

VORSTANDSINFORMATIONEN

Amtliches Mitgliederrundschreiben gemäß § 27 der Satzung der KZVLB



Vorstand:
Dr. Eberhard Steglich, Vorsitzender
Rainer Linke, Stellvertretender Vorsitzender

Hausanschrift:
Helene-Lange-Straße 4 - 5
14469 Potsdam
Tel.: 0331 2977-0,
Fax: 0331 2977-318
Internet: www.kzvlb.de
E-Mail: info@kzvlb.de

Bankverbindung:
Deutsche Apotheker- und Ärztekasse eG
Kto-Nr.: 0 003 072 606, BLZ:30060601
IK: 210 500 766

Nr. 07/2013

Potsdam, 16.07.2013

An alle
Zahnärztinnen und Zahnärzte
im Land Brandenburg

Sehr verehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

mit unserem Mitgliederrundschreiben informieren wir Sie über:

- 2.1 - Änderung der Bestimmungen im BMV-Z/EKVZ aufgrund der Einführung des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte der Patienten
Hier: Gutachterregelungen**
- 3.2.5 - Bekanntgabe der Grenzwerte gemäß § 12 VM der KZVLB**
- 8. - Fortbildung - Aufsuchende Betreuung von pflegebedürftigen Patienten**
- 9. - Umfrage - Mobil tätige Zahnärzte**

Anlagen

- Punktwertübersicht Fremdkassen und Ersatzkassen mit Wohnort außerhalb Land Brandenburg ab 01.01.2013
- geänderte Bestimmungen zum BMV-Z, *abzuheften in Ihrer Vertragsmappe unter der Rubrik IV-1*
- geänderte Bestimmungen zum EKVZ, *abzuheften in Ihrer Vertragsmappe unter der Rubrik VI-1*
- Anmeldungsfax Fortbildung
- Umfrage - Mobil tätige Zahnärzte
- Noch aktuelle Rundschreiben 1991-2012

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Vorstand der KZVLB

Dr. Eberhard Steglich
Vorsitzender des Vorstandes
der KZV Land Brandenburg

Rainer Linke
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes
der KZV Land Brandenburg

ÄNDERUNG DER BESTIMMUNGEN IM BMV-Z/EKVZ AUFGRUND DER EINFÜHRUNG DES GESETZES ZUR VERBESSERUNG DER RECHTE DER PATIENTEN HIER: GUTACHTERREGELUNGEN

Mit dem zum 26.02.2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz ist der § 13 Abs. 3a über die Beschleunigung der Bewilligungsverfahren bei den Krankenkassen in das SGB V aufgenommen worden.

Diese Vorschrift sieht Fristen für die Bewilligung von Leistungen durch die Krankenkassen und – für den Fall der Durchführung eines Gutachterverfahrens – auch Fristen für die Begutachtung vor.

Da hiervon auch die einschlägigen Bestimmungen im Bundesmantelvertrag und Ersatzkassenvertrag berührt sind, hat die KZBV mit dem GKV-Spitzenverband eine Vereinbarung zur Änderung der Bestimmungen im BMV-Z/EKVZ geschlossen. In diesem Zusammenhang konnte auch eine Harmonisierung der bisher unterschiedlich geregelten Fristen für die Bearbeitung von Gutachten und von Einspruchsfristen erreicht werden.

Aus dieser Vereinbarung resultieren **folgende, von den Krankenkassen, Gutachtern, aber auch von Vertragszahnärzten zu beachtenden Änderungen:**

1. Die **Krankenkasse** ist entsprechend der gesetzlichen Regelung in § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V **verpflichtet**, zügig, spätestens **bis zum Ablauf von drei Wochen** nach Antragseingang über die **Übernahme der Kosten des vorgelegten Behandlungsplanes zu entscheiden**.
2. Im **Falle der Einleitung eines Gutachterverfahrens** ist die **Krankenkasse verpflichtet**, ab Antragseingang **innerhalb von sechs Wochen** zu entscheiden, ob sie die Kosten für die geplante Behandlung übernimmt. Über die Einleitung des Gutachterverfahrens hat die Krankenkasse den Versicherten zu unterrichten. Bei Nichteinhaltung der Sechs-Wochen-Frist ist die Krankenkasse verpflichtet, den Versicherten unter Darlegung der Gründe schriftlich zu unterrichten. Diese Regelung entspricht den gesetzlichen Bestimmungen in § 13 Abs. 3a Satz 4 1. Halbsatz und Satz 5 SGB V.
3. Die **Gutachter** sind **verpflichtet**, zum Behandlungsplan **innerhalb von vier Wochen** Stellung zu nehmen. Entscheidend für die Wahrung dieser Frist ist der Eingang der Stellungnahme bei der Krankenkasse. In **begründeten Ausnahmefällen** kommt eine **Verlängerung der Bearbeitungsfrist** in Betracht. Diese ist der Krankenkasse jedoch vom Gutachter spätestens bis zum Ablauf der vierwöchigen Bearbeitungsfrist **mittels schriftlicher Begründung anzuzeigen**.
4. Die **Einspruchsfristen** gegen die Stellungnahme des Gutachters sind in den Leistungsbereichen **KFO und PAR** vereinheitlicht worden. Diese betragen nun sowohl im Primärkassen- als auch im Ersatzkassenbereich **einen Monat** nach Zugang der Stellungnahme des Gutachters. Damit wurde die bisher im Primärkassenbereich vereinbarte zweimonatige Einspruchsfrist verkürzt.
5. Diese vorstehenden Änderungen gelten entsprechend bei Therapieergänzungen und Verlängerungsanträgen.

