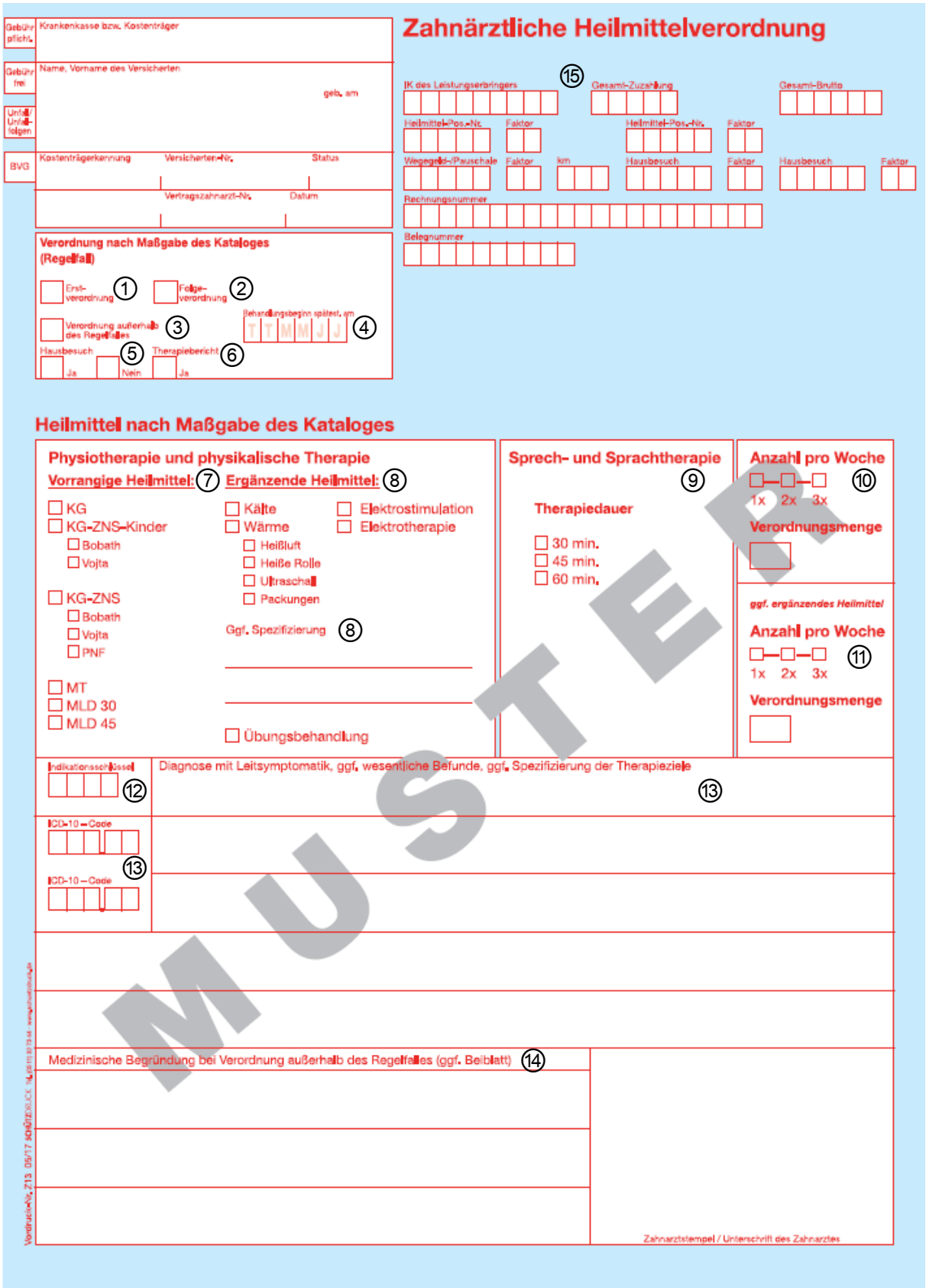
☐ Abweichung von der Frequenz

Begründung:

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Artikel 2

Vordruckerläuterungen



Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

① Erstverordnung ② Folgeverordnung ③ Verordnung außerhalb des Regelfalles

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

Jeder Heilmittelverordnung liegt ein Regelfall zugrunde, der in den jeweiligen Abschnitten des Heilmittelkataloges Zahnärzte definiert wird. Im Heilmittelkatalog wird beschrieben, welche Heilmittel in welchen Mengen bei welchen Indikationen (Indikationsgruppen und Leitsymptomatik) im Regelfall dazu führen, das angestrebte Therapieziel zu erreichen. Für den Regelfall gilt der Heilmittelkatalog als Leitfaden zur Verordnung. Die Indikationsgruppen und ggf. die Leitsymptomatik werden durch einen drei- bzw. vierstelligen Indikationsschlüssel definiert, der auf dem Vordruck abgebildet wird.

① Erstverordnung

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

② Folgeverordnung

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

③ Verordnung außerhalb des Regelfalles

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

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

Besonderheit bei der Verordnung außerhalb des Regelfalles

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

④ Behandlungsbeginn spätest. am

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

⑤ Hausbesuch

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

⑥ Therapiebericht

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

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

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

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

⑦ Vorrangige Heilmittel (Physiotherapie und physikalische Therapie)

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

⑧ Ergänzende Heilmittel (Physiotherapie und physikalische Therapie)

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

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

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

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

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

Es kann maximal ein ergänzendes Heilmittel verordnet werden.

⑨ Sprech- und Sprachtherapie: Therapiedauer pro Sitzung

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

⑩ Anzahl pro Woche und Verordnungsmenge

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

Im Fall einer Erst- oder Folgeverordnung darf die Verordnungsmenge je Indikationsgruppe den Wert gemäß ausgewähltem Indikationsschlüssel in Verbindung mit dem gewählten

Heilmittel die Vorgabe des Heilmittelkataloges Zahnärzte nicht überschreiten. Nicht jede Schädigung/Funktionsstörung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung oder der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles.

⑪ ggf. ergänzendes Heilmittel: Anzahl pro Woche und Verordnungsmenge

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

Besonderheit bei der Verordnung außerhalb des Regelfalles

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

⑫ Indikationsschlüssel

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

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

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

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

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

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

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

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

⑮ Felder für den Leistungserbringer

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

Rückseite oder Seite 2 des Vordruckes:

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

Artikel 3

Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt am 01.07.2017 in Kraft.

Köln, Berlin……..

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung	GKV-Spitzenverband

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

II

Bundesverträge
(Ersatzkassen)

- unbesetzt -

III

Bundesverträge
mit Sondergruppen

III-1

Zahnärztliche Versorgung der Unfallverletzten und Berufserkrankten

Abkommen

zwischen der

Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V.
(DGUV)
Glinkastraße 40, 10117 Berlin,

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
(SVLFG)
Weißensteinstraße 70-72, 34131 Kassel

und der

Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung
(KZBV)
Universitätsstraße 73
50931 Köln

über die Durchführung der zahnärztlichen Versorgung von Unfallverletzten und Berufserkrankten

vom 01. Januar 2018

Präambel

Die Unfallversicherungsträger haben nach § 26 Abs. 2 SGB VII die Aufgabe, mit allen geeigneten Mitteln unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit möglichst frühzeitig den durch den Arbeitsunfall/die Berufskrankheit verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern. Hierzu schließen die Vertragspartner gemäß § 34 Abs. 3 SGB VII das nachfolgende Abkommen:

1. Durchführung der zahnärztlichen Behandlung

1.1 Die zahnärztliche Behandlung (konservierende, chirurgische und kieferorthopädische Leistungen) ist vom Unfallversicherungsträger zu gewähren.

Wegen der Folgen eines Arbeitsunfalls/einer Berufskrankheit erstattet der Zahnarzt auf Anforderung des Unfallversicherungsträgers gem. § 201 SGB VII unter Verwendung des Musters der Anlage 1 einen "Bericht Zahnschaden". Für diesen Bericht erhält der Zahnarzt eine Gebühr in Höhe von **Euro 20,10** zzgl. der Portokosten.

1.2 Die prothetische Behandlung (Zahnersatz und Zahnkronen) von Unfallverletzten und Berufserkrankten und die damit unmittelbar zusammenhängenden Leistungen sind vom Unfallversicherungsträger als Sachleistung zu gewähren.

Bei der prothetischen Versorgung von Unfallverletzten und Berufserkrankten stellt der Zahnarzt einen Heil- und Kostenplan (Anlage 2) auf, wie er im Verhältnis zu den gesetzlichen Krankenkassen vereinbart ist.

Der ausgefüllte Heil- und Kostenplan ist dem zuständigen Unfallversicherungsträger wegen der Kostenübernahmeerklärung zuzuleiten. Der Unfallversicherungsträger gibt den Heil- und Kostenplan mit einem Vermerk über die Höhe der zu übernehmenden Kosten an den Zahnarzt zurück. Der Zahnarzt erstattet auf Anforderung des Unfallversicherungsträgers unter Verwendung des Musters der Anlage 1 einen "Bericht Zahnschaden" (vgl. 1.1).

1.3 In den Fällen, in denen die prothetische Versorgung sowohl unfallbedingte als auch unfallunabhängige Schäden betrifft und der Unfallverletzte/Berufserkrankte Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist, teilt der Unfallversicherungsträger dem Zahnarzt mit, in welcher Höhe er Kosten übernimmt. Die Krankenkasse erhält eine Durchschrift dieser Mitteilung unter Beifügung des Heil- und Kostenplanes.

1.4 Für die Erstattung der nach der Unfallversicherungs-Anzeigenverordnung (UV-AV) vorgesehenen Berufskrankheitenanzeige erhält der Zahnarzt eine Gebühr in Höhe von **Euro 16,44**.

2. Vergütung und Abrechnung der zahnärztlichen Leistungen

2.1 Die zahnärztliche Vergütung – einschließlich der Vergütung für kieferorthopädische Leistungen bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres - erfolgt auf der Grundlage der Gebührentarife der Angestellten-Ersatzkassen für Zahnärzte.[1)] Der Punktwert für zahnärztliche Leistungen wird zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Unfallversicherung vereinbart. Ab dem 01.01.2018 wird bundesweit ein Punktwert von **Euro 1,24** zugrunde gelegt.

Die zahnärztliche Vergütung für die prothetische Behandlung erfolgt nach dem als Anlage 4 beigefügten Gebührenverzeichnis.

Neben den für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen die dem Zahnarzt tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen berechnet werden, soweit diese Kosten nicht mit den Gebühren abgegolten sind. Die mit den Angestellten-Ersatzkassen vereinbarten Vergütungen für zahntechnische Leistungen finden Anwendung.

2.2 Sollte es sich in begründeten Fällen (besondere Schwierigkeiten in der Durchführung der prothetischen Versorgung) ergeben, dass hinsichtlich des Honorars von der unter 2.1 genannten Gebührenregelung abgewichen werden muss, ist zwischen dem zuständigen Unfallversicherungsträger und dem Zahnarzt vor Einleitung der Behandlung eine Honorarabsprache zu treffen. Entsprechendes gilt für das zahnärztliche Honorar bei den Leistungen, die zur Heilbehandlung gem. § 26 Abs. 2 SGB VII gehören, aber nicht Bestandteil der Gebührenregelungen nach Ziffer 2.1 sind.

2.3 Ärztliche Leistungen von Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen werden nach der UV-GOÄ in der jeweils gültigen Fassung abgerechnet, wenn der Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurg als Vertragsarzt zugelassen und damit am Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger beteiligt ist. Nr. 3 der Allgemeinen Bestimmungen des BEMA findet insoweit keine Anwendung.

2.4 Wünscht der Unfallverletzte private Behandlung, so besteht für den Zahnarzt gegenüber dem Unfallversicherungsträger ein Anspruch auf Honorierung nur in der Höhe, wie sie diese Vereinbarung vorsieht.

2.5 Die Kosten der zahnärztlichen Behandlung von Unfallfolgen oder von Berufskrankheitsfolgen rechnet der Zahnarzt direkt mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger ab. Die Rechnung hat folgende Angaben zu enthalten:

1. die Personaldaten des Unfallverletzten,
2. den Unfalltag,
3. den Unfallbetrieb (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule; handelt es sich um den Arbeitsunfall einer Pflegeperson, so ist als Unfallbetrieb der/die Pflegebedürftige anzugeben.),
4. das Datum der Erbringung der Leistung,

5. die Gebührennummer nach den Gebührentarifen der Angestellten-Ersatzkassen für Zahnärzte bzw. des Gebührenverzeichnisses für die prothetische Behandlung (s. Anlage 4),
6. den Betrag für die Material- und Laboratoriumskosten bzw. der baren Auslagen,
7. den Gesamtrechnungsbetrag.

2.6 Die Zahlung des Unfallversicherungsträgers erfolgt unverzüglich, spätestens innerhalb von 4 Wochen nach Rechnungseingang.
Besteht im Hinblick auf die Rechnungssumme noch Klärungsbedarf unter den Beteiligten, teilt der Unfallversicherungsträger dies dem Zahnarzt mit. Der unstreitige Betrag wird innerhalb der Zahlungsfrist von Satz 1 ausgezahlt, sofern er nicht weniger als 200 EUR beträgt.

3. Kündigung und Inkrafttreten

3.1 Das Abkommen kann mit sechsmonatiger Frist zum Schluss eines jeden Kalenderjahres, die Höhe der Vergütung (2.1) mit einer Frist von 6 Wochen zum Schluss eines jeden Kalendervierteljahres gekündigt werden, frühestens zum 31.12.2018.

3.2 Das Abkommen tritt am 01.01.2018 in Kraft.

1) Protokollnotiz zu Nr. 2.1 des Abkommens:

In Abweichung von Nr. 3 der allgemeinen Bestimmungen des BEMA verständigen sich die Vertragsparteien auf eine vorläufige Festsetzung des Divisors bei der Erbringung von GOÄ-Leistungen auf Basis des Unfallversicherungsabkommens auf 10 zu 1, dies jedoch nur vorbehaltlich von Umsetzungsschwierigkeiten in der Praxis. Sollte es bei der praktischen Anwendung zu Umsetzungsschwierigkeiten kommen, verständigen sich die Vertragsparteien auf eine neue Regelung.

Berlin, Kassel, Köln, den 22.02.2018

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
Dr. Wolfgang Eßer

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
Dr. Joachim Breuer

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
ZA Martin Hendges

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau
Dr. Marion Baierl

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
Dr. Karl-Georg Pochhammer

Anlagen:

1. **Bericht Zahnschaden**
2. **Heil- und Kostenplan *(wird nicht beigelegt)***
3. **- nicht besetzt -**
4. **Gebührenverzeichnis**

Unfallversicherungsträger:

Name, Vorname:

Aktenzeichen:

Bericht Zahnschaden

1 Befund des Gebisses

Erläuterungen: f = fehlender Zahn
)(= Lückenschluss
e = bereits ersetzter Zahn
x = nicht erhaltungswürdiger Zahn
k = vorhandene Krone
b = vorhandenes Brückenglied
w = erkrankter, aber erhaltungswürdiger Zahn

1.1 Zustand des Gebisses vor dem Unfall/der Erkrankung

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

1.2 Unfall-/Erkrankungsbefund

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

2 Angaben des Versicherten zum Unfallhergang/zur Erkrankung:

3 Wann nahm der Versicherte Sie erstmals in Anspruch (Datum/Uhrzeit)?

4 Welche Behandlungsmaßnahmen sind wegen der Erkrankungs-/Unfallfolgen derzeit erforderlich oder wurden bereits durchgeführt?

5 Ist wegen der Erkrankungs-/Unfallfolgen voraussichtlich eine weitere Behandlung zu einem späteren Zeitpunkt angezeigt?

☐ nein ☐ nicht absehbar ☐ ja, am

Welche Behandlung?

Datenschutz:
Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Gebühr 20,10 EUR

Ort, Datum

Institutionskennzeichen (IK)

Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN und BIC) –

Unterschrift und Stempel

Gebührenverzeichnis

Versorgung der Unfallverletzten und Berufserkrankten mit Zahnersatz und Zahnkronen

Bu-Nr.	Leistung	Gebühr ab 01.01.2018
		Beträge in EUR
1	Schriftliche Aufstellung eines Heil- und Kostenplanes zur prothetischen Versorgung - nach Befundaufnahme und ggf. Auswertung von Modellen	33,21
2	Vorbereiten eines zerstörten Zahnes zur Aufnahme einer Krone durch gegossenen Stiftaufbau oder Schraubenaufbau, mit Verankerung im Wurzelkanal	60,89
3	a) Schutz eines beschliffenen Zahnes durch eine abnehmbare Hülse	11,07
	b) Schutz eines beschliffenen Zahnes und Sicherung der Kaufunktion durch eine provisorische Krone oder provisorischen Ersatz eines fehlenden Zahnes durch ein Brückenglied	22,14
4	Versorgung eines Einzelzahnes durch a) eine Krone (Tangentialpräparation)	171,01
	b) eine Krone (Hohlkehlpräparation)	217,06
	- Hierunter ist die Verblendkrone abzurechnen	
	c) eine Krone (zirkuläre Stufenpräparation)	
	- Hierunter können nur Mantelkronen oder Teilkronen abgerechnet werden	229,63
5	Schutz eines beschliffenen Zahnes und Sicherung der Kaufunktion durch eine provisorische Krone mit Stiftverankerung	44,28
6	Teilleistungen bei nicht vollendeten Leistungen nach den Nrn. 2 und 4:	
	Präparation eines Zahnes	Halbe Gebühr nach Nr. 4 oder Nr. 2
	weitere Maßnahmen	Dreiviertel der Gebühr nach Nr. 4
	gegebenenfalls	Gebühr nach Nr. 2

Bu-Nr.	Leistung	Gebühr ab 01.01.2018
7	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Kronen und provisorischen Brücken	
	a) Wiedereinsetzen einer Krone, einer Stiftkrone, einer Facette oder dergleichen	17,71
	b) Erneuerung einer Facette, einer Verblendschale oder dergleichen	38,75
	c) Abnahme und Wiederbefestigung einer provisorischen Krone nach der Nr. 3 b oder 5	8,86
8	Beseitigung grober Artikulations- und Okklusionsstörungen vor Eingliederung von Prothesen und Brücken	17,71
9	Veränderung der Kieferhaltung mittels Bißführungsplatte	154,98
10	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke - je Pfeilerzahn als Brückenanker	
	a) eine Krone (Tangentialpräparation)	131,43
	b) eine Krone (Hohlkehlpräparation)	
	- Hierunter ist die Verblendkrone abzurechnen	191,84
	c) eine Krone (zirkuläre Stufenpräparation)	
	- Hierunter können nur Mantelkronen oder Teilkronen abgerechnet werden	225,09
	d) Teleskopkrone (auch Konuskrone) einschl. Fräsung	336,97
11	Weitere Maßnahmen bei der Versorgung eines Lückengebisses mittels festsitzender oder abnehmbarer Brücken	
	a) je Spanne (als Spanne zählt auch das Freiendteil)	66,42
	b) je ersetztem Zahn (zusätzlich zur Nr. 11 a)	22,14
	Bei der Ermittlung der nach Nr. 11 b ansatzfähigen Zähne ist jeweils 1 Zahn abzuziehen.	

Bu-Nr.	Leistung	Gebühr ab 01.01.2018
12	Versorgung des Lückengebisses durch zusammengesetzt-festsitzende oder abnehmbare Brücken und/oder durch kombiniert festsitzend/herausnehmbaren Zahnersatz zu den Bewertungszahlen nach Nr. 10 zusätzlich bei Anwendung von	
12/1	Stegen einschl. Stegverbindungsvorrichtungen, je Steg	66,42
12/2	Schrauben, Federstiften oder dergleichen, je Verbindungsvorrichtung	27,68
12/3	Riegeln, Gelenken, Geschieben, Ankern, je Verbindungsvorrichtung	49,82
13	Teilleistungen nach den Nrn. 10 und 11 bei nicht vollendeten Leistungen:	
	Präparation eines Brückenpfeilers	Halbe Gebühr nach Nr. 10
	Präparation eines Brückenpfeilers mit darüber hinausgehenden Maßnahmen	Dreiviertel der Gebühr nach Nr. 10
	Sind nach der Funktionsprüfung der Brückenanker weitere Maßnahmen erfolgt	Dreiviertel der Gebühr nach Nr. 11
14	Maßnahmen zum Wiederherstellen der Funktion von Brücken oder festsitzenden Schienen	
	a) Wiedereinsetzen einer Brücke oder festsitzenden Schiene mit 2 Ankern	44,28
	b) Wiedereinsetzen einer Brücke oder festsitzenden Schiene mit mehr als 2 Ankern	66,42
	c) Erneuerung einer Facette, einer Verblendschale oder dergleichen	38,75
15	Versorgung eines Lückengebisses durch eine partielle Prothese einschl. einfacher Haltevorrichtungen	
	a) zum Ersatz von 1 bis 4 fehlenden Zähnen	99,63
	b) zum Ersatz von 5 bis 8 fehlenden Zähnen	143,91
	c) zum Ersatz von mehr als 8 fehlenden Zähnen	199,26
16	Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine totale Prothese	
	a) im Oberkiefer	276,75
	b) im Unterkiefer	321,03

Bu-Nr.	Leistung	Gebühr ab 01.01.2018
	Besondere Maßnahmen:	
17	Abdruck mit individuellem Löffel, wenn der übliche Löffel nicht ausreicht, je Kiefer, auch neben Kronen und Brücken, nicht neben einer Einzelkrone (Nr. 4), gerechnet je Kiefer, neben Nr. 18 oder 19 für denselben Kiefer nur in den Fällen, in denen für die prothetische Versorgung eines zahnarmen Kiefers neben dem Funktionsabdruck für die Versorgung der noch stehenden Zähne durch Kronen ein Abdruck mit individuellem Löffel vorgenommen werden muß	33,21
18	Funktionsabdruck mit individuellem Löffel, Oberkiefer	66,42
19	Funktionsabdruck mit individuellem Löffel, Unterkiefer	88,56
20	Intraorale Stützstiftregistrierung zur Festlegung der Zentrallage	49,82
21	Verwendung einer Metallbasis bei einem zahnlosen Kiefer, zu den Bewertungszahlen nach Nr. 16 zusätzlich	33,21
22	Verwendung doppelarmiger Halte- oder einfacher Stützvorrichtungen oder mehrarmiger gebogener Halte- und Stützvorrichtungen zu den Bewertungszahlen nach Nr. 15 zusätzlich je Prothese, bei provisorischen Prothesen nur in besonders gelagerten Fällen	44,28
23	Verwendung einer Metallbasis mit Halte- und Stützvorrichtungen, zu den Bewertungszahlen nach Nr. 15 zusätzlich - nicht bei provisorischen Prothesen -	88,56

Bu-Nr.	Leistung	Gebühr ab 01.01.2018
24	Verwendung von gegossenen komplizierten Halte- und Stützvorrichtungen, zu den Bewertungszahlen nach Nr. 15 oder nach Nr. 23 zusätzlich - nicht bei provisorischen Prothesen -	
	a) bei Verwendung von einer Halte- und Stützvorrichtung	44,28
	b) bei Verwendung von mindestens 2 Halte- und Stützvorrichtungen	88,56
25	Teilleistungen nach den Nrn. 15, 16 und 17-24 bei nicht vollendeten Leistungen:	
	a) Anatomischer Abdruck zur prothetischen Versorgung eines Kiefers	33,21
	b) Maßnahmen einschließlich der Ermittlung der Bißverhältnisse	Halbe Gebühr nach Nr. 15 oder 16
	c) Weitergehende Maßnahmen	Dreiviertel der Gebühr für die gesamte Behandlung
26	Maßnahmen zum Wiederherstellen der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese	
	a) kleinen Umfanges (ohne Abdruck)	33,21
	b) größeren Umfanges (mit Abdruck)	55,35
	c) Teilunterfütterung einer Prothese	44,28
	d) Vollständige Unterfütterung einer Prothese im direkten Verfahren	60,89
	e) Vollständige Unterfütterung einer Prothese im indirekten Verfahren	55,35
	f) Vollständige Unterfütterung einer Prothese im indirekten Verfahren einschl. funktioneller Randgestaltung im Oberkiefer	77,49
	g) Vollständige Unterfütterung einer Prothese im indirekten Verfahren einschl. funktioneller Randgestaltung im Unterkiefer	88,56

Bu-Nr.	Leistung	Gebühr ab 01.01.2018
27	Maßnahmen zur Weichteilstützung zum Ausgleich oder zum Verschluß von Defekten im Bereich des Kiefers	
	a) bei vorhandenem Restgebiß, zu den Gebühren nach Nr. 15, gegebenenfalls in Verbindung mit Nrn. 17-24, zusätzlich	88,56
	b) bei zahnlosem Kiefer, zu den Gebühren nach Nr. 16 zusätzlich	132,84
28	Eingliedern eines Obturators zum Verschluß von Defekten des weichen Gaumens, zu den Gebühren nach Nr. 15, gegebenenfalls in Verbindung mit Nrn. 17-24 oder nach Nr. 16, zusätzlich	265,68
29	Resektionsprothesen:	
	a) Eingliedern einer temporären Verschlußprothese nach Resektion oder bei großen Defekten des Oberkiefers, zu den Bewertungszahlen nach Nr. 15, gegebenenfalls in Verbindung mit Nrn. 17-24 oder nach Nr. 16, zusätzlich	177,12
	b) Ergänzungsmaßnahmen im Anschluß an Leistungen nach Buchstabe a)	88,56
	c) Eingliedern einer Dauerprothese zu den Bewertungszahlen nach Nr. 15, ggf. in Verbindung mit Nrn. 17-24 oder nach Nr. 16, zusätzlich	332,10
30	Eingliedern einer Prothese oder Epithese zum Verschluß extraoraler Weichteildefekte oder zum Ersatz fehlender Gesichtsteile	
	a) kleineren Umfanges	332,10
	b) größeren Umfanges	553,50

Bu-Nr.	Leistung	Gebühr ab 01.01.2018

Auszug aus dem BEMA Teil 2 (KZBV-VdAK/AEV-Vertrag):

7	***Vorbereitende Maßnahmen***	
a)	***für UV nicht relevant***	
b)	***Abformung, Bissnahme für das Erstellen von Modellen des Ober- und Unterkiefers zur diagnostischen Auswertung und Planung sowie schriftliche Niederlegung***	***21,03***

Zu Nrn. 7 a und b:

1. *Eine Leistung nach den Nrn. 7 a oder b ist bei allen nach der Planung notwendig werdenden Abformungsmaßnahmen nur dann abrechnungsfähig, wenn mit der Herstellung der Modelle eine diagnostische Auswertung und Planung verbunden ist. Für die Erstellung von Arbeitsmodellen können nur Material- und Laboratoriumskosten abgerechnet werden.*

2. *für Nr. 7 b nicht relevant*

3. *Die vorbereitenden Maßnahmen (Nr. 7 b) sind nur im Rahmen der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sowie der Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels abrechnungsfähig.*

4. *Im Rahmen der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sind Leistungen nach Nr. 7 b neben alleinigen Maßnahmen nach Nrn. 20 und 100*) in der Regel nicht abrechnungsfähig.*

   **) entspricht Nrn. 4 a – 4 c und 26 a – 26 g des UV-Gebührenverzeichnisses*

5. *für Nr. 7 b nicht relevant*

III-2

Anspruchsberechtigte
nach dem
Bundesversorgungsgesetzt
(BVG)

- unbesetzt -

III-3

Bundespolizei

- Richtlinien -

Verordnung über die Gewährung von Heilfürsorge für Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamte in der Bundespolizei (Bundespolizei-Heilfürsorgeverordnung - BPolHfV)

Vom 22.Mai 2014

Auf Grund des § 70 Absatz 2 Satz 3 des Bundesbesoldungsgesetzes, der durch Artikel 1 Nummer 31 des Gesetzes vom 11. Juni 2013 (BGBl. I S. 1514) eingefügt worden ist, verordnet das Bundesministerium des Innern im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen:

Inhaltsübersicht

Kapitel 1
Allgemeine Vorschriften

§ 1 Zweck, Eigenverantwortung, Mitwirkungspflicht
§ 2 Sachleistungsprinzip
§ 3 Heilfürsorgekarte
§ 4 Leistungen

Kapitel 2
Leistungen

§ 5 Ärztliche Behandlung von Heilfürsorgeberechtigten, die eine allgemeine Heilfürsorgekarte besitzen
§ 6 Ärztliche Behandlung von Heilfürsorgeberechtigten, die keine allgemeine Heilfürsorgekarte besitzen
§ 7 Notfallbehandlung von Heilfürsorgeberechtigten, die keine allgemeine Heilfürsorgekarte besitzen
§ 8 Zahnärztliche Behandlung
§ 9 Arznei- und Verbandmittel
§ 10 Heilmittel
§ 11 Hilfsmittel
§ 12 Krankenhausbehandlung
§ 13 Organtransplantationen
§ 14 Leistungen zur Rehabilitation
§ 15 Fahrkosten
§ 16 Leistungen bei Pflegebedürftigkeit
§ 17 Behandlung während eines dienstlichen Aufenthaltes im Ausland
§ 18 Behandlung während eines privaten Aufenthaltes in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz
§ 19 Behandlung während eines privaten Aufenthaltes außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union, der anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz

Kapitel 3
Schlussbestimmungen

§ 20 Verwaltungsvorschrift
§ 21 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Kapitel 1
Allgemeine Vorschriften

§ 1
Zweck, Eigenverantwortung, Mitwirkungspflicht

(1) Die Heilfürsorge hat den Zweck, die Gesundheit der Heilfürsorgeberechtigten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern.

(2) Die Heilfürsorgeberechtigten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich. Sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder deren Folgen zu überwinden.

(3) Die Behandlung umfasst auch die Untersuchung der oder des Heilfürsorgeberechtigten.

(4) Die Heilfürsorgeberechtigten sind verpflichtet, dem Ärztlichen Dienst der Bundespolizei auf Verlangen ärztliche Bescheinigungen, Arzt- und Befundberichte vorzulegen. Der Ärztliche Dienst der Bundespolizei kann diagnostische Maßnahmen veranlassen, wenn diese für die Feststellung des Gesundheitszustandes erforderlich und für die oder den Heilfürsorgeberechtigten zumutbar sind. Die Kosten trägt der Bund.

§ 2
Sachleistungsprinzip

Die Heilfürsorge wird grundsätzlich als Sachleistung gewährt. Für Zuzahlungen und Belastungsgrenzen gelten die Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

§ 3
Heilfürsorgekarte

(1) Heilfürsorgeberechtigte, die in einer Dienststelle ohne eigenen polizeiärztlichen Dienst tätig sind, erhalten eine Heilfürsorgekarte, die für alle Heilfürsorgeleistungen nach § 4 Absatz 1 gilt (allgemeine Heilfürsorgekarte). Mit Zustimmung des Bundesministeriums des Innern können auch andere Heilfürsorgeberechtigte eine allgemeine Heilfürsorgekarte erhalten.

(2) Die übrigen Heilfürsorgeberechtigten erhalten eine Heilfürsorgekarte, die nur für zahnärztliche Behandlungen gilt.

(3) Die Heilfürsorgeberechtigten haben der behandelnden Vertragsärztin oder Vertragszahnärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt oder Vertragszahnarzt die Heilfürsorgekarte vor der Behandlung vorzulegen.

§ 4
Leistungen

(1) Die Heilfürsorge umfasst folgende Leistungen:

1. Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten, medizinische Vorsorgeleistungen und medizinische Vorsorge für Mütter und Väter entsprechend den §§ 20, 20d, 23 bis 24b und 25 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. Leistungen bei Schwangerschaft, Entbindung und Mutterschaft entsprechend den §§ 24c bis 24i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,

3. Leistungen zur künstlichen Befruchtung entsprechend § 27a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
4. ärztliche und zahnärztliche Behandlung entsprechend § 27 Absatz 1 in Verbindung mit den §§ 28, 55 und 56 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
5. Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln entsprechend § 27 Absatz 1 in Verbindung mit § 31 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
6. Versorgung mit Heilmitteln entsprechend § 27 Absatz 1 in Verbindung mit den §§ 32 und 92 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
7. Versorgung mit Hilfsmitteln entsprechend § 27 Absatz 1 in Verbindung mit den §§ 33, 36 und 92 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
8. häusliche Krankenpflege, Soziotherapie und spezialisierte ambulante Palliativversorgung entsprechend § 27 Absatz 1 in Verbindung mit den §§ 37 bis 37b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
9. Haushaltshilfe entsprechend § 27 Absatz 1 in Verbindung mit § 38 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
10. Krankenhausbehandlung sowie stationäre und ambulante Hospizleistungen entsprechend § 27 Absatz 1 in Verbindung mit den §§ 39 und 39a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
11. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter sowie ergänzende Leistungen zur Rehabilitation entsprechend § 27 Absatz 1 in Verbindung mit den §§ 40, 41 und 43 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
12. Fahrkosten entsprechend § 60 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
13. Leistungen bei Pflegebedürftigkeit entsprechend dem Elften Buch Sozialgesetzbuch.

(2) Soweit in dieser Verordnung nichts anderes bestimmt ist, entsprechen die Leistungen der Heilfürsorge den Leistungen

1. der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch und den hierauf beruhenden, im Rang nachgehenden Regelungen sowie
2. der sozialen Pflegeversicherung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch.

Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

(3) Grundsätzlich werden die Kosten der Leistungen auf der Grundlage der von den Ersatzkassen getroffenen Vereinbarungen mit den Leistungserbringern übernommen.

(4) Für vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Leistungen im Rahmen des Sicherstellungsauftrages nach § 75 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten die Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie die hierauf beruhenden Regelungen, soweit diese Verordnung nichts anderes bestimmt und keine abweichenden Vereinbarungen bestehen.

(5) In begründeten Einzelfällen kann das Bundesministerium des Innern im Rahmen seiner Fürsorgepflicht einer Abweichung von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zustimmen.

Kapitel 2
Leistungen

§ 5
Ärztliche Behandlung von Heilfürsorgeberechtigten, die eine allgemeine Heilfürsorgekarte besitzen

(1) Heilfürsorgeberechtigte, die eine allgemeine Heilfürsorgekarte besitzen, haben eine an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärztin für Allgemeinmedizin oder Fachärztin für Innere Medizin oder einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Facharzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt für Innere Medizin in Anspruch zu nehmen, die oder der die Funktion der Hausärztin oder des Hausarztes übernimmt.

(2) Soweit die Behandlung besondere Kenntnisse und Erfahrungen erfordert, erfolgt sie auf Veranlassung der Hausärztin oder des Hausarztes durch eine an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztin oder einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt, in der Regel eine Fachärztin oder ein Facharzt.

§ 6
Ärztliche Behandlung von Heilfürsorgeberechtigten, die keine allgemeine Heilfürsorgekarte besitzen

(1) Heilfürsorgeberechtigte, die keine allgemeine Heilfürsorgekarte besitzen, werden von der zuständigen Polizeiärztin oder dem zuständigen Polizeiarzt behandelt.

(2) Steht am Dienstort vorübergehend keine Ärztin der Bundespolizei oder kein Arzt der Bundespolizei zur Verfügung, kann eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt in Anspruch genommen werden. Die oder der Heilfürsorgeberechtigte hat die in Anspruch genommene Ärztin oder den in Anspruch genommenen Arzt darüber zu informieren, dass sie oder er heilfürsorgeberechtigte Angehörige oder heilfürsorgeberechtigter Angehöriger der Bundespolizei ist und innerhalb von vier Wochen nach der Behandlung einen Überweisungsschein oder eine Kostenübernahmeerklärung der zuständigen Ärztin der Bundespolizei oder des zuständigen Arztes der Bundespolizei nachreichen wird. Die oder der Heilfürsorgeberechtigte hat die zuständige Ärztin der Bundespolizei oder den zuständigen Arzt der Bundespolizei unverzüglich über die Erkrankung oder den Unfall zu informieren.

(3) Soweit die Behandlung besondere Kenntnisse und Erfahrungen erfordert, wird sie auf Veranlassung der Ärztin der Bundespolizei oder des Arztes der Bundespolizei durch eine an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztin oder einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt, in der Regel eine Fachärztin oder einen Facharzt, gewährt.

§ 7
Notfallbehandlung von Heilfürsorgeberechtigten, die keine allgemeine Heilfürsorgekarte besitzen

Ist bei plötzlichen schweren Erkrankungen oder bei Unfällen eine Polizeiärztin oder ein Polizeiarzt nicht oder nicht rechtzeitig zu erreichen, können Heilfürsorgeberechtigte, die keine allgemeine Heilfürsorgekarte besitzen, andere ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, bis eine Polizeiärztin oder ein Polizeiarzt die weitere ärztliche Versorgung übernehmen oder veranlassen kann. § 4 Absatz 3 gilt entsprechend.

§ 8
Zahnärztliche Behandlung

(1) Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf die Übernahme der tatsächlichen Kosten einer Regelversorgung mit Zahnersatz, einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen,

nach § 56 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Wählt die oder der Heilfürsorgeberechtigte einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, wird höchstens der doppelte Betrag des Festzuschusses nach § 55 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewährt.

(2) Die Anfertigung von Zahnersatz (einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen), die systematische Behandlung von Parodontopathien und kieferorthopädische Behandlungen bedürfen der vorherigen Genehmigung durch das für Heilfürsorgeangelegenheiten zuständige Referat des Bundespolizeipräsidiums. Bei Zweifeln an der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit oder wirtschaftlichen Angemessenheit kann das für Heilfürsorgeangelegenheiten zuständige Referat des Bundespolizeipräsidiums den Heil- und Kostenplan durch einen Gutachter überprüfen lassen. Wird ein genehmigter Heil- und Kostenplan geändert, bedarf auch die Änderung der Genehmigung. Das Genehmigungsverfahren sowie das Gutachter- und Obergutachterverfahren, einschließlich der zu verwendenden Vordrucke, richten sich nach dem Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte vom 1. Januar 2005 in der jeweils jüngsten auf der Internetseite des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (www.gkv-spitzenverband.de) veröffentlichten Fassung.

(3) Die Kosten einer einmal jährlich durchgeführten professionellen Zahnreinigung nach Nummer 1040 der Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte werden übernommen.

§ 9
Arznei- und Verbandmittel

(1) Die Einzelheiten der Versorgung der Heilfürsorgeberechtigten mit Arznei- und Verbandmitteln regelt der Arzneiversorgungsvertrag zwischen der Bundesrepublik Deutschland und dem Deutschen Apothekerverband e. V. vom 1. Oktober 2011 in der jeweils jüngsten im Bundesanzeiger veröffentlichten Fassung.

(2) Die Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln im geschlossenen Einsatz bleibt unberührt.

§ 10
Heilmittel

Die Kosten für Heilmittel werden entsprechend den von den Ersatzkassen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch getroffenen Vereinbarungen mit den Leistungserbringern übernommen, sofern eine ärztliche Verordnung nach der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in ihrer jeweils jüngsten auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de) veröffentlichten Fassung vorliegt und zugelassene Leistungserbringer nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch in Anspruch genommen werden.

§ 11
Hilfsmittel

(1) Zur Versorgung mit Hilfsmitteln entsprechend den §§ 33 und 36 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch kann das für Heilfürsorgeangelegenheiten zuständige Referat des Bundespolizeipräsidiums mit den Leistungserbringern Miet-, Leasing- oder ähnliche Verträge schließen. Die Versorgung mit Hilfsmitteln durch Apotheken regelt der in § 9 Absatz 1 genannte Vertrag.

(2) Die Kostenübernahme erfolgt entsprechend den von den Ersatzkassen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch getroffenen Vereinbarungen mit den Leistungserbringern. Bei der Beschaffung von Hilfsmitteln gelten die für die Kostenübernahme bestehenden Festbetragsregelungen nach § 36 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Bestehende Lieferverträge sind in Anspruch zu nehmen.

(3) Fällt der Anspruch auf Heilfürsorge weg, gehen die weiterhin benötigten Hilfsmittel in das Eigentum der oder des ehemaligen Heilfürsorgeberechtigten über. Hilfsmittel aus Verträgen nach Absatz 1 Satz 1 sind dem Leistungserbringer zurückzugeben, wenn der Anspruch auf Heilfürsorge wegfällt.

§ 12
Krankenhausbehandlung

(1) Die Krankenhausbehandlung ist in der Regel am Dienst- oder Wohnort oder in dessen Nähe in Anspruch zu nehmen.

(2) Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf die allgemeinen Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegesatzverordnung sowie auf folgende darüber hinausgehende und gesondert zu berechnende Leistungen:

1. Unterkunft, deren Kosten die Kosten eines Zweibettzimmers nicht übersteigen darf; dabei haben Heilfürsorgeberechtigte einen Eigenanteil in Höhe von 14,50 Euro pro Tag zu zahlen, und
2. wahlärztliche Leistungen.

(3) Bei besonders schweren Erkrankungen sowie bei voraussichtlich länger dauernder stationärer Behandlung können Heilfürsorgeberechtigte mit Zustimmung der zuständigen Ärztin der Bundespolizei oder des zuständigen Arztes der Bundespolizei in ein zugelassenes Krankenhaus (§ 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) am Wohnort oder in der Nähe des Wohnorts eingewiesen oder verlegt werden, wenn dies dem Heilungsprozess oder der Verbesserung der Betreuung dient.

§ 13
Organtransplantationen

Bei Organ- und Gewebetransplantationen werden in entsprechender Anwendung der Vorschriften der Bundesbeihilfeverordnung auch die notwendigen und wirtschaftlich angemessenen Aufwendungen der Spenderin oder des Spenders, einschließlich der Versicherungskosten und des nachgewiesenen Ausfalls an Arbeitseinkünften, übernommen, soweit diese Aufwendungen nicht von anderer Seite übernommen werden. Der nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkünften wird auch dann übernommen, wenn die vorgesehene Spenderin oder der vorgesehene Spender letztlich nicht in Betracht kommt.

§ 14
Leistungen zur Rehabilitation

(1) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden entsprechend § 40 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nach ärztlicher Feststellung gewährt.

(2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen ambulante und stationäre Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen oder in anderen ärztlich geleiteten Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach den §§ 111 und 111a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht.

(3) Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend § 40 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, wenn der unmittelbare Anschluss der Rehabilitation an eine Krankenhausbehandlung nach ärztlicher Feststellung notwendig ist. Die Vereinbarung des Bundesministeriums des Innern mit der Deutschen Rentenversicherung Bund zur Durchführung von Anschlussheilbehandlungen für Polizeivollzugsbeamtinnen/Polizeivollzugsbeamte der Bundespolizei in AHB-Einrichtungen der Deutschen Rentenversicherung vom 1. Januar 2007 in ihrer jeweils geltenden im Bundesanzeiger veröffentlichten Fassung ist entsprechend anzuwenden.

(4) Die Kosten für Familien- oder Angehörigenseminare in therapeutischen Einrichtungen werden übernommen, soweit diese Kosten nicht bereits mit dem allgemeinen Pflegesatz abgegolten sind. Fahrkosten für die Angehörigen werden bis zur Höhe der Kosten für Fahrten in der niedrigsten Beförderungsklasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel übernommen.

(5) In den letzten zwölf Monaten vor Beendigung der Dienstzeit wegen Erreichen der Altersgrenze für den Eintritt in den Ruhestand werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die der Erhaltung der Dienstfähigkeit dienen, nicht gewährt.

(6) Leistungen zur Rehabilitation sind vor Beginn der Maßnahme bei dem für Heilfürsorgeangelegenheiten zuständigen Referat des Bundespolizeipräsidiums schriftlich zu beantragen.

§ 15
Fahrkosten

(1) Fahrkosten für Krankenbeförderungen werden entsprechend den Krankentransport-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jüngsten auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de) veröffentlichten Fassung übernommen. Dies gilt auch für Krankentransporte mit Fahrzeugen der Bundespolizei. Über die Erteilung der Genehmigung nach § 9 der Krankentransport-Richtlinien entscheidet

1. bei Heilfürsorgeberechtigten, die eine allgemeine Heilfürsorgekarte besitzen, das für Heilfürsorgeangelegenheiten zuständige Referat des Bundespolizeipräsidiums,
2. bei Heilfürsorgeberechtigten, die keine allgemeine Heilfürsorgekarte besitzen, die zuständige Ärztin der Bundespolizei oder der zuständige Arzt der Bundespolizei.

(2) Übernommen werden die durch Landes- oder Kommunalrecht oder in den Verträgen der Mitglieder des Verbandes der Ersatzkassen e. V. mit den Trägern der Rettungs- und Krankentransportdienste festgelegten Entgelte.

§ 16
Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

(1) Heilfürsorgeberechtigte erhalten die im Elften Buch Sozialgesetzbuch genannten Leistungen zur Hälfte.

(2) Die Leistungen sind bei dem für Heilfürsorgeangelegenheiten zuständigen Referat des Bundespolizeipräsidiums schriftlich zu beantragen. Dem Antrag sind die Bescheide der Pflegekasse oder des privaten Versicherungsunternehmens über die festgestellte Pflegestufe sowie den Umfang und die Höhe der Leistungen der Pflegeversicherung beizufügen.

§ 17
Behandlung während eines dienstlichen Aufenthaltes im Ausland

(1) Bei Erkrankungen während eines dienstlichen Aufenthaltes im Ausland werden die notwendigen und wirtschaftlich angemessenen krankheitsbedingten Aufwendungen übernommen. Sofern nicht zwingende Gründe entgegenstehen, dürfen nur Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, die ortsübliche Vergütungen berechnen.

(2) Heilfürsorgeberechtigte haben die Kostenerstattung bei dem für Heilfürsorgeangelegenheiten zuständigen Referat des Bundespolizeipräsidiums schriftlich zu beantragen; eine Bankverbindung ist anzugeben. Dem Antrag sind beizufügen:

1. Originalbelege (Rechnung mit Diagnose, Verordnung),
2. gegebenenfalls Kopien der Arztberichte mit deutscher Übersetzung und

3. gegebenenfalls ein Nachweis des Umrechnungskurses der ausländischen Währung am Tag der Zahlung.

Die Kosten für Übersetzungen nach Satz 2 Nummer 2 werden übernommen.

§ 18
Behandlung während eines privaten Aufenthaltes in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz

(1) Während eines privaten Aufenthaltes in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden,

1. bei denen die Bedingungen des Zuganges und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Union sind oder
2. die im System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind.

(2) Die Kosten einer Behandlung werden bis zu der Höhe übernommen, in der sie bei einer Erkrankung am Dienst- oder Wohnort im Inland und der Inanspruchnahme einer an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztin oder eines an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes oder eines zugelassenen Krankenhauses unter Berücksichtigung der für die Bundespolizei geltenden Abrechnungsmodalitäten entstanden wären.

(3) Eine stationäre Behandlung bedarf der vorherigen Genehmigung durch das für Heilfürsorgeangelegenheiten zuständige Referat des Bundespolizeipräsidiums. Die Genehmigung soll nur erteilt werden, wenn eine dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung im Inland nicht möglich ist.

(4) § 17 Absatz 2 gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass Übersetzungskosten nicht übernommen werden.

§ 19
Behandlung während eines privaten Aufenthaltes außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union, der anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz

(1) Die Kosten einer während eines privaten Aufenthaltes außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union, der anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz unverzüglich erforderlichen Behandlung werden bis zu der Höhe übernommen, in der sie bei einer Erkrankung am Dienst- oder Wohnort im Inland und der Inanspruchnahme einer an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztin oder eines an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes oder eines zugelassenen Krankenhauses unter Berücksichtigung der für die Bundespolizei geltenden Abrechnungsmodalitäten entstanden wären.

(2) Eine stationäre Behandlung bedarf der vorherigen Zustimmung des Bundesministeriums des Innern. § 18 Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) § 17 Absatz 2 gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass Übersetzungskosten nicht übernommen werden.

Kapitel 3
Schlussbestimmungen

§ 20
Verwaltungsvorschrift

Das Bundesministerium des Innern erlässt eine Verwaltungsvorschrift zur Durchführung dieser Verordnung.

§ 21
Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Diese Verordnung tritt am 1. Juli 2014 in Kraft.

(2) Gleichzeitig treten die Heilfürsorgevorschriften für die Bundespolizei vom 6. November 2005 (GMBl S. 1228) außer Kraft.

Berlin, den 22.Mai 2014

Der Bundesminister des Innern
Thomas de Maizière

Bundesministerium des Innern
Z II 2 - 10012/10#2

Verwaltungsvorschrift

zur

Rechtsverordnung über die Gewährung von Heilfürsorge

für Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamte

in der Bundespolizei

(Bundespolizei-Heilfürsorgeverordnung - BPolHfV)

- VVBPolHfV -

Nach § 20 der Bundespolizei-Heilfürsorgeverordnung (BPolHfV) vom 22. Mai 2014 erlässt das Bundesministerium des Innern nachfolgende Verwaltungsvorschrift zur Durchführung der Bundespolizei-Heilfürsorgeverordnung.

Die in dieser Verwaltungsvorschrift verwendeten personenbezogenen Funktions-, Status- und anderen Bezeichnungen gelten für Frauen und Männer.

Inhaltsübersicht

		Seite
0.	**Anspruch**	3
	a) Polizeivollzugsbeamte der Bundespolizei	3
	b) Familienangehörige	3
	c) Patientenstatus	3
1.	**Zweck, Eigenverantwortung, Mitwirkungspflicht**	3
1.1	Zweck der Heilfürsorge	3
1.2	Eigenverantwortung	4
1.3	Mitwirkungspflicht	4
2.	**Sachleistungsprinzip**	4
2.1	Kostenerstattung	4
2.2	Zuzahlungen	4
3.	**Heilfürsorgekarte**	5
4.	**Leistungen**	6
4.1	Leistungen bei Schwangerschaft, Entbindung und Mutterschaft	6
4.2	Häusliche Krankenpflege	6
4.3	Haushaltshilfe	6
4.4	Dienstunfallbedingte Behandlungen	7
4.5	Einzelfallentscheidungen	8
5.	**Ärztliche Versorgung außerhalb der Bundespolizei**	8
6.	**Ärztliche Versorgung in der Bundespolizei**	8
7.	**Behandlung in Notfällen**	9
8.	**Zahnärztliche Behandlung**	9
8.1	Zahnmedizinische Versorgung	9
8.2	Zahnersatz	9
8.3	Professionelle Zahnreinigung	11
8.4	Kieferorthopädische Behandlung	11
8.5	Gutachterverfahren	12
8.6	Datenaustausch	12
8.7	Übergangsregelung	12
9.	**Arznei- und Verbandmittel**	12
10.	**Heilmittel**	12
11.	**Hilfsmittel**	13
12.	**Krankenhausbehandlung**	14
12.1	Kostenübernahmeerklärung	14
12.2	Belegarztbehandlung	14
12.3 bis 19.	hier nicht abgedruckt	
20.	**Schlussbestimmungen**	15
21.	**Inkrafttreten**	15

Anlage 1 bis Anlage 7 hier nicht abgedruckt

0. Anspruch

a) Polizeivollzugsbeamte der Bundespolizei (PVB)

PVB erhalten gemäß § 70 Absatz 2 Bundesbesoldungsgesetz (BBesG) Heilfürsorge, solange sie Anspruch auf Besoldung haben (im Folgenden "Heilfürsorgeberechtigte"). Die PVB haben keine Wahlmöglichkeit zwischen der Inanspruchnahme von Heilfürsorge oder Beihilfe oder anderen Krankenversicherungssystemen. Es besteht lediglich noch die auslaufende Übergangsregelung des § 80 BBesG für PVB, denen bereits am 01. Januar 1993 Beihilfe gewährt wurde. Gemäß § 70 Absatz 2 BBesG wird Heilfürsorge auch während der Inanspruchnahme von Elternzeit, während der Zeit einer Beurlaubung nach § 92 Absatz 1 Bundesbeamtengesetz - BBG - (Betreuung oder Pflege eines Kindes unter 18 Jahren oder eines pflegebedürftigen Angehörigen) sowie in Fällen des § 17 Absatz 3 Sonderurlaubsverordnung (Urlaub unter Wegfall der Besoldung für längstens einen Monat) gewährt. Wird dem PVB Urlaub unter Wegfall der Besoldung nach § 13 Absatz 1 Sonderurlaubsverordnung über einen Monat hinaus gewährt, so hat er für die Dauer des Urlaubs keinen Anspruch auf Heilfürsorge.

b) Familienangehörige

Familienangehörige haben keinen Anspruch auf Heilfürsorge, § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) findet keine Anwendung (Familienversicherung). Jedoch können entsprechend § 80 BBG in Verbindung mit § 4 der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) berücksichtigungsfähige Angehörige von Heilfürsorgeberechtigten Leistungen der Beihilfe beziehen. Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner sind berücksichtigungsfähig. wenn der Gesamtbetrag ihrer Einkünfte (§ 2 Absatz 3 in Verbindung mit Absatz 5a Einkommensteuergesetz) oder vergleichbarer ausländischer Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe 17.000 Euro nicht übersteigt. Wenn dieser Gesamtbetrag der Einkünfte im laufenden Kalenderjahr nicht erreicht wird, sind sie unter dem Vorbehalt des Widerrufs bereits im laufenden Jahr berücksichtigungsfähig. Kinder sind berücksichtigungsfähig, wenn sie im Familienzuschlag der Heilfürsorgeberechtigten nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigungsfähig sind. Die Leistungen sind bei den jeweiligen Beihilfestellen zu beantragen.

c) Patientenstatus

Die Heilfürsorgeberechtigten sind aufgrund der BPolHfV nicht als Privatpatient zu behandeln. Private Vereinbarungen des Heilfürsorgeberechtigten mit Leistungserbringern sind vom Betroffenen selbst zu zahlen.

1. Zweck, Eigenverantwortung, Mitwirkungspflicht (§ 1)

1.1 Zweck der Heilfürsorge (Absatz 1)

An die PVB werden im Hinblick auf ihre Aufgabenwahrnehmung erhöhte gesundheitliche Anforderungen gestellt. Deshalb kommt der Dienstherr mit der Gewährung der Heilfürsorge seiner besonderen Fürsorgepflicht nach.

1.2 Eigenverantwortung (Absatz 2)

Die Tätigkeit der PVB erfordert häufig auch eine gute körperliche Konstitution. Der PVB hat insbesondere durch eine gesunde Lebensführung eigenverantwortlich darauf einzuwirken. Hierzu gehören auch die in § 4 Absatz 1 Nummer 1 BPolHfV genannten Präventivmaßnahmen (z. B. Leistungen nach § 20, Schutzimpfungen nach § 20d, Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 SGB V).

1.3 Mitwirkungspflicht (Absatz 4)

Nehmen Heilfürsorgeberechtigte die Heilfürsorge nicht in Anspruch, bleiben sie im dienstlichen Interesse trotzdem in Betreuung eines Arztes der Bundespolizei. In diesen Fällen sind die Heilfürsorgeberechtigten verpflichtet, auf Verlangen die im § 1 Absatz 4 BPolHfV aufgeführten Unterlagen vorzulegen und entsprechende diagnostische Maßnahmen durchführen zu lassen. Durch die Mitwirkungspflicht soll erreicht werden, dass der zuständige Arzt der Bundespolizei sich ein Gesamtbild vom Gesundheitszustand des PVB machen kann. Die Kostenregelung in § 1 Absatz 4 Satz 3 BPolHfV gilt für den gesamten Absatz 4.

2. Sachleistungsprinzip (§ 2)

2.1 Kostenerstattung

Das Sachleistungsprinzip ist festgeschrieben in Anlehnung an die Gesetzliche Krankenversicherung. Der Heilfürsorgeberechtigte wird medizinisch versorgt ohne dafür in Vorleistung gegenüber den Leistungserbringern zu treten. Eine Kostenerstattung ist nur im Rahmen der BPolHfV in Verbindung mit dieser Verwaltungsvorschrift möglich.

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGel) gehören nicht zum Leistungskatalog des SGB V, da sie über das Maß des medizinisch Erforderlichen hinausgehen. Sie werden deshalb auch nicht auf Heilfürsorgemittel übernommen und sind vom Heilfürsorgeberechtigten selbst zu zahlen.

2.2 Zuzahlungen

Die Zuzahlungen z. B. zu Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Fahrkosten sind von den Heilfürsorgeberechtigten in gleicher Höhe zu entrichten, wie gesetzlich Versicherte diese gemäß SGB V aufbringen müssen. Eine Übersicht der zu leistenden Zuzahlungen ist als Anlage 1 beigefügt. Näheres ist nachfolgend geregelt.

Unter bestimmten Voraussetzungen (bei Übersteigung der Belastungsgrenze, Schwangerschaft, arbeitsmedizinischen Impfungen, Dienstunfall) stellt der Heilfürsorgeberechtigte mit den entsprechenden Nachweisen einen formlosen Antrag auf Erstattung der geleisteten Zuzahlungen bei der Abrechnungsstelle Heilfürsorge Bundespolizei, 53754 Sankt Augustin.

Bei der Beantragung auf Erstattung der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen nach § 62 SGB V (Überschreitung der Belastungsgrenze) sind folgende Unterlagen dem Antrag beizufügen:

- vollständig ausgefüllter Vordruck BPOL 840 038 (Anlage 2)
- entsprechende Belege (Zuzahlungsbelege im Original, Kopien von Verdienstbescheinigungen, Rentenbescheide, Arbeitslosengeldbescheide, Steuerbescheide, Bescheide z. B. über Erträge aus Kapital, Miete, Pacht)
- bei chronischen Erkrankungen ärztliche Bescheinigung mit Vordruck BPOL 840 039 (Anlage 3).
- Adresse, telefonische Erreichbarkeit, ggf. E-Mail-Adresse

Die Heilfürsorgeberechtigten müssen zunächst vor Ort die geforderte Zuzahlung entrichten und anschließend in der Abrechnungsstelle Heilfürsorge gesondert geltend machen. Wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, sind trotz ausgestellter Bescheinigung über die Befreiung die Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel gemäß Arzneiversorgungsvertrag weiterhin in der Apothe-ke zu leisten. Die Erstattung erfolgt analog.

Bei Beantragung der Erstattung gesetzlich geleisteter Zuzahlungen nach Anerkennung eines Dienstunfalls müssen nachfolgende Unterlagen/Angaben vorgelegt werden:

- ausgefüllter Vordruck BPOL 840 038 (Anlage 2)
- Kopie der Dienstunfallanerkennung
- Adresse, telefonische Erreichbarkeit, ggf. E-Mail-Adresse
- Originalbelege
- Bestätigung der medizinischen Leistungserbringer über die Behandlungszeiten
- die exakte Höhe der beantragten Erstattung mit Einzelbeträgen und Gesamtsumme.

Eine Erstattung der geleisteten Zuzahlung ist nur möglich, wenn zwischen der durchgeführten Leistung (sowie der ggf. geleisteten Zuzahlung) und dem anerkannten Dienstunfall ein ursächlicher Zusammenhang besteht.

3. Heilfürsorgekarte (§§ 3, 5, 7)

Anforderungen für allgemeine Heilfürsorgekarten (HfK) bzw. für Heilfürsorgekarten-Zahnarztbehandlung (HfK-Z) aufgrund von Neueinstellungen, bei Adressänderung, bei Verlust oder Defekt der Karte erfolgen über die zuständigen Personalbereiche an die Abrechnungsstelle Heilfürsorge.
Bis zum Erhalt der angeforderten HfK oder HfK-Z bei unbrauchbarer bzw. verloren-gegangener Karte erhalten die Heilfürsorgeberechtigten nach Mitteilung einen Über-weisungsschein (Vordruck 800 013, Anlage 4) beim Bundespolizeipräsidium (BPOLP), Referat 83, Heilfürsorgeangelegenheiten,53754 Sankt Augustin.

Kann bei einer ersten Arzt-/Patientenbegegnung im Behandlungsfall eine gültige HfK oder ein Überweisungsschein nicht vorgelegt werden, ist der Heilfürsorgeberechtigte verpflichtet, die gültige HfK oder einen Überweisungsschein innerhalb von zehn Tagen beim Arzt vorzulegen. Sollte dies nicht erfolgen, kann der Arzt nach Ablauf von zehn Tagen eine Privatvergütung für

die Behandlung verlangen. Diese ist jedoch zurück zu zahlen, wenn dem Arzt eine zum Zeitpunkt der Behandlung gültige HfK bis zum Ende des Quartals vorgelegt wird oder wenn dem Arzt bis zum Ende des Quartals ein zum Zeitpunkt der Behandlung bestehender Leistungsanspruch des Heilfürsorgeberechtigten von der Heilfürsorgestelle bzw. dem Polizeiarzt nachgewiesen wird. Bei Nichtbeachtung ist eine Erstattung durch die Heilfürsorge grundsätzlich ausgeschlossen.

4. Leistungen (§ 4)

Die Leistungsgewährung zu Absatz 1 ergibt sich grundsätzlich aus dem SGB V mit nachfolgenden Änderungen bzw. Ergänzungen:

4.1 Leistungen bei Schwangerschaft , Entbindung und Mutterschaft (Absatz 1, Nr. 2)

Bei der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln während der Schwangerschaft und im Zusammenhang mit der Entbindung zahlen die Heilfürsorgeberechtigten entgegen § 24e SGB V gemäß Arzneiversorgungsvertrag zwischen BMI und Deutschem Apothekerverband zunächst die Zuzahlung. Es besteht aber ein Erstattungsanspruch bei der Abrechnungsstelle Heilfürsorge. Siehe hierzu Nr. 2.2.
Die Hebammen-Rufbereitschaft kann bei Hausgeburten oder der Entbindung im Geburtshaus in Anspruch genommen werden. Gleiches gilt bei Geburten in Krankenhäusern, die von einer Beleghebamme begleitet werden, welche auch während der Schwangerschaft die Betreuung individuell durchgeführt hat. Die Hebammen-Rufbereitschaft kann gemäß den Regelungen des Verbandes der Ersatzkassen (VdEK) oder einer der Mitgliedskassen, vorzugsweise der BARMER GEK, erstattet werden.