6. *Die Bestimmungen zum Mängelgutachterverfahren haben keine Änderung erfahren, weil es sich hierbei um ein außerhalb des Bewilligungsverfahrens angesiedeltes Verfahren handelt.*

Die **geänderten Bestimmungen zum BMV-Z und EKVZ** sind als Anlage zur Einpflege bzw. zum Austausch in der Vertragsmappe, *Rubrik IV-1 (BMV-Z)* und *VI-1 (EKVZ)* dieser Vorstandsinformation beigefügt.

Die gesamte KZBV-Information finden Sie auch auf der Internetseite der KZVLB.

Bärbel Grünwald, Telefon: 0331 2977-335, baerbel.gruenwald@kzvlb.de

BEKANNTGABE DER GRENZWERTE GEMÄSS § 12 VM DER KZVLB

Die KZV Land Brandenburg teilt mit, dass der Vorstand die Entwicklung der Abrechnungen des abgelaufenen Kalenderjahres 2012 analysiert und in seiner Vorstandssitzung am 10.07.2013 nachfolgende Grenzwerte für das Jahr 2013 beschlossen hat:

Gebiet	Grenzwert in Punkten je Fall
Zahnärzte	68
Oralchirurgen	125
Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgen	125

Damit ergeben sich für die Vertragszahnärzte im Land Brandenburg im Vergleich zum Vorjahr keine Veränderungen.

Bis zu dem sich aus o. g. Tabelle ergebenden Gesamtgrenzwert (geschützte durchschnittliche Punktmenge je Fall und Quartal) werden die Leistungen mit den vereinbarten Punktwerten bzw. mit dem auf der Grundlage von § 85 Abs. 4 SGB V vom Vorstand der KZV Land Brandenburg festgelegten Verteilungspunktwert vergütet. Bei Überschreitung der festgesetzten Grenzwerte besteht für den grenzwertüberschreitenden Anteil nur ein Anspruch auf eine Restvergütung, die sich nach Erfüllung aller Vergütungsansprüche der der KZV Land Brandenburg verbleibenden Gesamtvergütung errechnet.

Insofern wird auch auf die Regelungen in §§ 11 und 12 des Verteilungsmaßstabes der KZV Land Brandenburg hingewiesen.

Für Rückfragen steht Ihnen der Vorstand der KZV Land Brandenburg gern zur Verfügung.

*Dr. Eberhard Steglich, Vorsitzender des Vorstandes, Telefon: 0331 2977-350,
eberhard.steglich@kzvlb.de*

*Rainer Linke, stellv. Vorsitzender des Vorstandes, Telefon: 0331 2977-311,
rainer.linke@kzvlb.de*

INFORMATIONSVORANSTALTUNG ZUR AUFSUCHENDEN BETREUUNG VON PFLEGEBEDÜRFTIGEN PATIENTEN

Die Einsicht in der Notwendigkeit, die Versorgungssituation von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen in der häuslichen und stationären aufsuchenden Betreuung durch Zahnärzte zu verbessern, ist nun endlich aufgrund der langen und nachhaltigen Interventionen von KZBV und den KZVen eingetreten.

Durch die Aufnahme von § 87

(2i) ¹ Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen ist eine zusätzliche Leistung vorzusehen für das erforderliche Aufsuchen von Versicherten, die einer Pflegestufe nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind, Eingliederungshilfe nach § 53 des Zwölften Buches erhalten oder dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz nach § 45a des Elften Buches eingeschränkt sind und die die Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder Einschränkung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können. ² § 71 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(2j) ¹ Für Leistungen, die im Rahmen eines Vertrages nach § 119b Absatz 1 erbracht werden, ist im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen eine zusätzliche, in der Bewertung über Absatz 2i Satz 1 hinausgehende Leistung vorzusehen. ² Voraussetzung für die Abrechnung dieser zusätzlichen Leistung ist die Einhaltung der in der Vereinbarung nach § 119b Absatz 2 festgelegten Anforderungen. ³ Die Leistung nach Absatz 2i Satz 1 ist in diesen Fällen nicht berechnungsfähig. ⁴ § 71 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

in das SGB V ist ein erster wichtiger Schritt in die richtige Richtung getan.