4.2 Häusliche Krankenpflege (Absatz 1. Nr. 8)

Bei der Gewährung von häuslicher Krankenpflege ist zu beachten, dass die Heilfürsorge aufgrund fehlender Satzung analog zu § 37 Absatz 2 Satz 4 SGB V zusätzlich zur Behandlungspflege nach § 37 Absatz 1 Satz 1 SGB V als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung gemäß den Vorgaben des Verbandes der Ersatzkassen (VdEK) oder einer der Mitgliedskassen, vorzugsweise der BARMER GEK, erbracht werden können; Dauer und Umfang richten sich ebenfalls danach. Die Zuzahlungen ergeben sich aus dem SGB V (gemäß § 37 Absatz 5 in Verbindung mit § 61 Satz 3).

4.3 Haushaltshilfe (Absatz 1. Nr. 9)

Aufgrund fehlender Satzung in der Heilfürsorge kann die Leistungsgewährung analog zu § 38 Absatz 2 SGB V in anderen als den in § 38 Absatz 1 SGB V genannten Fällen erfolgen, wenn einem Heilfürsorgeberechtigten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Hierbei kann von § 38 Absatz 1 Satz 2 SGB V abgewichen sowie Umfang und Dauer der Leistung bestimmt werden.
Die Kosten für erbrachte Leistungen zu Lasten der Heilfürsorge werden ausschließlich nach den aktuellen lokalen Vergütungslisten von Mitgliedskassen des Verbandes der Ersatzkassen (VdEK), vorzugsweise der BARMER GEK, übernommen. Darüber hinausgehende Kosten sind vom Heilfürsorgeberechtigten selbst zu tragen.

Die Zuzahlungen richten sich nach dem SGB V (gemäß § 38 Absatz 5 in Verbindung mit § 61 Satz 1).

4.4 Dienstunfallbedingte Behandlungen

Nach der Verordnung zur Durchführung des § 33 des Beamtenversorgungsgesetzes (HeilvfV) wird der Anspruch eines durch Dienstunfall Verletzten auf ein Heilverfahren dadurch erfüllt, dass ihm die notwendigen und angemessenen Kosten erstattet werden, soweit die Dienstbehörde das Heilverfahren nicht selbst durchführt oder durchführen lässt.
Beamtenrechtliche Vorschriften über die Gewährung von Heilfürsorge bleiben unberührt, soweit diese Verordnung nicht umfassendere Leistungen vorsieht (§ 1 HeilvfV). Bestehen Zweifel an der Notwendigkeit und Angemessenheit, so kann zum Vergleich das Beihilferecht herangezogen werden. Die gegenüber dem Beihilferecht gesteigerte Fürsorgepflicht des Dienstherrn nach Dienstunfällen kann es im Einzelfall allerdings auch erforderlich machen, über die getroffenen Regelungen des Beihilferechts hinauszugehen.

Die Einbindung von heilfürsorgeberechtigten PVB in das Durchgangsarztverfahren bei Eintritt eines Dienstunfalls erfolgt gemäß Absprache mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. (DGUV). Hier wurde folgendes Verfahren vereinbart:

Die Bundespolizisten sind angehalten, nach einem Dienstunfall außerhalb der Betreuungsmöglichkeit eines Polizeiarztes unverzüglich einen Durchgangsarzt (D-Arzt) aufzusuchen. Der PVB weist darauf hin, dass er nicht gesetzlich unfallversichert ist und bezieht sich auf das o. g. abgesprochene Verfahren. Der D-Arzt führt die Untersuchung und Erstbehandlung durch. Der D-Arzt erstellt über die Untersuchung und Behandlung einen D-Bericht nach Formblatt F 1000 im System DALE-UV. In das Kostenträgerfeld gibt er ein fiktives IK-Zeichen (999999999) für „Heilfürsorge Bundespolizei" ein, druckt den Bericht abschließend aus und gibt ihn dem Heilfürsorgeberechtigten mit. Es erfolgt kein elektronischer Versand. Der Heilfürsorgeberechtigte fügt den Bericht der Unfallmeldung bei.
Die Berichtskosten werden mit dem Abrechnungsblatt (Seite 2) analog Nr. 132 UV-GOÄ mit der Abrechnungsstelle Heilfürsorge, 53754 Sankt Augustin abgerechnet. Alle Behandlungskosten werden entsprechend der BPolHfV über die Heilfürsorgekarte bzw. den Überweisungsschein gemäß Vertrag zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem BMI über die zuständige Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet. Dienstunfallbedingte Untersuchungs- und Behandlungskosten unterliegen nicht den Abrechnungsvorschriften der gesetzlichen Unfallversicherung (UV-GOÄ).

Zur Erstattung von Zuzahlungen siehe Nr.2.2. Von der Heilfürsorge werden jedoch unter anderem keine Telefon-, Fernseh-, Internet-, Porto- und Kopierkosten erstattet. Fragen und Anträge zu Leistungen nach der HeilVfV richten Heilfürsorgeberechtigte ohne allgemeine Heilfürsorgekarte (gemäß § 3 Absatz 2 BPolHfV) an ihren zuständigen Leiter Polizeiärztlicher Dienst, Heilfürsorgeberechtigte mit einer allgemeinen Heilfürsorgekarte (gemäß § 3 Absatz 1 BPolHfV) an den Leiter Heilfürsorgeangelegenheiten, 53754 Sankt Augustin.

4.5 Einzelfallentscheidungen (§ 4 Absatz 5)

In begründeten Ausnahmefällen kann das BMI in Abweichung von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) bei bestimmten medizinischen Indikationen im Einzelfall Leistungen gewähren, die außerhalb der Regelungen liegen. Dies gilt insbesondere, wenn die Maßnahme der Erhaltung der Polizeidienstfähigkeit dient und kommt bei Vorliegen lebensbedrohlicher oder häufig tödlich verlaufender Krankheiten zum Tragen.

Anträge auf Einzelfallentscheidungen sind von Heilfürsorgeberechtigten ohne allgemeine Heilfürsorgekarte über den zuständigen Polizeiarzt an den Leiter Heilfürsorgeangelegenheiten zu richten. Heilfürsorgeberechtigte mit allgemeiner Heilfürsorgekarte richten diese Anträge unter Einbindung ihres behandelnden Arztes an den Leiter Heilfürsorgeangelegenheiten (Referat 83, 53754 Sankt Augustin). In der Heilfürsorgestelle werden die Anträge entsprechend dem vorgegebenen Raster (Anlage 5) aufgearbeitet. Die Anträge werden vom Leiter Heilfürsorgeangelegenheiten über den Referatsleiter 83 an das BMI gerichtet. Insbesondere in dringenden medizinischen Angelegenheiten haben alle Beteiligten auf eine unverzügliche Erledigung zu achten.

5. Ärztliche Versorgung außerhalb der Bundespolizei (§ 5)

Die Heilfürsorgeberechtigten, die eine allgemeine Heilfürsorgekarte besitzen, suchen sich selbst einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausarzt in Wohnortnähe, bei dem sie sich durch Vorlage ihrer Heilfürsorgekarte (analog den gesetzlich Krankenversicherten) als Heilfürsorgeberechtigte legitimieren. Als Hausärzte kommen Praktische Ärzte, Allgemeinmediziner oder Internisten in Frage. Der Hausarzt, der die Heilfürsorgeberechtigten mit allgemeiner Heilfürsorgekarte versorgt, verwendet bei Weiterüberweisungen gemäß Anlage 4 des Vertrages zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Bundesministerium des Innern in jedem Falle die Vordrucke für die kassenärztliche Versorgung .

6. Ärztliche Versorgung in der Bundespolizei (§ 6)

Die ärztliche Versorgung in der Bundespolizeiakademie, den Bundespolizeiabteilungen, den Bundespolizeiaus- und -fortbildungszentren sowie bei größeren polizeilichen Einsätzen wird durch den eigenen polizeiärztlichen Dienst der Bundespolizei durchgeführt. Im Hinblick auf ihre Aufgabenwahrnehmung werden an PVB erhöhte gesundheitliche Anforderungen gestellt. Die unmittelbare und regelmäßige Überwachung und Erhaltung der Gesundheit dieses Personenkreises liegen vorrangig im Interesse des Dienstherrn, aber auch im Interesse des Betreffenden selbst. Dies begründet die Gewährleistung der ärztlichen Versorgung vor Ort.
Der Arzt der Bundespolizei stellt Überweisungen zu Fachärzten unter Anwendung der vorgegebenen BPOL-Vordrucke aus.

7. Behandlung in Notfällen (§ 7)

Können Heilfürsorgeberechtigte ohne allgemeine Heilfürsorgekarte wegen plötzlicher schwerer Erkrankung, eines Unfalles oder einer Erkrankung außerhalb des Standortes einen Überweisungsschein nicht vorlegen, so kann anstelle des Überweisungsscheines der Dienstausweis als Legitimation vorgelegt werden. Der Überweisungsschein ist unter Einbindung des polizeiärztlichen Dienstes innerhalb von zehn Tagen nachzureichen.

8. Zahnärztliche Behandlung (§ 8)

8.1 Zahnmedizinische Versorgung

Die Teilnahme der Heilfürsorgeberechtigten an der allgemeinen zahnmedizinischen Versorgung analog den gesetzlich Krankenversicherten ergibt sich aus § 4 Absatz 1 Nr. 4 der BPolHfV. Unter www.kzbv.de werden auch für die Heilfürsorgeberechtigten weitere Informationen zum Thema zahnmedizinische Versorgung, insbesondere zum Zahnersatz, bereit gestellt.

8.2 Zahnersatz

Im Rahmen der Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen sind die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Heil- und Kostenpläne (HKP - Teil 1 und Teil 2) zu verwenden. Die Heil- und Kostenpläne sind zur Genehmigung beim Referat 83, Heilfürsorgeangelegenheiten, 53754 Sankt Augustin, einzureichen. Für Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Kronen und Brücken und zur Wiederherstellung oder Erweiterung von Prothesen nach den Befund-Nummern 6.0 - 6.10, 7.3, 7.4 und 7.7 der Festzuschuss-Richtlinie des GBA gilt, dass diese Befunde auch ohne vorherige Bewilligung versorgt werden können. Das gilt auch für die Bunde nach den Nummern 1.4 und 1.5. Hiervon bleibt das Recht, vor Beginn der Behandlung die Bewilligung einzuholen, unberührt.

Bei Heilfürsorgeberechtigten, die eine Regelversorgung im Sinne des § 56 SGB V erhalten, werden die tatsächlichen Kosten der Regelversorgung übernommen. Hiervon ausgenommen sind die Mehrkosten, die durch die Verwendung von Edelmetalllegierungen oder Reinmetall im Vergleich zu den für die jeweilige Regelversorgung vorgesehenen Nichtedelmetall(NEM)-Abrechnungsbeiträge inklusive Mehrwertsteuer entstehen.
Eine Bonusregelung gemäß § 55 Absatz 1 Sätze 3 bis 7 SGB V findet keine Anwendung.

Wählt der Heilfürsorgeberechtigte eine über die Regelversorgung hinausgehende gleich- oder andersartige Versorgung (insbesondere Zahnersatz), wird der Festzuschuss in doppelter Höhe der für die jeweilige Regelversorgung nach § 57 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 2 Sätze 6 und 7 SGB V festgesetzten Beträge, begrenzt auf die tatsächlichen Kosten, gewährt.

- Ein Zahnersatz ist gleichartig, wenn er neben der Regelversorgung zusätzliche Leistungen beinhaltet. Die Leistungen zur Regelversorgung sind nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA), die Mehrleistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zu berechnen. Eine vollverblendete Krone wäre z. B. im Vergleich zur vestibulär (im Sichtbereich) verblendeten Krone eine Mehrleistung nach der GOZ. Da der von den gesetzlichen

Krankenkassen und auch der Heilfürsorge zu leistende Festzuschuss unabhängig von der Versorgungsart ist, verändert sich nur der Eigenanteil des Heilfürsorgeberechtigten. Die aus der gewünschten gleichartigen Versorgung entstehenden Mehrkosten hat der Heilfürsorgeberechtigte selbst zu tragen.

- Ein Zahnersatz ist andersartig, wenn eine andere Zahnersatzart (z. B. Brücken, herausnehmbarer Zahnersatz, Kombinationsversorgungen, Suprakonstruktionen) gewählt wird als jene, die in der Festzuschuss-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses als Regelleistung für den jeweiligen Befund beschrieben ist. So ist z. B. eine Brückenversorgung ein andersartiger Zahnersatz, wenn der Befund als Regelversorgung eine Modellgussprothese vorsieht. Bei Suprakonstruktionen handelt es sich grundsätzlich um andersartigen Zahnersatz (mit Ausnahme der in Nr. 36 der Zahnersatz-Richtlinie genannten Fälle). Alle Zahnersatzleistungen für einen andersartigen Zahnersatz werden nach der GOZ berechnet.

Für die Abrechnung der Zahnersatzleistungen gilt Folgendes:

Erhält der Heilfürsorgeberechtigte eine Regelversorgung, werden die tatsächlichen Kosten der Regelversorgung nach Eingliederung oder Wiederherstellung des Zahnersatzes über die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) mit der Abrechnungsstelle Heilfürsorge abgerechnet. Bei der Abrechnung über die KZV 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 werden von der Heilfürsorge nur insoweit übernommen, als darin keine (Mehr-)Kosten für Edel- oder Reinmetall enthalten sind. 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 inklusive Mehrwertsteuer. Mehrkosten rechnet der Zahnarzt direkt mit dem Heilfürsorgeberechtigten ab.

Wählt der Heilfürsorgeberechtigte einen gleichartigen Zahnersatz, wird der Festzuschuss in doppelter Höhe der für die jeweilige Regelversorgung nach § 57 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 2 Sätze 6 und 7 SGB V festgesetzten Beträge, begrenzt auf die tatsächlichen Kosten, nach Eingliederung oder Wiederherstellung des Zahnersatzes über die KZV mit der Abrechnungsstelle Heilfürsorge abgerechnet. Bei der Abrechnung über die KZV ist zu prüfen, ob und in welcher Höhe Kosten für die Verwendung einer Edelmetalllegierung oder von Reinmetall angefallen sind. Die Kosten bei gleichartigem Zahnersatz werden von der Heilfürsorge nur insoweit übernommen, als darin keine (Mehr)Kosten für Edel- und Reinmetall enthalten sind. 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 inklusive Mehrwertsteuer. Sämtliche Mehrkosten rechnet der Zahnarzt direkt mit dem Heilfürsorgeberechtigten ab.

Bei andersartigem Zahnersatz rechnet der Zahnarzt insgesamt direkt mit dem Heilfürsorgeberechtigten ab. Der Heilfürsorgeberechtigte reicht den Teil 1 des Heil- und Kostenplanes mit dem Eingliederungsdatum und der Unterschrift des Zahnarztes, die Gesamtrechnung sowie die Bankverbindung zur Erstellung eines Bescheides an das Referat 83, Heilfürsorgeangelegenheiten, 53754 Sankt Augustin ein. Der zu übernehmende Kostenanteil wird von der Abrechnungsstelle Heilfürsorge erstattet.

Die Kosten bei andersartigem Zahnersatz werden von der Heilfürsorge nur insoweit übernommen, als darin keine (Mehr-) Kosten für Edel- oder Reinmetall enthalten sind. 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 inklusive Mehrwertsteuer. Eine Abrechnung über die KZV erfolgt hier nicht.

Abrechnungsgrundlage für die zahntechnischen Leistungen bei einer Regelversorgung ist das Bundeseinheitliche Leistungsverzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen nach § 88 Absatz 1 SGB V (BEL-II) in der jeweils geltenden Fassung.
Bei gleichartigem oder andersartigem Zahnersatz ist der Zahntechniker hinsichtlich der über die Regelversorgung hinausgehenden zahntechnischen Leistungen nicht an das BEL-II gebunden. Zahnarzt und Zahntechniker können ein Leistungs- und Preisverzeichnis für diese Leistungen vereinbaren. Auch die Heranziehung der Bundes- einheitlichen Benennungsliste (BEB) oder anderer Verzeichnisse ist möglich. Bei gleichartigem Zahnersatz dürfen nur jene Leistungen außerhalb des BEL-II abgerechnet werden, die über die Regelversorgung hinausgehen.

8.3 Professionelle Zahnreinigung (PZR)

Von der Heilfürsorge werden einmal im Kalenderjahr die Kosten einer durchgeführten professionellen Zahnreinigung übernommen. Die Abrechnung der GOZ-Gebührennummer 1040 richtet sich nach § 5 der GOZ und ist vom Zahnarzt direkt mit dem Heilfürsorgeberechtigten vorzunehmen. Der Heilfürsorgeberechtigte reicht die Rechnung bei der Abrechnungsstelle Heilfürsorge, 53754 Sankt Augustin, zur Kostenerstattung ein.

Der Anspruch auf professionelle Zahnreinigung besteht für Heilfürsorgeberechtigte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, neben dem Anspruch auf Leistungen der Individualprophylaxe entsprechend den BEMA-Gebührennummern IP 1 bis IP 5; diese Leistungen werden über die KZV mit der Abrechnungsstelle Heilfürsorge abgerechnet.

8.4 Kieferorthopädische Behandlung

Heilfürsorgeberechtigte haben nur bei Vorliegen von schweren Kieferanomalien gemäß Abschnitt B Nr. 4 der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für die kieferorthopädische Behandlung Anspruch auf Übernahme der vollständigen Kosten einer kieferorthopädischen Behandlung, da kieferorthopädische Behandlungen vor Einstellung in die Bundespolizei abgeschlossen sein müssen. Der Vertragszahnarzt rechnet die kieferorthopädische Behandlung über die KZV mit der Abrechnungsstelle Heilfürsorge ab.

Abrechnungsgrundlage für die im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung erbrachten zahntechnischen Leistungen ist das Bundeseinheitliche Leistungsverzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen nach § 88 Absatz 1 SGB V (BEL-II) in der jeweils geltenden Fassung.

8.5 Gutachterverfahren

Das Gutachterverfahren gemäß § 8 Absatz 2 BPolHfV und die zu verwendenden Vordrucke richten sich nach den Bestimmungen des Ersatzkassenvertrags Zahnärzte (EKVZ). Bei Einsprüchen gegen die Stellungnahme des Gutachters findet das Obergutachterverfahren Anwendung.

8.6 Datenaustausch

Der zwischen Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband geschlossene Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung findet entsprechende Anwendung.

8.7 Übergangsregelung

Die Regelungen zu § 8 der BPolHfV gelten nicht für zahnärztliche Leistungen, die einer vorherigen Genehmigung durch das Referat 83, Heilfürsorgeangelegenheiten bedürfen, soweit diese vor dem Tag des lnkrafttretens der BPolHfV beantragt wurden. Maßgeblich ist das Ausstellungsdatum des Heil- und Kostenplanes.

9. Arznei- und Verbandmittel (§ 9)

Die Heilfürsorgeberechtigten erhalten für Arznei- und Verbandmittel eine Verordnung vom jeweiligen Arzt analog den gesetzlich Krankenversicherten. so dass Kosten von der Heilfürsorge nur für verordnungsfähige Arznei- und Verbandmittel übernommen werden. Die entsprechenden Zuzahlungen gemäß § 31 Absatz 3 in Verbindung mit § 61 Satz 1 SGB V leisten die Heilfürsorgeberechtigten ausnahmslos in den Apotheken (siehe hierzu Nr. 2.2.).
Ist für das abgegebene Arzneimittel ein Festbetrag nach §§ 35 und 36 SGB V festgesetzt und ist der Apothekenabgabepreis höher als der für dieses Mittel festgesetzte Festbetrag, wird der Heilfürsorge nur der Festbetrag in Rechnung gestellt und der Mehrbetrag ist vom Heilfürsorgeberechtigten zu leisten.

§ 34 SGB V für ausgeschlossene Arzneimittel gilt entsprechend.

10. Heilmittel (§ 10)

Die Verordnung für Heilmittel (z. B. Massagen, Krankengymnastik, physikalische Therapien) erfolgt für Inhaber einer allgemeinen Heilfürsorgekarte durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzte (Kassenärzte) auf kassenüblichen Vordrucken. Die Verordnung für Heilfürsorgeberechtigte ohne allgemeine Heilfürsorgekarte erfolgt analog durch den Polizeiarzt.
Es finden die Regelungen der Heilmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) Anwendung; der Heilmittelkatalog ist Bestandteil der Heilmittel-Richtlinien.

Kosten zu Lasten der Heilfürsorge für erbrachte Leistungen werden ausschließlich nach den aktuellen Vergütungslisten des Verbandes der Ersatzkassen (VdEK) übernommen. Darüber hinausgehende Kosten sind von den Heilfürsorgeberechtigten privat zu entrichten.

Die Heilfürsorgeberechtigten leisten für verordnete Heilmittel 10 % der Kosten sowie 10,00 € je Verordnung als Zuzahlung gemäß § 32 Absatz 2 in Verbindung mit § 61 Satz 3 SGB V direkt beim Leistungserbringer.

11. Hilfsmittel (§ 11)

Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf die Versorgung mit ärztlich verordneten Hilfsmitteln nach Verordnung durch einen Arzt ausschließlich im Rahmen der Hilfsmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA).

Hilfsmittel sind Hörhilfen, Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Hiervon ausgeschlossen sind Hilfsmittel, die als allgemeine Gebrauchsgegenstände anzusehen sind (z. B. milbendichte Bettwäsche, Rotlichtlampe etc.) oder nach § 34 Absatz 4 SGB V ausgeschlossen sind.

Bei der Beschaffung von Hilfsmitteln mit einem Anschaffungspreis über 500 € sowie bei solchen, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis enthalten sind, ist eine Genehmigung/Kostenzusage für Inhaber der allgemeinen Heilfürsorgekarte durch den Leiter Heilfürsorgeangelegenheiten und für Heilfürsorgeberechtigte ohne allgemeine Heilfürsorgekarte durch den zuständigen Leiter Polizeiärztlicher Dienst erforderlich.

Stromkosten, die dem Betrieb verordneter und genehmigter Hilfsmittel zuzurechnen sind und oberhalb der Geringfügigkeitsgrenze von 75,- € im Kalenderjahr liegen, sind von der Heilfürsorge zu erstatten. Eine Erstattung erfolgt jeweils nur für das vergangene Haushaltsjahr. De Erstattungsantrag ist unter Vorlage der Stromkostenabrechnung und der geleisteten Betriebsstunden (Kopie der Wartungsbelege, Instandsetzungsarbeiten) bei der Abrechnungsstelle Heilfürsorge, 53754 Sankt Augustin, einzureichen.

Für die Lieferung von Hörhilfen durch Hörgeräteakustiker gilt der Vertrag zwischen dem BMI und der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker in der jeweils geltenden Fassung. Anträge auf Hörhilfen sind beim Referat 83, Heilfürsorgeangelegenheiten, 53754 Sankt Augustin, einzureichen.

Verlangt der Leistungserbringer (in der Regel ein Sanitätshaus) von dem Heilfürsorgeberechtigten einen Kaufpreis, der oberhalb des Festbetrages liegt, muss der Heilfürsorgeberechtigte diese Mehrkosten (sogenannte wirtschaftliche Aufzahlung) begleichen. Der Heilfürsorgeberechtigte sollte daher vor Abgabe der Verordnung nachfragen, ob höhere Kosten auf ihn zukommen und bei Bedarf Preisvergleiche durchführen.

Wenn der PVB seinen Anspruch auf Heilfürsorge verliert, sind Hilfsmittel aus Miet-, Leasing- oder ähnlichen Verträgen an den Leistungserbringer (z. B. Sanitätshaus) zurück zu geben. Die Heilfürsorgestelle ist über die Rückgabe zu informieren.

Die Zuzahlung der Heilfürsorgeberechtigten zu den Hilfsmitteln erfolgt analog den gesetzlich Krankenversicherten gemäß § 33 Absatz 8 in Verbindung mit § 61 Satz 1 SGB V. Für

Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind, richtet sich die Zuzahlung nach § 33 Absatz 8 Satz 3 SGB V.
Nach § 11 Absatz 2 der BPolHfV gelten die bestehenden Festbetragsregelungen. Festbeträge sind ein durch das Gesundheitsreformgesetz eingeführtes Instrument der Preisgestaltung, u.a. auch für Hilfsmittel. Für Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt sind, trägt die Heilfürsorge (analog der gesetzlichen Krankenkassen) die Kosten bis zur Höhe des Festbetrages.
Ein Erstattungsanspruch für Zuzahlungen und sogenannte wirtschaftliche Aufzahlungen besteht nur bei einem unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit einem anerkannten Dienstunfall und kann bei der Abrechnungsstelle Heilfürsorge beantragt werden (siehe Nr. 2.2).

12. Krankenhausbehandlung (§ 12)

Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Sie wird grundsätzlich in zugelassenen Krankenhäusern gewährt, die auch für die Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten zugelassen sind. Der Heilfürsorgeberechtigte hat somit keinen Anspruch auf Versorgung in einer Privatklinik. Wählen Heilfürsorgeberechtigte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung empfohlenes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.

12.1 Kostenübernahmeerklärung

Die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Vordruck der vertragsärztlichen Versorgung) bzw. die Aufnahmemitteilung des Krankenhauses ist bei Inhabern der allgemeinen Heilfürsorgekarte zur Erstellung einer Kostenübernahmeerklärung an das BPOLP, Referat 83, Heilfürsorgeangelegenheiten , 53754 Sankt Augustin, zu richten. Heilfürsorgeberechtigte ohne allgemeine Heilfürsorgekarte erhalten die Verordnung (BPOL 840 010, Anlage 6) grundsätzlich von ihrem zuständigen Polizeiarzt. Sollte dies nicht möglich sein, ist zur Erstellung einer Kostenübernahmeerklärung die von einem niedergelassenen Arzt erstellte o. g. Verordnung bzw. die Aufnahmemitteilung des Krankenhauses an den zuständigen Polizeiarzt zu richten.

12.2 Belegarztbehandlung

Die belegärztliche Behandlung richtet sich analog der allgemeinen Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegesatzverordnung. Die Berechnung der persönlichen belegärztlichen Leistungen richtet sich nach dem Vertrag zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Bundesministerium des Innern in der jeweils geltenden Fassung.

Ziffern 12.3 bis 19. hier nicht abgedruckt

20. Schlussbestimmung

Alle Regelungen/Erlasse, die diesen Bestimmungen widersprechen oder entgegenstehen, sowie die durch diese Bestimmungen gegenstandslos gewordenen Erlasse werden aufgehoben.

21. Inkrafttreten

Die Verwaltungsvorschrift tritt am 1. Juli 2014 in Kraft.

Berlin, den 4. Juni 2014
Z II 2 - 10012/10#2

Bundesministerium des Innern
Im Auftrag

Prof. Dr. Hans Hofmann

Gemeinsame Erklärung
des Bundesministeriums des Innern
und
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung
zu § 8 Abs. 2 Satz 1 der
Verordnung über die Gewährung von Heilfürsorge für
Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamte in der Bundespolizei
(Bundespolizei-Heilfürsorgeverordnung – BPolHfV)
vom 30. Oktober 2017

Das Bundesministerium des Innern und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung weisen aus gegebenem Anlass klarstellend darauf hin, dass im Rahmen der zahnmedizinischen Versorgung von heilfürsorgeberechtigten Polizeivollzugsbeamtinnen und -beamten der Bundespolizei ein formales Genehmigungsverfahren gemäß § 8 Abs. 2 Satz 1 BPolHfV nur vorgesehen ist für die Anfertigung von Zahnersatz (einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen), für die systematische Behandlung von Parodontopathien und für kieferorthopädische Behandlungen.

Für Behandlungspläne, die im Zusammenhang mit Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch zu erstellen sind, sind nachfolgende Regelungen zu beachten:

- Behandlungsfälle mit den BEMA Geb.-Nrn. K1 bis K4 können grundsätzlich ohne Genehmigung mit der KZV abgerechnet werden

- Der Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen wird trotzdem erstellt und in der Praxis archiviert

- Die BEMA Geb.-Nr. 2 kann auch ohne Genehmigungsvermerk abgerechnet werden

- Wiederherstellungen und Kontrollbehandlungen von Aufbissbehelfen (BEMA Geb.-Nrn. K6 bis K9) können jeweils auch als alleinige Leistung - ohne Genehmigung - abgerechnet werden

Ausnahmen und Besonderheiten:

- Für Strahlenschutzschienen, die nach BEMA Geb.-Nr. K2 abgerechnet werden, ist grds. eine Genehmigung erforderlich

- Die Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch) muss weiterhin in jedem Fall angezeigt werden

Berlin, Köln, 30.10.2017

Bundesministerium des Innern
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R.

III-4

Bundeswehr

- Richtlinien -

Erläuterung
zur Neufassung der ab 01.01.2009 geltenden Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr

1. Vorbemerkung

Die Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr werden vom Bundesministerium der Verteidigung erlassen und definieren den Umfang des Anspruchs von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr auf zahnärztliche Versorgung im Rahmen der freien Heilfürsorge. Eine unmittelbare rechtliche Bindung der niedergelassenen Zahnärzte bewirken diese Richtlinien nicht. Sie können daher auch keine Pflichten der Zahnärzte begründen. Die Begründung solcher Pflichten wäre einer vertraglichen Vereinbarung zwischen dem Bundesministerium der Verteidigung und der KZBV vorbehalten. Hieraus folgt, dass auch an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende Zahnärzte aufgrund ihrer Mitgliedschaft zur KZV nicht zur Behandlung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr verpflichtet sind. Jeder Zahnarzt kann daher frei entscheiden, ob er die Behandlung durchführt und bereit ist, die festgesetzten Bedingungen der Richtlinien zu akzeptieren.

Im Verhältnis zu den KZVen gilt § 75 Abs. 3 SBG V. Hiernach obliegt ihnen der Sicherstellungsauftrag für die zahnärztliche Versorgung der Bundeswehrsoldaten, soweit der Dienstherr die Erfüllung des Anspruchs auf freie Heilfürsorge nicht auf andere Weise gewährleistet hat. Nach A.4.2 der Richtlinien erfolgt die Versorgung durch Sanitätsoffiziere in den zahnärztlichen Behandlungseinrichtungen der Bundewehr. Der Sicherstellungsauftrag der KZVen ist subsidiär. Zahnärzte, die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen, können auch Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr behandeln (A.4.2 der Richtlinien). Erfolgt die Behandlung durch Vertragszahnärzte, erfolgt die Abrechnung der Leistungen grundsätzlich über die KZV.

2. Darstellung der wesentlichen Inhalte

Als fachliche Grundlagen für die Neufassung der Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung der Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr werden die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses herangezogen (A.2 der Richtlinien). Dies stellt eine der wesentlichen Neuerungen beim Neuerlass der Bundewehrrichtlinie dar.

So orientiert sich die Definition der behandlungsbedürftigen Parodontopathien an der Behandlungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die dortigen Vorgaben werden noch um die Diagnose „Periimplantitis" ergänzt. Die konkrete Behandlung ist genehmigungspflichtig nach A.5 der Bundeswehrrichtlinie. Die Beantragung erfolgt nun auf dem Formular „Parodontalstatus" mit Dokumentation des Parodontalen-Screening-Indexes (PSI) und unter Vorlage aktueller Röntgenbilder.

Auch beim Umfang der zahnärztlich-chirurgischen Behandlung wird auf die Behandlungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses Bezug genommen. Hiernach gehören zur unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung das Entfernen von Zähnen oder deren Wurzeln und chirurgische Eingriffe bei Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Diese Behandlung unterliegt mit Ausnahmen der Herstellung von Verbandplatten keiner Genehmigungspflicht.

Ebenfalls keiner Genehmigungspflicht unterliegen allgemeine konservierende Maßnahmen nach Maßgabe der Regelung in E.1 der Bundeswehrrichtlinie. Insoweit wird wiederum der Text der Behandlungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses - allerdings ohne Altersbeschränkung - als Grundlage herangezogen. Wie bisher beschränkt sich der Anspruch auf Versorgung von kariösen Defekten auf plastische Füllungsmaterialien. Einlagefüllungen sind nur genehmigungsfähig, wenn sie als Ersatz bestehender Einlagefüllungen notwendig sind. Im übrigen können sie im Rahmen einer Mehrkostenvereinbarung erfolgen. Dabei ist bei der Behandlung im zivilen Bereich die entsprechende Versorgung mit plastischen Füllungsmaterialien gegen zu rechnen. Die Richtlinie geht ferner davon aus, dass in begründeten Einzelfällen Einlagefüllungen indiziert sein können. Diese Leistung muss vorab vom Begutachtenden Zahnarzt der Bundeswehr genehmigt werden.

Kieferorthopädische Behandlung, die funktionsanalytische/-therapeutische Behandlung und die implantologische Versorgung sind grundsätzlich kein Bestandteil der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung. Die Ausnahmen sind in der Bundeswehrrichtlinie geregelt. Im Bereich der Implantologie gelten die Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen des Gemeinsamen Bundesausschusses. Ergänzt werden diese Ausnahmeindikationen um die Versorgung von Schaltlücken bei intakten Nachbarzähnen, bei einseitigen/beidseitigen Freiendlücken zur Vermeidung von herausnehmbarem Zahnersatz bzw. zur Verbesserung der statischen Abstützung und bei atrophiertem zahnlosen Kiefer. Auch diese Leistungen sind genehmigungspflichtig.

Die Regelungen zur Vergütung und der Abrechnung der zahnärztlichen Leistungen sind gegenüber der Richtlinie aus dem Jahre 1999 nicht wesentlich verändert worden.

Hiernach werden die von den niedergelassenen Zahnärztinnen/Zahnärzten erbrachten zahnärztlichen Leistungen auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (BEMA-Z) erbracht und nach den Gebührentarifen des Vertrages mit den Angestellten-Krankenkassen (VdAK) vergütet. Alle übrigen Leistungen werden nach der GOZ vergütet. Hier gilt grundsätzlich der Steigerungssatz von 2,3. Im Einzelfall kann ein Steigerungssatz - nach Genehmigung durch den begutachtenden Zahnarzt der Bundeswehr - von bis zu 2,8 abgerechnet werden. Darüber hinausgehende Steigerungssätze sind nur in begründeten Einzelfällen möglich und vom Bundesministerium der Verteidigung zu genehmigen.

Leistungen, die nach der GOZ vergütet werden, werden nicht über die KZV, sondern unmittelbar mit der zuständigen Wehrbereichsverwaltung abgerechnet.

Mehrkostenvereinbarungen sind unmittelbar mit der Soldatin/dem Soldaten abzurechnen.

Köln, 27.01.2009
gez. Mann

Bundesministerium
der Verteidigung

III-4

Dr. Gerd Schindler
Referatsleiter - Fü San I 3
BMVg Fü San I 3 - Gz 42-75-49

HAUSANSCHRIFT Fontainengraben 150, 53123 Bonn
POSTANSCHRIFT Postfach 1328, 53003 Bonn

TEL +49 (0)228-99-24-6564/6467
FAX +49 (0)228-99-24-18036914
E-MAIL BMVgFueSanI3@bmvg.bund.de
DATUM Bonn, 24. November 2008

Ich erlasse die Neufassung der

Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr

Nach diesen Richtlinien ist ab 1. Januar 2009 zu verfahren.

Im Auftrag

Dr. Schindler

Erg.Lfg. 1/2009

Inhaltsverzeichnis

Kapitel		Seite
A	Allgemeines	5
B	Zahnärztliche Individualprophylaxe	16
C	Systematische Behandlung von Parodontopathien	17
D	Zahnärztlich - chirurgische Behandlung einschließlich der Behandlung von Verletzungen/Erkrankungen des Gesichtsschädels	18
E	Zahnärztlich - konservierende Behandlung einschließlich der Behandlung mit Aufbissbehelfen und Schienen	19
F	Zahnärztlich - prothetische Behandlung einschließlich der Versorgung mit Einzelkronen und Wiederherstellungen	21
G	Kieferorthopädische Behandlung	25
H	Funktionsanalytische / -therapeutische Behandlung	26
I	Zahnärztlich - implantologische Behandlung	27
J	Chirurgische Dysgnathie - Behandlung	29
	Anlagen	31
	Schlussbestimmungen	36

A Allgemeines

1. Zweck

Die vorliegenden „Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr“ regeln auf der Grundlage der individuellen zahnmedizinischen Indikation die schadens- und risikogerechte zahnärztliche Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr im Grundbetrieb und im Einsatz.

Sie umfassen:

- Fachliche und wehrmedizinische Behandlungsgrundsätze;
- Grundsätze der Einsatzversorgung und der einsatzvorbereitenden Behandlung;
- Voraussetzungen und Verfahren für die Beantragung genehmigungspflichtiger zahnärztlicher Behandlungsmaßnahmen;
- Grundlagen und Kriterien für die Bearbeitung und Entscheidung von Anträgen auf genehmigungspflichtige zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen durch den jeweils zuständigen Sanitätsoffizier "Begutachtender Zahnarzt" (BGZA);
- Grundsätze zur Abrechnung zahnärztlicher und zahntechnischer Leistungen sowie der Handhabung von Mehrkostenvereinbarungen im truppenzahnärztlichen, wie im zivilen Bereich, durch die Wehrverwaltung.

2. Grundlagen

- Diese Richtlinien sind besondere Bestimmungen im Sinne des Paragraphen 8 Absatz 1 Satz 2 der allgemeinen Verwaltungsvorschrift (VwV) zu § 69 Absatz 2 des Bundesbesoldungsgesetzes (BBesG; in der jeweils gültigen Fassung).
  Sie sind auch nach Nummer 1 der VwV zu § 6 des Wehrsoldgesetzes (WSG; in der jeweils gültigen Fassung) anzuwenden.
- Fachliche Grundlagen dieser Richtlinien sind grundsätzlich die "Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen" in der jeweils aktuellen Fassung, die fachlichen Leitlinien (herausgegeben durch die Zahnärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung im Institut der Deutschen Zahnärzte) und die "Wissenschaftlichen Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ (DGZMK).
- Bei militärisch - fachlich begründeter Notwendigkeit sind Abweichungen von vorgenannten Stellungnahmen, Leitlinien und Richtlinien innerhalb der "Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr" möglich.

3. Anspruch

- Diese Richtlinien definieren den Umfang des Anspruchs von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr auf zahnärztliche Versorgung im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung (utV).

- **Die Mitwirkung der Soldatin/des Soldaten an der Wiederherstellung und/oder Erhaltung der Gesundheit ihres/seines stomatognathen Systems bestimmt im Einzelfall die Angemessenheit des Umfanges der angezeigten zahnärztlichen Versorgung.**

- Grundsätzliches Ziel ist die Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit des stomatognathen Systems im Sinne der Dienst- und Verwendungsfähigkeit (Dental Fitness Klasse 1 oder 2 gem. NATO STANAG 2466).
  Dabei sind vorrangig akute Prozesse zu sanieren, Kariesfreiheit und parodontale Gesundheit zu erhalten, wiederherzustellen und auf Dauer zu bewahren.

- Die truppenzahnärztliche Versorgung umfasst die truppenzahnärztlichen und fachzahnärztlichen Maßnahmen, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig sind, sie umfasst auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden.

- Bei Grundwehrdienst, während einer Wehrübung von bis zu neun Monaten Dauer und während dienstlicher Veranstaltungen ist die zahnärztliche Behandlung auf die Beseitigung akuter Zustände begrenzt.

- Bei Berufssoldatinnen, -soldaten, Soldatinnen und Soldaten auf Zeit, GWDL über neun Monate hinaus (FWDL 9+) und im Rahmen der Behandlung anerkannter Wehrdienstbeschädigungen (WDB) oder sonst einer Schädigung im Sinne des § 1 des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) oder eines Gesetzes, das das BVG für anwendbar erklärt, soll darüber hinaus die langfristig umfassende Funktionstüchtigkeit des stomatognathen Systems herbeigeführt bzw. erhalten und/oder seine Beeinträchtigung verhindert/beseitigt werden.

- Für genehmigungspflichtige zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen erteilte Genehmigungen gelten regelmäßig für sechs Monate, längstens jedoch bis zum Ende des Anspruchszeitraumes, dem Dienstzeitende (DZE).

- Zahnärztlich-prothetische Behandlung bei Zeit- und Berufssoldatinnen/-soldaten wird in den ersten vier und den letzten sechs Monaten der Dienstzeit nur zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Dienstfähigkeit gewährt.

- Für alle zahnärztlichen Maßnahmen, die, unabhängig von ihrer Erfordernis, nach Beendigung der Dienstzeit der Soldatin/des Soldaten erbracht werden, ist die Kostenübernahme zu Lasten des Bundes durch die Bundeswehr grundsätzlich ausgeschlossen. Ausnahmen regelt die FA InspSan L 50.01 (Weitergewährung der utV nach Beendigung des Wehrdienstverhältnisses aus Fürsorgegründen in bestimmten Fällen (VMBl. 1982 S. 42 und 1984 S. 16))

4. Art und Umfang der Behandlung

4.1 Grundsätze

- Grundsätzliches Ziel der unentgeltlichen truppenzahnärztlichen Versorgung ist die Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit des stomatognathen Systems im Sinne der Dienst- und Verwendungsfähigkeit (Dental Fitness Klasse 1 oder 2 gem. NATO STANAG 2466).

- Insbesondere unter Einsatzaspekten ist im Rahmen der zahnärztlich-prothetischen Versorgung daher grundsätzlich eine festsitzende Versorgung anzustreben.

- Diese Richtlinien definieren gemäß Kapitel A 3. den Anspruch auf zahnärztliche Versorgung der Soldatinnen/Soldaten, ohne das Erfordernis einer Zuzahlung.

- Mehrkosten können folglich nur bei Inanspruchnahme von Leistungen, die auf persönlichen ausdrücklichen Wunsch der Soldatin/des Soldaten über den Rahmen dieser Richtlinien hinausgehen, entstehen („Wahlleistungen").

- Die Mitwirkung der Soldatin/des Soldaten ist eine wesentliche Voraussetzung zur Erreichung des Behandlungsziels, an ihr orientiert sich deshalb die Angemessenheit des Umfangs einer Versorgung im Einzelfall.

- Von einer ausreichenden Mitwirkung ist insbesondere dann auszugehen, wenn Soldatinnen/Soldaten regelmäßige Zahnpflege betreiben, sich mindestens einmal jährlich truppenzahnärztlich untersuchen lassen und nachweisbar für eine Behebung dabei aufgezeigter Mängel Sorge tragen.

- Bei der zahnärztlichen Versorgung von Luftfahrzeugbesatzungen und Inübunghaltern sowie Personal im Fallschirmsprungdienst, Personal schwimmender Einheiten, U-Bootfahrern, Kampfschwimmern, im Taucherdienst der Bw eingesetztem Personal und Spezialkräften sind neben diesen Richtlinien zusätzlich die entsprechenden Vorschriften und Besonderen Anweisungen der Generalärzte der TSK/OrgBer und des Admiralarztes der Marine zu beachten. In Zweifelsfällen ist rechtzeitig die Begutachtende Zahnärztin / der Begutachtende Zahnarzt der Bundeswehr (BGZABw), die Fachgruppenleiterin / der Fachgruppenleiter für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde am Flugmedizinischen Institut der Luftwaffe bzw. die / der Beauftragte des Admiralarztes der Marine für Zahnmedizin am Schifffahrtmedizinischen Institut der Marine beizuziehen.

4.2 Behandlungsberechtigung

- Die zahnärztliche und fachzahnärztliche Versorgung von Soldatinnen und Soldaten wird grundsätzlich durch Sanitätsoffiziere Zahnarzt in zahnärztlichen und fachzahnärztlichen Behandlungseinrichtungen der Bundeswehr durchgeführt. Überweisungen in den zivilen Bereich sind nur aus kapazitäts- oder fachspezifischen Gründen zulässig.
- Niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte können an der zahnärztlichen Versorgung von Soldatinnen/Soldaten der Bundeswehr teilnehmen, wenn sie zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen und ermächtigt sind.

- Andere niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte können an der zahnärztlichen Versorgung von Soldatinnen/Soldaten der Bundeswehr nach Zustimmung durch die zuständige Kommandozahnärztin / den zuständigen Kommandozahnarzt teilnehmen, wenn sie der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) mitteilen, dass sie bereit sind, nach den Bestimmungen dieser Richtlinien zu verfahren und von der KZV eine Abrechnungsnummer erhalten, um Leistungen über die KZV abrechnen zu können.

- Bei Überweisung zu niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzten sind bei der Auswahl der Zahnärztin/des Zahnarztes berechtigte Interessen der Soldatinnen/Soldaten zu berücksichtigen, soweit fachliche, dienstliche und/oder wirtschaftliche Gründe dem nicht entgegenstehen.

4.3 Behandlungsprioritäten

Der umfassende Anspruch der Soldatinnen/Soldaten der Bundeswehr auf zahnärztliche Versorgung wird durch Beachtung der nachstehenden, fachlich begründeten Behandlungsabfolge gewahrt, wobei die Herstellung der Dienst- und Verwendungsfähigkeit im Sinne der STANAG 2466 (Dental Fitness) höchste Priorität hat.

1. Notfall- und Schmerzbehandlung
2. Wehrmedizinische/Allgemeine zahnärztliche Untersuchungen und Befunderhebungen
3. Zahnärztlich-individualprophylaktische Maßnahmen
4. Zahnärztlich-chirurgische Versorgung
5. Zahnärztlich-konservierende Versorgung
6. Systematische Parodontalbehandlung
7. Zahnärztlich-prothetische/-implantologische Versorgung.

Dabei sind die zahnärztliche Funktionsanalyse/-therapie, die Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten, die aktive kieferorthopädische Behandlung sowie die chirurgische Dysgnathie-Behandlung grundsätzlich nicht Bestandteil der utV.

4.4 Vorbehandlung

Die Entscheidung über genehmigungspflichtige zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen setzt die notwendige Vorbehandlung des Gebisses voraus:

- Erhebung der Parodontalen Screening Index (PSI)
- Anleitung und Motivierung zur individuell erforderlichen Mundhygiene, die bereits vor der Antragstellung einen längerfristig unter 35 % liegenden Approximalraum-Plaque-Index (API) sicherstellt
- Provisorische Versorgung ka riöser Zähne nach Prüfung ihrer Erhaltungsfähigkeit
- Entfernung von supra- und subgingivalem Zahnstein sowie Abschluss einer kausalen Behandlung von Erkrankungen des Parodonts/der Mundschleimhaut
- Entfernung nicht erhaltungswürdiger Zähne und Wurzelreste
- Versorgung pulpatoter Zähne mit einer röntgenologisch nachzuweisenden, mindestens bis ins apikale Drittel reichenden Wurzelfüllung
- Röntgenologische Untersuchung gemäß „rechtfertigender Indikation"
- Bei Verdacht auf krankhafte Prozesse an Zähnen und/oder im Kieferknochen, ggf. Nachweis erfolgreicher Maßnahmen zur Ausheilung
- Grundsätzliche Entfernung retinierter und impaktierter Zähne, die in direktem räumlichen Zusammenhang mit geplantem Zahnersatz einschließlich Einzelkronen stehen

- Eingliederung langzeitprovisorischen Zahnersatzes (Immediat-/Interimsersatz, ggf. temporärer Kronen-/Brückenersatz)

4.5 Verblendgrenzen

- Verblendungen sind grundsätzlich nur bis einschließlich Zahn 5 im Unterkiefer und Zahn 6 im Oberkiefer angezeigt. Zur hygienefähigen Gestaltung von Brückengliedern können diese Verblendgrenzen überschritten werden.
- Wünscht die Soldatin/der Soldat über diesen Rahmen hinausgehende zusätzliche Verblendungen, können diese nur im Rahmen des Abschlusses einer Mehrkostenvereinbarung/Zusatzvereinbarung mit der behandelnden Zahnärztin/dem behandelnden Zahnarzt gefertigt werden. Hierzu ist insbesondere bei Überweisungen in den zivilen Bereich durch die zuständigen Truppenzahnärzte/Truppenzahnärztinnen (TZA/TZÄ) umfassend aufzuklären.
- Zahnfleischkeramiken, vollkeramische Teilkronen und Verblendungen von Teilkronen sind grundsätzlich nicht angezeigt.

4.6 Werkstoffe / Arzneimittel

- Es dürfen nur solche Werkstoffe / Arzneimittel / Medizinprodukte verwendet werden, deren Eignung belegt und deren Verkehrsfähigkeit nach dem Medizinprodukte- bzw. dem Arzneimittelgesetz gegeben ist.
  Eine klinische Prüfung zur Erprobung von Arzneimitteln / Medizinprodukten ist statthaft, sofern sie nach den Regelungen des Arzneimittel- bzw. Medizinproduktegesetzes und in Einklang mit den gültigen fachdienstlichen Vorschriften und Weisungen durchgeführt wird. Diese klinischen Prüfungen bedürfen vorab der Genehmigung durch das Bundesministerium der Verteidigung.

- Im Zusammenhang mit der Anwendung von Arzneimitteln und zahnärztlichen Materialien ist auf die klinischen Symptome einer Unverträglichkeit, welche sich sowohl lokal als auch systemisch manifestieren können, zu achten.
  Verdachtsfälle unerwünschter Wirkungen / Vorkommnisse sind abzuklären und unter nachrichtlicher Beteiligung der zuständigen Fachvorgesetzten unverzüglich und unmittelbar an das Sanitätsamt der Bundeswehr - Dezernat VIII 2 - zu richten (AllgUmdr Nr. 80/FA InspSan A 50.03).

  Anschrift: Sanitätsamt der Bundeswehr
  - Dezernat VIII 2 -
  Dachauer Straße 128
  80637 MÜNCHEN

- Zum Nachweis der verwendeten Werkstoffe ist der Soldatin/dem Soldaten ein Materialnachweis gemäß Anlage 1 auszuhändigen. Von zivilen Dentallaboratorien bereitgestellte Materialnachweise können verwendet werden, wenn sie den inhaltlichen Anforderungen gemäß Anlage 1 genügen.
  Eine Zweitschrift/Kopie dieses Materialnachweises ist der zahnärztlichen Behandlungskarte beizufügen.
- Kosten für Dentallegierungen werden im Rahmen der utV entsprechend der zahnärztlichen Indikation übernommen, eine Zuzahlung ist unter diesen Bedingungen nicht notwendig. Wünscht eine Soldatin / ein Soldat eine gegenüber der zahnärztlichen Indikation höherwer-

tige Dentallegierung, so ist der Differenzbetrag im Rahmen einer zu schließenden Mehrkostenvereinbarung durch die Soldatin / den Soldaten zu bezahlen.
- Notwendige Aufwendungen für Dentallegierungen werden regelmäßig innerhalb der o.g. Leistungsgrenzen zu Lasten von Bundesmitteln übernommen.

5. Genehmigungspflichtige Behandlungsmaßnahmen

5.1 Beantragung

- Alle, nach den Bestimmungen dieser Richtlinien genehmigungspflichtigen zahnärztlichen Behandlungsmaßnahmen dürfen erst begonnen werden, wenn der für die Entscheidung zuständige BGZA den entsprechenden Antrag genehmigt hat.
  Genehmigungspflichtig sind zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen, die über solche der
  - zahnärztlich-prophylaktischen
  - chirurgischen oder
  - konservierenden

  Behandlung hinausgehen. Diese dürfen erst begonnen werden, wenn ein Heil- und Kostenplan / Parodontalstatus vorgelegt und genehmigt worden ist.
  Sowohl die notwendigen Vorbehandlungen, als auch die genehmigungspflichtigen Maßnahmen sind so zeitgerecht zu planen und zu beginnen, dass ein vollständiger Behandlungsabschluss spätestens zwei Monate vor Dienstzeitende erfolgen kann.

- Eine fehlende Genehmigung kann grundsätzlich nicht nachgeholt werden.

- Wünscht die Soldatin/der Soldat gemäß Kapitel A, 4.1, über den Rahmen dieser Richtlinien hinausgehende Leistungen, kann sie/er diese zusätzlich zum Heil- und Kostenplan über eine Mehrkostenvereinbarung mit der behandelnden Zahnärztin/dem behandelnden Zahnarzt vereinbaren. Dabei darf keine Klausel enthalten sein, die die Bundeswehr zur Zahlung erhöhter oder zusätzlicher Kosten verpflichtet.

- Der Antrag auf genehmigungspflichtige zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen muss:
  - als Planung einer Gesamtversorgung auf das Restgebiss abgestimmt sein
  - die tatsächlich beabsichtigte Versorgung, einschließlich der ausdrücklich von der Soldatin/von dem Soldaten gewünschten, über den Rahmen dieser Richtlinien hinausgehenden Leistungen, enthalten.

- Dem Antrag sind beizufügen:
  - Gem. rechtfertigender Indikation erstellte, aktuelle aussagefähige Röntgenaufnahmen. Panoramaschichtaufnahmen genügen dann, wenn sie ohne jede Verzerrung eine einwandfreie Beurteilung ermöglichen.
  - Geeignete Nachweise der regelmäßigen Mitwirkung der Soldatin/des Soldaten.
  - Ggf. eine Mehrkostenvereinbarung zum Nachweis der Aufklärung der Soldatin/des Soldaten über die auf ausdrücklichen Wunsch der Soldatin/des Soldaten entstehenden zahnärztlichen/zahntechnischen Mehrleistungen und Mehrkosten.

- Die geplante(n) Legierung(en) ist/sind bei der Beantragung auf dem Heil- und Kostenplan anzugeben.

- Fallen im Rahmen einer genehmigungspflichtigen zahnärztlichen Versorgung zahntechnische Leistungen an, die nicht im Bundeseinheitlichen Verzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen II (BEL II) enthalten sind, sind diese vor Behandlungsbeginn,

zusammen mit dem Heil- und Kostenplan, auf der Grundlage der bundeseinheitlichen Benennungsliste für zahntechnische Leistungen (BEB) zu begründen und zu beantragen.

- Für die Beantragung genehmigungspflichtiger zahnärztlicher Behandlungsmaßnahmen sind grundsätzlich die Bundeswehr-Formulare zu verwenden.
  Andere Formulare aus dem zivilen Bereich genügen dann, wenn sie die erforderlichen Angaben enthalten. Ggf. sind spezifisch militärische Angaben durch Beifügung eines Bw-Antrages durch die SanOffzZA - "Zahnärztlicher Sachverständiger" (Leiterin/Leiter der zahnärztlichen/fachzahnärztlichen Behandlungseinrichtung)zu ergänzen.
- Alle Anträge sind über die zuständige Leiterin/den zuständigen Leiter der zahnärztlichen/fachzahnärztlichen Behandlungseinrichtung dem für die Entscheidung zuständigen regionalen BGZA vorzulegen.
  In fachlichen Einzelfällen leitet dieser, gemäß den Bestimmungen dieser Richtlinien, den Antrag unter Beifügung der erforderlichen Unterlagen an die für die Entscheidung zuständige Stelle weiter.

5.2 Gutachterliche Stellungnahme (Bw-intern)

- Vor einer Entscheidung ist grundsätzlich von der/dem jeweils zuständigen Zahnärztlichen Sachverständigen (Leiterin/Leiter der zahnärztlichen/fachzahnärztlichen Behandlungseinrichtung) der Bundeswehr eine gutachterliche Stellungnahme zur geplanten Behandlung abzugeben.
- Diese soll unter Berücksichtigung der **zahnmedizinischen Indikation, wehrmedizinischer Aspekte** sowie der **Mitwirkung der Soldatin/des Soldaten** eine Bewertung der beantragten Versorgung **unter anderem** hinsichtlich
  - Dauerhaftigkeit,
  - Zweckmäßigkeit,
  - Verankerungsform,
  - Art und Anzahl der Halteelemente,
  - Verblendmaterial und
  - Legierung
  - enthalten.

5.3 Entscheidung

- Der zuständige BGZA entscheidet aufgrund der vorgelegten Unterlagen, gegebenenfalls nach persönlicher Begutachtung der Soldatin/des Soldaten, über Anträge auf genehmigungspflichtige zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen.
  Diese Entscheidung hat nach Möglichkeit innerhalb von vier Wochen, längstens jedoch innerhalb von drei Monaten ab dem Antragseingang bei einer zahnärztlichen Behandlungseinrichtung der Bundeswehr zu erfolgen.
- Nach Prüfung und Feststellung der zahnmedizinischen Indikation hat der BGZA im Rahmen seiner Entscheidung insbesondere die Bedeutung der Mitwirkung der Soldatin/des Soldaten zu berücksichtigen, **zum Beispiel** hinsichtlich:
  - Dauerhaftigkeit des Zahnersatzes (Interims- / Definitiv-Versorgung)
  - Verankerungsform des definitiven Zahnersatzes (herausnehmbar/festsitzend/implantatgetragen)

  - Art und Anzahl der Halteelemente bei herausnehmbarem Zahnersatz (gebogene oder gegossene Klammern / Teleskope, Geschiebe)
  - Wahl des Materials (Kunststoff/Keramik/Legierung)

- Mit der Entscheidung des BGZA wird der aufgrund der Bestimmungen dieser Richtlinien zu Lasten von Bundesmitteln zu übernehmende Umfang einer zahnärztlichen Versorgung, maximal bis zur Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, festgelegt.
  Im Rahmen der Festsetzung sind dazu - wenn zugleich Leistungen beantragt bzw. aufgeführt werden, die über den definierten Anspruchsumfang hinausgehen - die gemäß dieser Richtlinien zu übernehmenden Aufwendungen den Gesamtkosten der beantragten zahnärztlichen Versorgung einschließlich gegebenenfalls anfallender Kosten für Material und/oder zahntechnische Laborleistungen gegen zu rechnen.
  Ein gegebenenfalls verbleibender, mittels Mehrkostenvereinbarung abzudingender Betrag ergibt sich aus den ausdrücklich von der Soldatin/von dem Soldaten gewünschten, über den mit diesen Richtlinien definierten Anspruchsumfang hinausgehenden Leistungen.
- Über den Leistungsumfang dieser Richtlinien hinausgehende Kosten können nicht übernommen werden. Sie sind auch nicht beihilfefähig.
- Soll ein genehmigter Antrag geändert werden, so ist hierfür erneut die Zustimmung des für die Entscheidung zuständigen BGZA erforderlich.
- Die Entscheidung des zuständigen BGZA ist der Soldatin/dem Soldaten von der zuständigen Truppenzahnärztin/vom dem zuständigen Truppenzahnarzt aktenkundig zu eröffnen.

5.4 Geltungsdauer der Entscheidung

- Die Genehmigung gilt regelmäßig für sechs Monate, längstens jedoch bis zum Ende des Anspruchszeitraumes, dem Dienstzeitende (DZE) der Soldatin/des Soldaten.
- Zahnärztlich-prothetische Behandlung bei Zeit- und Berufssoldaten wird in den ersten vier und den letzten sechs Monaten der Dienstzeit grundsätzlich nur zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Dienstfähigkeit gewährt.
- Für **alle zahnärztlichen Maßnahmen**, die, unabhängig ihrer Erfordernisse, **nach Beendigung der Dienstzeit** einer Soldatin/eines Soldaten erbracht werden, ist eine Kostenübernahme zu Lasten des Bundes durch die Bundeswehr grundsätzlich ausgeschlossen. Ausnahmen regelt die FA InspSan L 50.01 (Weitergewährung der utV nach Beendigung des Wehrdienstverhältnisses aus Fürsorgegründen in bestimmten Fällen (VMBl. 1982 S. 42 und 1984 S. 16).

5.5 Vergütung

- Grundsätzlich werden von niedergelassenen Zahnärztinnen/Zahnärzten erbrachte zahnärztliche Leistungen gemäß den Bestimmungen des § 75 Absatz 3 Satz 2 fünftes Sozialgesetzbuches (SGB V) auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für die zahnärztlichen Leistungen (BEMA-Z), nach den Gebührentarifen des Vertrages mit den Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK) vergütet.
- Alle übrigen von niedergelassenen Zahnärztinnen/Zahnärzten erbrachten, zahnärztlichen Leistungen werden nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vergütet.
  Vorbehaltlich nachvollziehbarer fachlicher Gründe können Leistungen grundsätzlich nur bis zum 2,3-fachen Steigerungssatz der GOZ erstattet werden.

- Die Erstattung eines im Einzelfall fachlich begründeten Steigerungssatzes zwischen dem 2,3-fachen und dem 2,8-fachen der GOZ bedarf vor Genehmigung durch den BGZA einer Entscheidung der zuständigen Kommandozahnärztin / des zuständigen Kommandozahnarztes.
- Eine Erstattung von Leistungen über den 2,8-fachen Steigerungssatz der GOZ hinaus ist im Rahmen der utV grundsätzlich ausgeschlossen; eine entsprechende vorherige Genehmigung bedarf in besonders zu begründenden Einzelfällen einer Entscheidung durch das BMVg.
- Die Erstattung von Leistungen über den genehmigten Steigerungssatz der GOZ hinaus ist im Rahmen der utV ausgeschlossen.
- Die im Rahmen der zahnärztlichen Versorgung erforderlichen zahntechnischen Leistungen werden gemäß § 88 SGB V grundsätzlich auf der Grundlage des bundeseinheitlichen Verzeichnisses der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen II (BEL II) vergütet.
- Alle übrigen, nicht im BEL II enthaltenen zahntechnischen Leistungen werden auf der Grundlage der bundeseinheitlichen Benennungsliste für zahntechnische Leistungen (BEB) zu handelsüblichen Preisen vergütet.

5.6 Abrechnung

- Nach Abschluss der Behandlung hat die behandelnde Zahnärztin/der behandelnde Zahnarzt den Abschluss der genehmigungspflichtigen Behandlungsmaßnahmen zu bescheinigen.
- Die/der behandelnde niedergelassene Zahnärztin/Zahnarzt rechnet den einer vertragszahnärztlichen Versorgung gemäß SGB V entsprechenden Umfang eines genehmigten Heil- und Kostenplanes einer Behandlung über die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) mit der zuständigen Wehrbereichsverwaltung (WBV) ab.
- **Über den Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung gemäß SGB V hinausgehende, genehmigte Leistungen werden direkt mit der zuständigen WBV abgerechnet.**
- **Zahnärztliche/zahntechnische Leistungen, die bei Behandlung in zivilen Zahnarztpraxen ausdrücklich von der Soldatin/dem Soldaten gewünscht werden und die über den Rahmen dieser Richtlinien hinausgehen sind von den behandelnden niedergelassenen Zahnärztinnen/ -ärzten direkt mit der Soldatin/dem Soldaten abzurechnen. Die entsprechende Vereinbarung darf keine Klausel enthalten, die die Bundeswehr zur Zahlung erhöhter oder zusätzlicher Kosten verpflichtet.**
- Legt eine Soldatin/ein Soldat eine Mehrkostenvereinbarung, die mit einem/einer niedergelassenen Zahnärztin/einem Zahnarzt geschlossen wurde, der zuständigen Truppenzahnärztin/dem zuständigen Truppenzahnarzt vor, hat diese/dieser hierzu umfassend zu beraten und Art, Umfang und Kosten dieser Mehrkostenleistungen zu prüfen und zu erklären.
- Mehrkosten, für im Rahmen der Behandlung in bundeswehreigenen Behandlungeinrichtungen ausdrücklich von der Soldatin/ dem Soldaten gewünschter, und über den Rahmen dieser Richtlinien hinausgehender Leistungen, sind von der behandelnden Truppenzahnärztin/dem behandelnden Truppenzahnarzt in Form eines Kostenvoranschlages zu ermitteln und der Soldatin/dem Soldaten bekannt zu geben. Hierzu ist der Vordruck gem. Anlage 2 zu verwenden.
- Im Rahmen der notwendigen wirtschaftlichen Aufklärung und zur Wahrung des Vertrauensverhältnisses zwischen Sanitätsoffizier Zahnarzt und Soldatin/Soldat ist vor Abschluss/vor Unterzeichnung der Mehrkostenvereinbarung grundsätzlich ein Kostenvoranschlag/eine

Kostenschätzung des zahntechnischen Labors über die Gesamtkosten / über den Eigenanteil der Soldatin/des Soldaten einzuholen und dieser/diesem zu eröffnen.

- Ist im Laufe der Behandlung absehbar, dass aus nicht vorhersehbaren Gründen die Mehrkosten deutlich höher ausfallen werden als erwartet, ist die/der Betroffene rechtzeitig darauf hinzuweisen und ggf. eine ergänzende, korrigierende Mehrkostenvereinbarung zu schließen.

- Rechnungen gewerblicher Dentallabore, über die in Auftrag gegebenen zahntechnischen Leistungen, sind kostenmäßig nach den im Rahmen der utV zustehenden Leistungen und den entsprechend der Mehrkostenvereinbarung zusätzlichen Leistungen aufzuschlüsseln.

- Bei einer Behandlung in zahnärztlichen Behandlungseinrichtungen der Bundeswehr beschränkt sich die Zulässigkeit von Mehrkosten grundsätzlich auf zahntechnische Leistungen und zusätzliche Materialkosten.

- Die zuständige WBV stellt die ausgewiesenen zusätzlichen Aufwendungen, der zahnärztlichen Behandlungseinrichtung der Bundeswehr, der Soldatin/dem Soldaten in Rechnung und zieht den Betrag ein.

- Bei Berufs- und Zeitsoldatinnen /-soldaten sowie ggf. Versorgungsempfängerinnen / -empfängern ist grundsätzlich eine Aufrechnung der entstandenen Mehrkosten gegen die laufenden Bezüge vorgesehen.

- Bei höheren Beträgen ist - insbesondere bei niedrigen Besoldungsgruppen - eine Teilzahlung in sinnvollen Raten möglich, die unter Darlegung der Gründe von der Soldatin / von dem Soldaten bei der zuständigen WBV formlos zu beantragen ist. Die WBV setzt ebenfalls die monatlichen Teilbeträge fest und teilt sie der Soldatin / dem Soldaten mit.

6. Qualitätssicherung

- Bei der Indikationsstellung sind vorrangig das Wohl der Soldatinnen / Soldaten sowie Dauerhaftigkeit und Wirtschaftlichkeit der Therapiemaßnahmen zu beachten.
- Aus Gründen der Qualitätssicherung ist der jeweils aktuelle Befund zu erheben und in den zahnärztlichen Behandlungsunterlagen zu dokumentieren.

7. Gutachterverfahren

Der/dem behandelnden niedergelassenen Zahnärztin/Zahnarzt sowie dem für die Entscheidung zuständigen Sanitätsoffizier Zahnarzt steht das Gutachterverfahren der regional zuständigen Standesorganisation offen. Von einer Inanspruchnahme ist die jeweils andere Partei zu unterrichten. Die Kosten gehen zu Lasten der Partei, die das Gutachten anfordert.

8. Maßnahmen für Identifizierungen

Zur Sicherstellung einer ggf. erforderlichen Identifizierung von Soldatinnen/Soldaten der Bundeswehr sollen bei Erstellung eines Heil- und Kostenplanes/Behandlungsplanes zusätzlich zu den Nummern der Gebührenordnung **zahnbezogen** angegeben werden:

- die jeweilige Kronenkonstruktion, einschließlich Verblendungen
- die Anzahl, Gestalt und Lage von Halte- und Stützvorrichtungen
- die Lage und Art der Verbindungsvorrichtungen
- die verwandten Materialien/Legierungen.

Die niedergelassenen Zahnärztinnen/Zahnärzte werden gebeten, entsprechend zu verfahren.

Nach Abschluss zahnärztlicher Behandlungen im zivilen Bereich ist daher grundsätzlich durch einen Sanitätsoffizier Zahnarzt eine zahnärztliche Untersuchung und die Dokumentation des neuen aktuellen Befundes in der zahnärztlichen Behandlungskarte erforderlich.

9. Ausnahmen

Die "Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr" definieren den grundsätzlichen Umfang der zahnärztlichen Versorgung der Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr.

Abweichungen sind bei Vorliegen einer zwingenden zahnmedizinischen Indikation im Einzelfall auf dem Wege der Einzelfallentscheidung nach der Maßgabe BMVg - Fü San I 3 -möglich.

Entsprechend begründete Anträge sind - bei Behandlung durch niedergelassene Zahnärztinnen/ Zahnärzte über die überweisende Sanitätseinrichtung der Bundeswehr - auf dem approbationsgebundenen Fachweg mit abschließender Stellungnahme des BGZABw dem Bundesministerium der Verteidigung zur Entscheidung vorzulegen.

B Zahnärztliche Individualprophylaxe

- Soldatinnen/Soldaten der Bundeswehr haben ohne Altersbeschränkung und zeitliche Begrenzungen Anspruch auf zahnärztlich-individualprophylaktische Maßnahmen einschließlich Einsatz vorbereitender Prophylaxe (EVP) im Rahmen der truppenzahnärztlichen Versorgung in Behandlungseinrichtungen der Bundeswehr. Diese Maßnahmen unterliegen keiner Genehmigungspflicht.

- Der Nachweis einer regelmäßigen, konsequenten Prävention stellt eine wichtige Entscheidungshilfe bei der Entscheidung über genehmigungspflichtige Behandlungsmaßnahmen dar.

- Die Versiegelung von kariesfreien Fissuren der bleibenden Zähne ist für alle Prämolaren und Molaren möglich.

- Der Nachweis zahnärztlicher Untersuchungen ist auch in einem von der Soldatin / vom Soldaten vorgelegten Bonusheft zu dokumentieren. Das Bonusheft dient der Soldatin/dem Soldaten ggf. als Nachweis für ihren/seinen Anspruch auf erhöhte Zuschüsse zum Zahnersatz gem. § 30 Abs. 2 SGB V nach Ausscheiden aus dem Wehrdienstverhältnis. In das Bonusheft sind daher die jährlichen Untersuchungen auch nach Vollendung des 18. Lebensjahres einzutragen.
  Sofern kein Bonusheft vorliegt, kann eine entsprechende Untersuchung formlos dokumentiert werden.

- Ausscheidenden Soldatinnen/Soldaten, die kein Bonusheft besitzen und Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sind oder werden wollen, ist bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen grundsätzlich eine Bescheinigung über die durchgeführten zahnärztlichen Untersuchungen auszustellen, dieses ist in der zahnärztlichen Behandlungskarte zu dokumentieren.

- Einstellungs-/Annahme- und Entlassungsuntersuchungen genügen nur dann den Kriterien einer für den Eintrag ins Bonusheft erforderlichen Untersuchung, wenn eine qualifizierte zahnärztliche Untersuchung durchgeführt wurde.

- Die sogenannte „Professionelle Zahnreinigung" zählt ebenso wie ein externes, kosmetisches Bleichen (bleaching) von Zähnen grundsätzlich nicht zum Umfang der unentgeltlichen truppen-(zahn)ärztlichen Versorgung, auch dann nicht, wenn sie an entsprechend qualifiziertes Assistenzpersonal delegiert wird.

C Systematische Behandlung von Parodontopathien

- Soldatinnen/Soldaten der Bundeswehr haben ohne Altersbeschränkung und zeitliche Begrenzungen Anspruch auf die systematische Behandlung von Parodontopathien gemäß den nachfolgenden Vorgaben.

- Diese Maßnahmen unterliegen vor Beginn der Behandlung der Genehmigungspflicht.

- Die parodontale Vorbehandlung umfasst die Entfernung von supra- und subgingivalem Zahnstein und die Durchführung individualprophylaktischer Maßnahmen.

- Eine behandlungsbedürftige Parodontopathie liegt vor, wenn nach Abschluss der parodontalen Vorbehandlung ein Parodontaler Screening-Index (PSI)-Wert von Code 3 oder 4 (Anlage 3) erhoben wird oder wenn eine der folgenden Diagnosen gestellt wird und dabei eine Sondiertiefe von 3,5 mm und mehr vorliegt:

    - Chronische Parodontitis
    - Aggressive Parodontitis
    - Parodontitis als Manifestation von Systemerkrankungen
    - Nekrotisierende Parodontalerkrankungen
    - Parodontalabszess
    - Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen
    - Folgende entwicklungsbedingte oder erworbene Deformitäten oder Zustände:
    - Gingivale Vergrößerungen
    - Gingiva- und Weichgewebswucherungen
    - Periimplantitis

- Grundlage für die Therapie sind die Anamnese, der klinische Befund (Parodontalstatus) und aktuelle Röntgenaufnahmen.

- Die Kostenübernahme erfolgt längstens bis zum Dienstzeitende der Soldatin/des Soldaten.

- Die Beantragung erfolgt mit dem Formular „Parodontalstatus", mit Dokumentation des PSI und unter Vorlage aktueller Röntgenbilder über den zuständigen zahnärztlichen Sachverständigen beim regional zuständigen BGZA.

- Die Anwendung von Membranen (GTR/GBR) und/oder Schmelz-Matrix-Proteinen ist mit dem zusätzlichen Vordruck „Anlage zum Parodontalstatus" beim BGZABw zu beantragen.

D Zahnärztlich - chirurgische Behandlung einschließlich der Behandlung von Verletzungen/Erkrankungen im Bereich des Gesichtsschädels

Soldatinnen/Soldaten der Bundeswehr haben ohne Altersbeschränkung und zeitliche Begrenzungen Anspruch auf eine zahnärztlich-chirurgische Behandlung gemäß den nachfolgenden Vorgaben. Zahnärztlich-chirurgische Behandlungen unterliegen mit Ausnahme der Herstellung von Verbandplatten o.ä. keiner Genehmigungspflicht.

1. Zahnärztlich-chirurgische Behandlung

- Zur utV gehören
  - o das Entfernen von Zähnen oder deren Wurzeln,
  - o chirurgische Eingriffe bei Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,

wenn die Heilung durch andere Maßnahmen voraussichtlich nicht oder nicht so schnell zu erreichen ist.

- implantologische Leistungen siehe Kapitel I
- Dysgnathie siehe Kapitel J

2. Behandlung von Verletzungen/Erkrankungen des Gesichtsschädels

- Verbandplatten oder dergleichen sind genehmigungspflichtig. Bei erforderlichen Sofortversorgungen kann diese Genehmigung nachträglich eingeholt werden.

- Heil- und Kostenpläne für die Abrechnung von Verbandplatten und dergleichen sind spätestens unmittelbar nach Eingliederung mit dem Formular Heil- und Kostenplan (3-fach), bei Behandlung im zivilen Bereich über den zuständigen zahnärztlichen Sachverständigen, dem zuständigen BGZA zur Genehmigung vorzulegen.

E Zahnärztlich - konservierende Behandlung - Behandlung mit Aufbissbehelfen und Schienen

Soldatinnen/Soldaten der Bundeswehr haben ohne Altersbeschränkung und zeitliche Begrenzungen Anspruch auf die zahnärztlich-konservierende Behandlung gemäß den nachfolgenden Vorgaben. Zahnärztlich-konservierende Behandlungen unterliegen mit Ausnahme der Versorgung mit Einlagefüllungen, der Herstellung von Aufbissbehelfen und Schienen o.ä. keiner Genehmigungspflicht.

1. Allgemeine konservierende Maßnahmen

- Die Vorbeugung und Behandlung der Gingivitis, Parodontitis und Karies umfasst insbesondere die Anleitung der Soldatin/des Soldaten zu effektiver Mundhygiene und Hinweise zur Reduktion von Risikofaktoren sowie ggf. die Entfernung harter Beläge und iatrogener Reizfaktoren.

- Die konservierende Behandlung soll ursachengerecht, zahnsubstanzschonend und präventionsorientiert erfolgen. Jeder Zahn, der erhaltungsfähig und erhaltungswürdig ist, soll erhalten werden. Jeder kariöse Defekt an einem solchen Zahn soll behandelt werden. Dabei soll die gesunde natürliche Zahnhartsubstanz soweit wie möglich erhalten bleiben. Die weiteren Regelungen zur endodontischen Behandlung sind zu beachten.

2. Versorgung mit Füllungen/Einlagefüllungen

- Die Versorgung von kariösen Defekten hat grundsätzlich mit plastischen Füllungsmaterialien zu erfolgen.

- Eine Versorgung mit Einlagefüllungen im Rahmen der utV ist grundsätzlich nicht vorgesehen. Daher ist eine Versorgung mit Einlagefüllungen grundsätzlich nur noch als Ersatz bestehender Einlagefüllungen genehmigungsfähig.

- Wünscht die Soldatin/der Soldat die Versorgung mit Einlagefüllungen, kann diese nur im Rahmen einer Mehrkostenvereinbarung erfolgen.
  Dabei ist bei der Behandlung im zivilen Bereich die entsprechende Versorgung mit plastischen Füllungsmaterialien gegen zu rechnen.

- Sollte im begründeten Einzelfall eine Versorgung mit Einlagefüllungen, indiziert sein, ist sie mit dem Formular Heil- und Kostenplan (3-fach) - bei Behandlung im zivilen Bereich über die überweisende zahnärztliche Behandlungseinrichtung der Bundeswehr - vorab zu beantragen und dem zuständigen BGZA zur Entscheidung vorzulegen.

- Die Versorgung mit vollkeramischen Restaurationen ist im Bereich der utV nur im begründeten Ausnahmefall möglich.
  Sie sind mit dem Formular Heil- und Kostenplan (3-fach) - bei Behandlung im zivilen Bereich über die überweisende zahnärztliche Behandlungseinrichtung der Bundeswehr - vorab zu begründen, zu beantragen und über den BGZA dem BGZABw zur Entscheidung vorzulegen.

3. Versorgung mit Aufbissbehelfen und Schienen

- Aufbissbehelfe und Schienen sind grundsätzlich vor Behandlungsbeginn unter Angabe einer Diagnose/Begründung zu beantragen, bei akuter Behandlungsnotwendigkeit ist der Genehmigende vorab fernmündlich zu informieren und seine Entscheidung einzuholen. Die schriftliche Beantragung ist unmittelbar im Nachgang einzuholen.
- Die Beantragung erfolgt mit dem Formular Heil- und Kostenplan (3-fach) - bei Behandlung im zivilen Bereich über die überweisende zahnärztliche Behandlungseinrichtung der Bundeswehr, an den zuständigen BGZA.

F Zahnärztlich - prothetische Behandlung einschließlich der Versorgung mit Einzelkronen und Wiederherstellungen

Zahnärztlich-prothetische Behandlung wird gewährt:
- Grundwehrdienstleistenden, Wehrdienstleistenden aufgrund freiwilliger Verpflichtung (FWDL) innerhalb der ersten 9 Monate der Dienstzeit, und Wehrübenden ausschließlich zum Erhalt ihrer Verwendungsfähigkeit;
- Berufssoldatinnen/-soldaten, Soldatinnen/Soldaten auf Zeit, Wehrdienstleistenden aufgrund freiwilliger Verpflichtung (FWDL) und bei anerkannten Wehrdienstbeschädigungen zum Erhalt oder zur Wiederherstellung einer langfristigen Funktionstüchtigkeit des stomatognathen Systems, in den letzten 6 Monaten jedoch nur noch zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Dienstfähigkeit.

1. Allgemeines:

- Soweit im Folgenden Aussagen zum Zahnersatz getroffen werden, gelten diese entsprechend für die Versorgung mit Zahnkronen.

- Für zahnärztlich-prothetische und zahntechnische Leistungen gilt das Gebot der Wirtschaftlichkeit.

- Ziel der Versorgung mit Zahnersatz ist es, die Funktionstüchtigkeit des Kauorgans wieder herzustellen oder eine Beeinträchtigung zu verhindern.

- Zahnersatz ist angezeigt zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Kaufunktion, der statischen und dynamischen Okklusion, der Ästhetik und Phonetik, - auch in Form von Einzelkronen zur Rekonstruktion von kariös oder traumatisch zerstörten klinischen Zahnkronen, die plastisch nicht mehr hinlänglich versorgbar sind.

- Bei der Versorgung mit Zahnersatz soll eine funktionell ausreichende Gegenbezahnung vorhanden sein oder im Laufe der Behandlung hergestellt werden.

- Ein neuer Zahnersatz ist nicht angezeigt, wenn der vorhandene Zahnersatz noch funktionstüchtig ist oder die Funktionstüchtigkeit wiederhergestellt werden kann (z. B. durch Erweiterung).

- Der Sanitätsoffizier Zahnarzt soll Art und Umfang des Zahnersatzes nach den anatomischen, physiologischen, pathologischen und hygienischen Gegebenheiten des Kauorgans bestimmen.

- Insbesondere unter Einsatzgesichtspunkten sollte immer die Versorgung mit festsitzendem Zahnersatz angestrebt werden. Ggf. ist eine vorangehende Pfeilervermehrung durch zahnärztliche Implantate zu erwägen.

- Im Rahmen der utV bestimmt die Zahnärztin/der Zahnarzt nach entsprechender Aufklärung und unter Wahrung des Selbstbestimmungsrechts der Soldatin / des Soldaten Art und Umfang der Behandlungsmaßnahmen. Die Zahnärztin/der Zahnarzt hat die Soldatin/den Soldaten über die nach diesen Richtlinien schadens- und risikogerechte Formen der Versorgung einschließlich wirtschaftlicher Konsequenzen aufzuklären.

- Die Mitwirkung der Soldatin/des Soldaten ist eine wesentliche Voraussetzung für die Erreichung des Behandlungsziels. An ihr orientiert sich deshalb die Angemessenheit des Umfangs einer Versorgung im Einzelfall.

- Von einer ausreichenden Mitwirkung ist insbesondere dann auszugehen, wenn die Soldatin/der Soldat eine regelmäßige und ausreichende Zahnpflege erkennen, sich regelmäßig mindestens einmal jährlich zahnärztlich untersuchen lässt und nachweisbar für eine Behebung dabei aufgezeigter Mängel Sorge trägt.

- Ist die Mundhygiene der Soldatin/des Soldaten unzureichend und/oder lehnt die Soldatin/der Soldat die Mitwirkung an einer notwendigen Parodontalbehandlung ab, ist das Behandlungsziel neu zu bestimmen. In der Regel ist dabei, soweit Zahnersatz angefertigt werden muss, der Leistungsanspruch der Soldatin/des Soldaten im Rahmen der utV auf eine einfache Versorgung beschränkt.

2. Versorgung mit Brücken

- Eine Brücke dient in der Regel der Schließung zahnbegrenzter Lücken. Die Indikation ergibt sich aus dem klinischen und röntgenologischen Befund der zu überkronenden Zähne einschließlich ihrer Parodontalgewebe und aus statischen und funktionellen Gesichtspunkten.

- Bei der Gestaltung der Brückenglieder sind die Grundsätze der Parodontalhygiene zu berücksichtigen.

- Brücken sind angezeigt und wirtschaftlich, wenn dadurch in einem Kiefer die geschlossene Zahnreihe wiederhergestellt wird.

- Brücken sind nicht angezeigt bei ungenügender parodontaler Belastbarkeit und solchen Allgemeinleiden, die das parodontale Gewebe ungünstig beeinflussen.

- Freiendbrücken sind grundsätzlich nur angezeigt zum Ersatz eines fehlenden Zahnes, hierzu sind mindestens zwei verblockte Pfeilerzähne erforderlich. Im jungen Erwachsenengebiss gilt es, gegenüber einer Einzelimplantatversorgung abzuwägen.

- Bei Vorlage besonderer klinischer Bedingungen können adhäsiv befestigte einspannige Brücken mit Metallgerüst im Frontzahnbereich angezeigt sein. Die Pfeilerzähne sollen dabei karies- und füllungsfrei sein. Die zu überbrückende Spanne soll grundsätzlich nicht mehr als einen Zahn umfassen.

- Bei einem Lückenschluss, bei disparallelen Pfeilerzähnen, kann eine geteilte Brücke mit Geschiebe angezeigt sein.

3. Versorgung mit herausnehmbarem Zahnersatz

- Zum Zahnersatz gehören die erforderlichen Halte-, Stütz- und Führungsvorrichtungen.

- Bei Teilprothesen ist in der Regel eine parodontal-abgestützte Modellgusskonstruktion angezeigt. Die Grundsätze der Parodontalhygiene sind dabei zu berücksichtigen.

- Bei einem Restgebiss ohne parodontale Abstützungsmöglichkeit ist in der Regel eine Kunststoffprothese ohne aufwendige Halteelemente angezeigt.

- Bei totalen Prothesen ist in der Regel die Basis in Kunststoff herzustellen. Eine Metallbasis geht in der Regel über das Gebot der Wirtschaftlichkeit hinaus und kann im Rahmen der utV nur in begründeten Einzelfällen genehmigt werden (z.B. Torus palatinus und Exostosen).

- Ein Abdruck mit individuellem Löffel oder individualisiertem Löffel ist nur angezeigt, wenn für die Abdrucknahme der übliche Löffel nicht ausreicht.

- Bei zahnlosem Kiefer ist die Abformung mittels eines Funktionsabdruckes angezeigt; das gleiche gilt, wenn bei stark reduziertem Restgebiss - in der Regel bis zu drei Zähne - eine funktionelle Randgestaltung notwendig ist.

- Intraorale Stützstiftregistrierungen zur Feststellung der Zentrallage im Zusammenhang mit der Total-/Cover-Denture-Prothese sind Bestandteil der utV, ferner auch bei implantatgestützten Totalprothesen im Ober- und Unterkiefer, wenn die Lagebeziehung von Unter- zu Oberkiefer mit einfachen Methoden nicht reproduzierbar ermittelt werden kann.

4. Kombinationsversorgung

- Bei einer Kombinationsversorgung wird festsitzender mit herausnehmbarem Zahnersatz zu einer funktionalen Einheit unter Verwendung von Halte, Stütz- oder Führungselementen oder teilbaren Kronen zusammengefügt.

- Kombinationsversorgungen sind angezeigt und wirtschaftlich, wenn gegenüber anderen Zahnersatzformen eine statisch und funktionell günstigere Belastung der Restzähne und eine günstige Retention erreicht werden kann. Dies gilt insbesondere bei Freiendsituationen.

- Die parodontale Ausgangssituation der Restzähne ist kritisch zu bewerten.

- Bei Kombinationsversorgungen sind Brücken angezeigt, wenn dadurch die Zahl der Prothesensättel sinnvoll reduziert wird.

5. Beantragung

- Funktionsanalytische Leistungen (FAL) der GOZ im Sinne einer Kieferrelationsbestimmung können in besonders begründeten Ausnahmefällen insbesondere bei umfangreichen zahnärztlich-prothetischen Behandlungsmaßnahmen indiziert sein, sie sind dann detailliert zu begründen und zu beantragen. Im Regelfall sind aber alle Maßnahmen zu Relationsbestimmung über die jeweiligen Gebührenpositionen abgegolten.

- Über die Genehmigungsfähigkeit entscheidet im Einzelfall der zuständige BGZA.

- Zahnärztlich-prothetische Maßnahmen sind mit dem Formular Heil- und Kostenplan (3-fach), bei Behandlung im zivilen Bereich über die überweisende zahnärztliche Behandlungseinrichtung der Bundeswehr, vorab zu beantragen und dem zuständigen BGZA zur Entscheidung vorzulegen.

G Kieferorthopädische Behandlung

- Die kieferorthopädische Behandlung von Soldatinnen/Soldaten der Bundeswehr ist grundsätzlich kein Bestandteil der utV.

- Dieses gilt nicht für Zeit- und Berufssoldatinnen/-soldaten mit schweren Kieferanomalien, die während der Dienstzeit ein Ausmaß entwickelt haben, welches kieferorthopädische oder kombiniert kieferorthopädische/kieferchirurgische Behandlungsmaßnahmen zur Erhaltung der Verwendungsfähigkeit erfordern.

- Vor Überweisung an eine Fachzahnärztin/einen Fachzahnarzt für Kieferorthopädie ist der jeweils regional zuständige BGZA beratend zu beteiligen.

- Vor Entscheidung durch den BGZABw ist grundsätzlich eine entsprechende Stellungnahme bei einer kieferorthopädischen Abteilung einer Universitätsklinik einzuholen.

- Sollte hiernach im besonderen Einzelfall:
    - eine zwingende Indikation für eine kieferorthopädische Behandlung, z.B. in Folge einer erheblichen Veränderung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen und damit verbundenen Gefährdung oder Einschränkung der Verwendungsfähigkeit, gegeben sein, und
    - diese, um nachteilige gesundheitliche Folgen für die Soldatin / den Soldaten zu vermeiden, nicht aufschiebbar sein und
    - nicht durch andere zahnärztliche Maßnahmen beseitigt werden können,

  so ist ein entsprechend begründeter Antrag (3-fach) mit aktueller Röntgendiagnostik und Situationsmodellen über die überweisende Sanitätseinrichtung, über der regionalen BGZA, dem BGZABw zur Entscheidung vorzulegen.

- Werden Grundwehrdienstleistende, freiwillig zusätzlichen Wehrdienst Leistende, Zeitsoldatinnen/Zeitsoldaten oder Wehrübende mit einer kieferorthopädischen Behandlung (Retentionsphase) in die Bundeswehr eingestellt und wurde dabei die kieferorthopädische Behandlung vor Abschluss des 18.Lebensjahres begonnen, werden die anteiligen Kosten für entsprechende Kontrollmaßnahmen während der Retentionsphase für die Dauer des Dienstverhältnisses aus Bundesmitteln übernommen.

- Hierzu unterrichtet die betreuende zahnärztliche Behandlungseinrichtung der Bundeswehr die behandelnde Kieferorthopädin / den behandelnden Kieferorthopäden gemäß Anlage 4, dass die anteiligen Kosten für die Dauer des Dienstverhältnisses von der Bundeswehr übernommen werden.

- Der BGZABw ist hierbei über den regionalen BGZA nachrichtlich zu beteiligen.

- Alle von einer Zahnärztin / einem Zahnarzt bzw. Fachzahnärztin für Kieferorthopädie/einem Fachzahnarzt für Kieferorthopädie erbrachten kieferorthopädischen Leistungen werden nach der Gebührenordnung, die dem ursprünglichen Behandlungsplan zu Grunde liegt, vergütet.

H Funktionsanalytische/-therapeutische Behandlung

- Die Funktionsanalytische/-therapeutische Behandlung ist grundsätzlich nicht Bestandteil der utV.

- Funktionsanalytische/-therapeutische Leistungen sind jedoch genehmigungsfähig, wenn entsprechende Funktionsstörungen im stomatognathen System zur Einschränkung oder Gefährdung der Verwendungsfähigkeit führen.

- Funktionsanalytische Leistungen im Zusammenhang mit einer erforderlichen Funktionstherapie sind außer der GOZ-Position 800 (Befunderhebung des stomatognathen Systems) vor Durchführung genehmigungspflichtig.

Beantragung/Entscheidung

- Anträge auf funktionsdiagnostische/-therapeutische Behandlungen sind vor Behandlungsbeginn mit klinischem Funktionsstatus, Röntgenaufnahme(n) und Modellen - bei Behandlung im zivilen Bereich über die überweisende zahnärztliche Behandlungseinrichtung der Bundeswehr - über den regional zuständigen BGZA dem BGZABw zur Entscheidung vorzulegen.

- Die Durchführung funktionsdiagnostischer/-therapeutischer Maßnahmen erfolgt grundsätzlich nur in Sanitätseinrichtungen der Bundeswehr. Ausnahmen sind besonders zu begründen.

- Die Entscheidung der Anträge auf funktionsdiagnostische/-therapeutische Behandlungen obliegt grundsätzlich dem BGZABw.

- Bei unabweisbaren Versorgungen im zivilen Bereich ist die Genehmigung bei BMVg - Fü San einzuholen.

- Bei allen Genehmigungen von funktionsanalytischen und/oder funktionstherapeutischen Leistungen ist ein strenger Maßstab anzulegen.

I Zahnärztlich-implantologische Versorgung

- Die Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten ist grundsätzlich nicht Bestandteil der utV.

- Sie ist aber in Anlehnung an die Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 92 Abs.1 SGB V bei Vorliegen folgender Ausnahmeindikationen auf Bundesmittel möglich:
    - bei größeren Kiefer- und Gesichtsdefekten, die ihre Ursache
        - in Tumoroperationen,
        - in Entzündungen des Kiefers,
        - in Operationen infolge von großen Zysten (z.B. große follikuläre Zysten oder Keratozysten),
        - in Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
        - in angeborenen Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-Kiefer-Gaumenspalten) oder in Verwundungen oder Unfällen haben.
    - bei dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere im Rahmen der Tumorbehandlung,
    - bei generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen,
    - bei nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich,
    - bei intakten Nachbarzähnen zur Versorgung von Schaltlücken,
    - bei einseitigen/beidseitigen Freiendlücken zur Vermeidung von herausnehmbarem Zahnersatz bzw. zur Verbesserung der statischen Abstützung
    - bei atrophiertem zahnlosem Kiefer.

- Die Durchführung zahnärztlich implantologischer Maßnahmen erfolgt grundsätzlich nur in Sanitätseinrichtungen der Bundeswehr. Ausnahmen sind besonders zu begründen.

- Die Entscheidung eines Antrages auf zahnärztlich-implantologische Versorgung obliegt grundsätzlich dem BGZABw.
  Bei unabweisbaren Versorgungen im zivilen Bereich entscheidet BMVg - Fü San.

- Wünscht die Soldatin/der Soldat ohne Vorliegen einer der o.a. Ausnahmeindikationen die Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten, kann diese - soweit nicht fachliche Gründe entgegenstehen - durch implantologisch tätige Sanitätsoffiziere beantragt und nach entsprechender Genehmigung des BGZABw durchgeführt werden.

- Die Soldatin/der Soldat hat sich dabei vorab schriftlich zu verpflichten, dass sie/er im Rahmen einer Mehrkostenvereinbarung die Materialkosten für das zahnärztliche Implantat in jedem Fall und in vollem Umfang selbst zu tragen hat. Die Kosten für die entsprechende zahnärztlich-prothetische Folgeversorgung (Suprakonstruktion) können bei Vorliegen der fachlichen und zeitlichen Voraussetzungen auf Bundesmittel übernommen werden, wenn diese Versorgung im Vergleich zu einer nicht implantatgestützen Alternativversorgung wirtschaftlicher bzw. kostenneutral ist.

- Alle in Frage kommenden Soldatinnen/Soldaten sind vor Beginn jeglicher Behandlungsmaßnahmen nachweislich darüber zu belehren, dass nach Ausscheiden aus dem Dienstverhältnis andere Kostenträger für Leistungen im Zusammenhang mit zahnärztlichen Implantaten ggf. nicht aufkommen. Außerhalb der Ausnahmeindikationen des § 92 Abs.1 SGB V bzw. gemäß Abschnitt VII der Allgemeinen Behandlungsrichtlinien und des Abschnittes 5 der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausrei-

chende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sind Reparaturen und/oder Erneuerung der Suprakonstruktion reine Wahl- bzw. Privatleistung.

- Vor Überweisung an implantologisch tätige Sanitätsoffiziere ist grundsätzlich der jeweils regional zuständige BGZA beratend zu beteiligen.

- Die zahnärztlich-implantologische Versorgung darf durchgeführt werden von
    - o Sanitätsoffizieren Zahnarzt mit abgeschlossener Weiterbildung Oralchirurgie/Parodontologie,
    - o Sanitätsoffizieren Arzt mit abgeschlossener Weiterbildung Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie,
    - o Sanitätsoffizieren Zahnarzt nach Einzelfallentscheidung durch das Bundesministerium der Verteidigung.

- Die Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten begründet nicht zwangsläufig einen Anspruch auf zahnärztlich-prothetische Versorgung.

- Eine entsprechende Indikation ist nach erfolgreicher Einheilung der zahnärztlichen Implantate (im Regelfall nach 4 - 6 Monaten) zu prüfen.

- Die Planung der Gesamttherapie (implantologische Leistung und Suprakonstruktion) soll aus fachlichen Gründen grundsätzlich in einer Hand/durch einen Behandler erfolgen.

- Diese Gesamtplanung bedingt jedoch in der Regel die zeitgleiche Vorlage des Antrages auf Durchführung einer zahnärztlich-implantologischen Versorgung mit dem Antrag auf Durchführung einer zahnärztlich-prothetischen Versorgung (Heil- und Kostenplan).

- Dem BGZABw sind im Rahmen der Beantragung vorzulegen:
    - o Antrag auf Durchführung einer zahnärztlich-prothetischen Versorgung (Heil- und Kostenplan) mit aktuellen Röntgenaufnahmen und Modellen,
    - o Antrag auf Durchführung einer zahnärztlich - implantologischen Versorgung, ggf. mit entsprechender Mehrkostenvereinbarung für die Materialkosten für das/die zahnärztliche(n) Implantat(e)
    - o Stellungnahme der/des zuständigen Truppenzahnärztin/Truppenzahnarztes zur Behandlungsnotwendigkeit/ Indikation
    - o Stellungnahme des regional zuständigen BGZA zur Therapieplanung und ggf. Therapiealternativen

- Eine ggf. erforderliche Entfernung von Implantaten ist nicht genehmigungspflichtig. Die Kosten sind auf Bundesmittel zu übernehmen.

J Chirurgische Dysgnathie-Behandlung

- Die chirurgische Dysgnathiebehandlung von Soldatinnen/Soldaten der Bundeswehr ist grundsätzlich **kein** Bestandteil der utV.

- Dieses gilt nicht für Zeit- und Berufssoldatinnen/-soldaten mit schweren Kieferanomalien, die innerhalb der Dienstzeit ein Ausmaß entwickelt haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen zur Erhaltung der Verwendungsfähigkeit erfordert.

- In diesen Fällen ist ein aufeinander abgestimmtes kieferorthopädisches und kieferchirurgisches Behandlungskonzept zu erstellen.

- Schwere Kieferanomalien in diesem Sinne liegen vor bei:
  - angeborenen Missbildungen des Gesichts und der Kiefer;
  - skelettalen Dysgnathien;
  - verletzungsbedingten Kieferfehlstellungen.

- Die Gesamtbehandlungsdauer darf dabei grundsätzlich nicht das Dienstzeitende überschreiten. Die Kosten für die kieferorthopädische und kieferchirurgische Behandlung werden ausschließlich bis zum Dienstzeitende übernommen.

- Alle in diesem Zusammenhang anfallenden Behandlungsmaßnahmen sind vor Durchführung in jedem Fall genehmigungspflichtig.

- Die Durchführung der kieferchirurgischen Eingriffe erfolgt grundsätzlich nur in Sanitätseinrichtungen der Bundeswehr. Ausnahmen sind besonders zu begründen.
  Die Überweisung an die zivile Fachzahnärztin/den zivilen Fachzahnarzt für Kieferorthopädie und die anschließende Vorstellung in einer kieferchirurgischen Abteilung eines Bundeswehrkrankenhauses erfolgt sowohl im Rahmen der Diagnostik als auch der ggf. anschließenden Therapie - nach vorheriger Abstimmung mit dem regional zuständigen BGZA - durch die Leiterin/den Leiter der betreuenden zahnärztlichen Behandlungseinrichtung der Bundeswehr. Der BGZA ist auch für die weitere Koordination der Behandlungsmaßnahmen zwischen Fachzahnärztin/Fachzahnarzt für Kieferorthopädie, kieferchirurgischer Abteilung und Soldatin/Soldat verantwortlich.
  Zur Beurteilung der Behandlungsnotwendigkeit, des erforderlichen Behandlungsumfanges, der erforderlichen Gesamtbehandlungszeit und der mit dieser Therapie verbundenen Kosten ist grundsätzlich eine kieferorthopädische Gutachterin / ein kieferorthopädischer Gutachter einer kieferorthopädischen Abteilung einer Universitätsklinik durch den BGZABw einzuschalten.

- Die Entscheidung über die Genehmigung obliegt dem BGZABw, das BMVg ist hierbei zu beteiligen.

Vor Beginn der Behandlung sind dem BGZABw vorzulegen:

1. **Durch die zuständige Truppenzahnärztin/den zuständigen Truppenzahnarzt:**

   - aktueller zahnärztlicher Befund mit fachlicher Stellungnahme, aus der die Verschlechterung der Kaufunktion zwischen Einstellung und dem aktuellen Zustand hervorgeht
   - fachliche Stellungnahme des regional zuständigen BGZA zur geplanten Therapie.

2. **Durch die zivile Fachzahnärztin/den zivilen Fachzahnarzt für Kieferorthopädie:**

   - kieferorthopädischer Behandlungsplan;
   - Gebissmodelle des Ober- und Unterkiefers mit fixierter Okklusion und dreidimensional orientiert (Planungsmodell) einschließlich Analyse;
   - röntgenologische Darstellung aller Zähne beider Kiefer;
   - Fernröntgenseitenbild mit Durchzeichnung und schriftlicher Auswertung zur Analyse skelettaler und/oder dentaler Zusammenhänge der vorliegenden Anomalie und/oder für Wachstumsvorhersagen;
   - Röntgenaufnahme der Hand mit Auswertung bei Abweichung des chronologischen vom Dentitionsalter nur dann, wenn eine Orientierung über das Wachstumsmaximum und das Wachstumsende notwendig ist, oder wenn nach abgeschlossener Dentition die Kenntnis des skelettalen Alters für die Durchführung der kieferorthopädischen Behandlung erforderlich ist;
   - Profil- und Enface-Fotographie mit diagnostischer Auswertung als Entscheidungshilfe für Therapiemaßnahmen, soweit Abweichungen von einem graden Profil, perioralen Verspannungen oder Habits vorliegen, die einen zwangslosen Mundschluss unmöglich machen.

3. **Durch die behandelnde Kieferchirurgin/den behandelnden Kieferchirurgen:**

   - Antrag auf Durchführung kieferchirurgischer Maßnahmen im Rahmen der kombinierten Behandlung einer Dysgnathie.
   - Nach Abschluss der Behandlung: Befundbericht

Anlage 1 (zu Kapitel A - 4.6 Werkstoffe)

(Adresse des zahntechnischen Labors)

Materialnachweis

Patient: *(Name, Vorname; Anschrift)*
Reg. Nr.:
Pat. Nr.:
Datum:
Art der Arbeit:

Praxis: *(Stempel)*

Verwendete Legierung(en):

Bestandteile in %:

(lt. Angaben des Herstellers)
Hersteller:
Legierung/Charge:
Lot/Charge:
Draht/Charge:

Verbindungselemente:
Hersteller:
Art der Elemente:
Art. Nr./Best.Nr.:

Zähne:
Hersteller:
Fabrikat:
Zahn/Zähne:
Zahnfarbe:

Verblendmaterial:
Hersteller:
Material:

Basiskunststoff:
Hersteller:

Hiermit wird bestätigt, dass die vom Zahnarzt festgelegten Werkstoffe fachgerecht verarbeitet wurden.

Information für Soldatinnen/Soldaten! Bitte sorgfältig aufbewahren!

Verteiler:
1. Ausf.: Zahnärztliche Behandlungskarte
2. Ausf.: Soldatin/Soldat

Anlage 2 (zu Kapitel A - 5.6 Abrechnung)

Siehe Folgeseite

Mehrkostenvereinbarung

Zahnärztliche Behandlungseinrichtung der Bundeswehr (Stempel)

Name, Vorname, Dienstgrad

Dienststelle

Kostenträger-Nummer 00 9520 9

Personenkennziffer			Diensteintritt	Dienstzeitende	Status

Heil- und Kostenplan vom

Wehrbereichsverwaltung
- Dezernat IV 5 -

Verteiler:

- ☐ 1. Ausftg. nach Behandlung an WBV Kassenbeleg)
- ☐ 2. Ausftg. zur G-Akte der Soldatin/des Soldaten
- ☐ 3. Ausftg. Begutachtender Sanitätsoffizier Zahnarzt
- ☐ 4. Ausftg. Soldatin/Soldat

I. Planung der zusätzlichen Leistung(en)

Beh-Plan																
	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
Beh-Plan																

Behandlungsplan (BehPlan)

K	= Krone	O	= Verbindungsvorrichtung
B	= Brückenglied/Spanne	H	= Halteelement
E	= zu ersetzender Zahn	_	= Verblockung/Steg
T	= Teleskopkrone	EF	= Einlagefüllung
M	= Keramik-Verblendung	TK	= Teilkrone
V	= Kunststoff-Verblendung		

II. Mehrkostenvorausberechnung

Zahn/Region	Anzahl	Leistungsbeschreibung/Legierung	Menge (g; geschätzt)	EUR/g (inkl. MWSt)	Summe (EUR)
Summe geschätzte Mehrkosten					

Erläuterung zur Mehrkostenvereinbarung	Datum, Unterschrift behandelnde Zahnärztin / behandelnder Zahnarzt

III. Erklärung der Soldatin/des Soldaten

Die Durchführung der oben aufgeführten, zusätzlichen Leistung(en) erfolgt nach Aufklärung durch meine Truppenzahnärztin / meinen Truppenzahnarzt **auf meinen ausdrücklichen Wunsch**.
Mir ist bekannt dass:
- im Rahmen meines Anspruchs auf unentgeltliche truppenzahnärztliche Versorgung eine schadens- und risikogerechte Behandlung möglich ist.
- ich die Kosten dieser Leistung(en) selbst zu tragen habe und auch kein Anspruch auf Beihilfe besteht.
- es sich bei den oben genannten Mehrkosten um einen geschätzten Betrag handelt und dieser in der endgültigen Rechnung sowohl niedriger als auch höher sein kann.
- mir der endgültige Rechnungsbetrag von der zuständigen Wehrbereichsverwaltung mitgeteilt wird.
- dieser Betrag gegen meine Bezüge aufgerechnet wird **(bei aktiven Soldatinnen / Soldaten)**
- ich nach Erhalt der Rechnung den Rechnungsbetrag fristgerecht auf das genannte Konto der Wehrbereichsverwaltung einzuzahlen habe **(bei ehemaligen Soldatinnen / Soldaten, wenn ein Anspruch auf Versorgungsbezüge nicht mehr besteht)**

Ist die Begleichung in einer Summe nicht möglich, kann bei der zuständigen Wehrbereichsverwaltung - Dezernat IV 5 - unter Darlegung der Gründe eine Zahlung in monatlichen Teilbeträgen, die von der WBV festgesetzt und mitgeteilt werden, beantragt werden.
Eine Ratenzahlung ist rechtzeitig, möglichst unmittelbar mit dem Abschluss der Mehrkostenvereinbarung, zu beantragen.

Datum, Unterschrift der Soldatin/des Soldaten

Anlage 3 (zu Kapitel C - PSI-Index)

PSI – Der Parodontale Screening Index – Therapeutische Konsequenzen				
Code 0	**Code 1**	**Code 2**	**Code 3**	**Code4**
gesund	Gingivitis	Gingivitis	mittelschwere Parodontitis	schwere Parodontitis
keine Therapie notwendig, weitere präventive Betreuung	Plaqueentfernung, Instruktionen zur Verbesserung der Oralhygiene	Instruktionen zur Verbesserung der Oralhygiene, supra- und subgingivale Plaqueentfernung, PZR, Verbesserung plaqueretentiver Restaurationsränder	Instruktionen zur Verbesserung der Oralhygiene, supra- und subgingivale Plaqueentfernung, PZR, weitergehende diagnostische und therapeutische Maßnahmen, bei zwei und mehr Sextanten mit Code 3 Diagnostik und Therapie des gesamten Gebisses	Instruktionen zur Verbesserung der Oralhygiene, supra- und subgingivale Plaqueentfernung, PZR, weitergehende diagnostische und therapeutische Maßnahmen im gesamten Gebiss

Anlage 4 (zu Kapitel G - Kieferorthopädische Behandlung)

(Kopf zahnärztliche Behandlungseinrichtung der Bundeswehr)
Az 42-26-20

(Anschrift zivile Praxis)

Betr.: Zahnärztliche Behandlung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr
hier: Kieferorthopädische Behandlung des/der
(DGrad, Name, Vorname; PK; DSt)
Bezug: Ihr Kieferorthopädischer Behandlungsplan vom *(Datum)*

Sehr geehrte(r) Frau/Herr *(ggf. Titel, Name)*,

der/die oben genannte Patient/-in befindet sich bei Ihnen zur Zeit in kieferorthopädischer Behandlung (Retentionsphase).
Er/Sie ist ab dem *(Datum, Diensteintritt)* bis voraussichtlich *(Datum, Dienstzeitende)* Soldatin/Soldat der Bundeswehr und hat für die Zeit des Wehrdienstes einen gesetzlichen Anspruch auf unentgeltliche truppen(zahn)ärztliche Versorgung. Die Kosten für kieferorthopädische Maßnahmen während der Retentionsphase sind somit ab diesem Zeitpunkt längstens bis zur Beendigung des Wehrdienstverhältnisses von der Bundeswehr zu übernehmen.

Ich bitte Sie deshalb, Ihre ab dem *(Datum, Diensteintritt)* erbrachten Leistungen gemäß § 75 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) nach Gebührentarif D des Vertrages der Angestelltenkrankenkassen e.V. (VdAK) sowie dem Verband der Arbeiter-Ersatzkasse e.V. (AEV) über die für Sie zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) mit der
Wehrbereichsverwaltung *(Nummer)*
- Abrechnungsstelle für Heilfürsorgerechnungen -
(Straße/Postfach)
(PLZ Ort)
abzurechnen.
Ihrer ersten Abrechnung bitte ich, neben dem je Quartal erforderlichen Bundeswehr-Überweisungsschein (San/Bw/0219) eine Kopie des kieferorthopädischen Behandlungsplanes sowie dieses Schreibens beizufügen.
Bei einem privaten Behandlungsvertrag bitte ich Sie, die Rechnung über die Soldatin/den Soldaten an die für die Soldatin/den Soldaten zuständige zahnärztliche Behandlungseinrichtung der Bundeswehr weiterzuleiten. Diese übersendet sie nach Prüfung an die zuständige Wehrbereichsverwaltung.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

(Unterschrift, Stempel des Sanitätsoffiziers Zahnarzt)

Verteiler:
1. Ausf.: Kieferorthopädin/Kieferorthopäde
2. Ausf.: Soldatin/Soldat für den bisherigen Kostenträger
3. Ausf.: BGZA der Bundeswehr
4. Ausf.: Zahnärztliche Behandlungskarte

Schlussbestimmungen

Nachstehende Erlasse hebe ich mit Wirkung vom 31.12.2008 auf:

BMVg - InSan I 6 - Az 42-75-50 vom 23. Januar 1991
BMVg - InSan I 6 - Az 42-75-50 vom 05. Februar 1993
BMVg - InSan I 6 - Az 42-26-01 vom 09. Mai 1997
BMVg - InSan I 6 - Az 42-75-50 vom 28. Mai 1997
BMVg - InSan I 6 - Az 42-24-25 vom 03. Mai 1999
BMVg - InSan I 6 - Az 42-75-49 vom 01. Juni 1999
BMVg - InSan I 6 - Az 42-75-50/51 vom 05. Juli 1999
BMVg - InSan I 6 - Az 42-26-22 vom 06. September 1999
BMVg - InSan I 6 - Az 42-26-00 vom 14. Februar 2000
BMVg - InSan I 6 - Az 42-75-50/51 vom 06. Februar 2001
BMVg - InSan I 6 - Az 42-65-41 vom 19. März 2001
BMVg - InSan I 6 - Az 42-24-12/42-25-17 vom 12. Dezember 2001
BMVg - Fü San I 3 - Az 42-75-49 vom 31. März 2003
BMVg - Fü San I 3 - Gz 42-75-50/51 vom 08. März 2004
BMVg - Fü San I 3 - Gz 42-75-49 vom 15. Juli 2004

Der Gesamtvertrauenspersonenausschuss wurde beteiligt.

Verteiler

Empfänger	Ort		gesamt
Bundeszahnärztekammer	Berlin	5x	5
Landeszahnärztekammern (17) (Sonderverteiler)		17x2	34
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung	Köln	5x	5
Kassenzahnärztliche Vereinigungen (17) (Sonderverteiler)		17x 2	34
Wehrbeauftragter des Deutschen Bundestages	Berlin	6x	6
Bundesministerium des Innern	Berlin	2x	2
Bundesministerium der Finanzen	Berlin	2x	2
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (mit Nebenabdruck für: Bundesamt für Zivildienst)	Berlin	3x	3
Bundesministerium für Gesundheit	Bonn	2x	2
Außenverteiler V D		218x	218
VI A		70x	70
XI D		2585x	2585
XII D		354x	354
GVPA	)	2x	2
H II 3 (mit Nebenabdruck für: BRH)	)	3x	3
PSZ III 2	)	2x	2
PSZ III 3	)	2x	2
R I 2	) im Ministerium	2x	2
Fü San I 1	)	1x	1
Fü San I 2	)	1x	1
Fü San I 4	)	1x	1
Fü San I 5	)	1x	1
Fü San II 1	)	1x	1
Fü San II 2	)	1x	1
Fü San II 3	)	1x	1
Fü San II 4	)	1x	1
Fü San II 5	)	1x	1
Fü San II 6	)	1x	1
Fü San I 3, Reserve		50x	50
gesamt			3391

Vereinbarung
zwischen
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung,
dem Bundesministerium der Verteidigung
und
dem Bundesministerium des Innern
zur zahnärztlichen Versorgung von Heilfürsorgeberechtigten
mit plastischen Füllungsmaterialien

Präambel:

Nach den Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung für Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr und für Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamte der Bundespolizei hat die Versorgung von kariösen Defekten grundsätzlich mit plastischen Füllungsmateriafien zu erfolgen. Im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung möchte die Bundeswehr ihren Zeit- und Berufssoldaten [1)] diesbezüglich SDA-Füllungen zur Verfügung stellen. Hierzu vereinbaren die Vertragspartner folgende Regelung für die Restauration mit Composite bei Anspruchsberechtigen der unentgeltlichen truppenzahnärztlichen Versorgung

§ 1 Leistungsbeschreibung

BwR 1: [2)] Restauration einer Kavität mit Composite in Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einflächig, **75 Punkte**

BwR 2: [2)] Restauration einer Kavität mit Composite in Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, zweiflächig, **112 Punkte**

BwR 3: [2)] Restauration einer Kavität mit Composite in Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik, ggf, einschließlich Mehrschichttechnik, dreiflächig, **164 Punkte**

BwR 4: [2)] Restauration einer Kavität mit Composite in Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, mehr als dreiflächig oder Eckenaufbau im Frontzahnbereich unter Einbeziehung der Schneidekante **208 Punkte**

1 Die Vereinbarung gilt entsprechend dem Erlaß des Bundesministeriums der Verteidigung vom 27.04.2010 seit dem 27.04.2010 für alle Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr.

2 Die Abrechnungspositionen wurden entsprechend dem Erlaß des Bundesministeriums der Verteidigung vom 27.04.2010 umbenannt in „HR 1“ bis „HR 4“.

§ 2 Anspruchsberechtigung/Genehmigungspflicht

Die Leistungen unterliegen keiner Genehmigungspflicht. Die Regelung gilt im Verhältnis zum Bundesministerium der Verteidigung nur für Zeit- und Berufssoldaten, nicht für Grundwehrdienstleistende.

§ 3 Abrechnung

Die Leistungen werden nach beendeter Behandlung über die KZV abgerechnet.

Köln, Berlin, Bonn, ...13.02.2010....

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Bundesministerium der Verteidigung

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

i.A

Bundesministerium des Innern

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Bundesministerium
der Verteidigung

KZBV
30. APR. 2010
Sachb.....

Verteiler

Dr. Hans-Georg Zienc
Referat Fü San I 3

HAUSANSCHRIFT Fontainengraben 150, 53123 Bonn
POSTANSCHRIFT Postfach 1328, 53003 Bonn

TEL +49(0)228-99-24-6467
FAX +49(0)228-99-24-036914
E-MAIL BMVg FueSanI3@bmvg.bund.de

BETREFF **Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr**
hier: Einführung neuer Abrechnungspositionen: HR 1. - 4.
BEZUG 1. BMVg - Fü San I 3 - Gz 42-75-49 - "Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr" - vom 24.11.2008
2. Vereinbarung zwischen der KZBV, dem BMVg und dem BMI zur Versorgung von Heilfürsorgeberechtigten mit plastischen Füllungsmaterialien vom 13.02.2010
Gz Fü San I 3-42-75-49
DATUM Bonn, 27. April 2010

Gemäß den "Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr" erfolgt die Versorgung von kariösen Defekten grundsätzlich mit plastischen Füllungsmaterialien.

Die Verfügbarkeit von Amalgamfüllungen bei Überweisungen in den zivilen Bereich ist nicht mehr flächendeckend sichergestellt.

Zudem beinhaltet der BEMA keine Abrechnungspositionen für Füllungen in Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik im Seitenzahnbereich.

Hierdurch wurde zur Sicherstellung der unentgeltlichen truppenzahnärztlichen Versorgung, bei Überweisung von Soldatinnen und Soldaten in die zivile zahnärztliche Behandlung, die Definition und Einführung geeigneter Abrechnungspositionen unumgänglich, um Zuzahlungen seitens der Soldatinnen und Soldaten zu vermeiden

Mit Bezug 2. konnte eine geeignete Vereinbarung zwischen der KZBV, dem BMI und dem BMVg geschlossen werden.

...

Die Leistungsbeschreibungen und Punktwerte gebe ich hiermit bekannt, sie wurden wie folgt festgelegt und bewertet:

Leistungsbeschreibung

HR 1:
Restauration einer Kavität mit Composite in Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einflächig **75 Punkte**

HR 2:
Restauration einer Kavität mit Composite in Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, zweiflächig **112 Punkte**

HR 3:
Restauration einer Kavität mit Composite in Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, dreiflächig **164 Punkte**

HR 4:
Restauration einer Kavität mit Composite in Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, mehr als dreiflächig oder Eckenaufbau im Frontzahnbereich unter Einbeziehung der Schneidekante **208 Punkte**

Die vorgenannten Positionen gelten im Geschäftsbereich des Bundesministeriums der Verteidigung, sofern Soldatinnen und Soldaten in den zivilen Bereich überwiesen werden müssen.

Bei vorliegender Zahnarzt-Überweisung in den zivilen Bereich unterliegen HR-Positionen keiner weiteren Genehmigungspflicht.

Ich bitte die Information des fachlich nachgeordneten Bereiches sicherzustellen.

Im Auftrag

Dr. Zienc

Verteiler:

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung - Universitätsstr. 73, 50931 Köln
Wehrbereichsverwaltung Ost - Strausberg
Wehrbereichsverwaltung West - Düsseldorf

SanFüKdo - Koblenz
SanABw - München
SKA - Bonn
SanKdo I - Feldstraße 213, 24106 Kiel
SanKdo II - Schloss Oranienstein, 65582 Diez
SanKdo III - Zeitzer Straße 112, 06667 Weißenfels
SanKdo IV- Bayerwaldstraße 36, 94327 Bogen
Heeresamt - Generalarzt des Heeres - Postfach 6960, 56064 Koblenz
Luftwaffenamt - Generalarzt der Luftwaffe - Luisenstraße 109, 53721 Siegburg
Flottenkommando - Admiralarzt der Marine - Uferstrasse 1, 24960 Glücksburg
PSZ III 2 - im Ministerium
R I 2 - im Ministerium

Gemeinsame Erklärung
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung
und
des Bundesministeriums der Verteidigung
zu der Vereinbarung zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem Bundesministerium der Verteidigung zur zahnärztlichen Versorgung von Heilfürsorgeberechtigten mit plastischen Füllungsmaterialien vom 13. Februar 2010 *

Zu der Vereinbarung zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem Bundesministerium der Verteidigung zur zahnärztlichen Versorgung von Heilfürsorgeberechtigten mit plastischen Füllungsmaterialien vom 13. Februar 2010 wird folgende rechtsverbindliche Klarstellung bekannt gegeben:

Die Leistungsnummern HR 1 bis 4 der Vereinbarung können ausschließlich dann abgerechnet werden, wenn die Heilfürsorgeberechtigten definitive Füllungen in Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik wählen, die bisher üblicherweise im Rahmen des Mehrkostenverfahrens abgerechnet wurden. Dies betrifft nur die Versorgung der Zähne 4 bis 8.

Damit werden die Gesamtkosten der bisher mehrkostenpflichtigen Füllungsleistungen von der Bundeswehr übernommen. Der bisherige Sachleistungsanspruch bleibt unberührt.

Im Frontzahnbereich sind gem. den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Regel in Schmelz-Ätztechnik befestigte Füllungen das Mittel der Wahl und somit nach den Nrn. 13 a-d des BEMA zu erbringen. Füllungen in polychromatischer Schichttechnik (Mehrfarbentechnik) im Sinne einer ästhetischen Optimierung können wie bisher im Rahmen einer Mehrkostenvereinbarung zwischen Behandler und Patient erbracht werden; Abrechnungsgrundlage in diesen Fällen ist die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

gem-erkl-bmvg-plast-fuell-2010-final.doc

* redaktionelles Versehen;
die Vereinbarung datiert vom 19. Februar 2010

Änderungsvereinbarung

zur

Vereinbarung

zwischen

der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

und

dem Bundesministerium der Verteidigung

zur zahnärztlichen Versorgung von Heilfürsorgeberechtigten

mit plastischen Füllungsmaterialien vom 13. Februar 2010

1. Die Leistungen nach § 1 der Vereinbarung werden mit folgenden Punktzahlen vergütet:

   HR 1 = 90 Punkte,
   HR 2 = 95 Punkte,
   HR 3 = 109 Punkte,
   HR 4 = 131 Punkte.

2. Die Änderungen treten ab 1. Juli 2012 in Kraft.

Köln,

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Bonn, 4. Juni 2012

Im Auftrag

Beckmann

Bundesministerium der Verteidigung, FüSK II 6

IV

Nordrheinische Verträge
(RVO)
- Landesverträge -

IV-1

Gesamtvertrag
mit RVO-Kassen

Vorblatt

1. Die Vereinbarung über das Prothetik-Einigungsverfahren (Anlage 4) ist unter Klappe IV-4 eingeordnet.
2. Die Vereinbarung über die Festlegung des Abrechnungsbetrages zur Abrechnung der Kosten bei der Kronen, Brücken und Verbindungselementen anfallenden Dentallegierungen zwischen den Landesverbänden der RVO-Krankenkassen und der KZV-Nordrhein vom 02.07.86 ist nach "Protokollnotizen" eingeordnet.
3. Die Vereinbarung zur Bestellung von Gutachtern und zum Beratungsverfahren für Zahnersatz und Zahnkronen ist unter dieser Klappe am Schluß eingeordnet.

Vereinbarung

Zur Regelung der kassenzahnärztlichen Versorgung wird gemäß § 368 g RVO zwischen

dem Verband der Ortskrankenkassen Rheinland,
Düsseldorf,

dem Landesverband der Betriebskrankenkassen
Nordrhein-Westfalen, Essen,

dem Landesverband der Innungskrankenkassen
Nordrhein und Rheinland-Pfalz,
Bergisch Gladbach,

(nachstehend Landesverbände genannt)

- einerseits -

und

der Kassen-Zahnärztlichen Vereinigung Nordrhein,
Düsseldorf,

(nachstehend KZV NR genannt)

– andererseits –

folgendes vereinbart:

Inhaltsübersicht

Abschnitt I: Vergütungssystem
§ 1 Vergütungssystem

Abschnitt II: Abrechnung und Vergütung der Leistungen

§ 2 Bewertung der zahnärztlichen Leistungen
§ 3 Zahntechnische Leistungen aus gewerblichen Laboratorien
§ 4 Abrechnung der Leistungen
§ 5 Berechnung der Vergütung
§ 6 Berichtigung
§ 7 Rechnungslegung
§ 8 Abrechnungsunterlagen
§ 9 Zahlungsweise
§ 10 Statistische Unterlagen

Abschnitt III: Regelung sonstiger Beziehungen

§ 11 Arbeitsausschuß
§ 12 Prothetik-Einigungsverfahren

Abschnitt IV: Inkrafttreten und Kündigung
§ 13 Inkrafttreten und Kündigung

Anlage 1: Kosten für Leistungen, die in praxiseigenen Laboratorien erbracht werden

Anlage 2: Punktwertvereinbarung

Anlage 3: Zahnersatz-Statistiken

Anlage 4: Prothetik-Einigungsverfahren

Absichtserklärung und Protokollnotizen

Absichtserklärung

zur Vereinbarung und den Anlagen

Protokollnotizen

zu § 2	Teilleistungen
zu § 6	Berichtigung von Fehlern in den Abrechnungen
zu § 9	Zahlungsweise
zu § 10	Statistische Unterlagen
zu § 11	Arbeitsausschuß

Zur Übernahme der Empfehlungsvereinbarung der Partner des Bundesmantelvertrages vom 27.11.1980

Abschnitt I: Vergütungssystem

§ 1

Vergütungssystem

Die Gesamtvergütung gemäß § 368 f Abs. 2 RVO sowie die Vergütung der Leistungen für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen nach § 368 f Abs. 8 RVO werden nach Einzelleistungen berechnet.

Abschnitt II: Abrechnung und Vergütung der Leistungen

§ 2

Bewertung der zahnärztlichen Leistungen

(1) Die zahnärztlichen Leistungen werden, soweit nachstehend nichts anderes bestimmt ist, nach dem gemäß § 26 Absatz 3 BMV-Z als Anlage A vereinbarten Einheitlichen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen (Bema) bewertet.

(2) Für die Kosten für Leistungen, die in praxiseigenen Laboratorien erbracht werden, gilt Anlage 1.

(3) Für zahnärztliche Leistungen, die außerhalb des Bereiches der KZV NR erbracht werden, gelten die im Fremdbereich zwischen den dortigen Landesverbänden und der jeweils zuständigen KZV abgeschlossenen Verträge. Die Höhe des Punktwertes richtet sich – mit Ausnahme für prothetische Leistungen – nach § 5. Für prothetische Leistungen gilt der für den Sitz des Zahnarztes vereinbarte Punktwert.

(4) Zahnärztliche und zahntechnische Leistungen, die in Krankenhäusern oder in poliklinischen Einrichtungen der Hochschulen ausgeführt werden, werden gemäß § 368 n Abs. 3 RVO mit den Sätzen abgegolten, die von der KZV NR im Einvernehmen mit den Landesverbänden mit diesen Instituten vereinbart werden. An den Verhandlungen nehmen die Landesverbände teil.

§ 3

Zahntechnische Leistungen aus gewerblichen Laboratorien

(1) Für die zahntechnischen Leistungen der gewerblichen Laboratorien gelten die zwischen dem Landesinnungsverband für das Zahntechnikerhandwerk Nordrhein-Westfalen und/oder den nordrheinischen Zahntechniker-Innungen und den Landesverbänden der RVO-Krankenkassen in Nordrhein gemäß § 368g Absatz 5a RVO geschlossenen Vereinbarungen als in diesen Vertrag übernommen.

(1a) Preisnachlässe, die der Zahnarzt vom Labor erhält, sind vom Zahnarzt besonders auszuweisen und an die Krankenkassen bzw. den Versicherten weiterzugeben.* Ausgenommen hiervon sind Skonti bis zu 3 % bei einer unverzüglichen Begleichung der ordnungsgemäßen Laborrechnung (Einzelrechnung und/oder monatliche bzw. halbmonatliche Sammelrechnung) durch den Zahnarzt, d. h. spätestens innerhalb von 10 Tagen ab dem bestätigten Rechnungserhalt oder innerhalb von 14 Tagen ab Rechnungsdatum. Maßgeblich für die Einhaltung der Frist ist der Zahlungs- bzw. Scheckeingang beim Labor. Auf Absatz 4 der Anlage 1 zum Gesamtvertrag wird besonders hingewiesen.

(1b) Die KZV kann vom Zahnarzt eine Erklärung des von ihm beauftragten gewerblichen Labors verlangen, daß dieses Labor die Voraussetzungen der Handwerksordnung erfüllt und keine Beanstandungen der Handwerkskammer vorliegen. Diese Erklärung soll mindestens einmal jährlich angefordert werden.

(2) Nehmen Zahnärzte zahntechnische gewerbliche Laboratorien in Anspruch, die ihren Sitz außerhalb Nordrheins haben, gelten jeweils die am Sitz des Laboratoriums getroffenen Regelungen nach § 368g Absatz 5a RVO.

(3) Werden zahntechnische gewerbliche Laboratorien in Anspruch genommen, die ihren Sitz außerhalb des Bundesgebietes haben, so werden die für das Labor ortsüblichen Preise in tatsächlicher Höhe erstattet, jedoch nur bis zu der Höhe, die bei Inanspruchnahme eines Labors nach Absatz 1 angefallen wäre. Die Summe der nach einem ausländischen Leistungsverzeichnis erbrachten Leistungen darf den Gesamtbetrag, der sich nach der jeweils in Nordrhein gültigen Preisliste ergeben würde, nicht übersteigen. Der Zahnarzt hat der KZV eine in der jeweiligen Landeswährung ausgestellte Originalrechnung vorzulegen und auf Deutsche Mark umzurechnen sowie eine Bestätigung vorzulegen, daß die hergestellten Arbeiten zollrechtlich ordnungsgemäß eingeführt und abgefertigt worden sind und auf Anforderung der KZV die jeweils gültige ortsübliche Preisliste des Labors beizufügen. Umrechnungsbasis ist der am Tag der Rechnungsstellung amtlich festgestellte Umrechnungskurs. Belastungen

nach ausländischem Steuerrecht (Mehrwertsteuer, Umsatzsteuer usw.) können höchstens im Rahmen der in der Bundesrepublik Deutschland bestehenden Steuerbelastungen in Ansatz gebracht werden.

Im Fall der Herstellung zahntechnischer Leistungen in einem ausländischen Labor trifft den Zahnarzt eine besondere Sorgfalts- und Überwachungspflicht, insbesondere bezüglich der Qualität der zahntechnischen Leistungen. Absatz 3 der Anlage 1 gilt entsprechend. Der Zahnarzt muß darüber hinaus sicherstellen, daß ihm unabhängig von ausländischen Rechtsbestimmungen die Gewährleistung des Labors mindestens zu den deutschen Bedingungen gesichert ist. Die KZV kann hierüber eine Erklärung von ihm fordern. Ihn trifft in jedem Fall für die Gewährleistung die volle Verantwortung. Der Zahnarzt hat weiterhin dafür zu sorgen, daß die Versorgung nicht zum Nachteil der Versicherten durch die Inanspruchnahme eines ausländischen Labors verzögert wird. Im übrigen ist der Zahnarzt zur lückenlosen Auskunft gegenüber der KZV verpflichtet über alle Bedingungen, Umstände und Tatsachen im Zusammenhang mit der Beauftragung eines ausländischen Labors. Der Zahnarzt hat auch sicherzustellen, daß dieselben Bestimmungen für Legierungen angewandt werden, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland gelten. Insbesondere muß der Legierungsnachweis vorliegen. Der Zahnarzt ist verpflichtet, sich über die verwendeten Edelmetalle eingehend zu informieren und entsprechende Belege der KZV vorzulegen. Er muß sich die Möglichkeit sichern, wie bei der Beauftragung eines deutschen Labors durch Stichproben der Rohgüsse Einblick in die tatsächlich abgerechneten Gewichtsmengen zu nehmen. Für den Edelmetallpreis, künstliche Zähne und Fertigteile gelten die jeweiligen Bestimmungen zum Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen in Nordrhein.

Protokollnotiz

zur Vereinbarung über die Änderung bzw. Neufassung von § 3 der gesamtvertraglichen Vereinbarung vom 23.12.1980:

* Bankbedingte Verzögerungen gelten nicht als Pflichtverletzung im Sinne von § 3 Absatz 1a vorletzter Satz des Gesamtvertrages.

Erg.-Lfg. 2/88

– bleibt frei –

§ 4

Abrechnung der Leistungen

(1) Die Abrechnung der Leistungen erfolgt auf den vereinbarten Vordrucken (§ 17 BMV-Z). Vordrucke und Bescheinigungen – ausgenommen Behandlungsausweise für konservierend-chirurgische Behandlung und für kieferorthopädische Behandlung – hat der Kassenzahnarzt eigenhändig zu unterzeichnen und mit dem Kassenzahnarztstempel zu versehen. Wird die Praxis durch einen Vertreter geführt, so ist der Unterschrift "In Vertretung" oder "Im Auftrag" voranzusetzen.

(2) Die Richtigkeit der auf den einzelnen Behandlungsausweisen für konservierend-chirurgische Behandlung und für kieferorthopädische Behandlung vorgenommenen Eintragungen läßt sich die KZV NR durch folgende Erklärung des Zahnarztes, die jeder Abrechnung beizufügen ist, bestätigen:

Ich bestätige hiermit, daß die abgerechneten Leistungen für das ___ Quartal _____ von mir persönlich oder von einer unter meiner Aufsicht und Verantwortung tätigen Hilfsperson bzw. durch einen Assistenten oder Vertreter erbracht wurden und daß die eingereichte Abrechnung sachlich richtig ist. Soweit zahntechnische Leistungen gewerblicher Zahntechniker in Rechnung gestellt wurden, sind die Kosten in der angegebenen Höhe angefallen.

Die Bestätigung bezieht sich auf alle Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen.

_____ _____

(Datum) (Unterschrift)

Die Erklärungen verbleiben bei der KZV NR und sind den Krankenkassen bzw. den Landesverbänden auf Verlangen vorzulegen.

(3) Die KZV NR stellt unbeschadet eines eventuellen Berichtigungsanspruches der Krankenkasse die Honorarforderung rechnerisch und sachlich richtig. Sie überprüft die eingereichten Abrechnungen insbesondere darauf, ob

a) es sich um Behandlungsausweise der jeweiligen Krankenkasse handelt,

b) sie ordnungsgemäß ausgefüllt sind,

c) die berechneten Leistungen rechnerisch sowie nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen als abrechnungsfähig anzuerkennen sind,

d) Abweichungen von der genehmigten Parodontosebehandlung und der genehmigten Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels bzw. dem bezuschußten Zahnersatz-Behandlungsplan bestehen.

Die sachliche und rechnerische Richtigstellung bezieht sich auch auf die Rechnungen über Kosten für zahntechnische Leistungen nach §§ 2 und 3.

(4) Die der Krankenkasse in Rechnung zu stellende Honoraranforderung mindert sich um sachlich/rechnerische Berichtigungen nach Absatz 3.

(5) Unbeschadet der sachlichen/rechnerischen Richtigstellung sind die Leistungen auf Wirtschaftlichkeit gemäß § 368 n Abs. 5 RVO entsprechend der zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Verfarhensordnung zu prüfen.

(6) Wenn im Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung Honorarkürzungen festgestellt werden, so wird nach Eintritt der Rechtskraft solcher Beschlüsse der den Krankenkassen gutzubringende Betrag von der KZV NR unverzüglich überwiesen. Absetzungen durch die Krankenkassen erfolgen insoweit nicht.

(7) Überweisungsscheine, auf denen die auszuführenden Leistungen nach Art und Umfang bezeichnet sind (Zuweisungen), berechtigen nur zur Erbringung und Abrechnung dieser Leistungen.

§ 5

Berechnung und Vergütung

(1) Für die Errechnung der Vergütung der nach § 4 anerkannten zahnärztlichen Leistungen nach den Teilen 1 bis 5 des Bema (Anlage A zum BMV-Z) wird der sich aus der Anlage 2 ergebende Punktwert zugrundegelegt.

(2) Mit dem Punktwert nach Anlage 2 sind die Kosten für den Sprechstundenbedarf (in der Praxis des Zahnarztes verwandte Arzeimittel, Verbandmittel und Materialien sowie Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die der Kranke zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind) abgegolten mit Ausnahme der zu Lasten der Krankenkassen verordnungsfähigen

Analgetica: zum unmittelbaren Gebrauch in der Sprechstunde vor oder nach schmerzhaften Eingriffen;

Sedativa und Hypnotica: zur Vorbereitung des Patienten bei chirurgischen Eingriffen;

Analeptica und Cardiaca: nur für Notfälle bei strenger Indikation; häufig genügen Mittel zur Einnahme per os.

(3) Auf den Namen des Patienten können zur Verwendung in der Praxis des Zahnarztes nur Medikamente verordnet werden, die für Leistungen nach Nr. Ä 29 Bema erforderlich sind.

(4) Neben der Vergütung nach Abs. 1 werden in der Praxis anfallende Material- und Versandkosten nach Anlage 2 erstattet.

(5) Bei prothetischen Leistuangen ist der am Tage der Ausstellung des Behandlungsplanes geltende Punktwert maßgebend.

(6) Bei konservierend-chirurgischer Behandlung, Behandlungen von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels sowie kieferorthopädischen Leistungen ist jeweils der am Tage der Behandlung geltende Punktwert maßgebend.

(7) Bei der systematischen Behandlung von Parodontopathien ist der am Ende des Behandlungsfalles geltende Punktwert (letzter Behandlungstag) maßgebend.

(8) Die zahntechnischen Material- und Laboratoriumskosten werden nach Maßgabe der §§ 2 und 3 erstattet.

(9) Die Leistungen nach § 2 Abs. 4 werden nach Maßgabe der Einzelverträge abgegolten.

§ 6

Berichtigungen

(1) Die Krankenkasse kann sachliche und rechnerische Fehler in der Abrechnung innerhalb von einem Jahr nach Erhalt der Abrechnungsunterlagen (§ 8) berichtigen. Unberührt hiervon bleibt der aus allgemeinen Rechtsgrundsätzen herrührende Anspruch auf Schadensersatz.

(2) Berichtigungen der Krankenkasse sind unter Angabe

a) der Kassen-Nummer
b) des betroffenen Zahnarztes und des Patienten
c) des konkreten Beanstandungsgrundes
d) des Rückforderungsbetrages im Einzelfall, beschränkt auf den konkreten Beanstandungsgrund

der KZV NR mitzuteilen. Sie sind abrechnungsbezogen auf das jeweilige Quartal bzw. den jeweiligen Abrechnungsmonat aufzulisten.

(3) Werden sachlich/rechnerische Fehler erst im Laufe eines Prüfungs- oder Beschwerdeverfahrens (§ 368 n Abs. 5 RVO) bzw. in einem anschließenden Sozialgerichtsverfahren festgestellt, so gilt die Frist in jedem Fall als gewahrt.

§ 7

Rechnungslegung

(1) Die Gesamtvergütung für konservierend-chirurgische Leistungen und für kieferorthopädische Leistungen ist vierteljährlich abzurechnen.

(2) Die Gesamtvergütung für die systematische Behandlung von Parodontopathien und für die Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels sowie die Zuschüsse für Zahnersatz und Zahnkronen sind monatlich abzurechnen.

(3) Zahnärztliche und zahntechnische Leistungen können nachträglich nur innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Quartals bzw. Monats abgerechnet werden, in dem sie erbracht worden sind. Sie sind nach den Sätzen zu vergüten, die nach § 5 gelten.

§ 8

Abrechnungsgrundlagen

(1) Die Krankenkasse erhält als Abrechnungsunterlagen

a) die vom Zahnarzt eingereichten Behandlungsausweise (Krankenscheine, Überweisungsscheine, Berechtigungsscheine), Heil- und Kostenpläne (Vordrucke nach Anlage 3 a und 3 b zum BMV-Z einschließlich der Muster 1 bis 3), Parodontal-Staten, die genehmigten Einzelfallunterlagen bei Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels jeweils in alphabetischer Reihenfolge. Labor-Rechnungen über zahntechnische Leistungen sind den Behandlungsausweisen, Heil- und Kostenplänen bzw. Parodontal-Staten beizufügen.

b) Rechnungen, getrennt nach

aa) konservierend-chirurgischer Behandlung,

bb) kieferorthopädischer Behandlung von Zahn- und Kieferfehlstellungen,

cc) Behandlung von Parodontopathien

dd) Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels,

ee) Zuschüsse zur Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen.

c) Den Rechnungen für
konservierend-chirurgische Behandlung
und
kieferorthopädische Behandlung

werden außerdem die jeweils zahnarztbezogenen Einzelfallnachweise beigefügt.

(2) Abrechnungen und Unterlagen nach Absatz 1 – außer Prothetik – werden getrennt nach
Allgemeiner Krankenversicherung
und
Krankenversicherung der Rentner
erstellt.

Abrechnungen und Unterlagen für Prothetik werden getrennt nach
Mitgliedern (Allgemeine Krankenversicherung),
Familienangehörigen der Mitglieder (Allgemeine Krankenversicherung)
und
Rentnern und ihren Familienangehörigen (Krankenversicherung der Rentner)

erstellt.

§ 9

Zahlungsweise

(1) Auf die Gesamtvergütung nach § 7 Abs. 1 leisten die Krankenkassen bis zum 15. eines jeden Monats für den vorangegangenen Monat Abschlagszahlungen in Höhe von 30 v. H. der für das im gleichen Quartal des Vorjahres gezahlten Gesamtvergütung. Dabei sind Punktwertänderungen zu berücksichtigen. Die Beträge sind nach kaufmännischer Regel auf volle 1.000 DM zu runden.

(2) Die Restbeträge der Gesamtvergütung nach § 7 Abs. 1 sind nach Eingang der Abrechnungsunterlagen innerhalb von 12 Kalendertagen zu zahlen.

(3) Die Zahlungen der Krankenkassen für Leistungen nach § 7 Abs. 2 sind innerhalb von 12 Kalendertagen nach Eingang der Abrechnungsunterlagen zu leisten.

(4) Die Zahlung der Krankenkassen erfolgt unter dem Vorbehalt der späteren sachlichen und rechnerischen Prüfungen (§ 6) und ggf. Entscheidungen der Prüfgremien.

(5) Die Überweisungen der Krankenkassen sind jeweils bis zu den genannten Terminen zu tätigen, d.h. ein Überweisungsauftrag hat zu diesem Zeitpunkt dem beauftragten Geldinstitut vorzuliegen.

(6) Auf den Überweisungsträgern werden als Verwendungszweck Kassen-Nummer/Institutionskennzeichen, Leistungsart, Abrechnungszeitraum und Rechnungsdatum, ggf. Hinweise auf Berichtigungen sowie der Zahlungsbetrag angegeben.

(7) Überzahlungen gelten als Vorauszahlungen für die nächste Abschlags- bzw. Restzahlung.

§ 10

Statistische Überlegungen

(1) Die KZV NR erstellt für die von den Zahnärzten erbrachten Leistungen vierteljährlich folgende statistische Unterlagen:

a) Für den konservierend-chirurgischen Bereich die Bema-Krankenkassenstatistik,

b) für den kieferorthopädischen Bereich die Krankenkassenstatistik "KFO"

und

c) für den Zahnersatzbereich eine Zusammenstellung der ZE-Einzelleistungen ergänzt um die Material- und Laboratoriumskosten (s. Anlage), und zwar jeweils

- kassenbezogen,
- kassenartenbezogen sowie
- RVO-Kassen gesamt

(2) Die statistischen Unterlagen nach Abs. 1 stellt die KZV NR jedem Landesverband in zwei Exemplaren zur Verfügung.

(3) Die nordrheinischen RVO-Krankenkassen teilen der KZV NR vierteljährlich folgendes mit:

a) Mitgliederbestand
b) Grundlohnsumme
c) Beitragssatz

(4) Um die Entwicklung der zahnmedizinischen Versorgung beurteilen und um eventuell geeignete Maßnahmen durchführen zu können, liefert die KZV NR den Landesverbänden zusätzlich – soweit und sobald als möglich vierteljährlich in Form einer Schnellmeldung folgende Werte, aufteilt nach konservierend-

chirurgischer Behandlung, kieferorthopädischen Leistungen, systematischer Behandlung von Parodontopathien und Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen:

- Anzahl der Abrechnungsfälle
- Anzahl der abgerechneten Punkte
- kassenzahnärztliche Vergütung
- Material- und Laborkosten (ggf.)
- Gesamtkosten
- Kassenzuschuß (ggf.)

Abschnitt III: Regelung sonstiger Beziehungen

§ 11

Arbeitsausschuß

(1) Die Partner der Gesamtverträge für die kassenzahnärztliche Versorgung in Nordrhein bilden einen Arbeitsausschuß. Der Arbeitsausschuß ist zuständig für

a) die Auslegung der Verträge,

b) die Vorbereitung der Anpassung laufender Verträge

und

c) die Vorbereitung des Abschlusses neuer Verträge.

(2) Der Arbeitsausschuß besteht aus Vertretern der KZV und der Verbände. Die Zahl der Vertreter soll in der Regel fünf auf jeder Seite nicht überschreiten.

(3) Der Vorsitz wechselt von Sitzung zu Sitzung zwischen einem Vertreter der KZV und einem Vertreter der Verbände.

§ 12

Prothetik-Einigungsverfahren

Zur Durchführung der Aufgaben nach § 4 der Anlage 12 zum BMV-Z vereinbaren die Vertragspartner das Prothetik-Einigungsverfahren nach Anlage 4.

Abschnitt IV: Inkrafttreten und Kündigung

§ 13

Inkrafttreten und Kündigung

(1) Dieser Vertrag tritt am 1.1.1981 in Kraft.

(2) Der Vertrag kann von jedem Beteiligten mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Kalendervierteljahres, frühestens zum 30.6.1982, gekündigt werden.

(3) Die Kündigung eines Landesverbandes berührt die Weitergeltung des Vertrages für die übrigen Landesverbände nicht.

(4) Die Anlagen, Absichtserklärung und Protokollnotizen – mit Ausnahme der Anlage 2 – sind nur zusammen mit der Gesamt-Vereinbarung kündbar. Die Anlage 2 kann gesondert gekündigt werden, wobei die Absätze 1 bis 3 entsprechend gelten.

*(5) Absatz 1 der Anlage 1 kann gesondert gekündigt werden, wobei die Absätze 1 bis 3 entsprechend gelten.

* in Kraft ab 1.3.1983

Düsseldorf, Essen, Bergisch Gladbach, den 23.12.1980

Kassen-Zahnärztliche
Vereinigung Nordrhein

Dr. W. Osing
Vorsitzender des Vorstandes

Verband der Ortskrankenkassen
Rheinland

(Glock)
Vorsitzende des Vorstandes

Landesverband der Betriebskrankenkassen
Nordrhein-Westfalen

Lanius
Vorsitzender des Vorstandes

Landesverband der Innungskrankenkassen
Nordrhein und Rheinland-Pfalz
- Der Vorstand -

Vorsitzender des Vorstandes

Bergisch Gladbach, den 26. Januar 1981

Anlage 1

zur Vereinbarung nach § 368 g RVO a. F. zwischen den Verbänden der RVO-Krankenkassen in Nordrhein und der Kassen-Zahnärztlichen Vereinigung Nordrhein vom 23.12.1980 in der Fassung vom 28.02.1992

Preise für zahntechnische Leistungen, die in praxiseigenen Labors erbracht werden

(1) Ab 01.03.1992 (Rechnungsdatum) werden die in praxiseigenen Labors erbrachten zahntechnischen Leistungen sowie die Materialkosten nach dem Leistungsverzeichnis für die von praxiseigenen Labors in Nordrhein erbrachten zahntechnischen Leistungen (Anhang 1 Teil A und B) abgerechnet und vergütet.

Die Kassen-Zahnärztliche Vereinigung Nordrhein gibt den Landesverbänden der Krankenkassen – soweit möglich – die Preislisten der Zahnhersteller und Anbieter von Dentallegierungen sowie der dentalen Fertigteile unverzüglich bekannt.

Die Preise des Leistungsverzeichnisses nach Anhang 1 können frühestens zum 31.03.1993 gekündigt werden (§ 13 Abs. 5).

(2) Versandgänge sind für die Inanspruchnahme des praxiseigenen Labors nicht berechnungsfähig.

(3) Für die Abrechnung von Leistungen, die der Zahnarzt im praxiseigenen Labor erbracht hat, gilt § 70 Abs. 1 SGB V bzw. § 4 Abs. 2 und 3 BMV-Z entsprechend. Unter Berücksichtigung dieser Vorschriften hat die Herstellung zahntechnischer Leistungen nach gesicherten fachlichen Erkenntnissen zu erfolgen. Es sind nur solche Werkstoffe zu verwenden, die klinisch erprobt sind und bei denen ausreichend gesichert ist, daß sie der Gesundheit nicht schaden, den chemischen und physikalischen Einwirkungen im Munde widerstehen und der zu erwartenden Beanspruchung genügen. Die Erprobung von Werkstoffen bei der Versorgung Anspruchsberechtigter auf Kosten der Versicherungsträger ist unzulässig.

(4) Die im praxiseigenen Labor erbrachten Leistungen sind über Eigenbeleg abzurechnen. Zahntechnische Leistungen, die durch gewerbliche Labors erbracht werden, sind nur unter Beifügung der Originalrechnung des gewerblichen Labors abzurechnen; eine Übernahme in die Eigenlaborrechnung ist nicht statthaft.

Düsseldorf, Essen, Bergisch Gladbach, den 28.02.1992

Kassen-Zahnärztliche
Vereinigung Nordrhein

Dr. Osing
Vorsitzender des Vorstandes

AOK-Landesverband
Rheinland

Richrath
Vorsitzender des Vorstandes

Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen

Rudde
Vorsitzender des Vorstandes

Landesverband der Innungskrankenkassen Nordrhein und Rheinland-Pfalz

W. Lütz
Vorstandsvorsitzer

Beschluß des Landesschiedsamtes für die kassenzahnärztliche Versorgung in Nordrhein vom 27. März 1992

.....

3a.

(1) Der Punktwert des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für kassenzahnärztliche Leistungen wird ab 01.01.1992 auf DM 1.442 festgesetzt.

(2) Zusätzlich wird ab dem 01.07.1992 je Füllung nach Nr. 13 a - d des einheitlichen Bewertungsmaßstabes ein Zuschlag von DM 2,-- gezahlt.

(3) Die Versandkosten je Versandgang gemäß Abs. 3 Anlage 2 des Gesamtvertrages werden ab dem 01.01.1992 auf DM 4,-- je Versandgang angehoben.

(4) Für den Fall, daß sich an der Abrechnung der sogenannten Begleitleistungen zu den Zahnersatzleistungen im Vertragsbereich eine Änderung ergibt, muß von diesem Zeitpunkt an, frühestens ab dem 01.01.1993, verhandelt werden, um zu klären, ob sich daraus eine Besonderheit im Sinne des § 86 Abs. 2 Satz 2 SGB V ergibt.

.....

Anmerkungen:

I. Mit dem Punktwert sind die Kosten für den Sprechstundenbedarf mit Ausnahme der zu Lasten der Krankenkassen verordnungsfähigen Arzneimittel (Analgetica, Sedativa und Hypnotica, Analeptica und Cardiaca) abgegolten.

II. Versandgänge sind nicht abrechnungsfähig, wenn sich Zahnarztpraxis und gewerbliches Laboratorium im gleichen Haus befinden.

[redacted] ADK [redacted]

	MITGLIEDER	FAMILIENANGEHOERIGE	RENTNER	GESAMT
FAELLE :	1.918	572	1.506	3.996
KASSENANTEIL:	1.808.504,19	556.994,31	731.723,33	3.095.311,83
VERS.-ANTEIL:	416.620,98	129.678,32	160.732,12	709.131,34
GESAMTBETRAG:	2.225.125,17	686.867,63	892.455,45	3.804.443,17
RLK-GESAMT :	1.214.364,82	369.789,26	464.666,42	2.048.820,50
SO.LEIST.BR :				
HONORAR :	1.810.760,27	217.073,37	427.789,03	1.755.622,67
SONST.PUNKTE:	677	113	275	1.065
GESAMTPUNKTE:	927.303	290.893	392.467	1.610.663

003A	711	093	290	003A	222	093	101	003A	445	093	97	003A	1.378	093	488
003B	115	095A	2	003B	37	095A		003B	29	095A	1	003B	181	095A	3
006	34	095B	2	006	12	095B		006	11	095B		006	58	095B	2
007	83	095C	3	007	28	095C	1	007	20	095C		007	131	095C	4
018A	40	095D	85	018A	20	095D	27	018A	10	095D	23	018A	70	095D	135
018B	614														91
019A	290														164
019B	2.103														351
020A	1														423
020C	64														814
020E	3														334
020B	452														521
021	32														273
024A	41														21
024B	27														96
024C	1.426														757
088	450	098H	311	088	145	098H	99	089	160	098H	167	089	755	098H	577
090		100A	267	090		100A	78	090		100A	410	090		100A	755
091A	116	100B	415	091A	41	100B	104	091A	7	100B	404	091A	164	100B	923
091H		100C	28	091H		100C	7	091H	6	100C	23	091H	6	100C	56
091C	1.308	100D	11	091C	383	100D	5	091C	163	100D	16	091C	1.854	100D	32
091D	147	100E	43	091D	46	100E	15	091D	24	100E	55	091D	217	100E	115
092A	209	100F	65	092A	62	100F	11	092A	27	100F	83	092A	289	100F	159
092B	79	100G	28	092B	24	100G	3	092B	10	100G	61	092B	113	100G	92
092C	33	101A		092C	9	101A		092C	5	101A		092C	47	101A	
092D	13	101B		092D	6	101B	1	092D	1	101B	1	092D	20	101B	2
092E	10	102		092E	4	102		092E	2	102		092E	16	102	
092F	2	103A		092F		103A		092F		103A		092F	2	103A	
092G	5	103B		092G		103B		092G		103B		092G	8	103B	
092H	10	103C	1	092H		103C		092H		103C		092H	10	103C	1
092I		104A		092I		104A		092I		104A		092I		104A	
092AD	18	104B		092AD	10	104B		092AG	2	104B		092AD	30	104B	
092BD	18	113A3	59	092BD	4	113A3	23	092BD		113A3	12	092BD	22	113A3	94
092CD	7	113A4	28	092CD	2	113A4	9	092CD		113A4	10	092CD	9	113A4	47
092DD	6	113A6	18	092DD	3	113A6	1	092DD		113A6	2	092DD	9	113A6	21
092ED	2	113AB	1	092ED	1	113AB	1	092ED		113AB		092ED	3	113A6	2
092FD	3	113B	3	092FD	1	113B		092FD		113B		092FD	4	113B	3
092GD	2	114A8		092GD		114A8		092GD		114A8		092GD	2	114A8	
092HD	3	114B		092HD		114B		092HD		114B		092HD	3	114B	
092ID		115		092ID		115		092ID		115		092ID		115	

Anlage 3

zur Vereinbarung nach § 368 g RVO zwischen den Verbänden der RVO-Krankenkassen in Nordrhein und der Kassen-Zahnärztlichen Vereinigung Nordrhein vom 23.12.1980.

[redacted] STUNGEN BEZOGEN AUF 100 ,AELL

	MITGLIEDER			FAMILIENANGEHOERIGE			RENTNER			GESAMT		
003A	37,07	093	15,12	003A	38,81	093	17,66	003A	29,55	093	6,44	003A	34,48	093	12,21
003B	6,60	095A	,10	003B	6,47	095A		003B	1,93	095A	,07	003B	4,53	095A	,06
006	1,82	095B	,10	006	2,10	095B		006	,73	095B		006	1,45	095B	,05
007	4,33	095C	,16	007	4,90	095C	,17	007	1,33	095C		007	3,28	095C	,10
018A	2,09	095D	4,43	018A	3,50	095D	4,72	018A	,66	095D	1,53	018A	1,75	095D	3,38
018B	32,01	095E	3,60	018B	29,55	095E	2,97	018B	4,71	095E	,33	018B	21,37	095E	2,28
019A	15,12	096A	5,42	019A	18,01	096A	5,94	019A	1,73	096A	1,73	019A	10,49	096A	4,10
019B	109,65	096B	10,38	019B	111,19	096B	12,94	019B	21,78	096B	5,18	019B	76,75	096B	8,78
020A	,05	096C	10,69	020A		096C	10,84	020A	,07	096C	10,38	020A	,05	096C	10,59
020B	3,34	097	15,07	020B	4,20	097	17,66	020B	1,00	097	28,15	020B	2,58	097	20,37
020C	,14	098A	9,59	020C	,52	098A	12,24	020C		098A	5,31	020C	,15	098A	8,36
020D	23,57	098B	10,38	020D	27,97	098B	12,06	020D	7,10	098B	16,80	020D	17,99	098B	13,04
021	1,67	098C	4,07	021	1,92	098C	5,07	021	,53	098C	11,02	021	1,28	098C	6,83
024A	2,14	098E	,47	024A	1,05	098E	,35	024A	,66	098E	,66	024A	1,43	098E	,53
024B	1,41	098F	2,14	024B	1,57	098F	2,27	024B	,73	098F	2,79	024B	1,18	098F	2,40
024C	58,71	098G	21,32	024C	64,86	098G	24,65	024C	15,27	098G	13,75	024C	43,22	098G	18,94
089	23,46	098H	16,21	089	25,35	098H	17,31	089	10,62	098H	11,09	089	18,89	098H	14,44
090		100A	13,92	090		100A	13,64	090		100A	27,22	090		100A	18,89
091A	6,05	100B	21,64	091A	7,17	100B	18,18	091A	,46	100B	26,83	091A	4,10	100B	23,10
091B		100C	1,36	091B		100C	1,22	091B	,40	100C	1,53	091B	,15	100C	1,40
091C	65,20	100D	,57	091C	66,96	100D	,87	091C	10,82	100D	1,06	091C	46,40	100D	,80
091D	7,66	100E	2,24	091D	8,04	100E	2,62	091D	1,59	100E	3,65	091D	5,43	100E	2,83
092A	10,43	100F	3,39	092A	10,84	100F	1,92	092A	1,79	100F	5,51	092A	7,23	100F	3,98
092B	4,12	100G	1,46	092B	4,20	100G	,52	092B	,66	100G	4,05	092B	2,83	100G	2,30
092C	1,72	101A		092C	1,57	101A		092C	,33	101A		092C	1,18	101A	
092D	,68	101B		092D	1,05	101B	,17	092D	,07	101B	,07	092D	,50	101B	,05
092E	,57	102		092E	,70	102		092E	,13	102		092E	,40	102	
092F	,10	103A		092F		103A		092F		103A		092F	,05	103A	
092G	,42	103B		092G		103B		092G		103B		092G	,20	103B	
092H	,52	103C	,05	092H		103C		092H		103C		092H	,25	103C	,03
092I		104A		092I		104A		092I		104A		092I		104A	
092AO	,94	104B		092AO	1,75	104B		092AO	,13	104B		092AO	,75	104B	
092B0	,94	113A3	3,08	092B0	,70	113A3	4,02	092B0		113A3	,80	092B0	,55	113A3	2,35
092C0	,36	113A4	1,46	092C0	,35	113A4	1,57	092C0		113A4	,66	092C0	,23	113A4	1,18
092D0	,31	113A6	,94	092D0	,52	113A6	,17	092D0		113A6	,13	092D0	,23	113A6	,53
092E0	,10	113A8	,05	092E0	,17	113A8	,17	092E0		113A8		092E0	,08	113A8	,05
092F0	,16	113B	,16	092F0	,17	113B		092F0		113B		092F0	,10	113B	,08
092G0	,10	114A8		092G0		114A8		092G0		114A8		092G0	,05	114A8	
092H0	,16	114B		092H0		114B		092H0		114B		092H0	,08	114B	
09210		115		09210		115		09210		115		09210		115	

Düsseldorf, Essen, Bergisch Gladbach, den 23.12.1980

Kassen-Zahnärztliche
Vereinigung Nordrhein

Dr. W. Osing
Vorsitzender des Vorstandes

Verband der Ortskrankenkassen
im Rheinland

(Glock)
Vorsitzende des Vorstandes

Landesverband der Betriebskrankenkassen
Nordrhein-Westfalen

Lanius
Vorsitzender des Vorstandes

Landesverband der Innungskrankenkassen
Nordrhein und Rheinland-Pfalz
- Der Vorstand -

Vorsitzender des Vorstandes

Bergisch Gladbach, den 26. Januar 1981

Absichtserklärung und Protokollnotizen

zur Vereinbarung nach § 368 g RVO zwischen den Verbänden der RVO-Krankenkassen in Nordrhein und der Kassen-Zahnärztlichen Vereinigung Nordrhein vom 23.12.1980

Die folgende Absichtserklärung bzw. die folgenden Protokollnotizen werden von den Vertragspartnern als Bestandteil der vorgenannten Vereinbarung abgesprochen:

Absichtserklärung

Soweit in dieser Vereinbarung Regelungen zu den prothetischen Leistungen im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung getroffen wurden, basieren sie auf der derzeitigen Rechtslage der prothetischen Behandlung als Leistungen besonderer Art. Eine präjudizierende Wirkung für Änderungen dieser Rechtslage ist mit diesen Regelungen nicht beabsichtigt.

Protokollnotiz zu § 2

Teilleistungen

Zur Abrechnungsfähigkeit von Teilleistungen aufgrund genehmigter Heil- und Kostenpläne (Abgeltung von Aufwendungen bei nicht vollendeter prothetischer Versorgung) wird folgendes vereinbart:

1. Dem Zahnarzt obliegt die Verpflichtung, sich um die Eingliederung des Zahnersatzes gegenüber dem Versicherten zu bemühen.

2. Sind die Bemühungen des Zahnarztes erfolglos, so informiert der Zahnarzt die Krankenkasse. Die Krankenkasse vermittelt dann zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten mit dem Ziel, eine Eingliederung des Zahnersatzes zu erreichen.

3. Bleiben die Bemühungen nach 1. und 2. erfolglos und liegt das Verschulden, daß es nicht zur Eingliederung des Zahnersatzes kommt, nicht beim Zahnarzt, so sind die Teilleistungen gegenüber der Krankenkasse im Rahmen der Zuschußgewährung abrechnungsfähig.

(4) Die Regelung nach Nrn. 1 bis 3 bezieht sich nur auf die im Bema ausgewiesenen Teilleistungen (Nrn. 22, 93 a und 99).

(5) Die Nrn. 3, 6 und 7 Bema als alleinige Leistungen sind im Rahmen der Zuschußgewährung gegenüber der Krankenkasse abrechnungsfähig, wenn das Verschulden, daß es nicht zur Eingliederung des Zahnersatzes kommt, nicht beim Zahnarzt liegt.

(6) Ergeben sich Meinungsverschiedenheiten, ob und inwieweit ein Verschulden des Zahnarztes vorliegt, so entscheidet hierüber der Prothetik-Einigungsausschuß.

Protokollnotiz zu § 6
Berichtigung von Fehlern in den Abrechnungen

Stellt die Krankenkasse anhand der ihr überlassenen Abrechnungsunterlagen sachlich/rechnerische Fehler fest, die von der KZV NR nicht berücksichtigt sind, so ist bei deren Berichtigung wie folgt zu verfahren:

1. Beträge aus offensichtlichen Rechenfehlern in den Abrechnungen sowie aus Irrläufern setzt die Krankenkasse vom Rechnungsbetrag ab. Die KZV NR erhält hierüber eine gesonderte Mitteilung, der die Original-Abrechnungsunterlagen beigefügt sind. Die Irrläufer werden dem zuständigen Kostenträger unmittelbar mittels Nachtragsrechnung zugeleitet.

2. Sachlich/rechnerische Beanstandungen zeigt die Krankenkasse der KZV NR innerhalb von 12 Monaten nach Erhalt der Abrechnungen unter Beifügung der entsprechenden Abrechnungsunterlagen an.

3. Zur Absetzung der geltend gemachten Berichtungsbeträge ist die Krankenkasse nur berechtigt, wenn die Berichtigung von der KZV NR nicht innerhalb eines halben Jahres nach Eingang der Berichtigungsanzeige vorgenommen wird. Stimmt die KZV NR der Auffassung der Krankenkasse nicht zu, so teilt sie dies der

Krankenkasse schrftlich mit. Die Krankenkasse erklärt sich unverzüglich zu der Auffasssung der KZV NR, anderenfalls verlängert sich die Halbjahresfrist entsprechend.

4. Ergänzend zur Nr. 3 wird zu Berichtigungen, die sich auf zahntechnische Leistungen aus gewerblichen Laboratorien beziehen, folgendes vereinbart:

   a) Bei Auslegungsstreitigkeiten über die Berechnung zahntechnischer Leistungen aus dem Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (Anlage 1 der Vereinbarung nach § 368 g Abs. 5 a RVO) soll der Arbeitsausschuß, der in der Vereinbarung nach § 368 g Abs. 5 a RVO vorgesehen ist, eine Klärung durch verbindliche Auslegung des Leistungsverzeichnisses herbeiführen.

   b) Sofern in diesem Arbeitsausschuß eine solche Auslegung nicht erreichbar ist und es deswegen zu einer gerichtlichen Auseinandersetzung zwischen dem gewerblichen Laboratorium und dem Zahnarzt kommt, stellt die KZV NR die Rechtsvertretung. Die Partner der Vereinbarung regeln diese Rechtsvertretung von Fall zu Fall einvernehmlich. Die Kosten der Rechtsvertretung werden jeweils hälftig von der KZV NR und der Krankenkasse übernommen. Besteht für den Zahnarzt keine Verrechnungsmöglichkeit beim Zahntechniker, so erfolgen bis zur rechtskräftigen Entscheidung des Rechtsstreites keine Absetzungen durch die Krankenkasse. Das gleiche gilt, wenn eine Klärung im Arbeitsausschuß ohne Ergebnis geblieben ist und es deswegen zu einer gerichtlichen Auseinandersetzung zwischen der KZV und Krankenkasse gekommen ist.

<u>Protokollnotiz zu § 9</u>

<u>Zahlungsweise</u>

Die Landesverbände verpflichten sich, ggf. auf ihre Mitglieder einzuwirken, die Zahlungstermine einzuhalten.

Protokollnotiz zu § 10
Statistische Unterlagen

Die Unterlagen anch Abs. 1 c und Abs. 3 werden – soweit möglich – rückwirkend zur Verfügung gestellt.

Protokollnotiz zu § 11
Arbeitsausschuß

Die Vertragspartner erklären ihre grundsätzliche Bereitschaft, die Möglichkeiten der Verwaltungsvereinfachung zu prüfen, z. B. durch verstärkten Einsatz der EDV. Diese Aufgabe wird dem Arbeitsausschuß übertragen.

Protokollnotiz zur Übernahme der Empfehlungsvereinbarung der Partner des Bundesmantelvertrages vom 27.11.1980

Zur Übernahme der Vereinbarung vom 27.11.1980 vereinbaren die Vertragspartner folgendes:

Zur Präambel

Die Vertragspartner sind bestrebt, eine qualitativ hochwertige zahnmedizinische Versorgung zu sichern und gleichzeitig die Kostenentwicklung im angemessenen gesamtwirtschaftlichen Rahmen zu halten. Sie verfolgen daher den Grundsatz, der Zahnerhaltung den Vorzug vor dem Zahnersatz zu geben. Die Vertragspartner rufen Zahnärzte und Versicherte auf, einer funktionalen prothetischen Versorgung den Vorzug vor einer Überversorgung zu geben.

Die Vertragspartner stellen hierzu gemeinsam fest, daß der Kostenanstieg für Zahnersatz verlangsamt werden muß. Das gilt sowohl für die Entwicklung der prothetischen Leistungsmenge als auch der Material- und Laborkosten.

Zu 1.2

Die Vertragspartner treten in Überlegungen zur Entwicklung eines sinnvollen Auftragsformulars für Material- und Laborkosten ein.

Zu 1.3

Die Vertragspartner bemühen sich – parallel zur Bundesebene – ein gerafftes Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen mit dem Ziel zu erarbeiten, gemeinsam mit den Zahntechnikern eine entsprechende Vereinbarung zu schließen.

Unabhängig davon sollen Verhandlungen mit den Zahntechnikern über Abrechnungsbestimmungen zum derzeitigen Leistungsverzeichnis geführt werden.

Zu 1.4

Die Vertragspartner werden unverzüglich Verhandlungen über die effektivere Ausgestaltung des Gutachterverfahrens aufnehmen, wobei die Möglichkeit konkreter Aussagen über die notwendige und wirtschaftliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen geprüft werden soll. Es soll ein Verfahren entwickelt werden, in dem die aufklärende Beratung des Zahnarztes zur wirtschaftlichen Versorgung mit Zahnersatz im Vordergrund steht. Sofern diese Beratung keine Änderung bewirkt, wird der Heil- und Kostenplan für geplante Versorgungen nach näherer Vereinbarung dem Prothetik-Einigungsausschuß vorgelegt.

Zu 1.5

Die Vertragspartner treten in Überlegungen zur Realisierung dieser Empfehlung der Partner des Bundesmantelvertrages ein. Zu diesem Zweck bilden sie eine Kommission, die die Möglichkeiten einer sinnvollen Zuschußgewährung sowohl in zahnmedizinischer als auch in wirtschaftlicher Hinsicht berät.

Zu 1.6

Die KZV NR verpflichtet sich, auf die Zahnärzte einzuwirken, daß diese bei verschiedenen prothetischen Möglichkeiten ihre Lösungen im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung als vollwertige Versorgung vorschlagen, mit folgender Maßgabe:

Die Landesverbände erklären sich bereit, geeignete Vorschläge und Möglichkeiten dieser Art gemeinsam mit der KZV NR zu beraten. Für die auf Wunsch des Versicherten darüber hinausgehende Versorgung (§ 4 Abs. 5 b und 6 BMV-Z, Muster 1-3) sind von den Vertragspartnern Regelungen zu treffen. Eine Änderung des BMV-Z ist damit nicht beabsichtigt.

Zu III.

Bei der Festsetzung der Punktwerte nach der Anlage 2 dieser Vereinbarung sind die Vertragspartner davon ausgegangen, daß durch die vorstehenden Maßnahmen der Umfang der Leistungen beim Zahnersatz (Punktzahlen je Mitglied und je Fall) unter Berücksichtigung der Umstrukturierung nicht weiter wächst. Sollte dennoch ein Anwachsen der Punkte festzustellen sein, so werden dies die Vertragspartner bei den Vertragsverhandlungen ab 1. Juli 1982 berücksichtigen.

Düsseldorf, Essen, Bergisch Gladbach, den 23.12.1980

Kassen-Zahnärztliche
Vereinigung Nordrhein

Dr. W. Osing
Vorsitzender des Vorstandes

Verband der Ortskrankenkassen
Rheinland

(Glock)
Vorsitzende des Vorstandes

Landesverband der Betriebskrankenkassen
Nordrhein-Westfalen

Lanius
Vorsitzender des Vorstandes

Landesverband der Innungskrankenkassen
Nordrhein und Rheinland-Pfalz
- Der Vorstand -

Vorsitzender des Vorstandes
Bergisch Gladbach, den 26. Januar 1981

Die Kassen-Zahnärztliche Vereinigung Nordrhein,
Lindemannstraße 36-42, 4000 Düsseldorf,

und

der Verband der Ortskrankenkassen Rheinland,
Kasernenstraße 61, 4000 Düsseldorf,

vereinbaren

als Partner der Gesamtverträge, daß bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen zur Abrechnung der Kosten der bei Kronen, Brücken und Verbindungselementen anfallenden Dentallegierungen der Abrechnungsbetrag einmal

- für jede Krone (auch für jede Teleskopkrone)
- für die Erneuerung des Primär- und/oder Sekundärteils einer Teleskopkrone
- für jedes Brückglied

anzusetzen ist, den die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Krankenkassen sowie die Bundesknappschaft jeweils festlegen.

Für konfektionierte Teile sind die tatsächlichen Kosten anzusetzen. Für individuelle Verbindungsvorrichtungen und individuelle Stege ist der Abrechnungsbetrag nicht anzusetzen. Die Kosten der hierbei anfallenden Dentallegierungen sind mit dem Abrechnungsbetrag für Kronen und Brückglieder erfaßt.

Auf den Abrechnungsbetrag bezieht sich der Prozentsatz, den die Satzung der jeweiligen Krankenkasse als Zuschuß für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen vorsieht.

Diese Vereinbarung tritt am 01.07.86 in Kraft. Sie gilt für alle Vordrucke nach den Anlagen 3a und 3b zum BMV-Z, die ab dem 01.07.86 ausgestellt werden.

Düsseldorf, 2. Juli 1986

Kassen-Zahnärztliche Vereinigung
Nordrhein

Dr. W. Osing

Vorsitzender des
Vorstandes

Verband der Ortskrankenkassen Rheinland

Lore Glock
(stv. Vorsitzende des Vorstandes)

Gleichlautende Vereinbarungen wurden mit dem LdB NRW und LdI NR und Rheinland-Pfalz getroffen.

Vereinbarung zur Bestellung von Gutachtern und zum Beratungsverfahren für Zahnersatz und Zahnkronen

I.

Bestellung von Gutachtern, Gutachterverzeichnis und Zuständigkeit

1. Die KZV-Nordrhein bestellt im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen Gutachter für
   a) kieferorthopädische Maßnahmen nach Anlage 6 des BMV-Z
   b) die Behandlung von Parodontopathien nach Anlage 9 BMV-Z und
   c) die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen nach Anlage 12 BMV-Z.

2. Gutachter, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Vereinbarung bereits im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen bestellt waren, sind auch weiterhin im Amt.

3. Die KZV-Nordrhein kann Gutachter im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen abberufen.

4. Die KZV-Nordrhein stellt den Landesverbänden der Krankenkassen ein laufend zu ergänzendes Verzeichnis der Gutachter zur Verfügung.

5. Neben einvernehmlich bestellten Gutachtern nach Ziffer 1 und 2 vereinbaren die Vertragspartner auf der Grundlage der Vereinbarung der KZBV mit dem BdO vom 21.01.83 für den Bereich Zahnersatz und Zahnkronen zur effizienteren Ausgestaltung des Gutachterverfahrens die Beratung der Zahnärzte durch die KZV-Nordrhein und die einvernehmliche Bestellung eines Empfehlungsgremiums.

II.

Zielsetzung und Aufgaben der Beratung sowie des Empfehlungsgremiums für Zahnersatz und Zahnkronen

1. Im Vordergrund dieses Verfahrens steht die gezielte Beratung der Kassenzahnärzte durch die KZV-Nordrhein auf Einhaltung der wirtschaftlichen Planung bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen.

2. Die Kassen-Zahnärztliche Vereinigung Nordrhein ermittelt pro Quartal Zahnärzte (ca. 50 pro Jahr), deren Abrechnung ein unausgewogenes Verhältnis zwischen den Bereichen konservierende Behandlung und Zahnersatz und Zahnkronen bzw. zwischen Versorgungsarten im Bereich von Zahnersatz und Zahnkronen vermuten läßt, und führt mit diesen ein Beratungsgespräch.

   Auswahlkriterien sind insbesondere dabei

   a) Verhältnis zwischen Zahnersatz und Zahnkronen zu konservierend/chirurgischer Behandlung
   b) Verhältnis Zahnarztkonorar zu den darauf entfallenden Material- und Laborkosten
   c) Verhältnis von herausnehmbarem Zahnersatz zu festsitzendem Zahnersatz. (Vergleiche Musterliste als Anlage I dieser Vereinbarung)

   Die KZV teilt den Landesverbänden der Krankenkassen die Anzahl der ausgewählten und die Anzahl der einem Beratungsgespräch zugeführten Zahnärzte mit.

3. Auf Veranlassung eines Vertragspartners oder einer Krankenkasse ist unabhängig von der Auswahl nach Ziffer 2 zu prüfen, ob noch weitere Zahnärzte (höchstens 10 von 50 pro Jahr), bei denen Auffälligkeiten festzustellen sind, in das Beratungsverfahren einzubeziehen sind. Soll eine Einbeziehung in das Beratungsverfahren nicht stattfinden, sind die Gründe hierfür zu nennen.

4. Die KZV-Nordrhein erörtert mit den zur Beratung einzuladenden Zahnärzten die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen unter Berücksichtigung individueller Abrechnungsunterlagen. Für Zahnärzte, bei denen sich im Laufe der Erörterung herausstellt, daß die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit beachtet wurden, ist damit das Beratungsverfahren beendet. Beim Vorliegen von Auffälligkeiten, die zu beanstanden sind, erfolgt insoweit eine Aufklärung über die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit. Über Inhalt und Ergebnis der Beratung, insbesondere über die im Einzelfall maßgeblichen Kriterien, wird ein schriftliches Protokoll gefertigt, das für das weitere Verfahren neben von der KZV ausgewählten typischen Abrechnungsbelegen (unter Anonymisierung der Patientendaten) als Beratungsunterlage gilt. Die KZV teilt den Landesverbänden die Anzahl der Zahnärzte mit, bei welchen eine solche Aufklärung erforderlich war.

5. Zahnärzte, bei denen die Beratung und Belehrung in bezug auf die beanstandeten Auffälligkeiten nach Beobachtung von bis zu vier Quartalen und weitere Zwischennachricht durch die KZV keine ausreichende Verhaltensänderung bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen bewirkt hat, werden den Krankenkassen benannt, um diesen die Möglichkeit zu eröffnen, daß vermehrt Heil- und Kostenpläne der betreffenden Zahnärzte begutachtet werden. Während der Beobachtungs- und Begutachtungszeit sollen gegebenenfalls weitere typische Abrechnungsbelege zu den Beratungsunterlagen genommen werden. Ist nach einem weiteren Quartal immer noch keine ausreichende Änderung der Verhaltensweise festzustellen, so werden Heil- und Kostenpläne der betreffenden Zahnärzte vor der Bezuschussung statt dem Einzelgutachter einem Empfehlungsgremium vorgelegt. Dem Gremium werden die Unterlagen des Beratungsverfahrens zur Verfügung gestellt. Das Gremium gibt für die Krankenkasse eine Empfehlung zu der vorgeschlagenen Versorgung ab. Es soll bei Ablehnung der vorgesehenen Versorgung eine Begründung geben und Alternativvorschläge machen, die der Zahnarzt bei seiner Behandlung beachten soll.

Das Empfehlungsgremium besteht aus drei Zahnärzten, von denen einer von den Krankenkassen benannt wird sowie einem weiteren Vertreter der Krankenkasse. Den Vorsitz führt einer der von der KZV benannten Zahnärzte. Die Empfehlungen werden mit Stimmenmehrheit gefaßt. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. Untersuchungen werden nur von den Zahnärzten durchgeführt.

6. Heil- und Kostenpläne, die bereits durch einen Einzelgutachter begutachtet worden sind, dürfen nicht mehr dem Empfehlungsgremium zur Empfehlung vorgelegt werden.

7. Nach Ablauf einer angemessenen Frist prüfen die Vertragspartner, ob für die dem Empfehlungsgremium zugeführten Zahnärzte das Verfahren nach Ziffer 5 beendet werden kann. Auch solche Zahnärzte können erneut in das Beratungsverfahren einbezogen werden.

III.

Kostenregelung

1. Die KZV-Nordrhein trägt die Kosten des Beratungsverfahrens.
2. Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für das Einzelgutachten gemäß Abschnitt II. Ziffer 5 in der vertraglich vereinbarten Höhe. Bei fortdauernder Notwendigkeit der Einschaltung von Gutachtern aufgrund des Verhaltens des Zahnarztes kann die KZV dem Zahnarzt die Kosten der Gutachten ganz oder teilweise auferlegen.
3. Die Kosten für die von den Landesverbänden in das Empfehlungsgremium entsandten Vertreter tragen die Landesverbände.

IV.

Inkrafttreten und Kündigung

Diese Vereinbarung tritt am 01.04.84 in Kraft. Sie kann frühestens zum 31.03.86 mit einer Frist von 3 Monaten zum Schluß eines Halbjahres gekündigt werden.

Düsseldorf, den 27. März 1984

KASSEN-ZAHNÄRZTLICHE
VEREINIGUNG NORDRHEIN

Dr. W. Osing
Vorsitzender des Vorstandes

VERBAND DER ORTSKRANKENKASSEN
RHEINLAND

(Dr. Ostermann)
Vorsitzender des Verbandsvorstandes

Anlagen

Protokollnotiz

zu II. Ziffer 2 und 3

Die Partner dieser Vereinbarung stimmen überein, daß bei einem begründeten Bedarf oder wenn noch Kapazität vorhanden ist, weitere Zahnärzte in das Beratungsverfahren einbezogen werden können.

Düsseldorf, den 27. März 1984

KASSEN-ZAHNÄRZTLICHE
VEREINIGUNG NORDRHEIN

Dr. W. Osing
Vorsitzender des Vorstandes

VERBAND DER ORTSKRANKENKASSEN
RHEINLAND

(Dr. Ostermann)
Vorsitzender des Verbandsvorstandes

Zwischenzeitlich hat die KZV-Nordrhein mit dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen und dem Landesverband der Innungskrankenkassen Nordrhein und Rheinland-Pfalz ebenfalls diese Vereinbarung abgeschlossen.

Lediglich Abschnitt I Ziffer 5 weicht von den Vereinbarungen mit dem VdO und der LKK ab, weil die Rechtsgrundlage für den Abschluß der Vereinbarungen mit dem LdB und dem LdI der Bundesschiedsspruch vom 14.03.84 ist.

Ziffer 5 des I. Abschnittes lautet wie folgt:

5. Neben einvernehmlich bestellten Gutachtern nach Ziffer 1 und 2 vereinbaren die Vertragspartner auf der Grundlage des Bundesschiedsspruches vom 14.03.84 für den Bereich Zahnersatz und Zahnkronen zur effizienteren Ausgestaltung des Gutachterverfahrens die Beratung der Zahnärzte durch die KZV-Nordrhein und die einvernehmliche Bestellung eines Empfehlungsgremiums.

Inkrafttreten der Vereinbarungen:

mit dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen vom 05./22.10.84 am **1. Oktober 1984**

und mit dem Landesverband der Innungskrankenkassen Nordrhein und Rheinland-Pfalz vom 20.03.85 am **1. April 1985**

LFD.NR	ANTEIL KONS/CHIR.	ANTEIL ZAHNERSATZ	ZE-KOSTEN X-ANTEIL ZE	ZAHNERSATZ FESTSITZEND	ZAHNERSATZ HERAUSNEHMBAR
00001	2,6	97,4	49,0	0	100
00002	7,9	92,1	53,6	88	12
00003	9,2	90,8	57,2	77	23
00004	9,9	90,1	57,6	34	66
00005	10,5	89,5	55,8	90	10
00006	10,7	89,3	51,4	20	80
00007	10,8	89,2	51,9	71	29
00008	11,3	88,7	51,5	80	20
00009	11,3	88,7	54,2	83	17
00010	11,4	88,6	56,7	87	13
00011	11,6	88,4	56,4	78	22
00012	11,9	88,1	53,6	55	45
00013	12,2	87,8	53,9	84	16
00014	12,4	87,6	55,7	92	8
00015	12,5	87,5	54,6	90	10
00016	12,5	87,5	51,8	82	18
00017	12,6	87,4	52,6	32	68
00018	12,9	87,1	54,7	74	26
00019	13,1	86,9	51,1	79	21
00020	13,1	86,9	57,0	89	11
00021	13,1	86,9	50,3	88	12
00022	13,3	86,7	51,5	60	40
00023	13,6	86,4	51,3	74	26
00024	13,6	86,4	54,3	87	13
00025	13,6	86,4	51,2	55	45
00026	13,7	86,3	55,5	81	19
00027	13,8	86,2	54,5	82	18
00028	13,8	86,2	50,8	80	20
00029	14,0	86,0	57,3	65	35
00030	14,3	85,7	49,3	76	24
00031	14,5	85,5	54,9	65	35
00032	14,5	85,5	51,1	47	53
00033	14,5	85,5	54,1	83	17
00034	14,6	85,4	50,2	80	20
00035	14,8	85,2	51,2	89	11
00036	14,9	85,1	50,5	26	74
00037	14,9	85,1	52,3	71	29
00038	15,0	85,0	56,2	75	25
00039	15,1	84,9	50,2	86	14
00040	15,3	84,7	52,5	75	25
00041	15,4	84,6	51,7	90	10
00042	15,4	84,6	53,0	74	26
00043	15,6	84,4	49,4	92	8
00044	15,6	84,4	56,0	72	28
00045	15,6	84,4	56,1	78	22
00046	15,6	84,4	53,8	77	23
00047	15,7	84,3	51,6	74	26
00048	15,7	84,3	51,2	76	24
00049	15,9	84,1	56,2	82	18
00050	16,0	84,0	54,7	53	47

Anlage 1

VEREINBARUNG

zwischen

der AOK-Rheinland – Die Gesundheitskasse, Düsseldorf,

dem BKK Landesverband Nordrhein Westfalen, Essen,

der IKK Nordrhein, Bergisch Gladbach,

der Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft, Düsseldorf,

der Bundesknappschaft, Bochum

und der

Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein, Düsseldorf,

über eine

Förderung und Qualitätssicherung von Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen sowie von Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten.

Präambel

Der positive Einfluß der zahnmedizinischen Prophylaxe auf die Entwicklung der Mundgesundheit ist wissenschaftlich eindrucksvoll belegt und unbestritten. Gleiches gilt für den ökonomischen Nutzen. Konsequenterweise führten diese Vorteile deshalb in den letzten Jahren zu einer stärkeren Ausrichtung des deutschen Gesundheitswesens auf Prophylaxe und Früherkennung, was durch Einbeziehung der Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten für Kinder vom 30. Lebensmonat an sowie durch eine Stärkung der Gruppenprophylaxe weiter unterstrichen wurde.

Mit dieser Vereinbarung wollen die Vertragspartner die Prophylaxe gezielt innerhalb des gesetzlichen Rahmens fördern und intensivieren, die Qualität dieser Leistungen sichern und weiter verbessern und somit den gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Nutzen für die Versicherten der Krankenkassen erhöhen.

§ 1

Vereinbarungsgegenstand

Gegenstand dieser Vereinbarung sind die Leistungen der Individualprophylaxe und der Früherkennungsuntersuchungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach den §§ 22 und 26 SGB V im Rahmen der Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der KZBV über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe - IP 1 bis IP 5) sowie die Leistungen der Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen gemäß § 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V (FU 1 bis FU 3) einschließlich der jeweiligen Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen.

§ 2

Qualitätssichernde Maßnahmen der Vertragspartner

(1) Die Partner dieser Vereinbarung haben die Sicherstellung einer flächendeckenden, einheitlichen medizinischen Behandlung in Nordrhein auf hohem medizinischen Niveau unter Berücksichtigung gesicherter medizinischer Qualitätsstandards zum Ziel. Sie erarbeiten deshalb einen Prophylaxeleitfaden-BEMA, der für die nordrheinischen Vertragszahnärzte verbindlich ist. Erforderliche Änderungen aus aktuellem Anlaß werden unverzüglich eingearbeitet und den Vertragszahnärzten kurzfristig bekanntgegeben. Die KZV Nordrhein stellt ihren Vereinigungsmitgliedern den Prophylaxeleitfaden-BEMA kostenlos zur Verfügung.

(2) Über die Inhalte dieses Leitfadens wird die KZV Nordrhein die nordrheinischen Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte in Seminaren informieren und Teilnahmebestätigungen erteilen. Die Kosten für die Prophylaxeleitfäden-BEMA sowie die Seminare trägt die KZV Nordrhein.

(3) Wird festgestellt, daß Behandlungen sich nicht an den Inhalten des Prophylaxeleitfadens orientieren, wird die KZV Nordrhein den Ursachen nachgehen und darauf hinwirken, daß künftige Behandlungen sich auf der Grundlage des Leitfadens vollziehen. Das Recht zur sachlich-rechnerischen Berichtigung wird hierdurch nicht tangiert.

§ 3

Förderung und Intensivierung der Inanspruchnahme von Prophylaxe und Früherkennung

(1) Die Vertragspartner werden gemeinsam auf eine Intensivierung der Prophylaxe- und Früherkennungsuntersuchungen der bei den Krankenkassen versicherten Kinder und Jugendlichen hinwirken. Dies gilt auch hinsichtlich der in den Regelungsbereich der vertragszahnärztlichen Versorgung übernommenen Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten für Kinder vom 30. Lebensmonat an.

(2) Die Informationen der Versicherten über Nutzen und Möglichkeiten sowie über die sinnvollen Zeitpunkte sind von hoher Bedeutung, insbesondere aber auch die Sensibilisierung hinsichtlich des persönlichen Nutzens sorgfältiger Prophylaxe. Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten zu Beginn dieses Vertrages und individuell zu geeigneten Zeitpunkten über die Vertragsinhalte. Als geeignete Maßnahmen sehen die Vertragspartner u. a. ein gemeinsames Informationsschreiben, Recallsysteme der Zahnärzte, Prophylaxepässe und andere Maßnahmen zur Förderung der Inanspruchnahme der Leistungen der Individualprophylaxe und der Früherkennung an.

(3) Für Kinder und Jugendliche vereinbaren die Vertragspartner einen Prophylaxepaß. Mit diesem Prophylaxepaß sollen alle Beteiligten (Patient, Krankenkasse und Zahnarzt) in das Prophylaxeprogramm einbezogen werden. Die Prophylaxepässe geben wichtige Informationen zur Prophylaxe und übernehmen die terminliche Abstimmung. Damit jeder Zahnarzt bei der Behandlung über individuelle, konkrete Patienteninformationen verfügt, werden Untersuchungsergebnisse und Therapiemitteilungen in den Prophylaxepässen in der dort vorgesehenen Weise festgehalten. Der Prophylaxepaß gilt in analoger Anwendung der Regelungen zum Bonusheft als Nachweis im Sinne des § 30 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 SGB V. Die Kosten der Prophylaxepässe tragen die Krankenkassen.

(4) Die Krankenkassen stellen die Prophylaxepässe ihren anspruchsberechtigten Versicherten zur Verfügung, evtl. mittels eines gemeinsamen Anschreibens der Vertragspartner. Sofern einzelne, an diesem Vertrag beteiligte Kassenarten ihren Versicherten keine Prophylaxepässe zur Verfügung stellen möchten, können sie insoweit von der Regelung der Absätze 3 und 4 Satz 1 Abstand nehmen. Die übrigen Regelungen dieser Vereinbarung werden dadurch nicht tangiert. Sofern die Krankenkassen Zahnärzten Prophylaxepässe zur Verfügung stellen, werden die Zahnärzte Prophylaxepässe nur für die Versicherten derjenigen Kassenarten aushändigen, die sich an dieser Regelung beteiligen.

§ 4

Öffentlichkeitsarbeit

Die Vertragsparteien verpflichten sich, durch im Einzelfall abzustimmende Aktionen gemeinsam in der Öffentlichkeit für die Prophylaxe und die Ziele dieser Vereinbarung einzutreten. Dazu gehört auch, Kinderärzte und weitere Gruppen über den sachlichen Inhalt zu informieren mit dem Ziel, zu möglichst einheitlichen Aussagen über die zahngesundheitliche Prophylaxe zu kommen.

§ 5

Information der Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte

Die KZV Nordrhein informiert die Vereinigungsmitglieder über die sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen einschließlich der Verpflichtung zur Führung und Aktualisierung der Prophylaxepässe.

§ 6

Häufigkeitsstatistik

Die KZV Nordrhein erzeugt quartalsweise eine Statistik über die Abrechnungshäufigkeit der Abrechnungspositionen der Individualprophylaxe und der Früherkennung, getrennt nach IP 1 bis 4, IP 5 und FU 1 bis FU 3.

Regelmäßig zu Beginn eines Jahres analysieren die Vertragspartner gemeinsam die Auswirkungen und Zielerreichung der Vereinbarung und beraten gegebenenfalls über Änderungen.

§ 7

Punktwert

Für Leistungen der Individualprophylaxe und Früherkennungsuntersuchungen wird bis 30.06.2001 ein Punktwert von 1,64 DM (0,84 Euro) vergütet; ab 01.07.2001 beträgt der Punktwert 1,66 DM (0,85 Euro).

§ 8

Laufzeit

Diese Vereinbarung tritt am 1. Juli 2001 in Kraft und endet am 31.03.2002.

Düsseldorf, Essen, Bergisch Gladbach, Bochum, den 28.03.2001

Kassenzahnärztliche
Vereinigung Nordrhein

Ralf Wagner
Vorsitzender des Vorstandes

AOK Rheinland/
Die Gesundheitskasse

Wilfried Jacobs
Vorsitzender des Vorstandes

BKK Landesverband NRW

Jörg Hoffmann
Vorstandsvorsitzender

IKK Nordrhein

Benno Schlichtebrede
Mitglied des Vorstandes

Krankenkasse der
Rheinischen Landwirtschaft

Heimo-Jürgen Döge
Geschäftsführer

Bundesknappschaft

Rolf Stadié
Direktor

TRENNBLATT

Vorblatt

Die nachstehende Vereinbarung über eine

Information der Versicherten über Qualität, Herkunft und Gewährleistung prothetischer Leistungen

ist nicht nur mit den RVO-Kassen (bzw. dem neueren Sprachgebrauch Primärkassen) vereinbart, sondern auch mit den Angestellten- und Arbeiter-Ersatzkassen (VdAK/AEV).

Erg.-Lfg. ID 05/2003

V E R E I N B A R U N G

zwischen

der AOK-Rheinland – Die Gesundheitskasse, Düsseldorf,

dem BKK Landesverband Nordrhein Westfalen, Essen

der IKK Nordrhein, Bergisch Gladbach,

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Nordrhein-Westfalen, Münster

der Bundesknappschaft, Bochum

der VdAK/AEV Landesvertretung Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf

und der

Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein, Düsseldorf,

über eine Information der Versicherten über Qualität, Herkunft und Gewährleistung prothetischer Leistungen:

§ 1

(1) Die Vertragspartner vereinbaren als Ergänzung zum Gesamtvertrag, dass den Versicherten der an dieser Vereinbarung teilnehmenden Krankenkassen bei der Eingliederung von Zahnersatz eine schriftliche Erklärung über Qualität und Herkunft des Zahnersatzes zu geben und auf die Gewährleistung nach § 136 Abs. 2 Satz 3 SGB V hinzuweisen ist, wenn der Zahnersatz nicht in vollem Umfang in Deutschland oder in einem Mitgliedsland der Europäischen Union hergestellt worden ist.

(2) Ist der Zahnersatz in vollem Umfang in Deutschland oder in einem Mitgliedsland der Europäischen Union hergestellt worden, ist dem Zahnarzt die Abgabe einer solchen Erklärung freigestellt.

(3) Für die Erklärung nach Abs. 1 ist das als Anlage beigefügte Formular zu verwenden. Diese Erklärung kann mittels EDV erstellt werden. Hierbei dürfen Inhalt, Aufbau und Struktur nicht verändert werden.

§ 2

(1) Diese Vereinbarung tritt am 01.04.2003 in Kraft und kann von jeder Partei mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Quartals gekündigt werden.

(2) Eine Kündigung dieser Vereinbarung lässt alle anderen vertraglichen Vereinbarungen unberührt.

Düsseldorf, Essen, Bergisch Gladbach, Bochum, den 11.02.2003

Kassenzahnärztliche
Vereinigung Nordrhein

Ralf Wagner
Vorsitzender des Vorstandes

AOK Rheinland
Die Gesundheitskasse

Wilfried Jacobs
Vorsitzender des Vorstandes

BKK Landesverband NRW

Jörg Hoffmann
Vorsitzender des Vorstandes

IKK Nordrhein

Dr. Brigitte Wutschel-Monka
Vorsitzende des Vorstandes

Landwirtschaftliche
Krankenkasse NRW

Heimo-Jürgen Döge
Hauptgeschäftsführer

Bundesknappschaft

Rolf Stadié
Direktor

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.

Andreas Hustadt

~~Wolfgang Mudra~~
Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung NRW

AEV Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.

Andreas Hustadt

~~Wolfgang Mudra~~
Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung NRW

BESTÄTIGUNG

Hiermit bestätige ich, dass der von mir bei

Herrn/Frau _____

am _____ eingegliederte Zahnersatz nach Auskunft des von mir beauftragten Zahntechnikbetriebes

teilweise / ganz *

in _____

hergestellt worden ist und den Qualitätsanforderungen der vertragszahnärztlichen Versorgung entspricht. Ich übernehme für neu angefertigten Zahnersatz eine zweijährige Gewähr seit dem Eingliederungsdatum im Rahmen der Bestimmungen des Sozialgesetzbuches und der Verträge zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

_____ _____

Datum Unterschrift / Stempel

* Unzutreffendes bitte streichen.

IV-2

Verfahrensordnung
nach § 106 SGB V
- Prüfung der Wirtschaftlichkeit -

Wirtschaftlichkeitsprüfung

3. Änderungsvereinbarung der zum 1.1.2008 abgestimmten Verfahrensordnung

Mit Veröffentlichungen im Jahr 2013 hatten wir Sie darüber informiert, dass die in der Vergangenheit übliche Vergleichsgruppe der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen zunächst für die Sichtung der Quartale I bis IV/2010 in der Auffälligkeitsprüfung durch Änderungsvereinbarung der Vertragspartner vom 5.12.2012 durch die Vergleichsgruppe der chirurgischen Leistungserbringer ersetzt wurde. Durch die 2. Änderungsvereinbarung vom 2.7.2013 wurde eine entsprechende Regelung für die Verfahren der Auffälligkeitsprüfung der Quartale I bis IV/2011 vorgesehen.

Nunmehr haben sich die Vertragspartner darauf verständigt, dass diese Regelung ab Sichtung der Quartale I bis IV/2012 unbeschränkte Wirkung entfalten soll, so dass wir Ihnen hiermit die 3. Änderungsvereinbarung vom 2.9.2014 zur Vereinbarung über das Verfahren zur Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragszahnärztlichen Versorgung in Nordrhein (Verfahrensordnung) vom 21.12.2007 zur Kenntnis geben.

In die Gruppe der chirurgischen Leistungserbringer werden Praxen aufgenommen, deren Anteil chirurgischer Leistungen an der KCH-Abrechnung eines Quartals einen Anteil von 35 Prozent übersteigt.

Die Veröffentlichung erfolgt unter dem Vorbehalt der Abwicklung des Unterschriftenverfahrens.

3. ÄNDERUNGSVEREINBARUNG

Die AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse, Düsseldorf

der BKK-Landesverband NORDWEST, Essen

die IKK classic, Dresden

die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als landwirtschaftliche Krankenkasse, Münster

die Knappschaft, Bochum

die Ersatzkassen:

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK - Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse KKH
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- Handelskrankenkasse (hkk)

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung NRW, Düsseldorf (nachstehend Verbände)

und

die Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein, Düsseldorf, (nachstehend KZV)

schließen mit Bezug auf die zum 1.1.2008 abgestimmte Vereinbarung über das Verfahren zur Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragszahnärztlichen Versorgung in Nordrhein (Verfahrensordnung) die folgende

3. Änderungsvereinbarung.

Die Verfahrensordnung vom 21.12.2007 enthält in **§ 21 (statistische Unterlagen)** die Regelung, dass die KZV NR der Sichtungsstelle als potentielles Aufgreifkriterium zur Auswahl zu prüfender Zahnärzte nach § 16 Abs. 1 b) 100-Fall-Statistiken bezogen auf die Vergleichsgruppen der Vertragszahnärzte und der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen liefert.

Diese Regelung wurde durch Änderungsvereinbarung vom 5.12.2012 insoweit geändert, als die Vergleichsgruppe der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen durch die Gruppe der chirurgischen Leistungserbringer ersetzt wurde. Die Vereinbarung war zunächst beschränkt auf die Sichtung der Quartale I bis IV/2010 und wurde durch die 2. Änderungsvereinbarung vom 5.12.2012 in ihrer Geltung auf die Quartale I bis IV/2011 übertragen.

Die Änderung soll nunmehr ab Sichtung der **Quartale I bis IV/2012** unbeschränkte Wirkung entfalten.

Als chirurgische Leistungserbringer gelten Zahnärzte, deren KCH-Abrechnung(en) chirurgische Leistungspositionen zu einem Anteil von 35 % oder mehr enthalten.

Die maßgeblichen chirurgischen Leistungspositionen, die für die Ermittlung des prozentualen Anteils heranzuziehen sind, können der Anlage entnommen werden.

Anlage:

Auflistung der chirurgischen Positionen

A161, 43, 44, 45, 47a, 47b, 48, 51a, 51b, 53, 54a, 54b, 54c, 55, 56a, 56b, 56c, 56d, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63

1465, 1467, 1468, 1479, 1485, 1519, 2009, 2010, 2250, 2253, 2254, 2255, 2380, 2381, 2382, 2386, 2401, 2402, 2430, 2583, 2584, 2650, 2658

Wirtschaftlichkeitsprüfung

2. Änderungsvereinbarung der zum 1.1.2008 abgestimmten Verfahrensordnung

Im Rheinischen Zahnärzteblatt März 2013 hatten wir Sie darüber informiert, dass die in der Vergangenheit übliche Vergleichsgruppe der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen für die Sichtung der Quartale I bis IV/2010 in der Auffälligkeitsprüfung durch Änderungsvereinbarung der Vertragspartner vom 5.12.2012 durch die Vergleichsgruppe der chirurgischen Leistungserbringer ersetzt wurde.

Hiermit geben wir Ihnen bekannt, dass die 2. Änderungsvereinbarung vom 2.7.2013 zur Vereinbarung über das Verfahren zur Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragszahnärztlichen Versorgung in Nordrhein (Verfahrensordnung) vom 21.12.2007 eine entsprechende Regelung für die Verfahren der Auffälligkeitsprüfung der Quartale I bis IV/2011 vorsieht.

In die Gruppe der chirurgischen Leistungserbringer werden Praxen aufgenommen, deren Anteil chirurgischer Leistungen an der KCH-Abrechnung eines Quartals einen Anteil von 35 Prozent übersteigt.

2. Änderungsvereinbarung

Die AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse, Düsseldorf

der BKK-Landesverband NORDWEST, Essen

die IKK classic, Dresden

die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als landwirtschaftliche Krankenkasse, Münster

die Knappschaft, Bochum

die Ersatzkassen:
- Barmer GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK-Gesundheit
- KKH Allianz (Ersatzkasse
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung NRW, Düsseldorf (nachstehend Verbände)

und

die Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein, Düsseldorf (nachstehend KZV)

schließen mit Bezug auf die zum 1.1.2008 abgestimmte Vereinbarung über das Verfahren zur Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragszahnärztlichen Versorgung in Nordrhein (Verfahrensordnung) die folgende

2. Änderungsvereinbarung.

Die Verfahrensordnung vom 21.12.2007 enthält in **§ 21 (statistische Unterlagen)** die Regelung, dass die KZV NR der Sichtungsstelle als potentielles Aufgreifkriterium zur Auswahl zu prüfender Zahnärzte nach § 16 Abs. 1 b) 100-Fall-Statistiken bezogen auf die Vergleichsgruppen der Vertragszahnärzte und der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen liefert.

Diese Regelung wurde durch Änderungsvereinbarung vom 5.12.2012 insoweit geändert, als die Vergleichsgruppe der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen durch die Gruppe der chirurgischen Leistungserbringer ersetzt wurde. Die Vereinbarung war zunächst beschränkt auf die Sichtung der Quartale I bis IV/2010.

Die Änderung soll nun mehr auch für die Sichtung der **Quartale I bis IV/2011** Wirkung entfalten.

Als chirurgische Leistungserbringer gelten Zahnärzte, deren KCH-Abrechnung(en) chirurgische Leistungspositionen zu einem Anteil von 35 % oder mehr enthalten.

Die maßgeblichen chirurgischen Leistungspositionen, die für die Ermittlung des prozentualen Anteils heranzuziehen sind, können der Anlage entnommen werden.

Anlage:
Auflistung der chirurgischen Positionen

Ä161, 43, 44, 45, 47a, 47b, 48, 51a, 51b, 53, 54a, 54b, 54c, 55, 56a, 56b, 56c, 56d, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63

1465, 1467, 1468, 1479, 1485, 1519, 2009, 2010, 2250, 2253, 2254, 2255, 2380, 2381, 2382, 2386, 2401, 2402, 2430, 2583, 2584, 2650, 2658

Ihre Ansprechpartner bei der KZV Nordrhein www.kzvnr.de/ansprechpartner

Änderungsvereinbarung

Die AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse, Düsseldorf

der BKK-Landesverband NORDWEST, Essen

die IKK classic, Dresden

die Landwirtschaftliche Krankenkasse NRW, Münster

die Knappschaft, Bochum

die Ersatzkassen:
- Barmer GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK-Gesundheit
- KKH Allianz (Ersatzkasse)
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung NRW, Düsseldorf (nachstehend Verbände)

und

die Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein, Düsseldorf, (nachstehend KZV NR)

schließen mit Bezug auf die zum 1.1.2008 abgestimmte Vereinbarung über das Verfahren zur Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragszahnärztlichen Versorgung in Nordrhein (Verfahrensordnung) die folgende

Änderungsvereinbarung.

Die Verfahrensordnung vom 21.12.2007 enthält in **§ 21 (statistische Unterlagen)** die Regelung, dass die KZV NR der Sichtungsstelle als potentielles Aufgreifkriterium zur Auswahl zu prüfender Zahnärzte nach § 16 Abs 1 b) 100-Fall-Statistiken bezogen auf die Vergleichsgruppen der Vertragszahnärzte und der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen liefert.

Für die Sichtung der Quartale I–IV/2010 wird diese Regelung einvernehmlich insoweit geändert, als die Vergleichsgruppe der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen durch die Gruppe der chirurgischen Leistungserbringer ersetzt wird.

Als chirurgische Leistungserbringer gelten Zahnärzte, deren KCH-Abrechnung(en) chirurgische Leistungspositionen zu einem Anteil von 35 Prozent oder mehr enthalten.

Die maßgeblichen chirurgischen Leistungspositionen, die für die Ermittlung des prozentualen Anteils heranzuziehen sind, können der Anlage entnommen werden.

Düsseldorf, Essen, Bergisch Gladbach, Bochum, Münster, den 5.12.2012

Anlage:
Auflistung der chirurgischen Positionen

Ä161, 44, 45, 47a, 47b, 48, 50, 51a, 51b, 53, 54a, 54b, 54c, 55, 56a, 56b, 56c, 56d, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63

1465, 1467, 1468, 1479, 2009, 2010, 2250, 2253, 2254, 2255, 2380, 2381, 2382, 2386, 2401, 2402, 2430, 2583, 2584, 2650, 2658, 8271, 8272

Vereinbarung
über das Verfahren zur Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragszahnärztlichen Versorgung in Nordrhein

Die AOK Rheinland / Hamburg – Die Gesundheitskasse -, Düsseldorf,

der BKK - Landesverband Nordrhein-Westfalen, Essen,

die IKK Nordrhein, Bergisch Gladbach,

die Landwirtschaftliche Krankenkasse Nordrhein-Westfalen, Münster,

der Verband der Angestellten - Krankenkassen e.V. (VdAK), Siegburg,
vertreten durch die Landesvertretung Nordrhein – Westfalen, Düsseldorf

der AEV – Arbeiter – Ersatzkassenverband e.V. (AEV), Siegburg
vertreten durch die Landesvertretung Nordrhein – Westfalen, Düsseldorf

die Knappschaft, Bochum,

die Krankenkasse für den Gartenbau, Kassel,
vertreten durch die Landwirtschaftliche Krankenkasse Nordrhein-Westfalen, Münster,

(nachstehend Verbände)

einerseits

und

die Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein, Düsseldorf,
(nachstehend KZV NR)

andererseits

schließen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragszahnärztlichen Versorgung in Nordrhein gemäß § 106 SGB V folgende

Verfahrensordnung

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt I: Gegenstand und Geltungsbereich

- **§ 1 Gegenstand**
- **§ 2 Geltungsbereich**

Abschnitt II: Prüfungseinrichtungen

- **§ 3 Bildung**
- **§ 4 Zusammensetzung der Prüfungsstelle**
- **§ 5 Zusammensetzung des Beschwerdeausschusses**
- **§ 6 Stellung der Mitglieder und Berater in Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss**
- **§ 7 Sichtungsstelle**
- **§ 8 Beteiligte**
- **§ 9 Sachaufklärung und Beweiserhebung**
- **§ 10 Prüfmethode**
- **§ 11 Beweismittel**
- **§ 12 Verfahrensdauer**
- **§ 13 Kosten**

Abschnitt III: Prüfungsstelle

- **§ 14 Aufgaben**
- **§ 15 Prüfung der Wirtschaftlichkeit aufgrund von Stichproben**
- **§ 16 Prüfung der Wirtschaftlichkeit aufgrund von Auffälligkeiten**
- **§ 17 Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit bei KB-/KG-Behandlung, KFO-Behandlung, PAR-Behandlung (Einzelfallprüfung)**
- **§ 18 Beratung gemäß § 106 Abs. 1a SGB V**
- **§ 19 Verordnungsweise**
- **§ 20 Feststellung des sonstigen Schadens**
- **§ 21 statistische Unterlagen**
- **§ 22 Nachuntersuchungen**
- **§ 23 Bescheide**

Abschnitt IV: Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss

§ 24 Aufgaben des Beschwerdeausschusses

§ 25 Widerspruch

§ 26 Vorsitz

§ 27 Geschäftsstelle

§ 28 Terminbestimmung

§ 29 Berichterstatter

§ 30 Ladung

§ 31 Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss

§ 32 Beschlussfähigkeit/Abstimmung

§ 33 Beschlüsse

§ 34 Niederschrift

§ 35 Form des Beschlusses

Abschnitt V: Schlussbestimmungen

§ 36 Inkrafttreten

§ 37 Kündigung

Abschnitt I: Gegenstand und Geltungsbereich

§ 1
Gegenstand

(1) Gegenstand der Verfahrensordnung ist die Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragszahnärztlichen Versorgung im Sinne des § 106 SGB V. Diese beinhaltet auch die Beratung nach § 106 Abs. 1a SGB V und eine Auffälligkeitsprüfung.

Werden den Prüfungseinrichtungen Umstände bekannt, die ein Verfahren vor den Disziplinar- oder Zulassungsinstanzen nach sich ziehen können, so unterrichten sie den Vorstand der KZV NR und die Krankenkassen / Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen. Über Beanstandungen und die Ergebnisse der Verfahren sind die Krankenkassen / Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen zu unterrichten.

Die Richtigstellung einzelner sachlicher oder rechnerischer Mängel, die gelegentlich einer Wirtschaftlichkeitsprüfung festgestellt werden und keine überragende Bedeutung haben, kann im Rahmen dieser Verfahrensordnung erfolgen. Die Möglichkeit der Rückgabe der Abrechnung an die Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein wird insbesondere bei Vorliegen umfangreicher Mängel hierdurch nicht ausgeschlossen.

(2) Die Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit erfolgt gemäß § 106 SGB V und erstreckt sich auf

(a) Teil 1 des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen (Anlage A zum BMV-Z bzw. Gebührentarif A / Zahnarzt-Ersatzkassenvertrag), die über Krankenversichertenkarte abzurechnen sind,

(b) die Leistungen bei Verletzung und Erkrankung des Gesichtsschädels, soweit sie von der vorherigen Genehmigung nicht umfasst sind,

(c) die Leistungen der Parodontosebehandlung, soweit sie von der vorherigen Genehmigung nicht umfasst sind,

(d) die Leistungen der kieferorthopädischen Behandlung, soweit sie von der vorherigen Genehmigung nicht umfasst sind,

(e) die richtliniengerechte Erbringung von Zahnersatzleistungen,

(f) die Verordnungsweise, § 19.

Ferner obliegt den Prüfungsinstanzen die Feststellung des sonstigen Schadens im Sinne des § 20 dieser Verfahrensordnung.

§ 2
Geltungsbereich

Diese Verfahrensordnung findet auf die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte / ermächtigten Kieferorthopäden sowie die ermächtigten

zahnärztlich/ärztlich geleiteten Einrichtungen und medizinischen Versorgungszentren (§ 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V) Anwendung, die ihren Vertragszahnarztsitz im Bereich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein haben (nachstehend Zahnarzt genannt).

Abschnitt II: Prüfungseinrichtungen

§ 3
Bildung

(1) Zur Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragszahnärztlichen Versorgung bilden die Vertragspartner bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein (KZV NR) eine Prüfungsstelle und einen Beschwerdeausschuss sowie die Geschäftsstelle des Beschwerdeausschusses.

Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss sind gemeinsame Einrichtungen der Vertragspartner und tragen die Bezeichnung *Prüfungsstelle der Zahnärzte und Krankenkassen Nordrhein* bzw. *Beschwerdeausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen Nordrhein.*

Die Prüfungsstelle übernimmt mit Wirkung vom 01.01.2008 alle anhängigen und nach diesem Datum anhängig werdenden Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung erster Instanz.

Die Geschäftsstelle des Beschwerdeausschusses wird der Prüfungsstelle zugeordnet.

(2) Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss sind als selbstständige organisatorische Einheiten bei der KZV NR eingerichtet. Sie nehmen ihre Aufgaben jeweils eigenverantwortlich wahr. Eine datenschutzrechtliche ordnungsgemäße organisatorische Trennung der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses von den übrigen Bereichen der KZV NR ist zu gewährleisten. Der Leiter der Prüfungsstelle führt die laufenden Verwaltungsgeschäfte der Prüfungsstelle und gestaltet die innere Organisation so, dass sie den besonderen Anforderungen des Datenschutzes nach § 78a SGB X gerecht wird.

(3) Über die Ausstattung der Prüfungsstelle mit den für die Aufgabenwahrnehmung erforderlichen Mitteln, Sachmitteln und Finanzen entscheiden die Vertragspartner gem. § 106 Abs. 4a Satz 3 SGB V. Das Personal und die sachliche Ausstattung der Prüfungsstelle sind so zu bemessen, dass ein reibungsloser Ablauf der Prüfverfahren unter Beachtung der gesetzlichen Anforderungen gewährleistet ist. Dies gilt entsprechend für die erforderlichen Sachmittel.

(4) Die Mitarbeiter/-innen der Prüfungsstelle sind bei der KZV NR unter Beachtung der folgenden Angaben angestellt und unterstehen ihr disziplinarrechtlich. Sie sind ausschließlich der Leitung der Prüfungsstelle fachlich weisungsgebunden. Ihre Neutralität und Weisungsungebundenheit gegenüber der KZV NR ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen.

§ 4
Zusammensetzung der Prüfungsstelle

Die Vertragspartner bestimmen die Leitung der Prüfungsstelle gem. § 106 Abs. 4a Satz 3 SGB V. Für den Leiter der Prüfungsstelle sind maximal zwei Stellvertreter zu benennen.

Die erste Bestellung erfolgt für den Zeitraum 01.01.2008 bis 31.12.2010, danach erfolgt die Bestellung für die Dauer der Wahlperiode der Vertreterversammlung der KZV NR. Die Wiederbestellung ist zulässig. Wird kein Einvernehmen hergestellt, erfolgt die Bestellung durch die Aufsichtsbehörde gemäß § 106 Abs. 4a SGB V.

Der Leiter der Prüfungsstelle ist für die Durchführung der Aufgaben der Prüfungsstelle verantwortlich; zusätzlich obliegt ihm die Leitung der Geschäftsstelle des Beschwerdeausschusses. Entscheidungen für die Prüfungsstelle treffen grundsätzlich der Leiter der Prüfungsstelle und seine Stellvertreter einvernehmlich. Ist das Einvernehmen nicht herzustellen, entscheidet der Leiter der Prüfungsstelle.

Die Prüfungsstelle kann zur Durchführung der Prüfverfahren geeignete Berater beauftragen. Die KZV NR benennt jeweils eine geeignete Anzahl von zahnärztlichen Beratern, die in der vertragszahnärztlichen Versorgung erfahrene Zahnärzte sein müssen. Seitens der Krankenkassen werden sachkundige Berater in geeigneter Anzahl benannt. Über die Benennungen ist das Benehmen herzustellen. Die KZV NR und die Krankenkassen können die von ihnen benannten Berater abberufen.

Zur Beratung und Unterstützung der Prüfaktivitäten der Prüfungsstelle wird von den Vertragspartnern eine Berichtstelle gebildet. Die Berichtstelle selbst hat keinen Prüfungsauftrag. Ihr gehören vier Vertreter der KZV NR und vier Vertreter der Krankenkassen an. Stellvertreter sind in ausreichender Anzahl zu benennen. Die Tätigkeit der Berichtstelle ergibt sich aus §§ 15 Abs. 4 und § 16 Abs. 7.

§ 5
Zusammensetzung des Beschwerdeausschusses

Der Beschwerdeausschuss besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden sowie vier Vertretern der KZV NR und vier Vertretern der Krankenkassen. Der Vorsitzende des Beschwerdeausschusses wird durch die Vertragspartner einvernehmlich bestellt. Die Amtszeit des Beschwerdeausschusses beträgt zwei Jahre, beginnend mit dem 01.01.2008.

§ 6
Stellung der Mitglieder und Berater in Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss

(1) Der unparteiische Vorsitzende, die Mitglieder der Prüfungseinrichtungen und die Berater sind bei ihren Entscheidungen an Weisungen nicht gebunden. Ihnen steht bei Bedarf das Recht der Einsichtnahme in die Akten der jeweiligen Prüfungseinrichtung zu. Sie haben über den Hergang der Beratung sowie über die Person des von einem Prüfverfahren betroffenen Zahnarztes und über die Abstimmung Stillschweigen zu bewahren.

(2) Die Mitwirkung in einem Verfahren der Prüfungsstelle schließt die Tätigkeit im Beschwerdeausschuss aus.

(3) Auf das gesamte Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung finden §§ 16, 17 SGB X Anwendung. Über Anträge auf Ablehnung eines Mitgliedes des Beschwerdausschusses wegen Befangenheit entscheidet der Ausschuss unter Ausschluss des betroffenen Mitgliedes.

§ 7
Sichtungsstelle

Zur Einleitung von Verfahren nach Auffälligkeitskriterien wird eine gemeinsame Sichtungsstelle der Vertragspartner gebildet. Die Sichtungsstelle hat 8 Mitglieder, vier Vertreter der Krankenkassen und vier Vertreter der KZV NR. Stellvertreter sind in ausreichender Anzahl zu benennen. Die administrative Begleitung erfolgt durch die Prüfungsstelle.

Die Stelle entscheidet mehrheitlich über die Einleitung von Prüfverfahren gemäß § 16 Abs.1. Bei Stimmengleichheit wird ein Verfahren eingeleitet.

Sind Prüfverfahren aufgrund von Stichproben eingeleitet, können für die betreffenden Vertragszahnärzte für die gleichen Abrechnungszeiträume keine Prüfverfahren nach Auffälligkeitskriterien eingeleitet werden.

§ 8
Beteiligte

Beteiligte an den Verfahren sind der in die Prüfung einbezogene Vertragszahnarzt, die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und die KZV NR.

§ 9
Sachaufklärung und Beweiserhebung

(1) Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss erheben die notwendigen Beweise von Amts wegen oder auf Antrag. Der Zahnarzt und die Krankenkassen sind zur Mitwirkung verpflichtet. Die Prüfgremien sind an das Vorbringen und die Beweisanträge der Beteiligten nicht gebunden.

(2) Hinsichtlich der Beweismittel gilt § 11.

(3) Der Sachverhalt ist ausreichend aufzuklären, die dafür erforderlich erscheinenden Beweise sind zu erheben. Die Beteiligten haben die ihnen zur Verfügung stehenden Unterlagen (z. B. Röntgenaufnahmen, Modelle) zur Verhandlung mitzubringen und aus ihnen vorzutragen.

(4) Entscheidungen des Beschwerdeausschusses ergehen aufgrund mündlicher, nichtöffentlicher Verhandlung. Die Beteiligten sind zur Aufklärung des Sachverhaltes zur mündlichen Verhandlung zu laden. Ihnen ist Gelegenheit zu geben, sich zu jeder Beanstandung zu äußern.

(5) Die Beteiligten können sich anwaltlichen und/oder kollegialen Beistandes bedienen.

§ 10
Prüfmethode

Die Prüfungen der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise durch Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss erfolgen grundsätzlich nach der Methode der repräsentativen Einzelfallprüfung. Bei der Methode der repräsentativen Einzelfallprüfung ist die Hochrechnung unter Berücksichtigung eines Sicherheitsabschlages zu Gunsten des Vertragszahnarztes von 25% grundsätzlich angezeigt.

In Ausnahmefällen, z.B. für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit (bezogen auf den Zeitraum von fünf Jahren vor Verfahrensbeginn), sind pauschale Honorarkürzungen auf der Grundlage der statistischen Vergleichsprüfung möglich.

§ 11
Beweismittel

(1) Als Beweismittel gelten:

(a) die zur Abrechnung eingereichten bzw. die aufgrund der eingereichten (EDV-) Abrechnung erstellbaren Behandlungsausweise und gegebenenfalls sonstige Abrechnungsunterlagen (z.B.: KV-Abrechnungen),

(b) Bescheinigungen, Verordnungen und Unterlagen über veranlasste Leistungen,

(c) Aufzeichnungen gemäß den Bestimmungen des Bundesmantelvertrages – Zahnärzte sowie des Zahnarzt - Ersatzkassenvertrages einschließlich Röntgenaufnahmen,

(d) statistische Unterlagen,

(e) Ergebnisse von Nachuntersuchungen,

(f) Modelle,

(g) alle übrigen geeigneten Unterlagen (z.B. KV-Abrechnungsunterlagen),

(h) die Heranziehung eines externen Sachverständigen (Sachverständigenbeweis).

(2) Die Beteiligten sollen bei der Ermittlung des Sachverhaltes mitwirken. Der Zahnarzt ist zur Mitwirkung verpflichtet und hat auch alle benötigten Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Kommt der Zahnarzt seiner Mitwirkungspflicht ohne ausreichende Begründung nicht nach, kann der Vorstand der KZVNR nach entsprechender Sachverhaltsmitteilung prüfen, ob disziplinarische Maßnahmen einzuleiten sind.

§ 12
Verfahrensdauer

Die Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung werden durch Vergleich oder Bescheid beendet. Der verfahrensbeendende Bescheid der Prüfungsstelle soll innerhalb von zwei Jahren nach Schluss des Kalenderjahres erfolgt sein, in dem der Zahnarzt seine Abrechnung der KZV NR eingereicht hat.

§ 13
Kosten

(1) Die Kosten des Beschwerdeausschusses und der Prüfungsstelle tragen die KZV NR und die beteiligten Krankenkassen grundsätzlich je zur Hälfte.

(2) Die Entschädigung für den unparteiischen Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses richtet sich grundsätzlich nach dem Landesreisekostengesetz. Die Höhe der Entschädigung regeln die Vertragspartner einvernehmlich.

(3) Näheres zu den Kosten nach Absatz 1 und 2 ist in einer gesonderten Vereinbarung zu regeln.

(4) Die vom Beschwerdeausschuss zu zahlenden Gerichts- und Rechtsanwaltskosten werden von der KZV NR und den Krankenkassen je zur Hälfte getragen.

(5) Die Kosten für die Tätigkeit der Berater der Prüfungsstelle, der Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder des Beschwerdeausschusses, der Mitglieder der Sichtungsstelle und der Berichtsstelle tragen die jeweils entsendenden Stellen.

Abschnitt III: Prüfungsstelle

§ 14
Aufgaben

(1) Die Prüfungsstelle prüft und entscheidet,

(a) im Rahmen einer Stichprobenprüfung nach §15,

(b) im Rahmen einer Auffälligkeitsprüfung nach § 16,

(c) ob die Verordnungsweise den Bestimmungen über die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit entspricht (§ 19)

(d) und gegebenenfalls, in welcher Höhe der Zahnarzt der Krankenkasse einen sonstigen Schaden zu ersetzen hat, den er infolge schuldhafter Verletzung vertragszahnärztlicher Pflichten verursacht hat (§ 20).

(2) Die Prüfungsstelle berät Zahnärzte in erforderlichen Fällen über Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung, § 106 Abs. 1 Buchstabe a) SGB V. Ein besonderes Beratungsverfahren ist vorgesehen, § 18.

(3) Werden im Rahmen eines Verfahrens der Wirtschaftlichkeitsprüfung sachliche (z.B. gebührenordnungsmäßige) oder rechnerische Mängel der Abrechnung festgestellt, so wird - unbeschadet von § 1 Abs. 1 - , wenn umfangreiche Mängel vorliegen, die Abrechnung an die KZV NR zur Überprüfung zurückgegeben. Die Frist für Anträge auf sachlich/rechnerische Richtigstellung gilt in diesem Fall als gewahrt. Soweit erforderlich, wird das Verfahren bis zur Richtigstellung der Abrechnung ausgesetzt. Der entsprechende Sachverhalt ist in einer Niederschrift festzuhalten.
Die KZV NR soll ihre Überprüfung unverzüglich durchführen und hat das Ergebnis der Prüfungsstelle bekannt zu geben.

§ 15
Prüfung der Wirtschaftlichkeit aufgrund von Stichproben

(1) Die Prüfungsstelle entscheidet über zahnarztbezogene Prüfungen auf der Grundlage von zahnarztbezogenen und auf Versicherte zu beziehenden Stichproben. Diese Prüfung erstreckt sich auf die Gesamttätigkeit des Vertragszahnarztes im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung.

(2) Die Prüfung nach Abs. 1 erstreckt sich je Quartal auf 2 % der mit der KZV NR abrechnenden Vertragszahnärzte (Praxen). Die Auswahl der in die Prüfung einzubeziehenden Vertragszahnärzte wird nach dem Zufallsprinzip getroffen. Die Auswahl wird unverzüglich nach Vorliegen der Abrechnungsunterlagen pro Quartal durch die KZVNR - auf Grundlage eines zwischen den Vertragspartnern abgestimmten Verfahrens - aus dem Kreise aller mit der KZV NR abrechnenden Vertragszahnärzte getroffen.

(3) Prüfungsgegenstand sind die abgerechneten Leistungsfälle (alle Leistungsarten) der letzten vier Quartale inkl. des Aufgreifquartals, für kieferorthopädische Leistungen alle Quartale ab der Genehmigung bzw. dem I. Abrechnungsquartal. Grundlage für die Sichtung sind zunächst die Behandlungsfälle aller Leistungsarten eines Quartals. Die Krankenkassen liefern nach Aufforderung der Prüfungsstelle die patientenbezogenen Abrechnungsunterlagen aus den Leistungsbereichen ZE, PAR, KB/KG und KFO, die für das Aufgreifquartal bei den Krankenkassen vorliegen. Die KCH-Abrechnungsbelege liefert die KZV NR.

(4) Die Prüfungsstelle bestimmt pro Verfahren einen Berichterstatter aus dem Kreis der zahnärztlichen Berater. Der Berichterstatter erhält von der Prüfungsstelle Unterlagen, die so aufbereitet sind, dass er eine versichertenbezogene Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise des Vertragszahnarztes durchführen kann. Soweit eine hinreichende Beurteilung des Sachverhaltes nicht möglich ist, kann eine weitere Vorprüfung erfolgen. Hierfür fordert die Prüfungsstelle auf Veranlassung des Berichterstatters geeignete Unterlagen, wie eine Stellungnahme des Vertragszahnarztes, Röntgenbilder und/oder Karteikartenauszüge an. Auf der Grundlage dieser Überprüfung gibt der Berichterstatter gegenüber der Berichtstelle Empfehlungen über die weitere Vorgehensweise im Verfahren ab:

   (a) Das Verfahren wird ohne Maßnahmen beendet.

   (b) Das Verfahren wird um ein Gespräch des Berichterstatters mit dem Vertragszahnarzt ergänzt.

   (c) Mit dem betroffenen Vertragszahnarzt ist ein Prüfgespräch zu führen, an dem im Regelfall neben dem Berichterstatter ein weiterer zahnärztlicher Berater sowie bis zu zwei sachkundige Berater der Krankenkassen teilnehmen. Zu diesem Gespräch ist der Vertragszahnarzt mit einer Frist von 14 Tagen zu laden. Auf Grundlage des Gesprächs wird eine begründete Empfehlung zur Verfahrensbeendigung an die Prüfungsstelle abgegeben. Dabei ist ein einstimmiges Votum anzustreben. Bei unterschiedlichen Voten sind die einzelnen Voten zu begründen und der Prüfungsstelle zur Entscheidung vorzulegen.

(d) Je nach Ergebnis der Gespräche können sich wiederum Maßnahmen nach (a) bis (c) anschließen, bis eine verfahrensbeendende Entscheidung getroffen werden kann.

Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, an der Aufklärung des Sachverhaltes mitzuwirken. Er ist berechtigt, zu der Anhörung einen anwaltlichen und/oder kollegialen Beistand mitzubringen. Er kann auf sein Recht des mündlichen Vortrags verzichten und sich alternativ schriftlich zum Verfahren einlassen.

Die Prüfungsstelle kann zu jedem Zeitpunkt des Verfahrens auf Empfehlung des Berichterstatters die Erweiterung des Prüfgegenstandes auf die drei vorangegangenen Prüfquartale beschließen. Die Prüfungsstelle setzt auf der Grundlage der jeweiligen begründeten Empfehlung verfahrensbeendende Maßnahmen (Bescheid, Vergleich etc.) nach den Bema-Teilen 1-4 fest in dem Maße, wie Unwirtschaftlichkeiten der Behandlungsweise festgestellt werden. Werden Verstöße gegen Richtlinien gemäß § 1 Abs. 2 e) festgestellt, erfolgt eine Abgabe an die KZV.

Das Ergebnis wird in einem Bescheid festgehalten.

(5) Der Zahnarzt wird hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit und der fachgerechten, den Richtlinien entsprechenden Erbringung seiner vertragszahnärztlichen Versorgung insgesamt geprüft und beraten. An Stelle einer Kürzung soll ein Hinweis oder eine Belehrung erteilt werden, wenn eine solche Maßnahme, z.B. wegen Geringfügigkeit, ausreichend erscheint. Gezielte Beratungen gehen weiteren Maßnahmen in der Regel voran – wie etwa bei erstmaliger Feststellung einer Unwirtschaftlichkeit.

(6) Ergeben sich im Rahmen der Prüfung wesentliche Erkenntnisse über sachlich/ rechnerische Unstimmigkeiten oder eine nicht fachgerechte, nicht den Richtlinien entsprechende Erbringung, werden diese im Einzelnen festgehalten. Die Sachverhalte werden der KZV NR mitgeteilt. Diese entscheidet unter Berücksichtigung der getroffenen Feststellungen in eigener Zuständigkeit.

§ 16
Prüfung der Wirtschaftlichkeit aufgrund von Auffälligkeiten

(1) Nach Vorliegen der Unterlagen gemäß § 21 verständigt sich die Sichtungsstelle in interner Sitzung darüber, bei welchen Zahnärzten ein Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung einzuleiten ist.

Anhaltspunkte für eine Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise sind insbesondere anzunehmen, wenn

(a) die Abrechnungsunterlagen oder sonstige Kenntnisse, ggf. aus Vorquartalen, darauf schließen lassen,

(b) die Unterlagen gemäß § 21 dies indizieren.

(2) Ein Prüfverfahren soll innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten nach Zurverfügungstellung der Unterlagen nach § 21 eingeleitet werden. Die Frist gilt für das zuletzt abgerechnete Quartal, das ursächlich für den Eröffnungsbescheid der Prüfungsstelle ist.

(3) Die Einleitung eines Verfahrens dokumentiert die Prüfungsstelle durch Eröffnungsbescheid. Der Eröffnungsbescheid muss den Gegenstand der Prüfung und das Prüfquartal/die Prüfquartale bezeichnen.

(4) Nach Bekanntgabe des Eröffnungsbescheides an die Beteiligten wird die Bereitstellung der KCH-Abrechnungsbelege bei der KZV NR veranlasst.

(5) Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der kons./chir. Tätigkeit des Zahnarztes sind die Erkenntnisse aus seinen bisherigen Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung und die gesamte Tätigkeit des Zahnarztes zu reflektieren.

(6) In die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise können neben dem Quartal, das Anlass für die Eröffnung des Verfahrens ist, die letzten drei abgerechneten Quartale einbezogen werden. Die Einbeziehung ist im Eröffnungsbeschluss anzugeben.

Für einbezogene Quartale gilt die Fristenberechnung gem. §§ 12 und 16 Abs. 2 nicht.

(7) Die Prüfungsstelle bestimmt pro Verfahren einen Berichterstatter aus dem Kreis der zahnärztlichen Berater. Der Berichterstatter erhält von der Prüfungsstelle Unterlagen, die so aufbereitet sind, dass er eine versichertenbezogene Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise des Vertragszahnarztes durchführen kann. Soweit eine hinreichende Beurteilung des Sachverhaltes nicht möglich ist, kann eine weitere Vorprüfung erfolgen. Hierfür fordert die Prüfungsstelle auf Veranlassung des Berichterstatters geeignete Unterlagen wie eine Stellungnahme des Vertragszahnarztes, Röntgenbilder und/oder Karteikartenauszüge an. Auf der Grundlage dieser Überprüfung gibt der Berichterstatter gegenüber der Berichtstelle Empfehlungen über die weitere Vorgehensweise im Verfahren ab:

(a) Das Verfahren wird ohne Maßnahmen beendet.

(b) Das Verfahren wird um ein Gespräch des Berichterstatters mit dem Vertragszahnarzt ergänzt.

(c) Mit dem betroffenen Vertragszahnarzt ist ein Prüfgespräch zu führen, an dem im Regelfall neben dem Berichterstatter ein weiterer zahnärztlicher Berater sowie bis zu zwei sachkundige Berater der Krankenkassen teilnehmen. Zu diesem Gespräch ist der Vertragszahnarzt mit einer Frist von 14 Tagen zu laden. Auf Grundlage des Gesprächs wird eine begründete Empfehlung zur Verfahrensbeendigung an die Prüfungsstelle abgegeben. Dabei ist ein einstimmiges Votum anzustreben. Bei unterschiedlichen Voten sind die einzelnen Voten zu begründen und der Prüfungsstelle zur Entscheidung vorzulegen.

(d) Je nach Ergebnis der Gespräche können sich wiederum Maßnahmen nach (a) bis (c) anschließen, bis eine verfahrensbeendende Entscheidung getroffen werden kann.

Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, an der Aufklärung des Sachverhaltes mitzuwirken. Er ist berechtigt, zu der Anhörung einen anwaltlichen und/oder kollegialen Beistand mitzubringen. Er kann auf sein Recht des mündlichen Vortrags verzichten und sich alternativ schriftlich zum Verfahren einlassen.

Die Prüfungsstelle setzt auf der Grundlage der jeweiligen begründeten Empfehlung verfahrensbeendende Maßnahmen (Bescheid, Vergleich etc.) für den KCH - Bereich fest in dem Maße, wie Unwirtschaftlichkeiten der Behandlungsweise festgestellt werden.

Das Ergebnis wird in einem Bescheid festgehalten.

(8) Ist ein Vertragszahnarzt von mehreren aufeinander folgenden Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung von Honorarkürzungen betroffen, kann die Prüfungsstelle eine verfahrensbeendende Entscheidung durch schriftliches Vorverfahren vorbereiten. Der Grundsatz des rechtlichen Gehörs ist zu beachten. Soweit das Einverständnis des betroffenen Zahnarztes vorliegt, können in die Prüfung Folgequartale dergestalt eingebunden werden, als sich nach Prüfung der Behandlungs- und Abrechnungsdaten die Feststellungen in Bezug auf die Unwirtschaftlichkeit des Behandlungsverhaltens wiederholen müssten, § 106 Abs. 3 Satz 4 SGB V.

(9) Der Zahnarzt wird hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit und der fachgerechten, den Richtlinien entsprechenden Erbringung seiner vertragszahnärztlichen Versorgung insgesamt geprüft und beraten. An Stelle einer Kürzung soll ein Hinweis oder eine Belehrung erteilt werden, wenn eine solche Maßnahme, z.B. wegen Geringfügigkeit, ausreichend erscheint. Gezielte Beratungen gehen weiteren Maßnahmen in der Regel voran – wie etwa bei erstmaliger Feststellung einer Unwirtschaftlichkeit.

(10) Ergeben sich im Rahmen der Prüfung wesentliche Erkenntnisse über sachlich/ rechnerische Unstimmigkeiten oder eine nicht fachgerechte, nicht den Richtlinien entsprechende Erbringung, werden diese im Einzelnen festgehalten. Die Sachverhalte werden der KZV NR mitgeteilt. Diese entscheidet unter Berücksichtigung der getroffenen Feststellungen in eigener Zuständigkeit.

§ 17
Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit bei KB-/ KG-Behandlung, KFO-Behandlung, PAR-Behandlung (Einzelfallprüfung)

(1) Bei Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels, kieferorthopädischen Leistungen und systematischen Behandlungen von Parodontopathien kann der ausgestellte Behandlungsplan im Einzelfall auf Wirtschaftlichkeit begutachtet werden. Das Verfahren richtet sich nach dem Bundesmantelvertrag / Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte bzw. den Anlagen in der jeweils gültigen Fassung.

Genehmigte Leistungen unterliegen grundsätzlich nicht der nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung.

(2) Die Durchführung einer KFO- oder PAR-Behandlung kann Gegenstand einer Wirtschaftlichkeitsprüfung sein, wenn sie nicht richtliniengemäß durchgeführt worden ist.

(3) Die Wirtschaftlichkeitsprüfung bei KFO- und PAR-Behandlungen können die Krankenkassen oder die KZV NR innerhalb eines Jahres nach Abrechnung des Behandlungsfalles bzw. bei kieferorthopädischen Leistungen innerhalb eines Jahres nach der letzten Abrechnung im Behandlungsfall beantragen. Ergeben sich durch

die Wirtschaftlichkeitsprüfung Hinweise darauf, dass über den Einzelfall hinaus keine vertragsgemäße KFO- bzw. PAR-Behandlung stattgefunden hat, können die abgerechneten Behandlungsfälle der letzten zwei Jahre – bei KFO, die in den letzten zwei Jahren abgeschlossenen Behandlungsfälle – in die Prüfung einbezogen werden.

(4) Im übrigen gelten die Bestimmungen über die Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung entsprechend.

§ 18
Beratung gemäß § 106 Abs. 1a SGB V

Aufgreifkriterium für eine Sichtung im Rahmen des Beratungsverfahrens ist grundsätzlich die Erstzulassung als Zahnarzt in eigener Praxis im Zuständigkeitsbereich der KZV NR.
Zur Erfüllung ihrer Beratungsaufgaben nach § 106 Abs. 1a SGB V benennt die Prüfungsstelle einen zahnärztlichen Berater, der gemeinsam mit einem sachkundigen Berater der Krankenkassen nach zwei vollständig abgerechneten Quartalen eine geeignete Anzahl von KCH-Abrechnungsbelegen der o.g. Praxen sichtet. Bei Bedarf können weitere Unterlagen i.S.d. § 11 angefordert werden.
In einem evtl. folgenden Prüfverfahren gilt nach wie vor der Grundsatz aus § 106 Abs. 5 Satz 2 SGB V.
Ist eine Beratung nach Sichtung nicht erforderlich, ist der Prüfgegenstand für die beiden zugrundeliegenden Quartale verbraucht. Dies gilt ebenfalls, wenn nach durchgeführter Beratung keine Hinweise erforderlich sind.
In diesem Beratungsverfahren kann die Prüfungsstelle keine weitergehenden Maßnahmen festsetzen.

§ 19
Verordnungsweise

(1) Die Prüfungsstelle prüft die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise bei Arzneien und Heilmitteln. Zusätzlich prüft die Prüfungsstelle für den Primärkassenbereich auch die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise für den Sprechstundenbedarf.

(2) Ein Prüfverfahren soll innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten nach Eingang der Verordnung bei der kostentragenden Krankenkasse eingeleitet werden.

(3) In die Prüfung können insgesamt jeweils die Verordnungen der letzten vier Quartale, die am Tag der Einleitung des Prüfverfahrens abgerechnet sind, einbezogen werden.

(4) Die Prüfung beim Sprechstundenbedarf erfolgt in der Art, dass der verordnete Sprechstundenbedarf mit den erbrachten Leistungen verglichen wird.

(5) Ist der Antrag auf Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise begründet, so wird der zu erstattende Betrag festgesetzt.

§ 20
Feststellung des sonstigen Schadens

(1) Die Krankenkassen können die Feststellung eines sonstigen Schadens beantragen, den der Zahnarzt infolge schuldhafter Verletzung vertragszahnärztlicher Pflichten verursacht hat (z. B. schuldhafte Ausstellung unrichtiger Bescheinigungen, Verordnungen nicht zulässiger Mittel).

(2) Die Feststellung eines sonstigen Schadens erfolgt im Einzelfall.

(3) Zum sonstigen Schaden rechnen nicht:

- sachliche und rechnerische Berichtigung,
- Wirtschaftlichkeitsprüfung,
- prothetische Behandlungsfälle nach Ablauf der gemäß § 136 b Abs. 4 SGB V vereinbarten Dauer der Gewährleistung,
- Mängelrügen,
- Leistungen, die nachweisbar in betrügerischer Absicht abgerechnet wurden.

(3) Anträge auf Feststellung eines sonstigen Schadens können innerhalb von 12 Monaten nach Ablauf eines Kalendervierteljahres gestellt werden, in dem die Krankenkasse Kenntnis von der Entstehung des Schadens und der Person des Ersatzpflichtigen erlangt. Unberührt hiervon bleibt der aus allgemeinen Rechtsgrundsätzen herrührende Anspruch auf Schadensersatz aus unerlaubter Handlung. Ein Antrag auf Feststellung eines sonstigen Schadens ist zu begründen und soll Angaben über die Höhe des Schadens enthalten.

(4) Ist ein Schaden infolge schuldhaften Verhaltens des Vertragszahnarztes festgestellt, so wird der zu erstattende Betrag festgesetzt.

§ 21
Statistische Unterlagen

Die KZV NR liefert der Sichtungsstelle als potentielles Aufgreifkriterium zur Auswahl zu prüfender Zahnärzte nach § 16 Abs.1 b) 100-Fall-Statistiken bezogen auf die Vergleichsgruppen der Vertragszahnärzte und der Mund- Kiefer- Gesichtschirurgen und zwar 15% der stärksten Überschreiter und 5% der stärksten Unterschreiter in anonymisierter Form (Anlage 1).

Nach Auswahl der zu prüfenden Zahnärzte liefert die KZV NR der Prüfungsstelle Bezugsleistungsvergleiche entsprechend Anlage 2. Diese werden ebenfalls von der KZV NR der Prüfungsstelle für die Zahnärzte zur Verfügung gestellt, die nach § 15 (Stichprobenprüfung) geprüft werden.

§ 22
Nachuntersuchungen

(1) Zur Sicherung ihrer Entscheidung über die Behandlung eines Zahnarztes können die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss Nachuntersuchungen veranlassen.

(2) Die Einladung zur Nachuntersuchung erfolgt durch die Krankenkasse des Versicherten. Die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss beauftragt einen nicht am Verfahren beteiligten Vertragszahnarzt mit der Durchführung der Nachuntersuchung. Dabei soll auf den Praxissitz des betroffenen Zahnarztes und den Wohnort des Versicherten Rücksicht genommen werden. Die Nachuntersuchung soll in der Praxis des beauftragten Vertragszahnarztes durchgeführt werden. Als Ort der Nachuntersuchung kann mit Einverständnis des betroffenen Zahnarztes auch seine Praxis bestimmt werden.

(3) Der Berichterstatter der jeweiligen Prüfungseinrichtung, ggf. in Begleitung eines sachkundigen Beraters der Krankenkassen, sowie der betroffene Zahnarzt haben das Recht auf Teilnahme an der Nachuntersuchung. Die Prüfungseinrichtung hat den betroffenen Zahnarzt über Zeit und Ort der vorgesehenen Untersuchung zu verständigen.

(4) Die Prüfungseinrichtungen können in ihren Entscheidungen je nach dem Ergebnis der Nachuntersuchung die Kosten der Nachuntersuchung

(a) dem betroffenen Vertragszahnarzt auferlegen, in dem Rahmen wie die Nachuntersuchungen Beanstandungen ergeben haben, oder

(b) den Prüfungseinrichtungen zu Lasten der Vertragspartner auferlegen, wenn die Nachuntersuchungen keine oder nur geringe Beanstandungen ergeben haben sollten.

§ 23
Bescheide

(1) Die Entscheidung der Prüfungsstelle ergeht durch Bescheid. Der Bescheid ist schriftlich abzusetzen und ist den Beteiligten gemäß § 8 bekannt zu geben.

(2) Der Bescheid enthält die Entscheidung, den Sachverhalt und die tragenden Gründe der Entscheidung. Er muss sich mit den wesentlichen Einwänden der Beteiligten auseinandersetzen und ist mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen.

(3) Gegen den Bescheid der Prüfungsstelle kann Widerspruch beim Beschwerdeausschuss erhoben werden. Der Widerspruch hat aufschiebende Wirkung.

(4) Bescheide sind fünf Jahre aufzubewahren.

Abschnitt IV: Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss

§ 24
Aufgaben des Beschwerdeausschusses

Der Beschwerdeausschuss entscheidet über Widersprüche gegen Entscheidungen der Prüfungsstelle. Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss gilt als Vorverfahren im Sinne des § 78 Sozialgerichtsgesetz (§ 106 Abs. 5 Sätze 3–7 SGB V).

§ 25
Widerspruch

(1) Gegen Entscheidungen der Prüfungsstelle können

(a) der betroffene Zahnarzt,

(b) die Krankenkasse(n),

(c) die KZV NR,

(d) jeder betroffene Verband

binnen eines Monats Widerspruch einlegen. Der Widerspruch ist den Beteiligten unverzüglich bekannt zu geben. Der Widerspruch einer Krankenkassen oder eines Verbandes wirkt für alle an der Abrechnung beteiligten Krankenkassen.

(2) Die Prüfungsstelle hat die Abrechnungsunterlagen so lange zu verwahren, bis der Beschluss Rechtskraft erlangt hat.

§ 26
Vorsitz

Der Beschwerdeausschuss wird durch seinen unparteiischen Vorsitzenden geleitet.

Der Vorsitzende / Stellvertreter ist für die Durchführung der Aufgaben des Ausschusses verantwortlich. Er führt die laufenden Geschäfte des Ausschusses und bedient sich hierzu der Geschäftsstelle. Insbesondere hat er

(a) die Sitzungstermine im Benehmen mit den Ausschussmitgliedern festzusetzen,

(b) soweit erforderlich, unabhängige Sachverständige mit der Erstellung von Gutachten zu beauftragen,

(c) in Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle die Entscheidungen vorzubereiten, einschl. der Anforderung von Angaben und Beweismitteln von den Beteiligten sowie der Zustellung von Anträgen und Schriftsätzen an die Beteiligten,

(d) die Sitzungen zu leiten und

(e) den Ausschuss gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten.

§ 27
Geschäftsstelle

Die Geschäftsstelle des Beschwerdeausschusses hat

(a) die Datengrundlagen für die Prüfungen zu erstellen und die für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit relevanten Sachverhalte mit der dafür erforderlichen Fachkompetenz aufzubereiten,

(b) im Auftrag des Vorsitzenden mit einer Frist von mindestens zwei Wochen zu Ausschusssitzungen zu laden und das Protokoll zu führen,

(c) die Entwürfe der Niederschriften und Bescheide zu erstellen,

(d) Stellungnahmen zu Verfahren, Niederschriften und Bescheiden sowie die Sitzungsprotokolle zu versenden,

(e) die Verfahrensakten zu führen und ein laufendes Verzeichnis über Widersprüche, Klageverfahren und deren Ergebnisse zu führen und quartalsweise den Ausschussmitgliedern vorzulegen,

§ 28
Terminbestimmung

(1) Der Vorsitzende/Stellvertreter bestimmt den Termin der Verhandlung nach Abstimmung mit der Geschäftsstelle und im Benehmen mit den übrigen Mitgliedern des Ausschusses.

(2) Der Termin soll - von begründeten Ausnahmefällen abgesehen - innerhalb von drei Monaten nach Bekanntgabe des Widerspruches an die Verfahrensbeteiligten stattfinden.

(3) Der Termin soll den Mitgliedern des Beschwerdeausschusses unter Mitteilung der Tagesordnung sowie unter Beifügung der erforderlichen Sitzungsunterlagen spätestens zwei Wochen vor der Sitzung schriftlich bekannt gegeben werden.

§ 29
Berichterstatter

(1) Der unparteiische Vorsitzende des Beschwerdeausschusses bestimmt zur Vorbereitung der mündlichen Verhandlung, einen Berichterstatter, der ein in der vertragszahnärztlichen Versorgung erfahrener Zahnarzt und Mitglied oder stellvertretendes Mitglied des Beschwerdeausschusses sein muss.

(2) Der Berichterstatter trägt in der Sitzung den Sachverhalt und seine Feststellungen mündlich vor.

§ 30
Ladung

(1) Die Beteiligten sollen mit einer Frist von mindestens zwei Wochen zur Sitzung eingeladen werden. Dabei ist mitzuteilen, welche Unterlagen mitgebracht werden sollen. Bereits vor der förmlichen Ladung kann eine Vorankündigung erfolgen.

(2) Sollen patientenbezogene Unterlagen mitgebracht werden, so ist der Einladung eine nach Krankenkassen gegliederte, namentliche Aufstellung der betreffenden Patienten in alphabetischer Reihenfolge beizufügen.

(3) Aus wichtigem Grund kann einem Vertagungsantrag stattgegeben werden. Die Beteiligten sind darauf hinzuweisen, dass auch im Falle ihres Ausbleibens verhandelt und entschieden werden kann. Das Fernbleiben ist unter Angabe von Gründen in der Regel spätestens 24 Stunden vor Sitzungsbeginn der Geschäftsstelle mitzuteilen.

§ 31
Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss

(1) Der Beschwerdeausschuss entscheidet über den Widerspruch aufgrund mündlicher Verhandlung.

(2) Im Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss gilt das Verbot der „reformatio in peius", wenn der Zahnarzt und/oder die KZV NR Widerspruch gegen eine Entscheidung eingelegt hat; es sei denn, dass auch eine Krankenkasse oder ein Verband Widerspruch eingelegt haben.

(3) Der Beschwerdeausschuss entscheidet über die Kosten des Vorverfahrens auf der Grundlage des § 63 SGB X.

§ 32
Beschlussfähigkeit / Abstimmung

(1) Der Beschwerdeausschuss beschließt mit Stimmenmehrheit. Es wird offen abgestimmt; Stimmenthaltungen sind unzulässig. Er ist beschlussfähig, wenn mindestens je zwei Vertreter der Krankenkassen und der KZV NR sowie der unparteiische Vorsitzende oder sein Stellvertreter anwesend sind. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des unparteiischen Vorsitzenden den Ausschlag.

(2) Ist Parität der Mitglieder nicht gegeben, so werden die nicht abstimmungsberechtigten Mitglieder durch Los ermittelt, sofern Mitglieder der überparitätisch repräsentierten Ausschussgruppe nicht freiwillig auf das Stimmrecht verzichten. Die nicht abstimmungsberechtigten Mitglieder können als Beobachter ohne Beratungs- und Stimmrecht bei der weiteren Sitzung des Ausschusses mit Ausnahme der Beschlussfassung anwesend bleiben, soweit die paritätische Höchstzahl nach § 5 nicht überschritten wird. Der Berichterstatter nimmt nicht am Losverfahren teil.

(3) Teilnahmeberechtigt an der Beschlussfassung sind der unparteiische Vorsitzende / Stellvertreter und die stimmberechtigten Ausschussmitglieder. Dem Protokollführer kann die Anwesenheit bei der Beratung gestattet werden.

§ 33
Beschlüsse

(1) Die Entscheidung ergeht durch Beschluss. Der Beschlussfassung muss eine Beratung vorausgehen.

(2) Eine übereinstimmende Beschlussfassung ist anzustreben.

§ 34
Niederschrift

Über die Sitzung ist eine Niederschrift aufzunehmen, die die Namen der Sitzungsteilnehmer, die wesentlichen Erklärungen und Feststellungen sowie die Entscheidung enthält.

Die Niederschrift soll innerhalb einer Frist von vier Wochen angefertigt, vom Vorsitzenden unterzeichnet und den Beteiligten übersandt werden. Die Niederschrift ist fünf Jahre aufzubewahren.

§ 35
Form des Beschlusses

(1) Der Beschluss ist in Form eines Bescheides schriftlich abzusetzen und soll den Beteiligten innerhalb von sechs Wochen nach Beschlussfassung bekannt gegeben werden. Er muss spätestens nach fünf Monaten bekannt gegeben sein.

(2) Der Bescheid enthält die Entscheidung, den Sachverhalt und die tragenden Gründe der Entscheidung. Er muss sich mit den wesentlichen Einwänden der Beteiligten auseinandersetzen und ist mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen. Er ist vom unparteiischen Vorsitzenden / Stellvertreter zu unterzeichnen.

(3) Gegen den Bescheid des Beschwerdeausschusses kann Klage beim Sozialgericht Düsseldorf erhoben werden; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung, § 106 Abs. 5 SGB V.

(4) Bescheide sind fünf Jahre aufzubewahren.

Abschnitt V: Schlussbestimmungen

§ 36
Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt zum 01.01.2008 in Kraft.

§ 37
Kündigung

(1) Diese Vereinbarung kann mit sechsmonatiger Kündigungsfrist zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung gilt diese Vereinbarung weiter.

(2) Die Kündigung eines Verbandes berührt die Weitergeltung der Verfahrensordnung für die übrigen Verbände nicht.

Protokollnotiz
Aufgrund der durch das GKV-WSG vorgegebenen Neuordnung der Verbandsstruktur im Ersatzkassenbereich, wird das Vertragsrubrum – entsprechend Unterzeichner – ab dem 01.07.2008 angepasst.

Ggf. notwendige redaktionelle Änderungen der gemeinsamen Prüfvereinbarung werden zu diesem Zeitpunkt ebenfalls vorgenommen.

Düsseldorf, Bochum, Bergisch-Gladbach, Essen, Münster, den 21.12.2007

Kassenzahnärztliche
Vereinigung Nordrhein

.....
Ralf Wagner
Vorsitzender des Vorstandes

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse

.....
Cornelia Prüfer-Storcks
Mitglied des Vorstandes

BKK Landesverband
Nordrhein – Westfalen

.....
Jörg Hoffmann
Vorsitzender des Vorstandes

IKK Nordrhein

.....
Dr. Brigitte Wutschel-Monka
Vorstandsvorsitzende der IKK Nordrhein

Landwirtschaftliche Krankenkasse
Nordrhein - Westfalen

.....
Heimo-Jürgen Döge
Hauptgeschäftsführer

VdAK Landesvertretung
Nordrhein – Westfalen

.....
Andreas Hustadt
Leiter der Landesvertretung

Knappschaft
Die Geschäftsführung
I.V.

.....
~~Rolf Stadié~~ Klaus Jochheim
~~Direktor~~

AEV Landesvertretung
Nordrhein – Westfalen

.....
Andreas Hustadt
Leiter der Landesvertretung

Anlage 1

Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein

100-Fall-Statistik Quartal IV / 2005

KZV NORDRHEIN

Praxis

		lfd. Quartal	III / 2005	II / 2005	I / 2005
Fallzahl		636	396	448	422
Punkte je Fall		77,72	85,87	95,63	97,68
Vergleichswert NR:	Alle Praxen	75,19	83,39	85,69	85,34
Abweichung abs.		2,53	2,48	9,94	12,34
Abweichung %		3,36	2,98	11,60	14,47
Chir. Leistungen %		8,54	10,43	8,65	6,46
Gesamtpunktzahl		49.430	34.005	42.841	41.223

LP	Abk.	Anz.	ZA-DS %	KZV-DS %	Abw. %
1465				0,01	
1467				0,01	
1468				0,01	
1479				0,02	
2008				0,01	
2009				0,15	
2010				0,01	
2250				0,01	
2253				0,01	
2254				0,01	
2255				0,01	
2380				0,01	
2381				0,05	
2382				0,01	
2386				0,01	
2430	Inz2			0,05	
2401				0,01	
2402				0,01	
2404				0,01	
2584				0,01	
2586				0,01	
7500				0,33	
7501				0,01	
7502				0,01	
7503				0,01	
7504				0,01	
7505				0,01	
7506				0,01	
7510				0,12	
7511				0,01	
7512				0,01	
7513				0,01	
7514				0,01	
7515				0,01	
7516				0,01	
7600				0,53	
7601				0,01	
7602				0,01	
7700		5	0,79	2,36	-66,53
7750				0,63	
8271				0,01	
8272				0,01	
Å1	Ber	134	21,07	32,50	-35,17
Å161	Inz1			0,87	
Å925a	RÖ2	85	13,36	20,70	-35,46
Å925b	RÖ5	2	0,31	1,10	-71,82
Å925c	RÖ8			0,19	
Å925d	Stat			0,28	
Å935d		36	5,66	4,80	17,92
01	U	501	78,77	70,24	12,14
02	Ohn	1	0,16	0,07	128,57
03	Zu			1,35	
05				0,01	
8	Vipr	142	22,33	22,95	-2,70
10	ÜZ	58	9,12	7,05	29,36
11	pV			0,05	
12	bMF	181	28,46	16,85	68,90
13a	F1	84	13,21	14,94	-11,58
13a0				0,55	
13a1				0,17	
13b	F2	86	13,52	19,93	-32,16
13b0				1,05	
13b1				0,32	
13c	F3	72	11,32	10,09	12,19
13c0				0,61	
13c1				0,19	
13d	F4	17	2,67	5,35	-50,09
13d0				0,22	
13d1				0,06	
13e				0,03	
13f				0,04	
13g				0,03	
16	St			0,52	
23	Ekr	49	7,70	5,25	46,67
25	Cp	62	9,75	12,43	-21,56
26	P			0,97	
27	Pulp			0,08	
28	VitE	24	3,77	4,66	-19,10
29	Dev	9	1,42	0,41	246,34
31	Trep1	15	2,36	2,66	-11,28
32	WK	64	10,06	9,48	6,12
34	Med	60	9,43	6,69	40,96
35	WF	38	5,97	6,80	-12,21
36	Nbl1			0,16	
37	Nbl2			0,09	
38	N	158	24,84	12,40	100,32
40	L	192	30,19	34,32	-12,03
41a	L1	111	17,45	17,86	-2,30
41b	L2			0,01	
43	X1	48	7,55	4,60	64,13
44	X2	36	5,66	4,05	39,75
45	X3	40	6,29	2,88	118,40
46	XN	2	0,31	0,33	-6,06
47a	Ost1	13	2,04	1,67	22,16
47b	Hem			0,02	
48	Ost2	4	0,63	1,12	-43,75
49	Exz1	46	7,23	4,37	65,45
50	Exz2	6	0,94	0,37	154,05
51a	Pla1			0,05	
51b	PlaO	2	0,31	0,20	55,00
52	Trep2			0,01	
53	Ost3	1	0,16	0,01	1.500,00
54a	WR1	2	0,31	0,21	47,62
54b	WR2			0,41	
54c	WR3			0,18	
55	R1			0,01	
56a	Zy1	1	0,16	0,09	77,78
56b	Zy2			0,01	
56c	Zy3			0,29	
56d	Zy4			0,01	
57	SMS	1	0,16	0,07	128,57
58	KnR			0,07	
59	Pla2			0,04	
60	Pla3			0,01	
61	Dia	1	0,16	0,04	300,00
62	Alv			0,21	
63	Fl			0,04	
105	Mu	133	20,91	16,64	25,66
106	aK	94	14,78	12,88	14,75
107	Zat	365	57,39	32,00	79,34
IP1		40			
IP2		42			
IP4		42			
IP5		4			

Bezugsleistungsvergleiche

Anlage 2

QUARTAL	PRAXIS:	GRUPPE: VZÄ	
Leistung	im Verhältnis zu	Praxis	NR
Ä1	01		
8	25, 26, 28, 29, 31		
12	13a, 13b, 13c, 13d, 13e, 13f, 13g		
25	13a, 13b, 13c, 13d, 13e, 13f, 13g		
26	13a, 13b, 13c, 13d, 13e, 13f, 13g		
28	34		
38	43, 44, 45, 46, 47a, 47b, 48, 49, 50, 51a, 51b, 52, 53, 54a, 54b, 54c, 55, 56a, 56b, 56c, 56d, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63		
40	13a, 13b, 13c, 13d, 13e, 13f, 13g, 43, 44, 45, 46, 47a, 47b, 48, 49, 50, 51a, 51b, 52, 53, 54a, 54b, 54c, 55, 56a, 56b, 56c, 56d, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63		
41a	13a, 13b, 13c, 13d, 13e, 13f, 13g, 43, 44, 45, 46, 47a, 47b, 48, 49, 50, 51a, 51b, 52, 53, 54a, 54b, 54c, 55, 56a, 56b, 56c, 56d, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63		
32	34		
32	35		
32	28		
45, 47a	43,44		

IV-3

Vereinbarung über das Verfahren bei der Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen

Vereinbarung

über das Verfahren bei der Behandlung

von Kiefergelenkserkrankungen

zwischen

der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein
Lindemannstr. 34-42, Düsseldorf
(nachfolgend KZV Nordrhein genannt)

und

den Ersatzkassen

- Techniker Krankenkasse
- BARMER
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
vertreten durch den
Leiter der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

Präambel

Mit der folgenden Vereinbarung regeln die Vertragspartner nach § 14 Abs. 2 i. V. m. Anlage 2 zum EKV-Z, das weitere Verfahren bei der Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen.

1. Auf der Grundlage der gemeinsamen Abrechnungsbestimmungen zu den Gebührennummern K1 - K4 im Bema-Teil 2 vereinbaren die Vertragspartner im Landesteil Nordrhein, dass für die Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen auf die vorherige Kostenübernahmeerklärung der Ersatzkasse (Genehmigungsverfahren) verzichtet wird. Dies gilt für alle Leistungen, die unter den Nummern K1 - K4 über den Bema-Teil 2 abgerechnet werden, mithin auch für Aufbissbehelfe und Schienen bei der Behandlung von Parodontalerkrankungen.

2. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die Möglichkeit der Wirtschaftlichkeitsprüfung weiterhin gewährleistet ist.

3. Nach Ablauf eines jeden Kalenderjahres nehmen die Vertragspartner eine gemeinsame Auswertung der bis dahin abgerechneten Fälle vor. Dabei wird insbesondere die Mengenentwicklung einer kritischen Prüfung unterzogen.

4. Um eine Überprüfung seitens der Ersatzkasse sicherzustellen, geben die Zahnärzte bei der Abrechnung auf dem Abrechnungsformular für Kiefergelenkserkrankungen den Befund oder die Diagnose in geeigneter Weise an.

5. Das Verfahren bzw. die Ausfüllbestimmungen für den „Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch" bei Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch) bleiben von dieser Regelung unberührt.

6. Die Abrechnungsfähigkeit der BEMA-Position 2 wird durch diese Vereinbarung nicht berührt.

7. Diese Vereinbarung gilt ab 01.01.2018 für einen zweijährigen Erprobungszeitraum bis zum 31.12.2019. Während dieses Zeitraums werden die Inhalte des § 2 Anlage 3 EKV-Z durch das zuvor beschriebenen Verfahren ersetzt. Vor Beendigung des Erprobungszeitraums werden die Vertragspartner die Er-

gebnisse analysieren und bewerten und sich über Parameter der Fortsetzung dieser Vereinbarung verständigen.

Düsseldorf, den 25.01.2018

Verband der Ersatzkassen e.V.
Dirk Ruiss
Leiter vdek-Landesvertretung
Nordrhein-Westfalen

Düsseldorf, den 25.01.2018

Ralf Wagner
Vorsitzender der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung
Nordrhein

IV-4

Verfahrensordnung
Prothetik-Einigungsausschuß

Prothetik-Einigungsverfahren

§ 1

(1) Im Prothetik-Einigungsverfahren wird beraten und/oder entschieden über Einsprüche des Zahnarztes und/oder der Krankenkasse gegen die Stellungnahme des Gutachters bei prothetischen Planungsfällen sowie über die Beanstandungen bei prothetischen Leistungen.

(2) Zur Durchführung der Verfahren werden als besondere Prüfungseinrichtungen im Sinne des § 106 Absatz 4 SGB V für den Bezirk der Kassen-Zahnärztlichen Vereinigung Nordrhein ein Prothetik-Einigungsausschuß und ein Prothetik-Beschwerdeausschuß als Widerspruchsstelle gebildet.

(3) Der Prothetik-Einigungsausschuß und Prothetik-Beschwerdeausschuß bestehen aus je 4 Vertretern der KZV-Nordrhein und der Landesverbände der Krankenkassen in Nordrhein. Die KZV-Nordrhein und die Landesverbände benennen ihre Vertreter sowie Stellvertreter in genügender Zahl. Die Vertretung untereinander ist möglich.

Der im anstehenden Fall bereits tätig gewordene Gutachter oder der betroffene Zahnarzt dürfen insoweit im Prothetik-Einigungsausschuß und Prothetik-Beschwerdeausschuß nicht mitwirken.

(4) Die Geschäftsführung des Prothetik-Einigungsausschusses und des Prothetikbeschwerdeausschusses liegt bei der KZV-Nordhrein.

§ 2

(1) Die Kosten der Geschäftsführung trägt die KZV-Nordrhein.

(2) Die Kosten für Vertretungen im Einigungsausschuß tragen die jeweils entsendenden Stellen.

(3) Zahnarzt und Krankenkasse tragen ihre Kosten.

. . .

§ 3

Den Vorsitz führt jährlich wechselnd ein Vertreter der KZV-Nordrhein und ein Vertreter der Landesverbände. Ist der Vorsitzende verhindert, so wird er jeweils von einem Stellvertreter seiner Gruppe vertreten. Wurde im Verfahren vor dem Prothetik-Einigungsausschuß unter dem Vorsitz eines Vertreters der KZV-Nordrhein verhandelt und entschieden, so ist anzustreben, daß das entsprechende Verfahren vor dem Beschwerdeausschuß unter dem Vorsitz eines Vertreters der Landesverbände stattfindet. Das gleiche gilt im umgekehrten Fall.

§ 4

(1) Der Einigungsausschuß ist beschlußfähig, wenn mindestens je zwei Vertreter der KZV-Nordrhein und der Landesverbände, darunter der Vorsitzende oder sein Stellvertreter, anwesend sind.

(2) Ist die Parität nicht gegeben, wird das nicht abstimmungsberechtigte Mitglied durch Los ermittelt, sofern ein Mitglied der überparitätisch repräsentierten Gruppe nicht freiwillig auf das Stimmrecht verzichtet. Das ausgeloste Ausschußmitglied kann als Beobachter ohne Beratungs- und Stimmrecht bei der weiteren Sitzung des Einigungsausschusses anwesend bleiben. Der Vorsitzende nimmt am Losverfahren nicht teil.

§ 5

Die Geschäftsstelle des Prothetik-Einigungsausschusses informiert unverzüglich die betroffene Krankenkasse, wenn ein Zahnarzt den Prothetik-Einigungsausschuß angerufen hat. Das gleiche gilt für den umgekehrten Fall.

§ 6

(1) Bei prothetischen Planungsfällen haben der Zahnarzt und/oder die Krankenkasse das Recht, innerhalb von 3 Wochen nach Eingang der Stellungnahme des Gutachters einen weiteren zahnärztlichen Sachverständigen anzurufen. Nach Ablauf dieser Frist entscheidet die Krankenkasse über den Behandlungsplan unter Berücksichtigung des Gutachtens.

...

Der Antrag des Zahnarztes ist an die zuständige Krankenkasse zu richten. Für die Durchführung gelten im übrigen die Regelungen des Erstgutachterverfahrens entsprechend.

(2) Die Kosten der Zweitbegutachtung, einschließlich der Kosten für notwendige Befundunterlagen, tragen die KZV-Nordrhein und die Krankenkasse je zur Hälfte (siehe Anlage 1). Gegenüber dem zweiten Sachverständigen leistet die beauftragende Krankenkasse die gesamten Kosten im voraus und stellt sie der KZV-Nordrhein monatlich in Rechnung.

Der Zahnarzt trägt die Gebühren, wenn der zweite Sachverständige das Erstgutachten vollinhaltlich bestätigt und die Anrufung des Sachverständigen durch den Zahnarzt erfolgt ist. Dies gilt entsprechend für die Krankenkassen. In Zweifelsfällen entscheidet der Prothetik-Einigungsausschuß.

(3) Die zweiten Sachverständigen werden in ausreichender Zahl einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien bestellt. Dabei soll den Belangen der Patienten, den zweiten Sachverständigen ortsnah zu erreichen, Rechnung getragen werden.

(4) Gegen das Gutachten des zweiten Sachverständigen können der Zahnarzt und/oder die Krankenkasse innerhalb von 14 Tagen nach Eingang den Prothetik-Einigungsausschuß anrufen. Nach Ablauf der Frist entscheidet die Krankenkasse über den ausgestellten Behandlungsplan unter Berücksichtigung der vorliegenden Gutachten.

§ 7

(1) Das Prothetik-Einigungsverfahren bei Planungsfällen dient dazu, den Zahnarzt fachlich zu beraten und der Krankenkasse eine sach- und fachgerechte Unterstützung beim Erlaß des Verwaltungsaktes gegenüber ihren Versicherten zu ermöglichen.

(2) Der Prothetik-Einigungsausschuß soll, falls es zu keiner Einigung kommt, gegebenenfalls nach Einschaltung der bei der Zahnärztekammer eingerichteten Gutachterkommission, eine Empfehlung zur prothetischen Planung im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung geben.

Die Empfehlungen des Prothetik-Einigungsausschusses sind nicht rechtsmittelfähig.

...

§ 8

Bei Beanstandungen prothetischer Leistungen findet das Verfahren nach § 6 keine Anwendung.

§ 9

(1) Bis zu einer Regelung auf Bundesebene über die Dauer der Gewährleistung bei Zahnersatz/Zahnkronen gehen die Partner dieser Vereinbarung davon aus, daß Beanstandungen bei prothetischen Leistungen innerhalb eines Jahres nach der endgültigen Eingliederung beim Prothetik-Einigungsausschuß geltend gemacht werden können. Die Anrufung des Gutachters unterbricht diese Frist.

(2) Regeln die Partner des Bundesmantelvertrages-Zahnärzte die Gewährleistung abweichend, wird diese Regelung Bestandteil dieser Vereinbarung.

§ 10

(1) Die Sitzung des Einigungsausschusses soll möglichst innerhalb von drei Wochen nach der Anrufung stattfinden. Den Ausschußmitgliedern werden die Unterlagen rechtzeitig zur Verfügung gestellt. Die Einladung soll möglichst 10 Tage vor der Sitzung erfolgen.

(2) Zahnarzt und Krankenkasse sind zur Mitwirkung am Prothetik-Einigungsverfahren verpflichtet.

(3) Zahnarzt und Krankenkasse sind berechtigt, an der Verhandlung vor dem Prothetik-Einigungsausschuß teilzunehmen. In der Einladung ist darauf hinzuweisen, daß auch in Abwesenheit des Zahnarztes und/oder der Krankenkasse verhandelt und entschieden werden kann.

(4) Beratung und Beschlußfassung erfolgen in Abwesenheit des Zahnarztes und der Krankenkasse.

...

§ 11

(1) Zur Unterstützung bei der Entscheidungsfindung kann der Einigungsausschuß sich zur Klärung zahnmedizinischer Fragen der bei der Zahnärztekammer Nordrhein eingerichteten Gutachterkommission bedienen.

(2) Für die Einrichtung der Gutachterkommission gilt der zwischen der KZV-Nordrhein und der Zahnärztekammer geschlossene Vertrag vom 14.01.1981 (siehe Anlage 2).

(3) Die Gutachterkommission hat ebenso wie der Einigungsausschuß bei ihren Beurteilungen die Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche kassenzahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und mit Zahnkronen zu beachten.

(4) Für die Bestellung der Patienten bzw. Versicherten gilt die Regelung aus dem Prothetik-Gutachterverfahren (Anlage 12 zum BMV-Z).

(5) Die Gutachterkommission soll spätestens innerhalb von vier Wochen ihre Stellungnahme abgeben.

(6) Die Gebühren der Gutachterkommission betragen je Gutachten 270,00 DM; sie werden hälftig von der KZV-Nordrhein und der betroffenen Krankenkasse getragen. Die Reisekosten der Gutachter trägt die KZV.

§ 12

(1) Ist eine einvernehmliche Regelung nicht zu erreichen, ist der Prothetik-Einigungsausschuß zur Entscheidung verpflichtet.

An Anträge oder das Vorbringen der Beteiligten ist der Einigungsausschuß nicht gebunden. Nach Möglichkeit soll eine einheitliche Entscheidung angestrebt werden, die auch die Belastung mit Gutachterkosten berücksichtigt. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(2) Die Entscheidung des Prothetik-Einigungsausschusses wird dem Zahnarzt und der Krankenkasse unverzüglich mitgeteilt.

(3) Die KZV-Nordrhein und die Landesverbände sind verpflichtet, auf die Realisierung der Entscheidung hinzuwirken.

...

§ 13

Gegen die Entscheidung des Prothetik-Einigungsausschusses können
der betroffene Zahnarzt,
die betroffene Krankenkasse,
der betroffene Landesverband der Krankenkassen,
die KZV-Nordrhein

binnen eines Monats nach Zugang Widerspruch beim Prothetik-Beschwerdeausschuß einlegen. Der Widerspruch ist den Beteiligten unverzüglich bekanntzugeben. Er hat aufschiebende Wirkung.

§ 14

Der Prothetik-Beschwerdeausschuß entscheidet über die Widersprüche aufgrund mündlicher Verhandlung. Es gelten die Bestimmungen über das Verfahren vor dem Prothetik-Einigungsausschuß entsprechend.

§ 15

(1) Diese Vereinbarung tritt am 1. Oktober 1991 in Kraft.

(2) Die Vereinbarung kann von jedem Beteiligten mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Kalendervierteljahres, frühestens zum 31. März 1992, gekündigt werden.

(3) Die Kündigung eines Landesverbandes berührt die Weitergeltung der Vereinbarung für die übrigen Landesverbände nicht.

Düsseldorf, Essen, Bergisch-Gladbach, 11. September 1991

Kassen-Zahnärztliche
Vereinigung Nordrhein

Dr. Osing
Vorsitzender des Vorstandes

AOK-Landesverband Rheinland

BKK-Landesverband
Nordrhein-Westfalen

IKK-Landesverband Nordrhein
und Rheinland-Pfalz

Krankenkasse der
rheinischen Landwirtschaft

Protokollnotiz zu § 11 Abs. 6 des
Prothetik-Einigungsverfahren

Die unterzeichnenden Vertragspartner sind einig, dass die Gebühr für die Gutachterkommission gemäß § 11 Abs. 6 der Vereinbarung zum Prothetik-Einigungsverfahren ab dem 01.01.2008 je Gutachten 270 € beträgt.

Düsseldorf, den 10. 12. 07

Düsseldorf, Essen, Bochum, Bergisch-Gladbach,

Kassenzahnärztliche
Vereinigung Nordrhein

ZA Ralf Wagner
Vorstandsvorsitzender

AOK Rheinland/Hamburg

BKK-Landesverband
Nordrhein-Westfalen

Knappschaft

IKK Nordrhein
Dr. Brigitte Wutschel-Monka
Vorstandsvorsitzende

Landwirtschaftliche Krankenkasse NRW

Anlage 1

zum Prothetik-Einigungsverfahren

Gebührenregelung für den Zweiten Sachverständigen

Abweichend von Ziffer I. Nr. 5 des Anhangs gemäß § 3 Abs. 3 der Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Anlage 12 zum BMV-Z/§ 25 EKVZ) erhält der Zweite Sachverständige

für ein Gutachten mit Begründung einschließlich Untersuchung des Patienten

180 Punkte x Punktwert

Daneben können die für die Begutachtung gegebenenfalls erforderlichen durch den Gutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen (z.B. Nrn. 8, Ä 925 a – d) zusätzlich berechnet werden. Die Nr. Ä 75 kann nicht zusätzlich berechnet werden.

Die neue Gebührenregelung für den Zweiten Sachverständigen tritt am 01.01.2008 in Kraft.

Düsseldorf, Essen, Bochum, Bergisch-Gladbach, 10. 12. 07

Kassenzahnärztliche
Vereinigung Nordrhein

ZA Ralf Wagner
Vorstandsvorsitzender

AOK Rheinland/Hamburg

BKK-Landesverband
Nordrhein-Westfalen

Knappschaft

IKK Nordrhein
Dr. Brigitte Wutschel-Monka
Vorstandsvorsitzende

Landwirtschaftliche Krankenkasse NRW

ID 2/2008

Anlage 2

Vertrag

zwischen

der Zahnärztekammer Nordrhein

und

der Kassen-Zahnärztlichen Vereinigung Nordrhein

---

§ 1

Die Zahnärztekammer errichtet drei Gutachterkommissionen.

§ 2

(1) Die Aufgabe der Gutachterkommissionen bestimmen sich nach den §§ 5 und 6 der Anlage 4 zu der zwischen der KZV-Nordrhein und den Landesverbänden der nordrheinischen RVO-Krankenkasse getroffenen Vereinbarung gemäß § 368 g RVO vom 23.12.1980.

(2) Die vom Prothetik-Einigungsausschuß angerufene Gutachterkommission wird nur aufgrund eines sachlich konkret bestimmten Auftrags tätig. Sie hat eine gründliche und zahnmedizinisch-wissenschaftlich fundierte Stellungnahme abzugeben.

§ 3

(1) Die Mitglieder der Gutachterkommissionen nebst erforderlichen zusätzlichen Vertretern werden von der Zahnärztekammer-Nordrhein bestellt.*

* In der Fassung der Zusatzvereinbarung vom 18.12.1990

(2) Die Gutachterkommissionen bestehen aus je drei niedergelassenen Zahnärzten, unter denen sich je ein an der kassenzahnärztlichen Versorgung teilnehmender Zahnarzt befinden soll. Die Mitglieder der Kommissionen können sich gegenseitig vertreten.

§ 4

(1) Die Geschäftsführung der Gutachterkommissionen nimmt die Zahnärztekammer wahr.

(2) Notwendige Nachuntersuchungen erfolgen in den von der Zahnärztekammer zur Verfügung gestellten Räumen.

§ 5

(1) Für seine Tätigkeit erhält jeder Gutachter für jedes Gutachten den Betrag von DM 90,00. Im Einzelfall können mit der KZV höhere Gebühren vereinbart werden.

(2) Die Mitglieder der Kommissionen erhalten für die Teilnahme an Sitzungen Sitzungsgeld und Erstattung der Reisekosten nach der Sitzungs- und Reisekostenordnung I der KZV.

Düsseldorf, den 14. Januar 1981

ZAHNÄRZTEKAMMER NORDRHEIN

Dr. Pförtner
Präsident

KASSEN-ZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG NORDRHEIN

Dr. W. Osing
Vorsitzender des Vorstandes

Protokollnotiz zu § 5 Abs. 1 der Anlage 2
zum Prothetik-Einigungsverfahren

§ 5 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

§ 5

(1) Für ihre Tätigkeit erhalten die Beisitzer ab dem 01.01.2008 jeweils 60 € und der Berichterstatter 150 €. Im Einzelfall können mit der KZV höhere Gebühren vereinbart werden.

Düsseldorf, den 10. 12. 07

Zahnärztekammer Nordrhein

Dr. Peter Engel
Präsident

Kassenzahnärztliche
Vereinigung Nordrhein

ZA Ralf Wagner
Vorstandsvorsitzender

IV-5

Leistungsverzeichnis
der zahntechnischen Leistungen
im Rahmen der
kassenzahnärztlichen Versorgung

siehe Ratgeber - Band III (gelb)
Abrechnungsratgeber der KZV NR
unter
Mat.- und Lab.-Kosten
(Leistungsverzeichnis)

IV-6

Vertrag zwischen Zahntechnikern und Kostenträgern

- unbesetzt -

IV-7

Gesamtvertrag mit der KK der rheinischen Landwirtschaft (LKK)

Vorblatt

1. Die Vereinbarung über die Festlegung des Abrechnungsbetrages zur Abrechnung der Kosten der bei Kronen, Brücken und Verbindungselementen anfallenden Dentallegierungen zwischen der Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft und der KZV-Nordrhein vom 02.07.86 ist nach "Protokollnotizen" eingeordnet.

2. Die Vereinbarung zur Bestellung von Gutachtern und zum Beratungsverfahren für Zahnersatz und Zahnkronen ist unter dieser Klappe am Schluß eingeordnet.

Die Kassen-Zahnärztliche Vereinigung Nordrhein,
Lindemannstraße 36-42, 4000 Düsseldorf,

und

der Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft,
Merowingerstraße 103-105, 4000 Düsseldorf 1,

vereinbaren

als Partner der Gesamtverträge, daß bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen zur Abrechnung der Kosten der bei Kronen, Brücken und Verbindungselementen anfallenden Dentallegierungen der Abrechnungsbetrag einmal

- für jede Krone (auch für jede Teleskopkrone)
- für die Erneuerung des Primär- und/oder Sekundärteils einer Teleskopkrone
- für jedes Brückglied

anzusetzen ist, den die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Krankenkassen sowie die Bundesknappschaft jeweils festlegen.

Für konfektionierte Teile sind die tatsächlichen Kosten anzusetzen. Für individuelle Verbindungsvorrichtungen und individuelle Stege ist der Abrechnungsbetrag nicht anzusetzen. Die Kosten der hierbei anfallenden Dentallegierungen sind mit dem Abrechnungsbetrag für Kronen und Brückglieder erfaßt.

Auf den Abrechnungsbetrag bezieht sich der Prozentsatz, den die Satzung der jeweiligen Krankenkasse als Zuschuß für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen vorsieht.

Diese Vereinbarung tritt am 01.07.86 in Kraft. Sie gilt für alle Vordrucke nach den Anlagen 3a und 3b zum BMV-Z, die ab dem 01.07.86 ausgestellt werden.

Düsseldorf, 2. Juli 1986

Kassen-Zahnärztliche Vereinigung
Nordrhein

Dr. W. Osing

Vorsitzender des
Vorstandes

Krankenkasse der
rheinischen Landwirtschaft

(Bommert)
Vorstandsvorsitzender

Anlage A
zur Vereinbarung nach § 368 g RVO zwischen der Kassen-Zahnärztlichen Vereinigung Nordrhein und der Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft vom 30. September 81

Inhaltsübersicht

Abschnitt I: Vergütungssystem
§ 1 Vergütungssystem

Abschnitt II: Abrechnung und Vergütung der Leistungen
§ 2 Bewertung der zahnärztlichen Leistungen
§ 3 Zahntechnische Leistungen aus gewerblichen Laboratorien
§ 4 Abrechnung der Leistungen
§ 5 Berechnung der Vergütung
§ 6 Berichtigung
§ 7 Rechnungslegung
§ 8 Abrechnungsunterlagen
§ 9 Zahlungsweise
§ 10 Statistische Unterlagen

Abschnitt III: Regelung sonstiger Beziehungen
§ 11 Arbeitsausschuß
§ 12 Prothetik-Einigungsverfahren

Abschnitt IV: Inkrafttreten und Kündigung
§ 13 Inkrafttreten und Kündigung

Anlage 1: Kosten für Leistungen, die in praxiseigenen Laboratorien erbracht werden
Anlage 2: Punktwertvereinbarung
Anlage 3: Zahnersatz-Statistiken
Anlage 4: Prothetik-Einigungsverfahren

Absichtserklärung und Protokollnotizen
Absichtserklärung zur Vereinbarung und den Anlagen
Protokollnotizen
zu § 2 Teilleistungen
zu § 6 Berichtigung von Fehlern in den Abrechnungen
zu § 11 Arbeitsausschuß

Abschnitt I: Vergütungssystem

§ 1

Vergütungssystem

Die Gesamtvergütung gemäß § 368 f Abs. 2 RVO sowie die Vergütung der Leistungen für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen nach § 368 f Abs. 8 RVO werden nach Einzelleistungen berechnet.

Abschnitt II: Abrechnung und Vergütung der Leistungen

§ 2

Bewertung der zahnärztlichen Leistungen

(1) Die zahnärztlichen Leistungen werden, soweit nachstehend nichts anderes bestimmt ist, nach dem gemäß § 26 Absatz 3 BMV-Z als Anlage A vereinbarten Einheitlichen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen (Bema) bewertet.

(2) Für die Kosten für Leistungen, die in praxiseigenen Laboratorien erbracht werden, gilt Anlage 1.

(3) Für zahnärztliche Leistungen, die außerhalb der Bereiche der KZV NR und der KZV Koblenz-Trier erbracht werden, gelten die im Fremdbereich zwischen der dortigen landwirtschaftlichen Krankenkasse und der jeweils zuständigen KZV abgeschlossenen Verträge. Die Höhe des Punktwertes richtet sich – mit Ausnahme für prothetische Leistungen – nach § 5. Für prothetische Leistungen gilt der für den Sitz des Zahnarztes vereinbarte Punktwert.

(4) Zahnärztliche und zahntechnische Leistungen, die in Krankenhäusern oder in poliklinischen Einrichtungen der Hochschulen ausgeführt werden, werden gemäß § 368 n Abs. 3 RVO mit den Sätzen abgegolten, die von der KZV NR im Einvernehmen mit der LKK mit diesen Instituten vereinbart werden. An den Verhandlungen nimmt die LKK teil.

§ 3

Zahntechnische Leistungen aus gewerblichen Laboratorien

(1) Für die zahntechnischen Leistungen der gewerblichen Laboratorien gelten die zwischen dem Landesinnungsverband für das Zahntechnikerhandwerk Nordrhein-Westfalen und/oder den nordrheinischen Zahntechniker-Innungen und den Landesverbänden der RVO-Krankenkassen in Nordrhein gemäß § 368g Absatz 5a RVO geschlossenen Vereinbarungen als in diesen Vertrag übernommen.

(1a) Preisnachlässe, die der Zahnarzt vom Labor erhält, sind vom Zahnarzt besonders auszuweisen und an die Krankenkassen bzw. den Versicherten weiterzugeben.* Ausgenommen hiervon sind Skonti bis zu 3 % bei einer unverzüglichen Begleichung der ordnungsgemäßen Laborrechnung (Einzelrechnung und/oder monatliche bzw. halbmonatliche Sammelrechnung) durch den Zahnarzt, d. h. spätestens innerhalb von 10 Tagen ab dem bestätigten Rechnungserhalt oder innerhalb von 14 Tagen ab Rechnungsdatum. Maßgeblich für die Einhaltung der Frist ist der Zahlungs- bzw. Scheckeingang beim Labor. Auf Absatz 4 der Anlage 1 zum Gesamtvertrag wird besonders hingewiesen.

(1b) Die KZV kann vom Zahnarzt eine Erklärung des von ihm beauftragten gewerblichen Labors verlangen, daß dieses Labor die Voraussetzungen der Handwerksordnung erfüllt und keine Beanstandungen der Handwerkskammer vorliegen. Diese Erklärung soll mindestens einmal jährlich angefordert werden.

(2) Nehmen Zahnärzte zahntechnische gewerbliche Laboratorien in Anspruch, die ihren Sitz außerhalb Nordrheins haben, gelten jeweils die am Sitz des Laboratoriums getroffenen Regelungen nach § 368g Absatz 5a RVO.

(3) Werden zahntechnische gewerbliche Laboratorien in Anspruch genommen, die ihren Sitz außerhalb des Bundesgebietes haben, so werden die für das Labor ortsüblichen Preise in tatsächlicher Höhe erstattet, jedoch nur bis zu der Höhe, die bei Inanspruchnahme eines Labors nach Absatz 1 angefallen wäre. Die Summe der nach einem ausländischen Leistungsverzeichnis erbrachten Leistungen darf den Gesamtbetrag, der sich nach der jeweils in Nordrhein gültigen Preisliste ergeben würde, nicht übersteigen. Der Zahnarzt hat der KZV eine in der jeweiligen Landeswährung ausgestellte Originalrechnung vorzulegen und auf Deutsche Mark umzurechnen sowie eine Bestätigung vorzulegen, daß die hergestellten Arbeiten zollrechtlich ordnungsgemäß eingeführt und abgefertigt worden sind und auf Anforderung der KZV die jeweils gültige ortsübliche Preisliste des Labors beizufügen. Umrechnungsbasis ist der am Tag der Rechnungsstellung amtlich festgestellte Umrechnungskurs. Belastungen

nach ausländischem Steuerrecht (Mehrwertsteuer, Umsatzsteuer usw.) können höchstens im Rahmen der in der Bundesrepublik Deutschland bestehenden Steuerbelastungen in Ansatz gebracht werden.

Im Fall der Herstellung zahntechnischer Leistungen in einem ausländischen Labor trifft den Zahnarzt eine besondere Sorgfalts- und Überwachungspflicht, insbesondere bezüglich der Qualität der zahntechnischen Leistungen. Absatz 3 der Anlage 1 gilt entsprechend. Der Zahnarzt muß darüber hinaus sicherstellen, daß ihm unabhängig von ausländischen Rechtsbestimmungen die Gewährleistung des Labors mindestens zu den deutschen Bedingungen gesichert ist. Die KZV kann hierüber eine Erklärung von ihm fordern. Ihn trifft in jedem Fall für die Gewährleistung die volle Verantwortung. Der Zahnarzt hat weiterhin dafür zu sorgen, daß die Versorgung nicht zum Nachteil der Versicherten durch die Inanspruchnahme eines ausländischen Labors verzögert wird. Im übrigen ist der Zahnarzt zur lückenlosen Auskunft gegenüber der KZV verpflichtet über alle Bedingungen, Umstände und Tatsachen im Zusammenhang mit der Beauftragung eines ausländischen Labors. Der Zahnarzt hat auch sicherzustellen, daß dieselben Bestimmungen für Legierungen angewandt werden, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland gelten. Insbesondere muß der Legierungsnachweis vorliegen. Der Zahnarzt ist verpflichtet, sich über die verwendeten Edelmetalle eingehend zu informieren und entsprechende Belege der KZV vorzulegen. Er muß sich die Möglichkeit sichern, wie bei der Beauftragung eines deutschen Labors durch Stichproben der Rohgüsse Einblick in die tatsächlich abgerechneten Gewichtsmengen zu nehmen. Für den Edelmetallpreis, künstliche Zähne und Fertigteile gelten die jeweiligen Bestimmungen zum Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen in Nordrhein.

Protokollnotiz

zur Vereinbarung über die Änderung bzw. Neufassung von § 3 der gesamtvertraglichen Vereinbarung vom 23.12.1980:

* Bankbedingte Verzögerungen gelten nicht als Pflichtverletzung im Sinne von § 3 Absatz 1a vorletzter Satz des Gesamtvertrages.

Erg.-Lfg. 2/88

– bleibt frei –

§ 4

Abrechnung der Leistungen

(1) Die Abrechnung der Leistungen erfolgt auf den vereinbarten Vordrucken (§ 17 BMV-Z). Vordrucke und Bescheinigungen – ausgenommen Behandlungsausweise für konservierend-chirurgische Behandlung und für kieferorthopädische Behandlung – hat der Kassenzahnarzt eigenhändig zu unterzeichnen und mit dem Kassenzahnarztstempel zu versehen. Wird die Praxis durch einen Vertreter geführt, so ist der Unterschrift "In Vertretung" oder "Im Auftrag" voranzusetzen.

(2) Die Richtigkeit der auf den einzelnen Behandlungsausweisen für konservierend-chirurgische Behandlung und für kieferorthopädische Behandlung vorgenommenen Eintragungen läßt sich die KZV NR durch folgende Erklärung des Zahnarztes, die jeder Abrechnung beizufügen ist, bestätigen:

Ich bestätige hiermit, daß die abgerechneten Leistungen für das ___ Quartal _____ von mir persönlich oder von einer unter meiner Aufsicht und Verantwortung tätigen Hilfsperson bzw. durch einen Assistenten oder Vertreter erbracht wurden und daß die eingereichte Abrechnung sachlich richtig ist. Soweit zahntechnische Leistungen gewerblicher Zahntechniker in Rechnung gestellt wurden, sind die Kosten in der angegebenen Höhe angefallen.

Die Bestätigung bezieht sich auf alle Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie auf die landwirtschaftlichen Krankenkassen.

_____ _____

(Datum) (Unterschrift)

Die Erklärungen verbleiben bei der KZV NR und sind der LKK auf Verlangen vorzulegen.

(3) Die KZV NR stellt unbeschadet eines eventuellen Berichtigungsanspruches der LKK die Honorarforderung rechnerisch und sachlich richtig. Sie überprüft die eingereichten Abrechnungen insbesondere darauf, ob

a) es sich um Behandlungsausweise der jeweiligen LKK handelt,

b) sie ordnungsgemäß ausgefüllt sind,

c) die berechneten Leistungen rechnerisch sowie nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen als abrechnungsfähig anzuerkennen sind,

d) Abweichungen von der genehmigten Parodontosebehandlung und der genehmigten Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels bzw. dem bezuschußten Zahnersatz-Behandlungsplan bestehen.

Die sachliche und rechnerische Richtigstellung bezieht sich auch auf die Rechnungen über Kosten für zahntechnische Leistungen nach §§ 2 und 3.

(4) Die der LKK in Rechnung zu stellende Honoraranforderung mindert sich um sachlich/rechnerische Berichtigungen nach Absatz 3.

(5) Unbeschadet der sachlichen/rechnerischen Richtigstellung sind die Leistungen auf Wirtschaftlichkeit gemäß § 368 n Abs. 5 RVO entsprechend der zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Verfahrensordnung zu prüfen.

(6) Wenn im Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung Honorarkürzungen festgestellt werden, so wird nach Eintritt der Rechtskraft solcher Beschlüsse der der LKK gutzubringende Betrag von der KZV NR unverzüglich überwiesen. Absetzungen durch die LKK erfolgen insoweit nicht.

(7) Überweisungsscheine, auf denen die auszuführenden Leistungen nach Art und Umfang bezeichnet sind (Zuweisungen), berechtigen nur zur Erbringung und Abrechnung dieser Leistungen.

§ 5

Berechnung und Vergütung

(1) Für die Errechnung der Vergütung der nach § 4 anerkannten zahnärztlichen Leistungen nach den Teilen 1 bis 5 des Bema (Anlage A zum BMV-Z) wird der sich aus der Anlage 2 ergebende Punktwert zugrunde gelegt.

(2) Mit dem Punktwert nach Anlage 2 sind die Kosten für den Sprechstundenbedarf (in der Praxis des Zahnarztes verawandte Arzneimittel, Verbandmittel und Materialien sowie Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die der Kranke zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind) abgegolten mit Ausnahme der zu Lasten der Krankenkassen verordnungsfähigen

Analgetica: zum unmittelbaren Gebrauch in der Sprechstunde oder nach schmerzhaften Eingriffen;

Sedativa und Hypnotica: zur Vorbereitung des Patienten bei chirurgischen Eingriffen;

Analeptica und Cardiaca: nur für Notfälle bei strenger Indikation; häufig genügen Mittel zur Einnahme per os.

(3) Auf den Namen des Patienten können zur Verwendung in der Praxis des Zahnarztes nur Medikamente verordnet werden, die für Leistungen nach Nr. Ä 29 Bema erforderlich sind.

(4) Neben der Vergütung nach Abs. 1 werden in der Praxis anfallende Material- und Versandkosten nach Anlage 2 erstattet.

(5) Bei prothetischen Leistungen ist der am Tage der Ausstellung des Behandlungsplanes geltende Punktwert maßgebend.

(6) Bei konservierend-chirurgischer Behandlung, Behandlungen von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels sowie kieferorthopädischen Leistungen ist jeweils der am Tage der Behandlung geltende Punktwert maßgebend.

(7) Bei der systematischen Behandlung von Parodontopathien ist der am Ende des Behandlungsfalles geltende Punktwert (letzter Behandlungstag) maßgebend.

(8) Die zahntechnischen Material- und Laboratoriumskosten werden nach Maßgabe der §§ 2 und 3 erstattet.

(9) Die Leistungen nach § 2 Abs. 4 werden nach Maßgabe der Einzelverträge abgegolten.

§ 6

Berichtigungen

(1) Die LKK kann sachliche und rechnerische Fehler in der Abrechnung innerhalb von einem Jahr nach Erhalt der Abrechnungsunterlagen (§ 8) berichtigen. Unberührt hiervon bleibt der aus allgemeinen Rechtsgrundsätzen herrührende Anspruch auf Schadensersatz.

(2) Berichtigungen der LKK sind unter Angabe

a) der Kassen-Nummer

b) des betroffenen Zahnarztes und des Patienten

c) des konkreten Beanstandungsgrundes

d) des Rückforderungsbetrages im Einzelfall, beschränkt auf den konkreten Beanstandungsgrund

der KZV NR mitzuteilen. Sie sind abrechnungsbezogen auf das jeweilige Quartal bzw. den jeweiligen Abrechnungsmonat aufzulisten.

(3) Werden sachlich/rechnerische Fehler erst im Laufe eines Prüfungs- oder Beschwerdeverfahrens (§ 368 n Abs. 5 RVO) bzw. in einem anschließenden Sozialgerichtsverfahren festgestellt, so gilt die Frist in jedem Falle als gewahrt.

§ 7

Rechnungslegung

(1) Die Gesamtvergütung für konservierend-chirurgische Leistungen und für kieferorthopädische Leistungen ist vierteljährlich abzurechnen.

(2) Die Gesamtvergütung für die systematische Behandlung von Parodontopathien und für die Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels sowie die Zuschüsse für Zahnersatz und Zahnkronen sind monatlich abzurechnen.

(3) Zahnärztliche und zahntechnische Leistungen können nachträglich nur innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Quartals bzw. Monats abgerechnet werden, in dem sie erbracht worden sind. Sie sind nach den Sätzen zu vergüten, die nach § 5 gelten.

§ 8

Abrechnungsunterlagen

(1) Die LKK erhält als Abrechnungsunterlagen

a) die vom Zahnarzt eingereichten Behandlungsausweise (Krankenscheine, Überweisungsscheine, Berechtigungsscheine), Heil- und Kostenpläne (Vordrucke nach Anlage 3 a und 3 b zum BMV-Z einschließlich der Muster 1 bis 3), Parodontal-Staten, die genehmigten Einzelfallunterlagen bei Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels jeweils in alphabetischer Reihenfolge. Labor-Rechnungen über zahntechnische Leistungen sind den Behandlungsausweisen, Heil- und Kostenplänen bzw. Parodontal-Staten beizufügen.

b) Rechnungen, getrennt nach

aa) konservierend-chirurgischer Behandlung,

bb) kieferorthopädischer Behandlung von Zahn- und Kieferfehlstellungen,

cc) Behandlung von Parodontopathien,

dd) Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels,

ee) Zuschüsse zur Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen.

c) Den Rechnungen für

konservierend-chirurgische Behandlung
und
kieferorthopädische Behandlung

werden außerdem die jeweils zahnarztbezogenen Einzelfallnachweise beigefügt.

(2) Abrechnungen und Unterlagen nach Absatz 1 – außer Prothetik – werden getrennt nach

Allgemeiner Krankenversicherung
und
Krankenversicherung der Rentner

erstellt.

Abrechnungen und Unterlagen für Prothetik werden getrennt nach

Mitgliedern (Allgemeine Krankenversicherung),
Familienangehörigen der Mitglieder (Allgemeine Krankenversicherung)

und
Altenteilern (Rentnern) und ihren Familienangehörigen (Krankenversicherung der Rentner)

erstellt.

§ 9

Zahlungsweise

(1) Auf die Gesamtvergütung nach § 7 Abs. 1 leistet die LKK bis zum 15. eines jeden Monats für den vorangegangenen Monat Abschlagszahlungen in Höhe von 30 v. H. der für das im gleichen Quartal des Vorjahres gezahlten Gesamtvergütung. Dabei sind Punktwertveränderungen zu berücksichtigen. Die Beträge sind nach kaufmännischer Regel auf volle 1.000 DM zu runden.

(2) Die Restbeträge der Gesamtvergütung nach § 7 Abs. 1 sind nach Eingang der Abrechnungsunterlagen innerhalb von 12 Kalendertagen zu zahlen.

(3) Die Zahlungen der LKK für Leistungen nach § 7 Abs. 2 sind innerhalb von 12 Kalendertagen nach Eingang der Abrechnungsunterlagen zu leisten.

(4) Die Zahlung der LKK erfolgt unter dem Vorbehalt der späteren sachlichen und rechnerischen Prüfungen (§ 6) und ggf. Entscheidungen der Prüfgremien.

(5) Die Überweisungen der LKK sind jeweils bis zu den genannten Terminen zu tätigen, d.h. ein Überweisungsauftrag hat zu diesem Zeitpunkt dem beauftragten Geldinstitut vorzuliegen.

(6) Auf den Überweisungsträgern werden als Verwendungszweck Kassen-Nummer/Institutionskennzeichen, Leistungsart, Abrechnungszeitraum und Rechnungsdatum, ggf. Hinweise auf Berichtigungen sowie der Zahlungsbetrag angegeben.

(7) Überzahlungen gelten als Vorauszahlungen für die nächste Abschlags- bzw. Restzahlung.

§ 10

Statistische Unterlagen

(1) Die KZV NR erstellt für die von den Zahnärzten erbrachten Leistungen vierteljährlich folgende statistische Unterlagen:

a) für den konservierend/chirurgischen Bereich die Bema-Krankenkassenstatistik,

b) für den kieferorthopädischen Bereich die Krankenkassenstatistik "KFO" und

c) für den Zahnersatzbereich eine Zusammenstellung der ZE-Einzelleistungen, ergänzt um die Material- und Laboratoriumskosten (s. Anlage), und zwar jeweils

- bezogen auf die LKK
- RVO-Kassen und LKK gesamt.

(2) Die statistischen Unterlagen nach Abs. 1 stellt die KZV NR der LKK zur Verfügung.

(3) die LKK teilt der KZV NR vierteljährlich folgendes mit:

a) Mitgliederbestand im Bereich der KZV NR

b) Anzahl der Beitragsklassen

c) Höhe der Beiträge in den Beitragsklassen

Abschnitt III: Regelung sonstiger Beziehungen

§ 11

Arbeitsausschuß

(1) Die Partner dieser Vereinbarung bilden einen Arbeitsausschuß. Der Arbeitsausschuß ist zuständig für

a) die Auslegung der Verträge

b) die Vorbereitung der Anpassung laufender Verträge und

c) die Vorbereitung des Abschlusses neuer Verträge

(2) Der Arbeitsausschuß besteht aus Vertretern der KZV und der LKK. Die Zahl der Vertreter soll in der Regel fünf auf jeder Seite nicht überschreiten.

(3) Der Vorsitz wechselt von Sitzung zu Sitzung zwischen einem Vertreter der KZV und einem Vertreter der LKK.

§ 12

Prothetik-Einigungsverfahren

Zur Durchführung der Aufgaben nach § 4 der Anlage 12 zum BMV-Z vereinbaren die Vertragspartner das Prothetik-Einigungsverfahren nach Anlage 4.

Abschnitt IV: Inkrafttreten und Kündigung

§ 13

Inkrafttreten und Kündigung

(1) Dieser Vertrag tritt am 1.1.1981 in Kraft.

(2) Der Vertrag kann von jedem Beteiligten mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Kalendervierteljahres, frühestens zum 30.6.1982, gekündigt werden.

(3) Die Anlagen, Absichtserklärungen und Protokollnotizen – mit Ausnahme der Anlage 2 – sind nur zusammen mit der Gesamt-Vereinbarung kündbar. Die Anlage 2 kann gesondert gekündigt werden, wobei die Absätze 1 bis 3 entsprechend gelten.

Düsseldorf, den 30. September 1981

Kassen-Zahnärztliche
Vereinigung Nordrhein

Dr. W. Osing
Vorsitzender des Vorstandes

Krankenkasse der
rheinischen Landwirtschaft

(Bommert)
Vorsitzender des Vorstandes

Anlage 1

zur Vereinbarung nach § 368 g RVO a. F. zwischen der Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft und der Kassen-Zahnärztlichen Vereinigung Nordrhein in Delegation für die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung vom 30.09.1981 in der Fassung vom 28.02.1992.

Preise für zahntechnische Leistungen, die in praxiseigenen Labors erbracht werden

(1) Ab 01.03.1992 (Rechnungsdatum) werden die in praxiseigenen Labors erbrachten zahntechnischen Leistungen sowie die Materialkosten nach dem Leistungsverzeichnis für die von praxiseigenen Labors in Nordrhein erbrachten zahntechnischen Leistungen (Anhang 1 Teil A und B) abgerechnet und vergütet.

Die Kassen-Zahnärztliche Vereinigung Nordrhein gibt den Landesverbänden der Krankenkassen – soweit möglich – die Preislisten der Zahnhersteller und Anbieter von Dentallegierungen sowie der dentalen Fertigteile unverzüglich bekannt.

Die Preise des Leistungsverzeichnisses nach Anhang 1 können frühestens zum 31.03.1993 gekündigt werden (§ 13 Abs. 5).

(2) Versandgänge sind für die Inanspruchnahme des praxiseigenen Labors nicht berechnungsfähig.

(3) Für die Abrechnung von Leistungen, die der Zahnarzt im praxiseigenen Labor erbracht hat, gilt § 70 Abs. 1 SGB V bzw. § 4 Abs. 2 und 3 BMV-Z entsprechend. Unter Berücksichtigung dieser Vorschriften hat die Herstellung zahntechnischer Leistungen nach gesicherten fachlichen Erkenntnissen zu erfolgen. Es sind nur solche Werkstoffe zu verwenden, die klinisch erprobt sind und bei denen ausreichend gesichert ist, daß sie der Gesundheit nicht schaden, den chemischen und physikalischen Einwirkungen im Munde widerstehen und der zu erwartenden Beanspruchung genügen. Die Erprobung von Werkstoffen bei der Versorgung Anspruchsberechtigter auf Kosten der Versicherungsträger ist unzulässig.

....

(4) Die im praxiseigenen Labor erbrachten Leistungen sind über Eigenbeleg abzurechnen. Zahntechnische Leistungen, die durch gewerbliche Labors erbracht werden, sind nur unter Beifügung der Originalrechnung des gewerblichen Labors abzurechnen; eine Übernahme in die Eigenlaborrechnung ist nicht statthaft.

Düsseldorf, den 28.02.1992

Kassen-Zahnärztliche
Vereinigung Nordrhein

Dr. Osing
Vorsitzender

Krankenkasse der
rheinischen Landwirtschaft

Schrapers
Vorstandsvorsitzender

Beschluß des Landesschiedsamtes für die kassenzahnärztliche Versorgung in Nordrhein vom 27. März 1992

.....

3a.

(1) Der Punktwert des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für kassenzahnärztliche Leistungen wird ab 01.01.1992 auf DM 1,442 festgesetzt.

(2) Zusätzlich wird ab dem 01.07.1992 je Füllung nach Nr. 13 a-d des einheitlichen Bewertungsmaßstabes ein Zuschlag von DM 2,-- gezahlt.

(3) Die Versandkosten je Versandgang gemäß Abs. 3 Anlage 2 des Gesamtvertrages werden ab dem 01.01.1992 auf DM 4,-- je Versandgang angehoben.

(4) Für den Fall, daß sich an der Abrechnung der sogenannten Begleitleistungen zu den Zahnersatzleistungen im Vertragsbereich eine Änderung ergibt, muß von diesem Zeitpunkt an, frühestens ab dem 01.01.1993, verhandelt werden, um zu klären, ob sich daraus eine Besonderheit im Sinne des § 86 Abs. 2 Satz 2 SGB V ergibt.

.....

Anmerkungen:

I. Mit dem Punktwert sind die Kosten für den Sprechstundenbedarf mit Ausnahme der zu Lasten der Krankenkassen verordnungsfähigen Arzneimittel (Analgetica, Sedativa und Hypnotica, Analeptica und Cardiaca) abgegolten.

II. Versandgänge sind nicht abrechnungsfähig, wenn sich Zahnarztpraxis und gewerbliches Laboratorium im gleichen Haus befinden.

[redacted] ... [redacted]

	FAELLE			FAMILIENANGEHOERIGE			RENTNER			G E S A M T		
FAELLE :	1.918		FAELLE :	572		FAELLE :	1.506		FAELLE :	3.996		
KASSENANTEIL:	1.808.604,19		KASSENANTEIL:	556.994,31		KASSENANTEIL:	731.723,33		KASSENANTEIL:	3.095.311,82		
VERS.-ANTEIL:	416.520,98		VERS.-ANTEIL:	129.678,32		VERS.-ANTEIL:	160.732,12		VERS.-ANTEIL:	709.151,34		
GESAMTBETRAG:	2.225.125,09		GESAMTBETRAG:	686.867,63		GESAMTBETRAG:	892.455,45		GESAMTBETRAG:	3.804.463,17		
MLK-GESAMT :	14.364,82		MLK-GESAMT :	369.789,26		MLK-GESAMT :	464.666,42		MLK-GESAMT :	2.048.820,50		
SO.LEIST.DM :			SO.LEIST.DM :			SO.LEIST.DM :			SO.LEIST.DM :			
HONORAR :	1.810.760,27		HONORAR :	317.073,37		HONORAR :	427.789,03		HONORAR :	1.755.622,67		
SONST.PUNKTE:	677		SONST.PUNKTE:	113		SONST.PUNKTE:	275		SONST.PUNKTE:	1.065		
GESAMTPUNKTE:	927.303		GESAMTPUNKTE:	290.893		GESAMTPUNKTE:	392.467		GESAMTPUNKTE:	1.610.663		
0038	711	093 290	003A	222	093 101	003A	445	093 97	003A	1.378	093 488	
003E	115	095A 2	003B	37	095A	003B	29	095A 1	003B	181	095A 3	
006	24	095B 2	006	12	095B	006	11	095B	006	58	095B 2	
007	83	095C 3	007	28	095C 1	007	20	095C	007	131	095C 4	
018	40	095D 45	018A	20	095D 27	018A	10	095D 23	018A	70	095D 135	
0	614										91	
0	290										164	
0	1.103										351	
0	1										423	
0	64										814	
0	3										334	
0	452										521	
0	32										273	
0	1										21	
0											96	
0											757	
089	45	098H 311	C89	145	098H 99	089	160	098H 167	089	755	098H 577	
09		100A 267	090		100A 78	090		100A 410	090		100A 755	
091	116	10 415	091A	41	100B 104	091A	7	100B 404	091B	164	100B 923	
09		28	091B		100C 7	091B	6	100C 23	091B	6	100C 56	
	1.308	11	091C	383	100D 5	091C	163	100D 16	091C	1.854	100D 32	
	147	100E 43	C91D	46	100E 15	091D	24	100E 55	091D	217	100E 113	
0	209	100F 65	092A	62	100F 11	092A	27	100F 83	092A	289	100F 159	
0	79	100G 28	C92B	24	100G 3	092B	10	100G 61	092B	113	100G 92	
09	33	101A	092C	9	101A	092C	5	101A	092C	47	101A	
09	13	101B	092D	6	101B 1	092D	1	101B 1	092D	20	101B 2	
092E	10	102	092E	4	102	092E	2	102	092E	16	102	
092F	2	103A	092F		103A	092F		103A	092F	2	103A	
0926	1	103B	0926		103B	0926		103B	0926	8	103B	
092H		103C 1	092H		103C	092H		103C	092H	10	103C 1	
0921		104A	0921		104A	0921		104A	0921		104A	
092A	15	104B	092A0	10	104B	092A0	2	104B	092A0	30	104B	
092B	16	113A3 59	092B0	4	113A3 23	092B0		113A3 12	092B0	22	113A3 94	
092C	7	113A4 28	092C0	2	113A4 9	092C0		113A4 10	092C0	9	113A4 47	
092D	6	113A6 18	092D0	3	113A6 1	092D0		113A6 2	092D0	9	113A6 21	
092E	2	113A8 1	092E0	1	113A8 1	092E0		113A8	092E0	3	113A8 2	
092F	3	113B 3	092F0	1	113B	092F0		113B	092F0	4	113B 3	
0926	2	114A8	09260		114A8	09260		114A8	09260	2	114A8	
092H	3	114B	092H0		114B	092H0		114B	092H0	3	114B	
092		115	09210		115	09210		115	09210		115	

Anlage 3

zur Vereinbarung nach § 368 g RVO zwischen der Kassen-Zahnärztlichen Vereinigung Nordrhein und der Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft vom 30. September 8[illegible]

AOK — EINZELLEISTUNGEN BEZOGEN AUF 100 FAELLE

	MITGLIEDER			FAMILIENANGEHOERIGE			RENTNER			GESAMT		
003A	37,07	093	15,12	003A	38,81	093	17,66	003A	29,55	093	6,44	003A	34,48	093	12,21
003B	6,60	095A	,10	003B	6,47	095A		003B	1,93	095A	,07	003B	4,53	095A	,08
006	1,82	095B	,10	006	2,10	095B		006	,73	095B		006	1,45	095B	,05
007	4,33	095C	,16	007	4,90	095C	,17	007	1,33	095C		007	3,28	095C	,10
018A	2,09	095D	4,43	018A	3,50	095D	4,72	018A	,66	095D	1,53	018A	1,75	095D	3,38
018B	32,01	095E	3,60	018B	29,55	095E	2,97	018B	4,71	095E	,33	018B	21,37	095E	2,28
019A	15,12	096A	5,42	019A	18,01	096A	5,94	019A	1,73	096A	1,73	019A	10,49	096A	4,10
019B	109,65	096B	10,38	019B	111,19	096B	12,94	019B	21,78	096B	5,18	019B	76,75	096B	8,78
020A	,05	096C	10,69	020A		096C	10,84	020A	,07	096C	10,38	020A	,05	096C	10,59
020B	3,34	097	13,07	020B	4,20	097	17,66	020B	1,00	097	28,15	020B	2,58	097	20,37
020C	,16	098A	9,59	020C	,52	098A	12,24	020C		098A	5,31	020C	,15	098A	8,36
020D	23,57	098B	10,38	020D	27,97	098B	12,06	020D	7,10	098B	16,80	020D	17,99	098B	13,04
021	1,67	098C	4,07	021	1,92	098C	5,07	021	,53	098C	11,02	021	1,28	098C	6,83
024A	2,14	098E	,47	024A	1,05	098E	,35	024A	,66	098E	,66	024A	1,43	098E	,53
024B	1,41	098F	2,14	024B	1,57	098F	2,27	024B	,73	098F	2,79	024B	1,18	098F	2,40
024C	58,71	098G	21,32	024C	64,86	098G	24,65	024C	15,27	098G	13,75	024C	43,22	098G	18,94
089	23,46	098H	16,21	089	25,35	098H	17,31	089	10,62	098H	11,09	089	18,89	098H	14,44
090		100A	13,92	090		100A	13,64	090		100A	27,22	090		100A	18,89
091A	6,05	100B	21,64	091A	7,17	100B	18,18	091A	,46	100B	26,83	091A	4,10	100B	23,10
091B		100C	1,36	091B		100C	1,22	091B	,40	100C	1,53	091B	,15	100C	1,40
091C	68,20	100D	,57	091C	66,96	100D	,87	091C	10,82	100D	1,06	091C	46,40	100D	,80
091D	7,86	100E	2,24	091D	8,04	100F	2,62	091D	1,59	100E	3,65	091D	5,43	100E	2,83
092A	10,43	100F	3,39	092A	10,84	100F	1,92	092A	1,79	100F	5,51	092A	7,23	100F	3,98
092B	4,12	100G	1,46	092B	4,20	100G	,52	092B	,66	100G	4,05	092B	2,83	100G	2,30
092C	1,72	101A		092C	1,57	101A		092C	,33	101A		092C	1,18	101A	
092D	,68	101B		092D	1,05	101B	,17	092D	,07	101B	,07	092D	,50	101B	,05
092E	,52	102		092E	,70	102		092E	,13	102		092E	,40	102	
092F	,10	103A		092F		103A		092F		103A		092F	,05	103A	
092G	,42	103B		092G		103B		092G		103B		092G	,20	103B	
092H	,52	103C	,05	092H		103C		092H		103C		092H	,25	103C	,03
092I		104A		092I		104A		092I		104A		092I		104A	
092A0	,94	104B		092A0	1,75	104B		092A0	,13	104B		092A0	,75	104B	
092B0	,94	113A3	3,08	092B0	,70	113A3	4,02	092B0		113A3	,80	092B0	,55	113A3	2,35
092C0	,36	113A4	1,46	092C0	,35	113A4	1,57	092C0		113A4	,66	092C0	,23	113A4	1,18
092D0	,31	113A6	,94	092D0	,52	113A6	,17	092D0		113A6	,13	092D0	,23	113A6	,53
092E0	,10	113A8	,05	092E0	,17	113A8	,17	092E0		113A8		092E0	,08	113A8	,05
092F0	,16	113B	,16	092F0	,17	113B		092F0		113B		092F0	,10	113B	,08
092G0	,10	114A8		092G0		114A8		092G0		114A8		092G0	,05	114A8	
092H0	,16	114B		092H0		114B		092H0		114B		092H0	,08	114B	
092I0		115		092I0		115		092I0		115		092I0		115	

Absichtserklärung und Protokollnotizen

zur Vereinbarung nach § 368 g RVO zwischen der Kassen-Zahnärztlichen Vereinigung Nordrhein und der Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft vom 30. September 81

Die folgende Absichtserklärung bzw. die folgenden Protokollnotizen werden von den Vertragspartnern als Bestandteil der vorgenannten Vereinbarung abgesprochen:

Absichtserklärung

Soweit in dieser Vereinbarung Regelungen zu den prothetischen Leistungen im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung getroffen wurden, basieren sie auf der derzeitigen Rechtslage der prothetischen Behandlung als Leistungen besonderer Art. Eine präjudizierende Wirkung für Änderungen dieser Rechtslage ist mit diesen Regelungen nicht beabsichtigt.

Protokollnotiz zu § 2

Teilleistungen

Zur Abrechnungsfähigkeit von Teilleistungen aufgrund genehmigter Heil- und Kostenpläne (Abgeltung von Aufwendungen bei nicht vollendeter prothetischer Versorgung) wird folgendes vereinbart:

1. Dem Zahnarzt obliegt die Verpflichtung, sich um die Eingliederung des Zahnersatzes gegenüber dem Versicherten zu bemühen.

2. Sind die Bemühungen des Zahnarztes erfolglos, so informiert der Zahnarzt die LKK. Die LKK vermittelt dann zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten mit dem Ziel, eine Eingliederung des Zahnersatzes zu erreichen.

3. Bleiben die Bemühungen nach 1. und 2. erfolglos und liegt das Verschulden, daß es nicht zur Eingliederung des Zahnersatzes kommt, nicht beim Zahnarzt, so sind die Teilleistungen gegenüber der LKK im Rahmen der Zuschußgewährung abrechnungsfähig.

(4) Die Regelung nach Nrn. 1 bis 3 bezieht sich nur auf die im Bema ausgewiesenen Teilleistungen (Nrn. 22, 93 a und 99).

(5) Die Nrn. 3, 6 und 7 Bema als alleinige Leistungen sind im Rahmen der Zuschußgewährung gegenüber der LKK abrechnungsfähig, wenn das Verschulden, daß es nicht zur Eingliederung des Zahnersatzes kommt, nicht beim Zahnarzt liegt.

(6) Ergeben sich Meinungsverschiedenheiten, ob und inwieweit ein Verschulden des Zahnarztes vorliegt, so entscheidet hierüber der Prothetik-Einigungsausschuß.

Protokollnotiz zu § 6

Berichtigung von Fehlern in den Abrechnungen

Stellt die LKK anhand der ihr überlassenen Abrechnungsunterlagen sachlich/rechnerische Fehler fest, die von der KZV NR nicht berücksichtigt sind, so ist bei deren Berichtigung wie folgt zu verfahren:

1. Beträge aus offensichtlichen Rechenfehlern in den Abrechnungen sowie aus Irrläufern setzt die LKK vom Rechnungsbetrag ab. Die KZV NR erhält hierüber eine gesonderte Mitteilung, der die Original-Abrechnungsunterlagen beigefügt sind. Die Irrläufer werden dem zuständigen Kostenträger unmittelbar mittels Nachtragsrechnung zugeleitet.

2. Sachlich/rechnerische Beanstandungen zeigt die LKK der KZV NR innerhalb von 12 Monaten nach Erhalt der Abrechnungen unter Beifügung der entsprechenden Abrechnungsunterlagen an.

3. Zur Absetzung der geltend gemachten Berichtungsbeträge ist die LKK nur berechtigt, wenn die Berichtigung von der KZV NR nicht innerhalb eines halben Jahres nach Eingang der Berichtigungsanzeige vorgenommen wird. Stimmt die KZV NR der Auffassung der LKK nicht zu, so teilt sie dies der LKK schriftlich

mit. Die LKK erklärt sich unverzüglich zu der Auffassung der KZV NR, anderenfalls verlängert sich die Halbjahresfrist entsprechend.

4. Ergänzend zur Nr. 3 wird zu Berichtigungen, die sich auf zahntechnische Leistungen aus gewerblichen Laboratorien beziehen, folgendes vereinbart:

   a) Bei Auslegungsstreitigkeiten über die Berechnung zahntechnischer Leistungen aus dem Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (Anlage 1 der Vereinbarung nach § 368 g Abs. 5 a RVO) soll der Arbeitsausschuß, der in der Vereinbarung nach § 368 g Abs. 5 a RVO vorgesehen ist, eine Klärung durch verbindliche Auslegung des Leistungsverzeichnisses herbeiführen.

   b) Sofern in diesem Arbeitsausschuß eine solche Auslegung nicht erreichbar ist und es deswegen zu einer gerichtlichen Auseinandersetzung zwischen dem gewerblichen Laboratorium und dem Zahnarzt kommt, stellt die KZV NR die Rechtsvertretung. Die Partner der Vereinbarung regeln diese Rechtsvertretung von Fall zu Fall einvernehmlich. Die Kosten der Rechtsvertretung werden jeweils hälftig von der KZV NR und der LKK übernommen. Besteht für den Zahnarzt keine Verrechnungsmöglichkeit beim Zahntechniker, so erfolgen bis zur rechtskräftigen Entscheidung des Rechtsstreites keine Absetzungen durch die LKK. Das gleiche gilt, wenn eine Klärung im Arbeitsausschuß ohne Ergebnis geblieben ist und es deswegen zu einer gerichtlichen Auseinandersetzung zwischen der KZV und LKK gekommen ist.

Protokollnotiz zu § 11

Arbeitsausschuß

Die Vertragspartner erklären ihre grundsätzliche Bereitschaft, die Möglichkeiten der Verwaltungsvereinfachung zu prüfen, z.B. durch verstärkten Einsatz der EDV. Diese Aufgabe wird dem Arbeitsausschuß übertragen.

Düsseldorf, den 30.September 1981

Kassen-Zahnärztliche
Vereinigung Nordrhein

Dr. W. Osing
Vorsitzender des Vorstandes

Landwirtschaftliche Krankenkasse der
Rheinischen Landwirtschaft

(Bommert)
Vorsitzender des Vorstandes

Die Kassen-Zahnärztliche Vereinigung Nordrhein
Lindemannstraße 36-42, 4000 Düsseldorf,
– vertreten durch den Vorstand –

(nachstehend KZV NR genannt)

in Delegation für die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Köln,

und die Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft
Merowingerstr. 103, 4000 Düsseldorf,
– vertreten durch den Vorstand –
(nachstehend LKK genannt)

schließen gemäß § 368 g RVO folgende

Vereinbarung

1. Die kassenzahnärztliche Versorgung für die Anspruchsberechtigten der LKK regelt – vorbehaltlich Nr. 2. – Anlage A.
2. Für die kassenzahnärztliche Versorgung im Bereich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Koblenz-Trier wird Anlage B vereinbart.
3. Diese Vereinbarung tritt am 1. Januar 1981 in Kraft.

   Sie kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden, erstmals zum 30. Juni 1982.

   Unabhängig hiervon können sowohl die Anlage A oder/und B als auch deren Anlagen gekündigt werden (Teilkündigung), letztere jedoch nur und soweit dafür gesonderte Kündigungsmöglichkeiten vereinbart worden sind.

Düsseldorf, den 30. September 1981

Kassen-Zahnärztliche Vereinigung Nordrhein
Dr. W. Osing
Vorsitzender des Vorstandes

Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft
(Bommert)
Vorsitzender des Vorstandes

Vereinbarung zur Bestellung von Gutachtern und zum Beratungsverfahren für Zahnersatz und Zahnkronen

I.

Bestellung von Gutachtern, Gutachterverzeichnis und Zuständigkeit

1. Die KZV-Nordrhein bestellt im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft – im folgenden LKK genannt – Gutachter für
   a) kieferorthopädische Maßnahmen nach Anlage 6 des BMV-Z
   b) die Behandlung von Parodontopathien nach Anlage 9 BMV-Z und
   c) die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen nach Anlage 12 BMV-Z.

2. Gutachter, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Vereinbarung bereits im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der LKK bestelt waren, sind auch weiterhin im Amt.

3. Die KZV-Nordrhein kann Gutachter im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der LKK abberufen.

4. Die KZV-Nordrhein stellt den Landesverbänden der Krankenkassen und der LKK ein laufend zu ergänzendes Verzeichnis der Gutachter zur Verfügung.

5. Neben einvernehmlich bestellten Gutachtern nach Ziffer 1 und 2 vereinbaren die Vertragspartner auf der Grundlage der Vereinbarung der KZBV mit dem BLK vom 7. März 1983 für den Bereich Zahnersatz und Zahnkronen zur effizienteren Ausgestaltung des Gutachterverfahrens die Beratung der Zahnärzte durch die KZV-Nordrhein und die einvernehmliche Bestellung eines Empfehlungsgremiums.

II.

Zielsetzung und Aufgaben der Beratung sowie des Empfehlungsgremiums für Zahnersatz und Zahnkronen

1. Im Vordergrund dieses Verfahrens steht die gezielte Beratung der Kassenzahnärzte durch die KZV-Nordrhein auf Einhaltung der wirtschaftlichen Planung bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen.

2. Die KZV-Nordrhein ermittelt pro Quartal Zahnärzte (ca. 50 pro Jahr), deren Abrechnung ein unausgewogenes Verhältnis zwischen den Bereichen konservierende Behandlung und Zahnersatz und Zahnkronen bzw. zwischen Versorgungsarten im Bereich von Zahnersatz und Zahnkronen vermuten läßt, und führt mit diesen ein Beratungsgespräch.

   Auswahlkriterien sind insbesondere dabei

   a) Verhältnis zwischen Zahnersatz und Zahnkronen zu konservierend/chirurgischer Behandlung
   b) Verhältnis Zahnarztkonorar zu den darauf entfallenden Material- und Laborkosten
   c) Verhältnis von herausnehmbarem Zahnersatz zu festsitzendem Zahnersatz.
      (Vergleiche Musterliste als Anlage I dieser Vereinbarung)

   Die KZV-Nordrhein teilt den Landesverbänden der Krankenkassen und der LKK die Anzahl der ausgewählten und die Anzahl der einem Beratungsgespräch zugeführten Zahnärzte mit.

3. Auf Veranlassung eines Vertragspartners oder einer Krankenkasse ist unabhängig von der Auswahl nach Ziffer 2 zu prüfen, ob noch weitere Zahnärzte (höchstens 10 von 50 pro Jahr), bei denen Auffälligkeiten festzustellen sind, in das Beratungsverfahren einzubeziehen sind. Soll eine Einbeziehung in das Beratungsverfahren nicht stattfinden, sind die Gründe hierfür zu nennen.

4. Die KZV-Nordrhein erörtert mit den zur Beratung einzuladenden Zahnärzten die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen unter Berücksichtigung individueller Abrechnungsunterlagen. Für Zahnärzte, bei denen sich im Laufe der Erörterung herausstellt, daß die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit beachtet wurden, ist damit das Beratungsverfahren beendet. Beim Vorliegen von Auffälligkeiten, die zu beanstanden sind, erfolgt insoweit eine Aufklärung über die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit. Über Inhalt und Ergebnis der Beratung, insbesondere über die im Einzelfall maßgeblichen Kriterien, wird ein schriftliches Protokoll gefertigt, das für das weitere Verfahren neben von der KZV ausgewählten typischen Abrechnungsbelegen (unter Anonymisierung der Patientendaten) als Beratungsunterlage gilt. Die KZV teilt den Landesverbänden und der LKK die Anzahl der Zahnärzte mit, bei welchen eine solche Aufklärung erforderlich war.

5. Zahnärzte, bei denen die Beratung und Belehrung in Bezug auf die beanstandeten Auffälligkeiten nach Beobachtung von bis zu vier Quartalen und weitere Zwischennachricht durch die KZV keine ausreichende Verhaltensänderung bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen bewirkt hat, werden den Krankenkassen benannt, um diesen die Möglichkeit zu eröffnen, daß vermehrt Heil- und Kostenpläne der betreffenden Zahnärzte begutachtet werden. Während der Beobachtungs- und Begutachtungszeit sollen gegebenenfalls weitere typische Abrechnungsbelege zu den Beratungsunterlagen genommen werden. Ist nach einem weiteren Quartal immer noch keine ausreichende Änderung der Verhaltensweise festzustellen, so werden Heil- und Kostenpläne der betreffenden Zahnärzte vor der Bezuschussung statt dem Einzelgutachter einem Empfehlungsgremium vorgelegt. Dem Gremium werden die Unterlagen des Beratungsverfahrens zur Verfügung gestellt. Das Gremium gibt für die Krankenkasse eine Empfehlung zu der vorgeschlagenen Versorgung ab. Es soll bei Ablehnung der vorgesehenen Versorgung eine Begründung geben und Alternativvorschläge machen, die der Zahnarzt bei seiner Behandlung beachten soll.

Das Empfehlungsgremium besteht aus drei Zahnärzten, von denen einer von den Krankenkassen benannt wird sowie einem weiteren Vertreter der Krankenkasse. Den Vorsitz führt einer der von der KZV benannten Zahnärzte. Die Empfehlungen werden mit Stimmenmehrheit gefaßt. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden.
Untersuchungen werden nur von den Zahnärzten durchgeführt.

6. Heil- und Kostenpläne, die bereits durch einen Einzelgutachter begutachtet worden sind, dürfen nicht mehr dem Empfehlungsgremium zur Empfehlung vorgelegt werden.

7. Nach Ablauf einer angemessenen Frist prüfen die Vertragspartner, ob für die dem Empfehlungsgremium zugeführten Zahnärzte das Verfahren nach Ziffer 5 beendet werden kann. Auch solche Zahnärzte können erneut in das Beratungsverfahren einbezogen werden.

III.

Kostenregelung

1. Die KZV-Nordrhein trägt die Kosten des Beratungsverfahrens.
2. Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für das Einzelgutachten gemäß Abschnitt II. Ziffer 5 in der vertraglich vereinbarten Höhe. Bei fortdauernder Notwendigkeit der Einschaltung von Gutachtern aufgrund des Verhaltens des Zahnarztes kann die KZV-Nordrhein dem Zahnarzt die Kosten der Gutachten ganz oder teilweise auferlegen.
3. Die Kosten für die von den Landesverbänden und der LKK in das Empfehlungsgremium entsandten Vertreter tragen die Landesverbände und die LKK.

IV.

Inkrafttreten und Kündigung

Diese Vereinbarung tritt am 1. Mai 1984 in Kraft. Sie kann frühestens zum 31. März 1986 mit einer Frist von drei Monaten zum Schluß eines Halbjahres gekündigt werden.

Düsseldorf, den 12. April 1984

Kassen-Zahnärztliche
Vereinigung Nordrhein

Düsseldorf, den 12. April 1984

Krankenkasse der rheinischen
Landwirtschaft

(Piedmont, Ökonomierat)
Vorstandsvorsitzender

Protokollnotiz

zu II. Ziffer 2 und 3

Die Partner dieser Vereinbarung stimmen überein, daß bei einem begründeten Bedarf oder wenn noch Kapazität vorhanden ist, weitere Zahnärzte in das Beratungsverfahren einbezogen werden können.

Düsseldorf, den 12. April 1984

KASSEN-ZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG NORDRHEIN

Dr. W. Osing
Vorsitzender des Vorstandes

Düsseldorf, den 12. April 1984

KRANKENKASSE DER RHEINISCHEN LANDWIRTSCHAFT

(Piedmont, Ökonomierat)
Vorstandsvorsitzender

LFD.NR	ANTEIL KONS/CHIR.	ANTEIL ZAHNERSATZ	M+L-KOSTEN %-ANTEIL ZE	ZAHNERSATZ FESTSITZEND	ZAHNERSATZ HERAUSNEHMBAR
00001	2,6	97,4	49,0	0	100
00002	7,9	92,1	53,6	88	12
00003	9,2	90,8	57,2	77	23
00004	9,9	90,1	57,6	34	66
00005	10,5	89,5	55,8	90	10
00006	10,7	89,3	51,4	20	80
00007	10,8	89,2	51,9	71	29
00008	11,3	88,7	51,5	80	20
00009	11,3	88,7	54,2	83	17
00010	11,4	88,6	56,7	87	13
00011	11,6	88,4	56,4	78	22
00012	11,9	88,1	53,6	55	45
00013	12,2	87,8	53,9	84	16
00014	12,4	87,6	55,7	92	8
00015	12,5	87,5	54,6	90	10
00016	12,5	87,5	51,8	82	18
00017	12,6	87,4	52,6	32	68
00018	12,9	87,1	54,7	74	26
00019	13,1	86,9	51,1	79	21
00020	13,1	86,9	57,0	89	11
00021	13,1	86,9	50,3	88	12
00022	13,3	86,7	51,5	60	40
00023	13,6	86,4	51,3	74	26
00024	13,6	86,4	54,3	87	13
00025	13,6	86,4	51,2	55	45
00026	13,7	86,3	55,5	81	19
00027	13,8	86,2	54,5	82	18
00028	13,8	86,2	50,8	80	20
00029	14,0	86,0	57,3	65	35
00030	14,3	85,7	49,3	76	24
00031	14,5	85,5	54,9	65	35
00032	14,5	85,5	51,1	47	53
00033	14,5	85,5	54,1	83	17
00034	14,6	85,4	50,2	80	20
00035	14,8	85,2	51,2	89	11
00036	14,9	85,1	50,5	26	74
00037	14,9	85,1	52,3	71	29
00038	15,0	85,0	56,2	75	25
00039	15,1	84,9	50,2	86	14
00040	15,3	84,7	52,5	75	25
00041	15,4	84,6	51,7	90	10
00042	15,4	84,6	53,0	74	26
00043	15,6	84,4	49,4	92	8
00044	15,6	84,4	56,0	72	28
00045	15,6	84,4	56,1	78	22
00046	15,6	84,4	53,8	77	23
00047	15,7	84,3	51,6	74	26
00048	15,7	84,3	51,2	76	24
00049	15,9	84,1	56,2	82	18
00050	16,0	84,0	54,7	53	47

Anlage 1

IV-8

Gutachterverfahren
Kiefergelenksbehandlungen

Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei der Planung von Kiefergelenksbehandlungen

Präambel

Mit der folgenden Vereinbarung regeln die Vertragspartner das Gutachterwesen nach § 2 Absätze 4 und 5 der Anlage 3 zum EKV-Z bezüglich der Behandlungsplanung bei Kiefergelenkserkrankungen.

§ 1

Behandlungsplanung

Anhand der diagnostischen Unterlagen erstellt der Zahnarzt einen Behandlungsplan für die Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen (Muster 3a EKV-Z), der der Krankenkasse vorzulegen ist.

§ 2

Kostenübernahme und Behandlungsbeginn

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

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

§ 3

Bestimmungen für den Fall der Begutachtung

(1) Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen begutachten lassen. In diesem Fall übersendet sie den Behandlungsplan unverzüglich einem nach § 5 bestellten Gutachter und setzt den Zahnarzt hiervon in Kenntnis. Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung der Anlage 1 zu dieser Vereinbarung.

(1a) Die Krankenkasse kann die Behandlungsplanung daraufhin begutachten lassen, ob sie den geltenden Richtlinien entspricht, medizinisch notwendig ist und dem Wirtschaftlichkeitsgebot entspricht.

(2) Die Überprüfung bereits ausgeführter Leistungen zur Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen ist grundsätzlich ausgeschlossen. Hat der Zahnarzt im Einzelfall vor der Rückgabe des Behandlungsplanes mit der Behandlung begonnen, ohne dass es sich um Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen oder zahnmedizinisch unaufschiebbare Maßnahmen gehandelt hat, ist die Begutachtung der bereits durchgeführten Behandlung zur Nachholung des Planungsgutachtens zur

Klärung der Frage möglich, ob die Kosten der Behandlung von der Krankenkasse zu übernehmen sind.

(3) Die Begutachtung der geplanten Behandlung erfolgt anhand der vorliegenden Planung sowie einer körperlichen Untersuchung des Patienten. Der Patient wird durch die Krankenkasse nach Abstimmung mit dem Gutachter zum Begutachtungstermin eingeladen. Der behandelnde Zahnarzt ist berechtigt, bei der Untersuchung anwesend zu sein. Er wird hierzu von der Krankenkasse informiert.

(4) Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem Gutachter etwaig vorhandene Behandlungs- und Befundunterlagen (z.B. Modelle, Röntgenbilder) zur Verfügung zu stellen. Die zur Verfügung gestellten Unterlagen sind dem behandelnden Zahnarzt vom Gutachter unmittelbar nach der Begutachtung zurückzusenden.

Der Gutachter kann vom Vertragszahnarzt weitere Unterlagen anfordern. Die Krankenkasse wird hiervon vom Gutachter in Kenntnis gesetzt. Die Kosten hierfür sind dem Vertragszahnarzt unter Berücksichtigung des § 7 Abs. 4 EKV-Z nach dem Bema zu vergüten.

(5) Die Begutachtung entsprechend den Abs. 1 und 1a einschließlich der Kostenregelung richtet sich nach den Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter (§ 6).

(6) Der Gutachter nimmt zum Behandlungsplan unter Verwendung der Anlage 2 zu dieser Vereinbarung innerhalb von zwei Wochen Stellung.

Seine schriftliche Stellungnahme leitet er der Krankenkasse zu. Befürwortet er den Behandlungsplan nicht, so übersendet er seine Stellungnahme auch dem Zahnarzt.

(7) Die Krankenkasse übersendet nach der Begutachtung den Behandlungsplan gegebenenfalls über den Versicherten dem Zahnarzt mit dem Vermerk, ob und inwieweit sie die Kosten übernimmt.

§ 4

Obergutachten bei Einspruch gegen die Stellungnahme des Gutachters zu der Behandlungsplanung

Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Behandlungsplan können Vertragszahnarzt und Krankenkasse innerhalb von einem Monat nach Zustellung der Stellungnahme des Gutachters ein Obergutachten bei der KZV Nordrhein beantragen. Der Vertragszahnarzt übersendet in diesem Fall dem Obergutachter den Behandlungsplan. Soweit er Einspruch eingelegt hat, fügt er seine fachliche Begründung bei.

§ 5

Bestellung der Gutachter und Obergutachter

(1) Die Kiefergelenks-Gutachter sind die im Einvernehmen zwischen dem VdAK/AEV und der KZV Nordrhein bestellten Zahnersatz-Gutachter.

(2) Die Kiefergelenks-Obergutachter sind die im Einvernehmen zwischen dem VdAK/AEV und der KZV Nordrhein bestellten Zahnersatz-Obergutachter.

(3) Die Gutachtenaufträge sind möglichst gleichmäßig auf alle Kiefergelenks-Gutachter zu verteilen, so dass eine schnellstmögliche Erledigung der Gutachten innerhalb von 2 Wochen erfolgen kann.

§ 6

Bestimmungen für die Tätigkeit der Kiefergelenks-(Ober-)Gutachter

(1) Dem behandelnden Zahnarzt bleibt die Wahl der Kiefergelenksbehandlung unter Berücksichtigung der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinien) vorbehalten. Gibt es verschiedene, den gleichen Erfolg versprechende Arten der Behandlung, so soll der Zahnarzt diejenige Versorgung vorsehen, die auf Dauer am wirtschaftlichsten ist.

(2) Der Gutachter nimmt zum Behandlungsplan nach fachlichen Gesichtspunkten unter Berücksichtigung von Abs. 1 Stellung. Er empfiehlt Ergänzungen oder Änderungen der vorgesehenen geplanten Behandlung, wenn er sie für unzureichend hält. Meinungsverschiedenheiten über die Beurteilung des Behandlungsfalles sind in kollegialer Weise zu klären.

(3) Die Gutachter sind verpflichtet, an den von der KZV Nordrhein einberufenen Gutachtertagungen teilzunehmen. An den Gutachtertagungen können auch Vertreter der Krankenkassen teilnehmen.

§ 7

Gebühren der Begutachtung

Die Gebühren errechnen sich durch Multiplikation der nachstehend angegebenen Bewertungszahlen mit den jeweils gültigen KCH-Punktwerten. Centbeträge sind auf 10 Cent aufzurunden.

	Bewertungszahl
a) für die Begutachtung eines Behandlungsplanes einschließlich körperlicher Untersuchung des Patienten	50
b) für das Obergutachten einschließlich körperlicher Untersuchung des Patienten	80

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

Die Kosten der Begutachtung trägt grundsätzlich die Krankenkasse. Dem Vertragszahnarzt können die Kosten des Kiefergelenk-Obergutachtens auferlegt werden, wenn sein Widerspruch gegen die Stellungnahme des Gutachters erfolglos ist.

§ 8

In-Kraft-Treten, Kündigung

(1) Diese Vereinbarung tritt mit Wirkung vom 01.03.2007 in Kraft und kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmalig zum 31.12.2007 gekündigt werden.

(2) Sofern zwischen dem VdAK/AEV und der KZBV eine bundeseinheitliche Regelung zum Gutachter-/Obergutachterverfahren zum Bema-Teil 2 getroffen wird, verliert diese Vereinbarung – ohne dass es einer besonderen Kündigung bedarf – ihre Gültigkeit.

Düsseldorf, den 23. Feb. 2007

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
Landesvertretung Nordrhein-Westfalen
Andreas Hustadt
Leiter Landesvertretung

Düsseldorf, den 12.2.07

R. Wagner
Vorsitzender des Vorstandes
der KZV Nordrhein

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
Landesvertretung Nordrhein-Westfalen
Andreas Hustadt
Leiter Landesvertretung

Anlage 1

Name und Anschrift der Kasse

Auftrag zur Begutachtung geplanter Kiefergelenksbehandlungen

Name und Anschrift des Gutachters

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

Wir bitten um Begutachtung des beiliegenden Behandlungsplanes

Insbesondere bitten wir zu folgenden Fragen um gutachterliche Stellungnahme:

Durchschrift diese Auftrages ist dem Zahnarzt übersandt worden.

Es wurde darauf hingewiesen, dass die erforderlichen Unterlagen (Röntgenaufnahmen, Modelle usw.) gemäß § 3 Abs. 4 der Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei der Planung von Kiefergelenkserkrankungen dem Gutachter rechtzeitig, spätestens jedoch eine Woche nach Erhalt dieser Benachrichtigung, zur Verfügung zu stellen sind.

_____ _____

(Ort / Datum) (Stempel der Kasse und Unterschrift)

Name der Krankenkasse

Name des Versicherten

Name | Vorname | geb. am

Ehegatte/Kind/sonstige Angehörige | Vorname | geb. am

Versicherungsnummer

Begutachtung

Die Begutachtung der

- ☐ vorgesehenen prothetischen Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan vom ____________
- ☐ ausgeführten prothetischen Leistungen vom ____________
- ☐ Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen vom ____________

erfolgte am ____

Untersuchung des Patienten am ____________________________________

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

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

Erläuterungen/Befund:

a = Adhasivbrücke (Anker, Spanne)
b = Brückenglied
e = ersetzter Zahn
ew = ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn
f = fehlender Zahn
i = Implantat mit intakter Suprakonstruktion
ix = zu entfernendes Implantat
k = klinisch intakte Krone
kw = erneuerungsbedürftige Krone
pw = erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten
r = Wurzelstiftkappe
rw = erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe
sw = erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion
t = Teleskop
tw = erneuerungsbedürftiges Teleskop
ur = unzureichende Retention
ww = erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung
x = nicht erhaltungswürdiger Zahn
)(= Lückenschluss

Ergebnis

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

Begründung

Name und Anschrift des Zahnarztes

(Ort / Datum)

(Unterschrift und Stempel des Gutachters)

IV-9

Nachbegutachtung andersartiger Versorgungen und sog. Mischfälle

Vereinbarung
über die Begutachtung
ausgeführter prothetischer Leistungen bei
andersartigen Versorgungen und bei sog. Mischfällen

§ 1
Zweck der Vereinbarung

Diese Vereinbarung regelt gemäß der Protokollnotiz zu § 4 der Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Anlage 12 zum BMV-Z/§ 25 EKVZ) die Begutachtung ausgeführter prothetischer Leistungen bei andersartigen Versorgungen und bei sogenannten Mischfällen (Nr. 7d) der Anlage 3 zum BMV-Z/Anlage 4 EKVZ.

§ 2
Verfahren

(1) Die Krankenkasse kann bei den in § 1 genannten Fällen bei vermuteten Planungs- bzw. Ausführungsmängeln in begründeten Einzelfällen entscheiden, ob ein Gutachterverfahren nach dieser Vereinbarung eingeleitet wird. Eine Begutachtung kann in diesen Fällen innerhalb von 36 Monaten nach der definitiven Eingliederung durch einen nach § 4 dieser Vereinbarung einvernehmlich bestellten Gutachter erfolgen.

(2) Die ausgeführten prothetischen Leistungen können auf vermutete Planungs- bzw. Ausführungsmängel begutachtet werden. Bei Suprakonstruktionen kann die Begutachtung unter Berücksichtigung der Situation der Implantate zum Zeitpunkt der Planung bzw. Eingliederung der Suprakonstruktion erfolgen.

(3) Beauftragt die Krankenkasse den Gutachter, benachrichtigt sie in diesem Fall den Vertragszahnarzt über die eingeleitete Begutachtung. Die Krankenkasse übersendet dem Gutachter den Heil- und Kostenplan, der der prothetischen Versorgung zugrunde gelegen hat.

(4) Der Patient wird durch die Krankenkasse nach Terminabstimmung mit dem Gutachter zum Begutachtungstermin eingeladen. Der Vertragszahnarzt soll dem Gutachter alle

erforderlichen Unterlagen (u.a. Röntgenaufnahmen, Modelle etc.) zur Verfügung stellen; er kann an der Begutachtung teilnehmen. Hierzu wird er von der Krankenkasse informiert.

(5) Die KZV Nordrhein wird in erforderlichen Einzelfällen den Vertragszahnarzt anhalten, dem Gutachter vorhandene Behandlungs- und Befundunterlagen zur Verfügung zu stellen.

(6) Der Gutachter nimmt zu den ausgeführten prothetischen Leistungen – bei Suprakonstruktionen unter Berücksichtigung der Situation der Implantate zum Zeitpunkt der Planung bzw. Eingliederung der Suprakonstruktion - mit einer ausführlichen Begründung grundsätzlich spätestens 2 Wochen nach dem Untersuchungstermin – Stellung. Die schriftliche Stellungnahme übersendet er unmittelbar der Krankenkasse und eine Durchschrift jeweils dem Versicherten sowie dem Vertragszahnarzt.

(7) Nach Übersendung des Gutachtens setzt sich die Krankenkasse mit dem Versicherten und gegebenenfalls mit dem Vertragszahnarzt in Verbindung.

(8) Bei möglichen Einwänden des Zahnarztes bzw. der Krankenkasse gegen die Stellungnahme des Gutachters kann der Gutachter zur Abgabe einer zweiten, ergänzenden Stellungnahme beauftragt werden. Um eine solche handelt es sich, wenn der Gutachter eine weitere Stellungnahme zu einer neuen d.h. vorher noch nicht aufgetretenen Fragestellung im konkreten Begutachtungsfall, abgibt. Die zweite, ergänzende Stellungnahme soll zeitnah nach Auftreten der neuen Fragestellung auf Veranlassung der Krankenkasse bzw. des betroffenen Zahnarztes durch die Krankenkasse in Auftrag gegeben werden. Der Grund für eine zweite, ergänzende Stellungnahme soll hierbei genannt werden.

§ 3
Empfehlung

Sollte im Falle von festgestellten Planungs- bzw. Ausführungsmängeln des Zahnersatzes keine Einigung zwischen der Krankenkasse und dem Vertragszahnarzt möglich sein, kann die Krankenkasse die KZV Nordrhein unter Beifügung des Gutachtens, des Heil- und Kostenplanes sowie des in dieser Angelegenheit geführten Schriftverkehrs bitten, sich vermittelnd mit dem Ziel einzuschalten, eine Empfehlung an den Vertragszahnarzt bzw. an die Krankenkasse auszusprechen. Hält die KZV Nordrhein wegen eindeutiger, gutachterlich

festgestellter völliger Unbrauchbarkeit der Arbeit die Neuanfertigung für erforderlich, kann sie empfehlen, den Kassenanteil und gegebenenfalls die Gutachtergebühr zu erstatten.

§ 4
Bestellung der Gutachter

Im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen/Verbänden der Ersatzkassen bestellt die KZV Nordrhein Zahnärzte mit Implantaterfahrung als spezielle Gutachter in der erforderlichen Anzahl.

§ 5
Gutachtergebühren

(1) Das Gutachten wird mit 180 € vergütet. Die körperliche Untersuchung des Patienten ist bereits in dieser Gebühr enthalten.

(2) Für eine zweite, ergänzende Stellungnahme gemäß § 2 Abs. 8 erhält der Gutachter 50 €.

(3) Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von 10,70 € je Gutachten abgegolten.

(4) Daneben können folgende für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen wie folgt zusätzlich berechnet werden:

a) Vitalitätsprüfung eines oder mehrerer Zähne einschließlich Vergleichstest: 5 €
b) Einzelzahnfilm, je Aufnahme: 5 €
c) Orthopantomogramm sowie Panoramaaufnahmen oder Halbseitenaufnahmen aller Zähne des Ober- und Unterkiefers: 35 €

(5) Die Abrechnungsfähigkeit weiterer zur Erstellung des Gutachtens erforderlicher Leistungen ist im Einzelfall mit der Krankenkasse abzustimmen.

§ 6
Inkrafttreten und Kündigung

(1) Diese Vereinbarung tritt am 01.02.2008 in Kraft.

(2) Wegen der Neuordnung der Verbandsstrukturen im Ersatzkassenbereich zum 01.07.2008 wird der ab diesem Zeitpunkt bevollmächtigte Abschlussbefugte der Ersatzkassen in das Rubrum aufgenommen. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, das Rubrum entsprechend der ab 01.07.2008 geltenden Bevollmächtigung für den Bereich der Ersatzkassen anzupassen und in diesem Zusammenhang auch ggf. notwendig werdende, redaktionelle Änderungen vorzunehmen.

(3) Die Kündigung ist schriftlich mit Einhaltung einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende zulässig.

Düsseldorf, Bochum, Bergisch-Gladbach, Essen, Münster, den

Kassenzahnärztliche
Vereinigung Nordrhein

.....
Ralf Wagner
Vorsitzender des Vorstandes

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse

.....
Cornelia Prüfer-Storcks
Mitglied des Vorstandes

BKK Landesverband
Nordrhein – Westfalen

.....
Jörg Hoffmann
Vorsitzender des Vorstandes

IKK Nordrhein

.....
Dr. Brigitte Wutschel-Monka
Vorstandsvorsitzende der IKK Nordrhein

Landwirtschaftliche Krankenkasse
Nordrhein - Westfalen

.....
Heimo-Jürgen Döge
Hauptgeschäftsführer

VdAK Landesvertretung
Nordrhein – Westfalen

.....
Andreas Hustadt
Leiter der Landesvertretung

Knappschaft
Die Geschäftsführung

.....

~~Rolf Stadié~~ Klaus Jochheim
~~Direktor~~

AEV Landesvertretung
Nordrhein – Westfalen

.....

Andreas Hustadt
Leiter der Landesvertretung

V

Nordrheinische Verträge mit Sondergruppen

V-1

Vertrag mit Trägern
der Sozialhilfe in Nordrhein
(Muster)

Rahmenvertrag

über die zahnärztliche Versorgung der Hilfeempfänger des örtlichen Trägers der Sozial- und Jugendhilfe sowie des örtlichen Trägers der Kriegsopferfürsorge

zwischen

a) dem **Landkreistag Nordrhein-Westfalen**
Liliencronstr. 14, 40472 Düsseldorf

b) dem **Städtetag Nordrhein-Westfalen**
Lindenallee 13, 50968 Köln

c) dem **Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen**
Kaiserswerther Str. 199/201, 40474 Düsseldorf

und

der **Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein**
Lindemannstr. 34 - 42, 40237 Düsseldorf, vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch seine Vorsitzenden,

- nachstehend KZV NR genannt -

§ 1

Zum Kreise der Hilfeempfänger gehören alle Personen, denen der örtliche Träger zahnärztliche Behandlung gewähren muss.

§ 2

(1) Die KZV NR wirkt an der zahnärztlichen Versorgung des in § 1 genannten Personenkreises mit. Berechtigt aus diesem Vertrag sind die in selbständiger Praxis im Bereich der KZV NR niedergelassenen Zahnärzte einschließlich der nach § 19 ZHG berechtigten Personen entsprechend ihrem Eintragungs- und Zulassungsumfang, die diesem Vertrag durch Abgabe folgender schriftlicher Erklärung gegenüber der KZV NR beitreten:

> „Ich trete dem zwischen der KZV NR und dem örtlichen Träger der Sozial- und Jugendhilfe sowie dem örtlichen Träger der Kriegsopferfürsorge abgeschlossenen Vertrag über die zahnärztliche Versorgung der von dem örtlichen Träger im Rahmen der Sozial- und Jugendhilfe sowie Kriegsopferfürsorge zu betreuenden Personen bei und erkenne alle seine Bestimmungen und die Entscheidungen der nach dem Vertrag zuständigen Stellen als für mich verbindlich an."

(2) Bestehen seitens des Vertragspartners der KZV NR aus besonderen Gründen Bedenken gegen die Beteiligung eines Zahnarztes an diesem Vertrag oder wünscht er die Beendigung der Beteiligung eines Zahnarztes, so hat er sich darüber mit der KZV NR abzustimmen. Kommt eine Einigung nicht zustande, so entscheidet der Schlichtungsausschuss (§ 13).
Als besondere Gründe kommen grundsätzlich nur solche in Betracht, die die Entziehung der Zulassung nach der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte begründen könnten.

(3) Der Zahnarzt kann ohne Angabe von Gründen zum Ende eines jeden Kalendervierteljahres auf seine Berechtigung verzichten. Bereits begonnene Behandlungen sind jedoch zu den Bedingungen dieses Vertrages abzuwickeln. Der Verzicht ist 6 Wochen vor beabsichtigter Beendigung der Vertragsbeteiligung der KZV NR schriftlich bekanntzugeben.

§ 3

(1) Die Vertragszahnärzte sind verpflichtet, alle Hilfesuchenden, die einen von einem örtlichen Träger bzw. einer kreisangehörigen Kommune für den örtlichen Träger ausgestellten Behandlungsausweis (§ 4) vorlegen, im Krankheitsfalle zu behandeln.

Zur zahnärztlichen Behandlung, einschließlich der prothetischen Versorgung, nach diesem Vertrag, gehören alle die zahnärztlichen Leistungen, die im Bundesmantelvertrag Zahnärzte (BMV-Z) in seiner jeweils gültigen Fassung sowie den dazugehörenden ausfüllenden und/oder ergänzenden Vereinbarungen vereinbart sind, soweit sie ausschließlich medizinische Tätigkeiten betreffen.

(2) Die Vertragszahnärzte sind verpflichtet, nur die notwendige Behandlung durchzuführen und die Richtlinien für eine wirtschaftliche Behandlungs- und Verordnungsweise zu beachten, wie sie jeweils für die Pflicht-Kassen gelten.

(3) Sind prothetische Leistungen, kieferorthopädische Maßnahmen, systematische Behandlungen von Parodontopathien sowie Behandlungen von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels in Krankheitsfällen notwendig, so ist vor deren Durchführung, soweit in diesem Vertrag vorgeschrieben, ein Behandlungsplan aufzustellen und ein Kostenanerkenntnis des örtlichen Trägers bzw. von einer kreisangehörigen Kommune für den örtlichen Träger einzuholen. Für diese Leistungen sind die mit den Pflicht-Kassen vereinbarten Formulare zu verwenden.

Bei der Ausfüllung des Behandlungsplanes für prothetische Leistungen ist darauf zu achten, dass Zahnersatz nur gewährt werden kann, wenn und soweit er zur Erhaltung und Wiederherstellung einer ausreichenden Kaufunktion, der Gesundheit bzw. Arbeitsfähigkeit notwendig ist. Die Aufstellung eines Behandlungsplanes und die Einholung eines Kostenanerkenntnisses sind nicht erforderlich bei Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit einer Prothese (Reparatur). In diesem Fall erfolgt die Abrechnung monatlich unter Verwendung der für die Pflicht-Kassen geltenden Liquidationsformulare über die KZV NR. Dies gilt nicht für außervertragliche Leistungen.

(4) Durch den örtlichen Träger bzw. die kreisangehörige Kommune für den örtlichen Träger werden die zahnärztlichen Leistungen in dem Umfange und nach den für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Bestimmungen gewährt.
Im Falle der Begutachtung finden die Vereinbarungen über das Gutachterverfahren bei kieferorthopädischen Maßnahmen, bei Behandlung von Parodontopathien und bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen, wie sie jeweils für Pflicht-Kassen gelten, Anwendung. Dem örtlichen Träger bzw. der kreisangehörigen Kommune für den örtlichen Träger steht die Auswahl des Gutachters frei.

§ 4

Die Behandlungsausweise, und zwar

a) der Behandlungsschein (Krankenschein) für allgemeine, chirurgische und konservierende Leistungen,

b) der Behandlungsplan für Zahnersatz,

c) der kieferorthopädische Behandlungsplan (kieferorthopädisches Attest) sowie das Abrechnungsformular für diese Behandlung,

d) der Parodontalstatus,

e) die Mitteilung über eine Verletzung bzw. Unfallfolge im Bereich des Gesichtsschädels (auch Erkrankung des Gesichtsschädels)

sind in der jeweils gültigen Form Bestandteil dieses Vertrages.

§ 5

(1) Der von dem örtlichen Träger bzw. von einer kreisangehörigen Kommune für den örtlichen Träger ausgestellte Behandlungsschein gilt jeweils für das laufende Kalendervierteljahr. Auf dem Behandlungsschein sind die in dem betreffenden Kalendervierteljahr durchgeführten Leistungen abzurechnen.

(2) Während der Gültigkeitsdauer eines Behandlungsscheines ist ein Zahnarztwechsel nur mit ausdrücklicher Zustimmung des örtlichen Trägers bzw. von einer kreisangehörigen Kommune für den örtlichen Träger, der/die den Behandlungsschein ausgestellt hat, und nach Anhörung des behandelnden Zahnarztes gestattet.

(3) Solange ein gültiger Behandlungsschein nicht beigebracht ist, kann der Zahnarzt eine Privatvergütung für die Behandlung verlangen. Die Privatvergütung wird zurückgezahlt, wenn der Behandlungsschein innerhalb einer Frist von drei Monaten nach der ersten Inanspruchnahme des Zahnarztes vorgelegt wird. Der Zahnarzt kann den Behandlungsschein unmittelbar bei dem örtlichen Träger bzw. von einer kreisangehörigen Kommune für den örtlichen Träger anfordern. Geht der Behandlungsschein auf Aufforderung nicht innerhalb dieser Frist bei dem Zahnarzt ein, so bleibt es bei der Privatvergütung des Zahnarztes.

§ 6

Die behandelnden Zahnärzte sind verpflichtet, dem örtlichen Träger bzw. der kreisangehörigen Kommune für den örtlichen Träger auf Verlangen über die in ihrer Behandlung stehenden Personen ohne besonderes Honorar die Auskünfte zu erteilen, die für die Erfüllung der Aufgaben des örtlichen Trägers bzw. der kreisangehörigen Kommune für den örtlichen Träger erforderlich sind.

§ 7

Die Hilfesuchenden haben im Rahmen dieses Vertrages freie Wahl unter den an diesem Vertrag beteiligten Zahnärzten. Der örtliche Träger bzw. die kreisangehörige Kommune für den örtlichen Träger wird Empfehlungen von Zahnärzten nicht aussprechen.

§ 8

(1) Für die zahnärztlichen Leistungen ist die Vergütung zu entrichten, welche die Ortskrankenkasse, in deren Bereich der Zahnarzt niedergelassen ist, jeweils zahlen muss.

(2) Im übrigen gelten für die außervertraglichen Leistungen die gesetzlichen Vorschriften.

(3) Im Fall eines tariflosen Zustandes mit den Ortskrankenkassen gelten bis zum Abschluss eines neuen Tarifes die jeweils letztgültigen Tarifsätze weiter.

§ 9

(1) Die Vertragszahnärzte sind verpflichtet, die allgemeinen, chirurgischen, konservierenden und kieferorthopädischen Leistungen nach Ablauf eines Kalendervierteljahres über die KZV NR abzurechnen. Den Termin zur Abgabe bestimmt die KZV NR.

(2) Die KZV NR übernimmt vor Erstellung der Rechnung und Einsendung der Abrechnungsunterlagen an den örtlichen Träger bzw. die kreisangehörige Kommune für den örtlichen Träger die Prüfung auf rechnerische, sachliche und gebührenordnungsmäßige Richtigkeit und nimmt von sich aus notwendige Berichtigungen vor. Nach dieser Prüfung erstellt sie vierteljährlich die Rechnung für konservierend-chirurgische Leistungen und für kieferorthopädische Leistungen und sendet diese mit den Behandlungsausweisen dem örtlichen Träger bzw. der kreisangehörigen Kommune für den örtlichen Träger zu.

(3) Die Abrechnung des Honorars für prothetische Leistungen, für systematische Behandlungen von Parodontopathien sowie für Behandlungen von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels erfolgt monatlich. Die KZV NR stellt die gesamten Genehmigungsbescheide sowie die Liquidationen für prothetische Wiederherstellungsmaßnahmen nach Zahnärzten geordnet bis zum 15. eines jeden Monats dem örtlichen Träger bzw. der kreisangehörigen Kommune für den örtlichen Träger zu.

§ 10

(1) Der örtliche Träger bzw. die kreisangehörige Kommune für den örtlichen Träger verpflichtet sich, alle Zahlungen im Zusammenhang mit diesem Vertrag an die KZV NR zu leisten. Zahlungen an die KZV NR erfolgen für die Vierteljahresrechnungen abschlagsweise bis zum 15. des zweiten Vierteljahresmonats mit 75 %, errechnet aus dem zuletzt abgerechneten Quartal. Evtl. Überzahlungen werden mit der nachfolgenden Abschlagszahlung verrechnet. Die nach Zustellung der Viertel-jahresrechnung dann noch verbleibende Restsumme ist innerhalb von drei Wochen nach Rechnungseingang zu zahlen.

(2) Das Honorar für die monatlichen Abrechnungen nach § 9 (3) ist innerhalb von zwei Wochen nach Rechnungseingang zu zahlen.

(3) Die Begleichung der eingegangenen Rechnungen erfolgt vorbehaltlich eventuell noch vorzunehmender Überprüfung.

Der örtliche Träger bzw. die kreisangehörige Kommune für den örtlichen Träger kann die Berichtigung sachlicher und rechnerischer Fehler in der Abrechnung innerhalb von einem Jahr nach Erhalt der Abrechnungsunterlagen beantragen. Die Anträge sind unter Angabe

a) des betroffenen Zahnarztes und des Patienten,

b) des konkreten Beanstandungsgrundes,

c) des Rückforderungsbetrages im Einzelfall, beschränkt auf den konkreten Beanstandungsgrund der KZV NR mitzuteilen.

Sie sind abrechnungsbezogen auf das jeweilige Quartal bzw. den jeweiligen Abrechnungsmonat aufzulisten.

Berichtigungen aus Irrläufern setzt der örtliche Träger bzw. die kreisangehörige Kommune für den örtlichen Träger vom Rechnungsbetrag ab. Zur Absetzung anderer geltend gemachter Berichtigungsbeträge ist der örtliche Träger bzw. die kreisangehörige Kommune für den örtlichen Träger nur berechtigt, wenn die Berichtigung von der KZV NR nicht innerhalb eines halben Jahres nach Eingang der Berichtigungsanzeige vorgenommen wird.

(4) Die Überweisung des jeweiligen Rechnungsbetrages sowie der Abschlagszahlungen nach (1) durch den örtlichen Träger bzw. die kreisangehörige Kommune für den örtlichen Träger an die KZV NR erfolgt in einer Summe. Die Verteilung der Beträge auf verschiedene Dienststellen oder zu Lasten verschiedener Haushaltsstellen ist interne Angelegenheit des örtlichen Trägers bzw. der kreisangehörigen Kommune für den örtlichen Träger.

(5) Überweist der örtliche Träger bzw. die kreisangehörige Kommune für den örtlichen Träger die Abschlagszahlungen und die Rechnungsbeträge nicht termingerecht, so ist der Landkreistag Nordrhein-Westfalen oder der Städtetag Nordrhein-Westfalen oder der Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen zu benachrichtigen.

(6) Die Ansprüche der Vertragszahnärzte aus diesem Vertrag gegen den örtlichen Träger bzw. die kreisangehörige Kommune für den örtlichen Träger können nur gegen die KZV NR geltend gemacht werden, soweit ein Vertragszahnarzt bei Behandlung von Anspruchsberechtigten der Pflicht-Kassen nur eine Forderung gegen die KZV NR hat. In diesem Fall haben die Zahlungen des örtlichen Trägers bzw. der kreisangehörigen Kommune für den örtlichen Träger an die KZV NR gegenüber den Vertragszahnärzten befreiende Wirkung.

§ 11

Die KZV NR wird auf Antrag des örtlichen Trägers bzw. der kreisangehörigen Kommune für den örtlichen Träger Beschwerden über einen Zahnarzt umgehend prüfen und, soweit sie berechtigt sind, versuchen abzuhelfen.

§ 12

Die Kreise, kreisangehörigen Städte und Gemeinden sowie die kreisfreien Städte im Einzugsbereich der KZV NR treten diesem Vertrag durch schriftliche Erklärung gegenüber der KZV NR und dem Landkreistag Nordrhein-Westfalen bzw. dem Städtetag Nordrhein-Westfalen bzw. dem Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen bei. Durch den Beitritt werden die Vertragsinhalte anerkannt.

§ 13

Um Rechtsstreitigkeiten nach Möglichkeit zu vermeiden, wird zur Klärung von Zweifelsfragen und zur Erledigung von Streitfällen, die sich aus diesem Vertrag ergeben, ein Schlichtungsausschuss gebildet. Der Schlichtungsausschuss besteht aus drei Vertretern der

KZV NR und je einem des Landkreistages Nordrhein-Westfalen, des Städtetages Nordrhein-Westfalen und des Städte- und Gemeindebundes Nordrhein-Westfalen. Die durch Anrufung des Schlichtungsausschusses entstandenen Kosten werden von jedem beteiligten Verband oder jeder beteiligten Körperschaft für die von ihm/ihr entsandten Mitglieder getragen.

§ 14

(1) Dieser Vertrag tritt mit Wirkung vom 01.01.2002 in Kraft.

(2) Er kann von den Vertragschließenden jeweils mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf eines Kalendervierteljahres schriftlich gekündigt werden.

(3) Der Beitritt zu diesem Vertrag kann von den Kreisen, kreisangehörigen Städten und Gemeinden sowie kreisfreien Städten mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf eines Kalendervierteljahres schriftlich gekündigt werden.

Düsseldorf,

Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein

R. Wagner
Vorsitzender des Vorstandes

Düsseldorf,

Landkreistag Nordrhein-Westfalen

.....

Köln,

Städtetag Nordrhein-Westfalen

.....

Düsseldorf,

Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen

.....

RAHMENVEREINBARUNG

zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach

§ 264 Abs. 1 SGB V
in Verbindung mit §§ 1,1a Asylbewerberleistungsgesetz

in Nordrhein-Westfalen

zwischen
dem Land Nordrhein-Westfalen
vertreten durch das Ministerium für
Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS),
dieses vertreten durch den Minister

- nachstehend **MAGS** -

und der

AOK Rheinland/Hamburg
AOK NORDWEST
Novitas BKK
KNAPPSCHAFT
DAK Gesundheit
Techniker Krankenkasse
BARMER
IKK classic
KKH Kaufmännische Krankenkasse
VIACTIV Krankenkasse
Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)

- nachstehend **Krankenkassen** genannt -

INHALT

Präambel	Seite 3
§ 1 Gegenstand der Vereinbarung	Seite 3
§ 2 Ziel dieser Vereinbarung	Seite 3
§ 3 Beitrittsrecht der Gemeinden	Seite 4
§ 3a Vertragspartnerschaft weiterer Krankenkassen	Seite 4
§ 4 Umfang des Leistungsanspruchs	Seite 4
§ 5 Meldeverfahren	Seite 5
§ 6 elektronische Gesundheitskarte (eGK) ohne EHIC	Seite 5
§ 7 Befreiung von der Zuzahlungspflicht	Seite 6
§ 8 Verfahren bei Wegfall der Leistungsberechtigung	Seite 6
§ 9 Kosten für die Beteiligung des MDK	Seite 6
§ 10 Abrechnungsverfahren	Seite 6
§ 11 Verwaltungskosten	Seite 8
§ 12 Widersprüche und Klageverfahren	Seite 8
§ 13 Weiterleitung von möglichen Schadensersatzansprüchen	Seite 9
§ 14 Datenschutz	Seite 9
§ 15 Qualitätssicherung	Seite 9
§ 16 Meinungsverschiedenheiten	Seite 9
§ 17 Schriftformerfordernis und Salvatorische Klausel	Seite 9
§ 18 Laufzeit der Vereinbarung	Seite 10
§ 19 Inkrafttreten	Seite 10

Präambel

Nach den Regelungen des § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V wird die Gesundheitsversorgung von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 Abs. 1 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) auftragsweise von der Krankenkasse übernommen. Leistungsberechtigte nach §§ 1, 1a AsylbLG, die keinen Anspruch auf Leistung in besonderen Fällen nach § 2 AsylbLG haben, müssen ihren Anspruch auf Leistungen bei Krankheit bzw. sonstige Leistungen zur Sicherung der Gesundheit nach §§ 4 und 6 AsylbLG unmittelbar gegenüber den Gemeinde geltend machen.

Die vertragsschließenden Parteien sind sich einig, dass auch für den Personenkreis der Leistungsberechtigten nach §§ 1, 1a AsylbLG im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung Verbesserungen anzustreben sind.

Mit der Zielsetzung
- den Zugang zum Gesundheitssystem durch Nutzung einer eGK zu vereinfachen,
- die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zu erhöhen und
- die Gemeinden nachhaltig von Verwaltungsaufgaben zu entlasten

hat das Land NRW die Krankenkassen gebeten, die Betreuung dieses Personenkreises zu übernehmen. Aus diesen Gründen schließen die Krankenkassen mit dem Land Nordrhein-Westfalen – vertreten durch das MAGS - eine Rahmenvereinbarung nach § 264 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 30 Abs. 2 SGB IV ab.

Die Vertragsparteien sind sich einig, dass sich grundsätzlich alle Krankenkassen an der Vereinbarung beteiligen sollen und eine gleichgewichtige Verteilung der zu betreuenden Personen durch die beitretenden Gemeinden auf die teilnehmenden Krankenkassen anzustreben ist. Aus verwaltungsökonomischen Gründen wird eine Zuordnung der einzelnen Gemeinden zu je einer teilnehmenden Krankenkasse angestrebt.

§ 1 Gegenstand der Vereinbarung

Die Vereinbarung beschreibt die auftragsweise Gesundheitsversorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 1, 1a AsylbLG, die keinen Anspruch auf Leistung in besonderen Fällen nach § 2 AsylbLG, sondern gegenüber den Gemeinden Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt bzw. sonstige Leistungen zur Sicherung der Gesundheit nach §§ 4 und 6 AsylbLG haben. Die Gesundheitsversorgung wird durch die teilnehmenden Krankenkassen –nach Maßgabe dieser Vereinbarung sichergestellt.

§ 2 Ziel dieser Vereinbarung

(1) In Nordrhein-Westfalen übernehmen gemäß § 1 des Ausführungsgesetzes des Asylbewerberleistungsgesetzes die Gemeinden die Gesundheitsversorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 1, 1a AsylbLG, die keinen Anspruch auf Leistung in besonderen Fällen nach § 2 AsylbLG haben. Mit der Vereinbarung soll die Gesundheitsversorgung dieser Leistungsberechtigten durch eine Krankenkasse übernommen werden. Rechtsgrundlage hierfür ist § 30 Abs. 2 SGB IV in Verbindung mit § 264 Abs. 1 SGB V.

(2) Ziel der Übertragung dieser Aufgabe ist es, durch die Krankenkasse eine professionelle, effiziente und effektive Gesundheitsversorgung der Leistungsberechtigten zu gewährleisten. Gleichzeitig wird darüber hinaus ein Beitrag zum Bürokratieabbau in den Gemeinden geleistet.

§ 3 Beitrittsrecht der Gemeinden

(1) Die Gemeinden in NRW können dieser Vereinbarung beitreten.

(2) Der Beitritt ist mit einer Frist von zwei Monaten zum nächsten Quartalsbeginn schriftlich gegenüber dem MAGS zu erklären. Die Regelungen dieser Vereinbarungen gelten dann mit Beginn des Folgequartals nach Eingang der Erklärung beim MAGS.

(3) Der Austritt einer Gemeinde ist mit einer dreimonatigen Frist zum Quartalsende ebenfalls schriftlich gegenüber dem MAGS zu erklären.

(4) Der Beitritt oder Austritt einer Gemeinde ist den teilnehmenden Krankenkassen durch das MAGS unverzüglich anzuzeigen.

§ 3a Vertragspartnerschaft weiterer Krankenkassen

(1) Krankenkassen, die noch nicht Vertragspartner dieser Rahmenvereinbarung sind, zeigen ihren Beitritt unmittelbar gegenüber dem MAGS an. Der Austritt einer Krankenkasse ist ebenfalls gegenüber dem MAGS anzuzeigen. Ein Austritt ist mit einer dreimonatigen Kündigungsfrist jeweils zum Ende des Kalenderjahres möglich.

(2) Die beigetretene Krankenkasse nimmt mit Beginn des auf die Anzeige folgenden Quartals an dieser Vereinbarung teil.

(3) Das MAGS veröffentlicht eine Liste der teilnehmenden Krankenkassen und beigetretenen Gemeinden jeweils auf ihrer Homepage. Die Krankenkassen und beigetretenen Gemeinden stimmen der Veröffentlichung und der jeweiligen Aktualisierung auf der Homepage des MAGS zu.

§ 4 Umfang des Leistungsanspruchs

(1) Die Krankenkassen stellen eine notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung auf Basis ihrer Vorschriften zulasten der Gemeinden sicher. Dabei richtet sich der Leistungsumfang grundsätzlich nach §§ 4 und 6 AsylbLG (vgl. Anlage 1, Buchstabe A und B). Nicht von der Versorgung umfasst sind Entgeltersatzleistungen (z. B. Krankengeld und Mutterschaftsgeld) sowie Leistungen der Pflege und der Eingliederungshilfe. Die Gemeinden erstatten den Krankenkassen alle Leistungen, die der Leistungsberechtigte auf Basis der Anlage 1 Buchstabe A und B in Anspruch genommen hat.

(2) Für die in Anlage 1, Buchstabe C, aufgeführten GKV-Leistungen ist der Anspruch auf Gesundheitsversorgung unmittelbar gegenüber der Gemeinde zu realisieren. Sofern entsprechende Anträge bei den Krankenkassen eingehen, werden diese umgehend an die Gemeinden weitergeleitet und dort in eigener Verantwortung entschieden.

(3) Der Anspruch auf Leistungen im Rahmen des Betreuungsverhältnisses beginnt mit dem Zeitpunkt, von dem an die Voraussetzungen für den Bezug von Leistungen nach § 3 AsylbLG (Leistungsberechtigung nach §§ 1, 1a AsylbLG) vorliegen und der Leistungsberechtigte weder in einer Erstaufnahmeeinrichtung (EAE) noch in einer Zentralen Unterbringungseinrichtung (ZUE) untergebracht ist. Die Prüfung und Feststellung der Anspruchsberechtigung erfolgt durch die Gemeinden. Während der Unterbringung in einer Erstaufnahmeeinrichtung (EAE) bzw. einer Zentralen Unterbringungseinrichtung (ZUE) greifen die Regelungen dieser Vereinbarung nicht.

(4) Der Anspruch auf Leistungen endet nach Maßgabe der Regelungen des § 1 Abs. 3 AsylbLG.

§ 5 Meldeverfahren

(1) Die Gemeinden melden die Leistungsberechtigten nach Ankunft in der Zielgemeinde unverzüglich bei einer teilnehmenden Krankenkasse an. Sie haben dabei die Daten für den Haushaltsvorstand und seine in häuslicher Gemeinschaft lebenden Angehörigen mitzuteilen.

(2) Das Land wirkt auf die gleichmäßige Verteilung der Leistungsberechtigten auf die Krankenkassen hin.

(3) Die Gemeinden, die dieser Vereinbarung beigetreten sind, teilen der Krankenkasse folgende Sachverhalte unter Verwendung der dieser Vereinbarung als Muster beigefügten Meldevordrucke (Anlagen 2 bis 4) mit:

a. Separates Institutionskennzeichen (IK) für die Abrechnung der Leistungen der Leistungsberechtigten nach § 264 Abs. 1 SGB V

b. An- und Abmeldungen des Haushaltsvorstandes (inklusive der Angehörigen)

c. Änderung der Personenstandsdaten (z. B. Namensänderung inklusive Anschriftenänderung)

d. Ummeldung vom Haushaltsvorstand zum Familienangehörigen eines anderen Haushaltsvorstandes (inklusive seiner bisherigen Angehörigen)

e. Sonstige Änderungsmeldungen (z. B. An- und Abmeldungen einzelner Familienangehöriger)

(4) Die vorgenannten Meldungen sind von der zuständigen Gemeinde zu unterzeichnen und mit Behördenstempel zu versehen, soweit sie nicht elektronisch übermittelt werden. Voraussetzung für die elektronische Übermittlung ist, dass alle Beteiligten ein einheitliches und verbindliches Verfahren abgestimmt haben.

(5) Auf dem Anmeldevordruck ist der Krankenkasse von der zuständigen Gemeinde für jeden bildpflichtigen Leistungsberechtigten ein geeignetes Lichtbild des Leistungsberechtigten zur Ausstellung einer eGK zur Verfügung zu stellen. Zugleich bestätigt die Gemeinde mit der Anmeldung, dass das Lichtbild mit der Identität des Leistungsberechtigten übereinstimmt.

(6) Sind die Meldungen unleserlich oder/und enthalten sie unplausible Daten, werden sie von der Krankenkasse zur kurzfristigen Klärung an die zuständige Gemeinde zurückgeschickt.

§ 6 elektronische Gesundheitskarte (eGK) ohne EHIC

(1) Die Gültigkeitsdauer der eGK ist befristet auf 24 Kalendermonate; in Abstimmung zwischen Krankenkasse und Gemeinde können auch kürzere Gültigkeitszeiträume vereinbart werden. Der Versand der eGK erfolgt an den Leistungsberechtigten. Darüber hinaus ist ein Versand nur an einen Betreuer im Sinne der §§ 1896 BGB ff möglich. Bis zur Versorgung mit der eGK stellen die Krankenkassen den Gemeinden Abrechnungsscheine für die ärztliche und zahnärztliche Versorgung zur Verfügung. Die Gemeinden stellen sicher, dass sie die Leistungsberechtigten über die Nutzung und Anwendung der eGK informieren.

(2) Beim erstmaligen Abhandenkommen oder bei erstmaliger Meldung eines Defekts einer eGK stellt die Krankenkasse auf Antrag des Leistungsberechtigten eine neue eGK aus.

(3) Für das Ausstellen der eGK erhält die Krankenkasse von der zuständigen Gemeinde für jeden Leistungsberechtigten 10,00 Euro. Damit ist auch die Ausstellung einer weiteren Karte, z. B. bei Verlust oder Ablauf, abgegolten. Werden darüber hinaus weitere Karten benötigt, fallen je Karte 8,00 Euro an.

§ 7 Befreiung von der Zuzahlungspflicht

Die Leistungsberechtigten haben keine Zuzahlungen gemäß §§ 61, 62 SGB V zu leisten. Die Krankenkassen stellen hierzu einen Befreiungsausweis aus. Der Befreiungsausweis wird den Leistungsberechtigten individuell, nach den technischen und prozessualen Möglichkeiten der jeweiligen Kasse zur Verfügung gestellt.

§ 8 Verfahren bei Wegfall der Leistungsberechtigung

(1) Sobald die Beendigung der Leistungsberechtigung nach §§ 1, 1a AsylbLG der gesamten Haushaltsgemeinschaft oder einzelner Haushaltsangehöriger feststeht, erfolgt unverzüglich eine schriftliche Abmeldung durch die zuständige Gemeinde bei der Krankenkasse. Gleiches gilt beim Wechsel/Beendigung der Zuständigkeit der Gemeinde. Hierzu sind die vereinbarten Meldevordrucke zu verwenden (Anlagen 2 bis 4). Mit der Abmeldung ist die Gemeinde verpflichtet, von dem Leistungsberechtigten die eGK und den Befreiungsausweis einzuziehen und an die Krankenkasse zu übermitteln.

(2) Leistungsaufwendungen, die der Krankenkasse nach Eingang der Abmeldung durch die Verwendung der eGK entstehen, hat die zuständige Gemeinde zu erstatten.

(3) Übernimmt eine Krankenkasse Leistungen aus der auftragsweisen Gesundheitsversorgung, obwohl zwischenzeitlich bereits Versicherungspflicht eingetreten ist, bleibt der Erstattungsanspruch der Krankenkasse, die die Betreuung durchgeführt hat, gegenüber der zuständigen Gemeinde bestehen. Etwaige Ersatzansprüche gegenüber der aufgrund der eingetretenen Versicherungspflicht originär zuständigen Krankenkasse, die den Krankenversicherungsschutz nach dem SGB V sicherstellt, hat die Gemeinde gegenüber dieser Krankenkasse eigenständig zu verfolgen.

(4) Verlegt ein Leistungsberechtigter nach §§ 1, 1a AsylbLG seinen Wohnort, hat durch die bisher zuständige Gemeinde eine Abmeldung bei der bisher betreuenden Krankenkasse zu erfolgen. Eine erneute Anmeldung durch die neue zuständige Gemeinde hat entsprechend den Regelungen dieser Vereinbarung zu erfolgen. Voraussetzung ist, dass die aufnehmende Gemeinde ebenfalls dieser Vereinbarung beigetreten ist.

(5) Das Betreuungsverhältnis endet mit dem Austritt der Gemeinde aus der Rahmenvereinbarung (§ 3 Abs. 3). Abs. 1 und 2 bleiben davon unberührt.

§ 9 Kosten für die Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen

Die Krankenkassen beauftragen im Rahmen der Gesundheitsversorgung gemäß § 264 Abs. 1 SGB V den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) entsprechend der gesetzlichen Regelungen. § 283 SGB V gilt entsprechend. Die Kosten betragen

- für Begutachtungen nach Aktenlage 160 € je Fall
- für körperliche Untersuchungen oder Krankenhausbegehungen 260 € je Fall.

Die entsprechenden Kosten werden von den jeweils zuständigen Gemeinden übernommen.

§ 10 Abrechnungsverfahren

(1) Die Krankenkasse rechnet die ihr entstandenen Ausgaben kalendervierteljährlich mit der zuständigen Gemeinde ab.

(2) Die zuständige Gemeinde leistet monatlich Abschlagzahlungen je Leistungsberechtigtem. Die Summe dieser Abschlagszahlungen ergibt sich durch Multiplikation der am Monatsersten gemeldeten Anzahl der Asylbewerber nach §§ 1, 1a AsylbLG mit dem Abschlagsbetrag nach Abs. 3. Die Abschlagszahlungen beginnen im zweiten Monat des Beitrittsquartals.

(3) Der Abschlagsbetrag orientiert sich an den durchschnittlichen Leistungsausgaben für diesen Personenkreis und wird zu Beginn eines jeden Kalenderjahres neu ermittelt. Eine unterjährige Anpassung der Abschlagszahlung ist vorzunehmen, wenn die tatsächlichen Leistungsausgaben dieser Abschlagszahlung nicht mehr entsprechen.

(4) Soweit zwischen Krankenkasse und Gemeinde nichts anderes vereinbart ist, beträgt die Abschlagszahlung monatlich 200,00 Euro je Leistungsberechtigtem.

(5) Die Abschlagzahlungen sind jeweils zum Zehnten eines Monats zu leisten. Überzahlungen erstattet die Krankenkasse der zuständigen Gemeinde, sofern sie nicht mit der nächsten Abschlagzahlung verrechnet werden können.

(6) In der Abrechnung sind folgende Daten je Leistungsberechtigtem zu übermitteln:
- Name
- Vorname
- Geburtsdatum
- Krankenversichertennummer
- Aktenzeichen
- Rechnungsnummer
- Leistungsaufwendungen von/bis
- Betrag
- Leistungsart
- Leistungsaufwendung gesamt

(7) Die Abrechnungen sind nach folgenden Leistungsarten zu differenzieren:

- Arzneimittel
- Ärztliche Behandlung (jeweils getrennt nach Morbiditätsbedingter Gesamtvergütung und extrabudgetären Leistungen)
- Zahnärztliche Leistungen:
  - Konservierend chirurgische Leistungen BEMA Teil 1
  - Kieferbruch/Kiefergelenkserkrankungen BEMA Teil 2
  - Kieferorthopädische Leistungen BEMA Teil 3
  - Parondontosebehandlungen BEMA Teil 4
  - Zahnersatz und Zahnkronen BEMA Teil 5
- Krankenhausbehandlung
- Heilmittel
- Hilfsmittel
- Häusliche Krankenpflege
- Soziotherapie
- Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen
- Psychotherapie
- Sozialpädiatrische Leistungen
- Medizinische Rehabilitation für Mütter
- Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt
- Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen (stationär)
- Fahrkosten
- Gutachterkosten Zahnärzte
- Gutachterkosten Psychotherapie
- Verwaltungskosten
- Kosten für Medizinischen Dienst der Krankenkassen
- Kosten für Versichertenkarten (eGK)
- Sprechstundenbedarf

(8) Die Abrechnung der budgetierten ärztlichen Leistungen erfolgt für diesen Personenkreis – analog des Verfahrens für Betreute nach § 264 Abs. 2 SGB V – in Höhe des sich aus der tatsächlichen Inanspruchnahme ergebenden durchschnittlichen Betrages.

(9) Zur Abgeltung des Sprechstundenbedarfs (einschl. der Impfkosten) für Leistungsberechtigte bei der Behandlung von Vertragsärzten beteiligt sich die zuständige Gemeinde an der Umlage der Krankenkassen(verbände).

(10) Die Verwaltungskosten sind personenbezogen abzurechnen.

(11) Die personenbezogenen Abrechnungen der Leistungsberechtigten werden in einer Sammelrechnung in Papierform zusammengefasst. Die Sammelrechnung weist die Gesamtsumme der Leistungen, der Pauschalen und der Verwaltungskosten sowie die Endsumme aus. Die Endsumme ist zum Ablauf des auf die Abrechnung folgenden Kalendermonats an die Krankenkasse zu leisten.

(12) Eine Abrechnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern wird angestrebt. Belege über die Leistungsaufwendungen werden der zuständigen Gemeinde im Rahmen des Abrechnungsverfahrens nicht zur Verfügung gestellt. § 264 Abs. 7 Satz 3 SGB V bleibt hiervon unberührt. Die in § 264 Abs. 7 Satz 3 SGB V genannten Anhaltspunkte für Unwirtschaftlichkeit können sich nur auf absolute Ausnahmefälle beziehen, in denen den Gemeinden konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) geltenden Vorschriften für eine wirtschaftliche Leistungserbringung und -gewährung offensichtlich nicht angewendet wurden.

(13) Krankenkassen und Gemeinden sind sich darüber einig, dass §§ 110, 111 und 113 SGB X keine Anwendung finden. In den Rechtsbeziehungen zwischen Gemeinden und Krankenkassen findet ab dem Zeitpunkt der Bestandskraft eines Verwaltungsaktes bzw. eines Urteils die dreijährige Verjährungsfrist des BGB Anwendung.

§ 11 Verwaltungskosten

Zur Abgeltung der entstehenden Verwaltungsaufwendungen leistet die zuständige Gemeinde Verwaltungskostenersatz für die von der Krankenkasse durchzuführende Wahrnehmung der Gesundheitsversorgung gemäß § 264 Abs. 1 SGB V. Der Verwaltungskostenersatz ab 01.01. eines Kalenderjahres je Leistungsberechtigtem und angefangenem Betreuungsmonat ergibt sich aus den vom Bundesministerium für Gesundheit zuletzt veröffentlichten durchschnittlichen Netto-Verwaltungskosten aller Krankenkassen je Versicherten. Der sich daraus ergebende dynamische Verwaltungskostenersatz wird jährlich entsprechend angepasst und jeweils für ein Kalenderjahr festgelegt. Erstmalig Anwendung findet der dynamische Verwaltungskostenersatz für die Abrechnung des I. Quartals 2018. Die zu erstattenden Verwaltungskosten werden quartalsweise abgerechnet.

§ 12 Widersprüche und Klageverfahren

(1) Die Krankenkasse entscheidet – sofern sie nach dieser Vereinbarung für die Leistungsentscheidung zuständig ist – über Widersprüche. Dementsprechend richten sich Klagen vor den Sozialgerichten ebenfalls gegen die Krankenkasse. Die zuständige Gemeinde als Beteiligte im Sinne des SGB X erhält die Widerspruchsbescheide nachrichtlich.

(2) Die Gemeinde ersetzt der Krankenkasse alle anfallenden Verfahrenskosten (Anwalts- und Gerichtskosten) unabhängig vom Ausgang des Verfahrens. Dies gilt auch, wenn die Krankenkasse zum Beispiel von einem Gericht zur Übernahme von Behandlungskosten verurteilt wird, sie ein Anerkenntnis abgibt, sie einen Vergleich schließt bzw. einem Widerspruch stattgibt. Die Geltendmachung erfolgt im Wege der quartalsweisen Abrechnung gemäß § 10 dieser Vereinbarung.

§ 13 Weiterleitung von möglichen Schadensersatzansprüchen

Die Krankenkasse verfolgt keine möglichen Ersatzansprüche, sofern Leistungen an Leistungsberechtigte nach §§ 1, 1a AsylbLG aufgrund von Schadensereignissen im Sinne des § 116 SGB X erbracht werden. Anspruchsträger für etwaige Schadensersatzansprüche für diesen Personenkreis bleibt die zuständige Gemeinde. Erlangt die Krankenkasse dennoch Kenntnis über eine möglicherweise bestehende Schadensersatzforderung, hat sie die zuständige Gemeinde zeitnah zu informieren. Die Durchsetzung der Schadensersatzansprüche obliegt der Gemeinde.

§ 14 Datenschutz

Die Vereinbarungspartner verpflichten sich, entsprechend der sich aus den Bestimmungen dieser Vereinbarung ergebenden Arbeitsteilung sicherzustellen, dass

1. die personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen gesetzlichen Datenschutzbestimmungen für die gesetzliche Krankenversicherung (insbes. § 35 SGB I, §§ 284 ff. Sozialgesetzbuch SGB V und §§ 67 ff. SGB X) bzw. für Behörden, Einrichtungen und sonstigen öffentlichen Stellen des Landes NRW, Gemeinden und Gemeindeverbände sowie für die sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden juristischen Personen des öffentlichen Rechts und deren Vereinigungen (Datenschutzgesetz Nordrhein-Westfalen, Bundesdatenschutzgesetz bzw. Sozialgesetzbuch) erhoben, verarbeitet und genutzt werden,

2. alle Personen, die mit der Bearbeitung der in der Vereinbarung genannten Tätigkeiten und mit der Erfüllung der sich daraus ergebenden Verpflichtungen befasst sind oder befasst sein können, die unter Ziffer 1 genannten Regelungen und Gesetze kennen und dass bei der Durchführung des Vertrages nur Personen eingesetzt werden, die entsprechend belehrt, zur Geheimhaltung verpflichtet wurden und auf die Straf- und Ordnungswidrigkeitsvorschriften hingewiesen sind.

§ 15 Qualitätssicherung

Die teilnehmenden Krankenkassen und Gemeinden vereinbaren regelmäßige Gespräche insbesondere zur Entwicklung der Leistungsausgaben. Ziel dieser Gespräche ist es, Möglichkeiten zur Steuerung der Ausgaben und der Optimierung des Melde- und Abrechnungsverfahrens und der Klärung von Leistungsansprüchen zu erörtern und zu vereinbaren.

§ 16 Meinungsverschiedenheiten

Meinungsverschiedenheiten über den Inhalt oder die Auslegung der vorliegenden Vereinbarung werden zur Vermeidung gerichtlicher Verfahren zwischen den Vereinbarungspartnern in gegenseitigem Einvernehmen geregelt.

§ 17 Schriftformerfordernis und Salvatorische Klausel

(1) Alle Änderungen oder Ergänzungen dieser Vereinbarung einschließlich dieser Klausel bedürfen zu ihrer Wirksamkeit eines von den Vereinbarungspartnern unterzeichneten Nachtrages.

(2) Sofern einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein sollten oder Auslassungen enthalten, wird dadurch die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmung gilt diejenige wirksame Bestimmung als vereinbart, welche dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung entspricht. Im Fall von Auslassungen gilt diejenige Bestimmung als vereinbart, die dem entspricht, was nach Sinn und Zweck dieser Vereinbarung vernünftigerweise vereinbart worden wäre, hätte man die Angelegenheit von vornherein bedacht.

(3) Die Anlagen sind Bestandteil dieser Vereinbarung.

§ 18 Laufzeit der Vereinbarung

(1) Die Vereinbarung kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres schriftlich gekündigt werden. Die außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.

(2) Soweit sich durch neue bundesrechtliche Regelungen ein Änderungsbedarf für diese Vereinbarung ergibt, treten die Vereinbarungspartner unverzüglich in Gespräche zur Anpassung dieser Vereinbarung ein. Das Kündigungsrecht nach § 3 Abs. 3 bleibt unberührt.

(3) Unbeschadet des Abs. 1 kann diese Vereinbarung in gegenseitigem Einvernehmen jederzeit ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist beendet werden.

§ 19 Inkrafttreten

(1) Die geänderte Vereinbarung tritt nach Unterzeichnung der vertragsschließenden Parteien am 01.01.2018 in Kraft und ersetzt die Vereinbarung vom 28.08.2015.

(2) Den nach § 3 beigetretenen Gemeinden wird ein Sonderkündigungsrecht zum 31.12.2017 eingeräumt. Der Austritt ist abweichend von § 3 Abs. 3 bis zum 30.11.2017 gegenüber dem MAGS zu erklären.

(3) Wird von dem Sonderkündigungsrecht nicht fristgerecht Gebrauch gemacht, findet die geänderte Rahmenvereinbarung für die beigetretenen Gemeinden ab dem 01.01.2018 Anwendung. Das Kündigungsrecht nach § 3 Abs. 3 bleibt unberührt.

Auf den Abdruck der Unterschriftsfelder wird verzichtet.

Anlage 1

zur Rahmenvereinbarung zwischen den Krankenkassen und dem Land NRW zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 1, 1a Asylbewerberleistungsgesetz in Nordrhein-Westfalen

Die Krankenkassen und das Land NRW verständigen sich darauf, dass zur Gesundheitsversorgung der Leistungsberechtigten (§ 264 Abs. 1 SGB V) zwischen drei Leistungsgruppen differenziert wird:

A. Leistungsbereiche, die direkt über die eGK bezogen werden
(kein Genehmigungsverfahren)

- Leistungsentscheidungen treffen die Krankenkassen auf Grundlage des SGB V: Das Kriterium der Aufschiebbarkeit kann und wird von den Krankenkassen nicht geprüft; die Leistungen werden auf Basis des § 4 Abs. 1 dieser Rahmenvereinbarung zur Verfügung gestellt.

B. Leistungsbereiche, die regelhaft von den Krankenkassen im Rahmen eines Genehmigungsverfahrens zur Verfügung gestellt werden, und für die künftig die Krankenkassen die Versorgung für die Asylbewerber/innen übernehmen sollen

- Leistungsentscheidungen treffen die Krankenkassen auf Grundlage des SGB V: Das Kriterium der Aufschiebbarkeit kann und wird von den Krankenkassen nicht geprüft.
- Bei der Versorgung mit Zahnersatz erfolgt die Leistungsgewährung auf der Grundlage des SGB V; dies betrifft Heil- und Kostenpläne mit Ausstellungsdatum ab 01.01.2018.

C. Leistungsbereiche, die regelhaft von den Krankenkassen im Rahmen eines Genehmigungsverfahrens zur Verfügung gestellt werden, und bei denen regelmäßig das Kriterium der Aufschiebbarkeit der Leistung greift

In den nachfolgenden Fällen erfolgt keine Leistungsgewährung durch die Krankenkassen:

1. Vorsorgekuren.
2. Haushaltshilfe nach den Regelungen des SGB V
3. Künstliche Befruchtungen und Sterilisation,
4. strukturierte Behandlungsmethoden bei chronischen Krankheiten (DMP) im Sinne des § 137 f. SGB V, sofern die Leistung nicht unter Buchstabe A fällt
5. Wahltarife nach § 53 SGB V, die von der Krankenkasse außerhalb der gesetzlichen Pflichtleistungen angeboten werden, sofern die Leistung nicht unter Buchstabe A fällt
6. Leistungen im Ausland.

Leistungen nach Buchstabe A und B sind den Krankenkassen von den Städten und Gemeinden voll zu ersetzen. Die Kostenerstattung kann nicht mit dem Hinweis abgelehnt werden, dass die Leistung ggf. aufschiebbar gewesen wäre.

Leistungsanträge nach Buchstabe C Ziffern 1 bis 6 sind an die Städte und Gemeinden weiterzuleiten. Beratungen zum Leistungsumfang nach den Regelungen des SGB V werden seitens der Krankenkassen sichergestellt.

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Münster
und
die Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein, Düsseldorf
- nachstehend KZVen genannt -

sowie

das Land Nordrhein-Westfalen
vertreten durch die Bezirksregierungen
- nachstehend Kostenträger genannt -

schließen folgenden

Vertrag

über die zahnärztliche Versorgung von Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) in Unterbringungseinrichtungen des Landes NRW

§ 1
Gegenstand und Grundlagen des Vertrages

(1) Dieser Vertrag regelt die zahnärztliche Versorgung von Leistungsberechtigten gemäß § 1 des AsylbLG für zahnärztliche Leistungen bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen gem. § 4 AsylbLG einschließlich ggf. notwendiger Verordnungen während ihres Aufenthaltes in Unterbringungseinrichtungen des Landes NRW. Nicht geregelt werden entsprechende Leistungen nach AsylbLG für Asylbewerber in Kostenträgerschaft der örtlichen Sozialhilfeträger.

(2) Grundlage der Versorgung sind das SGB V, der Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z) einschließlich dessen Anlagen sowie die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 14 BMV-Z (Grundsatz der Wirtschaftlichkeit), die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für die vertragszahnärztliche Versorgung in ihrer jeweils geltenden Fassung und die zwischen der KZVWL und der AOK NORDWEST sowie die zwischen der KZVNR und der AOK Rheinland/Hamburg getroffenen Vereinbarungen, sofern in diesem Vertrag nichts Abweichendes vereinbart wird und das AsylbLG in der jeweils geltenden Fassung dem nicht entgegen steht.

(3) Die KZVen teilen alle Änderungen dieser Grundlagen den Kostenträgern mit.

(4) Das Land Nordrhein-Westfalen, vertreten durch die Kostenträger, stellt mit dieser Vereinbarung die notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände im Bereich der zahnärztlichen Versorgung nach AsylbLG sicher. Die Prüfung und Feststellung der Anspruchsberechtigung der Leistungsberechtigten erfolgt durch das Land Nordrhein-Westfalen bzw seine Kostenträger.

(5) Die Abrechnung der zahnärztlichen Leistungen erfolgt durch die KZVen mit dem jeweiligen Kostenträger.

(6) Kostenträger im vorgenannten Sinne sind die Bezirksregierungen Arnsberg, Detmold, Düsseldorf, Köln und Münster. Zuständiger Kostenträger ist die Bezirksregierung, in deren Unterbringungseinrichtung sich der Leistungsberechtigte zum Zeitpunkt der zahnärztlichen Versorgung gem. § 1 Abs. 1 aufhält.

§ 2
Teilnehmende Zahnärzte und Einrichtungen

(1) Zur ambulanten zahnärztlichen Behandlung der Leistungsberechtigten sind alle zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassenen und ermächtigten Zahnärzte und ermächtigten zahnärztlich geleiteten Einrichtungen berechtigt. Die zahnärztliche Versorgung durch ermächtigte Zahnärzte sowie ermächtigte zahnärztlich geleitete Einrichtungen ist auf den im Ermächtigungsbescheid der KZVen genannten Umfang beschränkt.

(2) Die KZVen stellen den Kostenträgern gemäß § 1 Abs. 3 dieses Vertrages einmal jährlich ein Zahnarztverzeichnis zur Verfügung und teilen Änderungen und Ergänzungen umgehend mit.

§ 3
Anspruchsberechtigungsnachweis

(1) Der Leistungsberechtigte weist seine Anspruchsberechtigung durch Vorlage eines vom zuständigen Kostenträger ausgestellten Anspruchsberechtigungsnachweises nach (Zahnbehandlungsschein = Anlage1), der vor Behandlungsbeginn vorzulegen ist. Dieser ist für den zulässigen Behandlungsrahmen der Anspruchsberechtigungsnachweis, der eine mit den KZVen abgestimmte Kostenträger-Abrechnungsnummer für die jeweilige Bezirksregierung aufweist.

(2) Der Anspruchsberechtigungsnachweis gilt jeweils für das ausgewiesene Kalendervierteljahr, sofern nicht eine abweichende Geltungsdauer bestimmt wurde. Nach Ablauf der Gültigkeitsdauer ist vom Kostenträger bei Bedarf ein neuer Anspruchsberechtigungsnachweis auszustellen. Wird innerhalb des ausgewiesenen Zeitraums ein anderer Kostenträger zuständig, ohne

dass der Behandler davon Kenntnis erhält, übernimmt der Kostenträger, der den Anspruchsberechtigungsnachweis nach Satz 1 ausgestellt hat, die Kosten der Behandlung.

(3) Während der Behandlung können die Leistungsberechtigten den Vertragszahnarzt nur aus wichtigem Grund wechseln. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor bei Wegzug aus dem Tätigkeitsbereich des Vertragszahnarztes oder bei Praxisverlegung des Vertragszahnarztes aus dem Wohnbezirk des Leistungsberechtigten. Davon ausgenommen sind Behandlungen im organisierten zahnärztlichen Notfalldienst.

(4) Der Zahnarzt kann den Leistungsempfänger zur Durchführung bestimmter zahnärztlicher Leistungen oder zur Weiterbehandlung an einen anderen Zahnarzt oder einer zur zahnärztlichen Behandlung berechtigten Stelle überweisen. Der überweisende Zahnarzt stellt eine Überweisung aus und fügt dieser eine Kopie der Vorderseite des vorliegenden Anspruchsberechtigungsnachweises bei.

(5) Ausschlüsse oder Einschränkungen, die sich aus dem Anspruchsberechtigungsnachweis ergeben, hat der Zahnarzt auch bei Weiterbehandlung nach Überweisung zu beachten.

(6) Leistungen im Rahmen des von den KZVen oder den Zahnärztekammern organisierten zahnärztlichen Notfalldienstes werden mangels Anspruchsberechtigungsnachweis auf einem besonderen Notfall-/Vertretungsschein mit dem jeweils zuständigen Kostenträger über die KZVen abgerechnet. Die Unterbringungseinrichtung ist verpflichtet, dem Patienten einen Notfallschein auszustellen. Geschieht dies ausnahmsweise nicht, kann der Zahnarzt einen in der Praxis bevorrateten Notfallbehandlungsschein in Abstimmung mit dem zuständigen Kostenträger nach Angaben des Patienten ausstellen.

Der Zahnarzt soll die vorhandenen Angaben (z.B. zuständige Behörde/Az., Name, Geburtsdatum, Adresse, etc.) den vom Leistungsberechtigten vorgelegten Unterlagen entnehmen.

§ 4
Leistungen

(1) Zur zahnärztlichen Behandlung nach diesem Vertrag gehören Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen (BEMA-Z) gemäß § 87 SGB V unter Berücksichtigung der Bestimmungen des § 1 Abs. 1 (akute Erkrankungen und Schmerzzustände einschließlich ggf. notwendiger Verordnungen) dieses Vertrages. Bei der zahnärztlichen Behandlung sind die Regelungen des SGB V und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für Zahnärzte und Krankenkassen in der jeweils gültigen Fassung zu beachten.

(2) Die Leistungen des Vertragszahnarztes sind auf die nach den Umständen des Einzelfalls erforderliche zahnärztliche Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände einschließlich der Versorgung mit Arzneimitteln zu begrenzen.

(3) Prophylaxe-Leistungen nach BEMA sind ausgeschlossen.

(4) Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dieses im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist und der jeweilige Kostenträger vorher seine Genehmigung erteilt.

(5) Vor Beginn einer Behandlung in den BEMA-Teilen 2, 3, 4 und 5 (Kiefergelenk, Kieferorthopädie, PAR und Zahnersatz) muss ein Heil- und Kostenplan/Behandlungsplan erstellt und dem zuständigen Kostenträger zur Entscheidung über die Zuschussfestsetzung gemäß den in der GKV vereinbarten Regelungen vorgelegt werden. Dies gilt grundsätzlich auch bei wiederherstellungsbedürftigem Zahnersatz. Die Vorlage eines Heil- u. Kostenplan ist bei unaufschiebbaren Reparaturen ausnahmsweise erst bei Rechnungslegung erforderlich. Im Fall des § 4 Abs. 5 S. 3 ist die Unaufschiebbarkeit der Leistungen bei Rechnungslegung zu begründen.

(6) Die Kostenübernahmeerklärung wird dem behandelnden Zahnarzt (Leistungserbringer) vom Kostenträger schriftlich übermittelt. Die Leistungshöhe ist gemäß § 4 Abs. 3 Asylbewerberleistungsgesetz i.V.m. § 72 Abs. 2 SGB V auf die in Härtefällen durch die gesetzliche Krankenversicherung gewährten Leistungen (Regelversorgung) beschränkt.

(7) Die Abrechnung der Leistungen im Bereich Zahnersatz erfolgt auf der Grundlage von § 87 Abs. 1a SGB V mit der KZV WL bzw. der KZV NR.

(8) Die Erstellung von Kfo-Behandlungsplänen einschl. der Anfangsdiagnostik ist nur mit vorheriger Zustimmung des Kostenträgers möglich.

§ 5
Bewertung und Vergütung der zahnärztlichen Leistungen

(1) Für die Vergütung und Abrechnung der zahnärztlichen Leistungen sowie für die Zahlung des abgerechneten Honorars gelten die jeweils mit der AOK vereinbarten Regelungen, soweit dieser Vertrag nichts Abweichendes bestimmt.

(2) Die Vergütung der nach diesem Vertrag ausgeführten zahnärztlichen Leistungen erfolgt gegenüber dem Zahnarzt nach Einzelleistungen. Der Wert eines Punktes des „Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen (BEMA-Z)" richtet sich jeweils nach den zwischen den KZVen und der jeweiligen AOK abgeschlossenen Vereinbarungen.

(3) Die auf dem Heil- und Kostenplan für ZE, KG und auf dem Kfo-Behandlungsplan und dem PAR-Status zur Kostenübernahme zugesagten

Material- und Laborkosten sind bindend und dürfen bei der Abrechnung nur bis zu 30 % überschritten werden. Eine darüber hinausgehende Überschreitung bedarf einer vorherigen Bewilligung durch den Kostenträger.

§ 6
Rechnungslegung und Prüfung der zahnärztlichen Leistungen

(1) Der Vertragszahnarzt rechnet die von ihm erbrachten Leistungen zu den von der jeweiligen KZV festgelegten Abrechnungsterminen unter Beifügung des jeweiligen Berechtigungsnachweises im Original ab. Der Vertragszahnarzt, der Leistungen auf Überweisungen erbringt, fügt der Abrechnung eine Kopie des Berechtigungsscheines bei.

(2) Die KZVen rechnen die Vergütungen jeweils nach den Leistungsarten des BEMA Z vierteljährlich ab.

Die KZVen ermitteln aus den von ihr festgestellten Honorarforderungen vierteljährlich die Summen der bei ihr nach Abs. 1 abgerechneten Beträge und teilen sie dem jeweiligen Kostenträger als Anforderung der jeweiligen Vergütung mit. Die Summen der abgerechneten Beträge werden in einer Sammelrechnung in Papierform und/oder im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt.

Der jeweilige Kostenträger begleicht die Abrechnungen der KZVen innerhalb von vier Wochen nach Zugang der jeweiligen Abrechnung und der dazugehörigen Abrechnungsunterlagen.

(3) Vor der Rechnungslegung prüft die jeweilige KZV die von den Zahnärzten eingereichten Abrechnungen und berichtigt sie, soweit es erforderlich ist.

Die jeweilige KZV übernimmt damit die Gewährleistung für die gebührenordnungsmäßige, sachliche und rechnerische Richtigstellung.

(4) Nachträgliche Berichtigungen kann der jeweilige Kostenträger innerhalb von 6 Monaten nach Eingang der Rechnungsunterlagen bei der KZV beantragen. Die KZV teilt dem Kostenträger die Entscheidung über den Antrag schriftlich und innerhalb einer Frist von 6 Monaten mit. Das Recht zur Aufrechnung bei Überschreiten dieser Frist bleibt dem Kostenträger unbenommen.

(5) Die Abrechnung von zahnärztlichen Leistungen ist nach Ablauf eines Jahres, vom Ende des Monats an gerechnet, in dem die Leistungen erbracht worden sind, ausgeschlossen.

§ 7
Schlichtungsausschuss

Über Zweifelsfragen und zur Bereinigung von Streitfällen die auf der Erbringung von Leistungen nach diesem Vertrag oder ihrer Abrechnung beruhen sowie sol-

che, die sich aus diesem Vertrag ergeben, entscheidet der auf Verlangen eines Vertragspartners unverzüglich seitens der jeweils zuständigen KZV einzuberufende Schlichtungsausschuss, dem zwei Vertreter der örtlich zuständigen Bezirksregierung und jeweils zwei Vertreter der zuständigen KZV angehören.

Der Weg zu den Sozialgerichten ist erst nach erfolglosem Durchlaufen des Schlichtungsausschusses eröffnet.

§8
Datenschutz

Die Vertragspartner verpflichten sich, entsprechend der sich aus den Bestimmungen dieses Vertrags ergebenden Arbeitsteilung sicherzustellen, dass die personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen gesetzlichen Datenschutzbestimmungen für die gesetzliche Krankenversicherung bzw. für Behörden, Einrichtungen und sonstigen öffentlichen Stellen des Landes NRW, Gemeinden und Gemeindeverbände sowie für die sonstigen, der Aufsicht des Landes NRW unterstehenden juristischen Personen des öffentlichen Rechts und deren Vereinigungen erhoben, verarbeitet und genutzt werden, alle Personen, die mit der Bearbeitung der in der Vereinbarung genannten Tätigkeiten und mit der Erfüllung der sich daraus ergebenden Verpflichtungen befasst sind oder befasst sein können, die genannten Regelungen und Gesetze kennen und dass bei der Durchführung des Vertrags nur Personen eingesetzt werden, die entsprechend belehrt, zur Geheimhaltung verpflichtet wurden und auf Straf- und Ordnungswidrigkeiten hingewiesen wurden.

§ 9
Gültigkeit des Vertrages

(1) Dieser Vertrag tritt vorbehaltlich der Zustimmung der jeweiligen Aufsichtsbehörden mit Wirkung vom 01.04.2016 in Kraft.

(2) Der Vertrag kann von den Vertragsschließenden unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist zum Ende eines Vierteljahres, frühestens zum 31.03.2017 gekündigt werden. Eine außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grund bleibt hiervon unberührt. Der Vertrag kann im gegenseitigen Einvernehmen jederzeit ohne die Einhaltung einer Kündigungsfrist beendet werden.

(3) Soweit sich durch neue gesetzliche Regelungen ein Änderungsbedarf für diesen Vertrag ergibt, treten die Vertragspartner unverzüglich in Verhandlungen zur Anpassung dieses Vertrags ein.

(4) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch hinsichtlich der Aufhebung des Schriftformerfordernisses.

(5) Sofern einer der in diesem Vertrag niedergelegten Vereinbarungen unwirksam ist, bleibt die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen davon unberührt. Die Parteien verpflichten sich, anstelle einer unwirksamen Bestimmung eine dieser Bestimmung möglichst nahekommende wirksame Regelung zu treffen.

Auf den Abdruck der Unterschriftsfelder wird verzichtet.

Rahmenvertrag

über die zahnärztliche Versorgung der Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) vom 30. Juni 1993, in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. August 1997, geändert durch Zweites Gesetz zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) vom 25. August 1998

zwischen

a) dem **Städtetag Nordrhein-Westfalen**
Lindenallee 13, 50968 Köln

b) dem **Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen**
Kaiserswerther Str. 199/201, 40474 Düsseldorf

und

der **Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein**
Lindemannstr. 34 - 42, 40237 Düsseldorf, vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch seine Vorsitzenden,

- nachstehend KZV NR genannt -

§ 1

Zum Kreise der Hilfeempfänger gehören alle Personen, denen die nach dem AsylbLG zuständige Kommune zahnärztliche Behandlung nach dem AsylbLG gewähren muss.

§ 2

(1) Die KZV NR wirkt an der zahnärztlichen Versorgung des in § 1 genannten Personenkreises mit. Berechtigt aus diesem Vertrag sind die in selbständiger Praxis im Bereich der KZV NR niedergelassenen Zahnärzte einschließlich der nach § 19 ZHG berechtigten Personen entsprechend ihrem Eintragungs- und Zulassungsumfang, die diesem Vertrag durch Abgabe folgender schriftlicher Erklärung gegenüber der KZV NR beitreten:

> „Ich trete dem zwischen der KZV NR und der nach dem AsylbLG zuständigen Kommune abgeschlossenen Vertrag über die zahnärztliche Versorgung der von dem Kostenträger im Rahmen der nach dem AsylbLG zu betreuenden Personen bei und erkenne alle seine Bestimmungen und die Entscheidungen der nach dem Vertrag zuständigen Stellen als für mich verbindlich an."

(2) Bestehen seitens des Vertragspartners der KZV NR aus besonderen Gründen Bedenken gegen die Beteiligung eines Zahnarztes an diesem Vertrag oder wünscht er die Beendigung der Beteiligung eines Zahnarztes, so hat er sich darüber mit der KZV NR abzustimmen. Kommt eine Einigung nicht zustande, so entscheidet der Schlichtungsausschuss (§ 10).
Als besondere Gründe kommen grundsätzlich nur solche in Betracht, die die Entziehung der Zulassung nach der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte begründen könnten.

(3) Der Zahnarzt kann ohne Angabe von Gründen zum Ende eines jeden Kalendervierteljahres auf seine Berechtigung verzichten. Bereits begonnene Behandlungen sind jedoch

zu den Bedingungen dieses Vertrages abzuwickeln. Der Verzicht ist 6 Wochen vor beabsichtigter Beendigung der Vertragsbeteiligung der KZV NR schriftlich bekanntzugeben.

§ 3

(1) Die Vertragszahnärzte sind verpflichtet, alle Hilfesuchenden, die einen von einem Kostenträger ausgestellten Behandlungsausweis (§ 4) vorlegen, im Krankheitsfalle zu behandeln.

Die Leistungen sind im wesentlichen auf die erforderliche, nach den Umständen des Einzelfalles unabweisbare, zahnärztliche Behandlung akuter Krankheiten und Schmerzzustände einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln begrenzt.

(2) Der Umfang der zahnärztlichen Leistungen richtet sich im einzelnen danach, welche Behandlung im konkreten Fall geboten ist. Dies ist unter medizinischen Gesichtspunkten zu entscheiden. Im Hinblick auf den Leistungsumfang gilt, dass der Umfang dieser zahnärztlichen Behandlung immer zu der unabweisbar gebotenen Hilfe gehört und somit nicht weiter reduziert werden kann. Keine Leistungspflicht lösen solche Behandlungen aus, die nicht eindeutig medizinisch indiziert sind oder langfristige Behandlungen, die wegen der voraussichtlich nur noch kurzen Aufenthaltsdauer des Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG nicht mehr abgeschlossen werden können.

(3) Ein Sonderfall stellt der Zahnersatz dar. Hier gilt die gesetzliche Vorgabe, daß nur unaufschiebbare Behandlungen geboten sein können (§ 4 Abs. 1 Satz 2 AsylbLG).

§ 4

(1) Die Leistungsberechtigten haben bei Inanspruchnahme eines Vertragszahnarztes den vom Kostenträger ausgegebenen Berechtigungsschein vorzulegen. Der Berechtigungsschein gilt für den von der ausstellenden Stelle angegebenen Zeitraum, höchstens bis zum Quartalsende. Nach Ablauf der Gültigkeitsdauer ist vom Kostenträger ein neuer Berechtigungsschein auszustellen.

(2) Prothetische Versorgungen, systematische Behandlungen von Parodontopathien, kieferorthopädische Behandlungen, Behandlungen von Verletzungen / Erkrankungen des Gesichtsschädels sowie Krankenhauseinweisungen bedürfen der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Kostenträgers.

(3) Für die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln ist das Verordnungsblatt (Rezeptformular) zu verwenden. Das Feld „Sonstige" ist anzukreuzen. Arznei- und Verbandverordnungen sind mit „gebührenfrei" zu kennzeichnen.

§ 5

(1) Für die zahnärztlichen Leistungen ist die Vergütung zu entrichten, welche die Ortskrankenkasse, in deren Bereich der Zahnarzt niedergelassen ist, jeweils zahlen muss.

(4) Im Fall eines tariflosen Zustandes mit den Ortskrankenkassen gelten bis zum Abschluss eines neuen Tarifes die jeweils letztgültigen Tarifsätze weiter.

§ 6

(1) Die Vertragszahnärzte sind verpflichtet, die allgemeinen, chirurgischen, konservierenden und kieferorthopädischen Leistungen nach Ablauf eines Kalendervierteljahres über die KZV NR abzurechnen. Den Termin zur Abgabe bestimmt die KZV NR.

(2) Die KZV NR übernimmt vor Erstellung der Rechnung und Einsendung der Abrechnungsunterlagen an den Kostenträger die Prüfung auf rechnerische, sachliche und gebührenordnungsmäßige Richtigkeit und nimmt von sich aus notwendige Berichtigungen vor. Nach dieser Prüfung erstellt sie vierteljährlich die Rechnung für konservierend-chirurgische Leistungen und für kieferorthopädische Leistungen und sendet diese mit den Behandlungsausweisen dem Kostenträger zu.

(3) Die Abrechnung des Honorars für prothetische Leistungen, für systematischen Behandlungen von Parodontopathien sowie für Behandlungen von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels erfolgt monatlich. Die KZV NR stellt die gesamten Genehmigungsbescheide nach Zahnärzten geordnet bis zum 15. eines jeden Monats dem Kostenträger zu.

§ 7

(1) Der Kostenträger verpflichtet sich, alle Zahlungen im Zusammenhang mit diesem Vertrag an die KZV NR zu leisten. Zahlungen an die KZV NR erfolgen für die Vierteljahresrechnungen abschlagsweise bis zum 15. des zweiten Vierteljahresmonats mit 75 %, errechnet aus dem zuletzt abgerechneten Quartal. Evtl. Überzahlungen werden mit der nachfolgenden Abschlagszahlung verrechnet. Die nach Zustellung der Vierteljahresrechnung dann noch verbleibende Restsumme ist innerhalb von drei Wochen nach Rechnungseingang zu zahlen.

(2) Das Honorar für die monatlichen Abrechnungen nach § 6 (3) ist innerhalb von zwei Wochen nach Rechnungseingang zu zahlen.

(3) Die Begleichung der eingegangenen Rechnungen erfolgt vorbehaltlich eventuell noch vorzunehmender Überprüfung.

Der Kostenträger kann die Berichtigung sachlicher und rechnerischer Fehler in der Abrechnung innerhalb von einem Jahr nach Erhalt der Abrechnungsunterlagen beantragen. Die Anträge sind unter Angabe

a) des betroffenen Zahnarztes und des Patienten,

b) des konkreten Beanstandungsgrundes,

c) des Rückforderungsbetrages im Einzelfall, beschränkt auf den konkreten Beanstandungsgrund der KZV NR mitzuteilen.

Sie sind abrechnungsbezogen auf das jeweilige Quartal bzw. den jeweiligen Abrechnungsmonat aufzulisten.

Berichtigungen aus Irrläufern setzt der Kostenträger vom Rechnungsbetrag ab. Zur Absetzung anderer geltend gemachter Berichtigungsbeträge ist der Kostenträger nur berechtigt, wenn die Berichtigung von der KZV NR nicht innerhalb eines halben Jahres nach Eingang der Berichtigungsanzeige vorgenommen wird.

(4) Die Überweisung des jeweiligen Rechnungsbetrages sowie der Abschlagszahlungen nach (1) durch den Kostenträger an die KZV NR erfolgt in einer Summe. Die Vertei-lung der Beträge auf verschiedene Dienststellen oder zu Lasten verschiedener Haushaltsstellen ist interne Angelegenheit des Kostenträgers.

(5) Überweist der Kostenträger die Abschlagszahlungen und die Rechnungsbeträge nicht termingerecht, so ist der Städtetag Nordrhein Westfalen oder der Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen zu benachrichtigen.

(6) Die Ansprüche der Vertragszahnärzte aus diesem Vertrag gegen den Kostenträger können nur gegen die KZV NR geltend gemacht werden, soweit ein Vertragszahnarzt bei Behandlung von Anspruchsberechtigten der Pflicht-Kassen nur eine Forderung gegen die KZV NR hat. In diesem Fall haben die Zahlungen des Kostenträgers an die KZV NR gegenüber den Vertragszahnärzten befreiende Wirkung.

§ 8

Die KZV NR wird auf Antrag des Kostenträgers Beschwerden über einen Zahnarzt umgehend prüfen und, soweit sie berechtigt sind, versuchen abzuhelfen.

§ 9

Die kreisfreien Städte sowie die kreisangehörigen Städte und Gemeinden im Einzugsbereich der KZV NR treten diesem Vertrag durch schriftliche Erklärung gegenüber der KZV NR und dem Städtetag Nordrhein-Westfalen bzw. dem Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen bei. Durch den Beitritt werden die Vertragsinhalte anerkannt.

§ 10

Um Rechtsstreitigkeiten nach Möglichkeit zu vermeiden, wird zur Klärung von Zweifelsfragen und zur Erledigung von Streitfällen, die sich aus diesem Vertrag ergeben, ein Schlichtungsausschuss gebildet. Der Schlichtungsausschuss besteht aus zwei Vertretern der KZV NR und je einem des Städtetages Nordrhein-Westfalen und des Städte- und Gemeidebundes Nordrhein-Westfalen. Die durch Anrufung des Schlichtungsausschusses entstandenen Kosten werden von jedem beteiligten Verband oder jeder beteiligten Körperschaft für die von ihm/ihr entsandten Mitglieder getragen.

§ 11

(1) Dieser Vertrag tritt mit Wirkung vom 01.01.2002 in Kraft.

(2) Er kann von den Vertragschließenden jeweils mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf eines Kalendervierteljahres schriftlich gekündigt werden.

(3) Der Beitritt zu diesem Vertrag kann von den kreisfreien Städten sowie kreisangehörigen Städten und Gemeinden mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf eines Kalendervierteljahres gekündigt werden.

Düsseldorf,

Kassenzahnärztliche Vereinigung
Nordrhein

R. Wagner
Vorsitzender des Vorstandes

Köln,

Städtetag Nordrhein-Westfalen

.....

Düsseldorf,

Städte- und Gemeindebund
Nordrhein-Westfalen

.....

V-2

Polizeivertrag

Vertrag

zwischen

dem Land Nordrhein-Westfalen
vertreten durch das Ministerium des Innern

und

der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein in Düsseldorf

über die zahnärztliche Versorgung der Polizeivollzugsbeamtinnen / -beamten des Landes Nordrhein-Westfalen (Anspruchsberechtigte) im Rahmen der freien Heilfürsorge.

§ 1

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein (KZV) übernimmt gemäß § 75 Abs. 3 SGB V die zahnärztliche Versorgung der Anspruchsberechtigten.

§ 2

(1) Die Anspruchsberechtigten haben unter den Zahnärzten, die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen, die freie Wahl.

(2) Der Anspruchsberechtigte weist seinen Anspruch auf zahnärztliche Versorgung durch Vorlage der Krankenversichertenkarte oder eines Zahn-Behandlungsscheines nach. Solange die Krankenversichertenkarte nicht vorgelegt oder die Anspruchsberechtigung auf andere Weise nicht nachgewiesen worden ist, darf der Vertragszahnarzt eine Privatvergütung für die Behandlung verlangen. Wird die Krankenversichertenkarte oder die Anspruchsberechtigung innerhalb einer Frist von 10 Tagen nach der ersten Inanspruchnahme vorgelegt, so muss die entrichtete Vergütung zurückgezahlt werden.

(3) Die Anspruchsberechtigten können keine Kostenerstattung (§ 13 Absatz 2 SGB V) wählen.

§ 3

(1) Die zahnärztliche Versorgung der Anspruchsberechtigten nebst der zugehörigen zahntechnischen Leistungen entspricht dem Umfang und Inhalt von § 2 EKV-Z. Die im EKV-Z vereinbarten Vordrucke sind zu verwenden und vollständig auszufüllen. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind Bestandteil dieses Vertrages.

(2) Vor Beginn einer Behandlung mit Zahnersatz und Zahnkronen ist vom Zahnarzt – mit Ausnahme der in Abs. 3 genannten Fälle - ein Heil- und Kostenplan für den Anspruchsberechtigten zu erstellen. Das gleiche gilt für die systematische Behandlung von Parodontopathien, die kieferorthopädische Behandlung sowie für Leistungen bei der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und Kiefergelenkserkrankungen.

(3) Die 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 können auch ohne vorherige Bewilligung durch die Polizeibehörde erfolgen. Das gilt auch für die Befunde nach den Nrn. 1.4 und 1.5. Hiervon bleibt das Recht, vor Beginn der Behandlung die Bewilligung einzuholen, unberührt.

(4) Der Anspruchsberechtigte hat neben den Leistungen nach § 28 Abs. 2 SGB V Anspruch auf die doppelten befundbezogenen Festzuschüsse, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Absatz 1 SGB V anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach § 57 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 6 und 7 SGB V festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Wählt der Polizeivollzugsbeamte einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz leistet die freie Heilfürsorge nur den doppelten Festzuschuss.

(5) Der Vertragszahnarzt rechnet gegenüber dem Anspruchsberechtigten die Eigenanteile an den Kosten der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sowie der kieferorthopädischen Behandlung ab. Darüber hinaus darf der Vertragszahnarzt von einem Anspruchsberechtigten eine Vergütung für Leistungen, die im BEMA enthalten sind, nur fordern, wenn der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich wünscht, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen. Der Vertragszahnarzt soll sich den Wunsch des Anspruchsberechtigten, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen, schriftlich bestätigen lassen. Die gesetzlichen Mehrkostenregelungen bleiben unberührt. Wünscht der Anspruchsberechtigte die Behandlung auf eigene Kosten oder vereinbart mit dem Vertragszahnarzt zusätzliche Leistungen, werden diese nach Maßgabe der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnet.

§ 4

(1) Eine Bewertung der zahnärztlichen Leistungen erfolgt nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (Bema-Z) einschließlich der allgemeinen Bestimmungen in der jeweils geltenden Fassung.

(2) Die zahnärztlichen Leistungen sind so zu vergüten, wie die Ersatzkassen die vertragszahnärztlichen Leistungen vergüten. Es gilt der im Bereich der KZV Nordrhein jeweils mit einer Ersatzkasse vereinbarte höchste Punktwert.

(3) Die Abgeltung des Sprechstundenbedarfs erfolgt nach der jeweils geltenden Vereinbarung zwischen den Ersatzkassen und der KZV.

§ 5

(1) Leistungen nach den BEMA-Teilen 1 und Zuschüsse zur kieferorthopädischen Behandlung (BEMA-Teil 3) hat der Vertragszahnarzt vierteljährlich, Leistungen nach den

BEMA-Teilen 2 und 4 und Zuschüsse zu Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5) monatlich zu dem von der KZV bestimmten Termin, getrennt voneinander abzurechnen. Der Abrechnung sind die im EKVZ vertraglich vereinbarten ordnungsgemäß ausgefüllten Planungs- und Abrechnungsvordrucke sowie Material- und Laborkostenbelege im Original beizufügen.

(2) Die KZV prüft die von den Zahnärzten eingereichten Abrechnungen und berichtigt sie, soweit es erforderlich ist. Mit dieser Prüfung ist sowohl die sachlich/gebührenordnungsmäßige und rechnerische Überwachung als auch die Überwachung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit der Leistungen erfüllt. Nachträgliche Berichtigungen können das Ministerium des Innern oder das Landesamt für Zentrale Polizeitechnische Dienste (LZPD) innerhalb von sechs Monaten nach Eingang der Rechnungsunterlagen bei der KZV beantragen. Über den Antrag entscheidet die KZV durch Verwaltungsbescheid, der gegenüber dem Zahnarzt und dem Land Nordrhein-Westfalen ergeht. Vorherige einseitige Absetzungen durch das LZPD sind nicht zulässig.

(3) Die KZV übersendet die Rechnungen dem LZPD. Die Rechnungen werden zu diesem Zweck von der KZV getrennt nach den einzelnen Behandlungsarten in Gesamtrechnungen zusammengestellt, denen die Abrechnungsbelege, soweit erforderlich, beigefügt sind.

(4) Das LZPD leistet für:

a) die konservierend/chirurgische Behandlung
b) die kieferorthopädische Behandlung von Zahn- und Kieferfehlstellungen

an die KZV bis zum 10. jeden Monats für den abgelaufenen Monat eine Abschlagszahlung in Höhe von 30 vom Hundert der Gesamtvergütung des gleichen Kalendervierteljahres des Vorjahres. Die Anweisung der Restforderung erfolgt innerhalb von 14 Kalendertagen nach Eingang der Vierteljahresabrechnung durch das LZPD. Bei der Berechnung der Abschlagszahlungen sind die vereinbarten Punktwertänderungen zu berücksichtigen. Überzahlungen werden bei der nächsten Zahlung als Vorauszahlung verrechnet.

(5) Das LZPD weist für

a) die systematische Behandlung von Parodontopathien
b) Zahnersatz und Zahnkronen
c) die Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels

die Zahlung innerhalb von 14 Kalendertagen nach Eingang der monatlichen Abrechnung an.

(6) Bei Überschreitung der Zahlungstermine über eine Woche können Zinsen in banküblicher Höhe gefordert werden.

§ 6

Auch für die Berechnung zahnärztlicher Leistungen, die außerhalb des Bereiches der KZV Nordrhein für die Anspruchsberechtigten erbracht werden, gelten die hier vereinbarten vertraglichen Regelungen.

§ 7

Erfüllt ein Zahnarzt die ihm aus diesen Bestimmungen obliegenden Pflichten nicht oder nicht ordnungsgemäß, unterrichtet das Ministerium des Innern die KZV von dem Sachverhalt. Die KZV teilt dem Ministerium des Innern nach Prüfung der Angelegenheit ihre Auffassung und ggfs. die gegenüber dem Zahnarzt getroffenen Maßnahmen mit.

§ 8

(1) Im Rahmen dieses Vertrages werden die von der KZV für den Ersatzkassenbereich bestellten Gutachter und Obergutachter tätig.

(2) Im Übrigen gilt für das Gutachterverfahren der EKV-Z sinngemäß.

§ 9

(1) Soweit in diesem Vertrag keine Regelungen getroffen werden, gelten grundsätzlich die Vorschriften des Ersatzkassenbereichs mit Ausnahme der Regelungen zur eGK.

(2) Die Übermittlung der Daten erfolgt nach der technischen Anlage zum Datenträgeraustausch der KZBV und dem GKV-Spitzenverband.

(3) Die Krankenversicherungskarte nach § 2 ist unter Berücksichtigung der technischen Möglichkeiten der KZBV und der KZV zu gestalten und mit diesen einvernehmlich abzustimmen.

§ 10

Dieser Vertrag tritt mit Wirkung vom 01.10.2017 in Kraft und ersetzt den Vertrag vom 01.07.1986. Er kann von jeder Vertragspartei mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden.

§ 11

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder sollte sich in dieser Vereinbarung eine Lücke herausstellen, so wird infolge dessen die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen der Vereinbarung nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Lücke ist eine angemessene Regelung zu vereinbaren, die dem am nächsten kommen soll, was die Vertragsschließenden gewollt haben oder nach Sinn und Zweck der Vereinbarung gewollt haben würden, soweit sie den Punkt beachtet hätten.

Düsseldorf, den 26.9.17

Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein

Düsseldorf, den 6.10.17
Im Auftrag

Ministerium des Innern des Landes NRW