In Umsetzung dieser gesetzlichen Regelung hat die KZBV in Verhandlungen mit dem Bewertungsausschuss für vertragszahnärztliche Leistungen mit Beschluss vom 15.02.2013 mit dem GKV-Spitzenverband als zuständigem Bundesmantelvertragspartner verschiedene Neuerungen hinsichtlich der im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) geregelten Vergütungsgrundlagen erreichen können.

Hierüber und über die Neuerungen, nämlich

- Aufnahme einer neuen zusätzlichen Leistung (Nr. 171a/b)
- über den Personenkreis, für den der Zuschlag anfällt
- über die Zuordnung der Pflegestufen
- über die Begriffe „häusliche Gemeinschaft“ und „Einrichtungen“
- über die Abgrenzung zur Eingliederungshilfe und die Frage der eingeschränkten Alltagskompetenz
- über die Dokumentationspflicht
- über berufsrechtliche Aspekte und vertragsrechtliche zu beachtende Vorschriften
- über die Möglichkeiten der Delegation
- über die Abrechnungsmöglichkeiten (Zuschlagsposition, Besuchsgebühren, Wegegeld)
- über die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Behandlung
- Darstellung der Abrechnung anhand von Abrechnungsbeispielen
- über die Herausforderung und Verantwortung im Rahmen der Gestaltung von den therapeutischen Beziehungen
- über die Einbeziehung/Nichteinbeziehung der neuen Leistungen und der Annexleistungen in das Ausgabenvolumen (Stichworte: Extrabudgetär, Morbiditätsentwicklung)

möchten wir auf den nachstehenden Informationsveranstaltungen berichten.

Uns ist es deshalb eine besondere Freude, dass wir Frau Dr. Kerstin Finger als Mitreferentin gewinnen konnten, die bekanntermaßen große zahnärztliche praktische Erfahrungen im Umgang mit geriatrischen Patienten und altersdementen Menschen hat, sodass die Teilnehmer zur Generierung neuen Wissens in diesem wichtigen Behandlungsfeld eine wertvolle Unterstützung erhalten werden.

Ort	Termin
Kongresshotel Potsdam Am Luftschiffhafen 1 14471 Potsdam	30.08.2013 15 bis ca. 18 Uhr Freitag
Lindner Congress Hotel Berliner Platz 03046 Cottbus	25.09.2013 15 bis ca. 18 Uhr Mittwoch
RAMADA-Treff Hotel Turmstraße 1 15234 Frankfurt/Oder	18.09.2013 15 bis ca. 18 Uhr Mittwoch

Für die erfolgreiche Teilnahme an der Fortbildungsveranstaltung erhalten Sie 3 Punkte.

Teilnahmebedingungen

Die Tagungsgebühr beträgt 65,00 Euro (incl. Tagungsgetränke, einem kleinem Imbiss und den Parkgebühren) pro Person und Veranstaltung. Die Abbuchung, Ihre Einverständniserklärung vorausgesetzt, wird durch die KZVLB über Ihr Honorarkonto vorgenommen. **Bei fristgerechter Abmeldung bis 2 Tage vor Beginn der Fortbildung werden keine Gebühren erhoben.**

Wegen der eingeschränkten Raumkapazität wird Ihre Anmeldung nach der Reihenfolge des Eingangs gebucht. Sie werden rechtzeitig informiert, falls Ihre Anmeldung nicht mehr berücksichtigt werden kann. Ihre Anmeldungen senden Sie bitte bis zum **31.07.2013** per Fax (0331 2977-220) oder auf dem Postweg an die KZV Land Brandenburg, Abt. Kommunikation, Helene-Lange-Straße 4-5. Bitte benutzen Sie für Ihre Anmeldung das beiliegende Anmeldeformular. Sie erhalten in jedem Fall eine schriftliche Anmeldebestätigung, in der der Veranstaltungsort mit Wegbeschreibung ausgewiesen ist.

Rainer Linke, stellv. Vorsitzender des Vorstandes, Telefon: 0331 2977-311, rainer.linke@kzvlb.de

UMFRAGE - MOBIL TÄTIGE ZAHNÄRZTE

Die KZV Land Brandenburg wird immer wieder mit der Situation konfrontiert, dass Patienten mit erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen ausschließlich zu Hause bzw. in einer Pflegeeinrichtung zahnärztlich betreut werden können. Um im Land Brandenburg eine flächendeckende Behandlung zu gewährleisten, bedarf es zum einen der Bereitschaft einer Mindestanzahl von Zahnärzten, diese Patienten zu versorgen und zum anderen der notwendigen materiellen Voraussetzungen in Form eines mobilen Behandlungskoffers.

Das Engagement dieser Zahnärzte sollte dabei nicht zu einer unzumutbaren Belastung werden und eine angemessene Vergütung erfahren. Aus diesem Grund möchte der Vorstand diese Problematik in die Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen einfließen lassen.

Um die gegenwärtige Situation beurteilen und daraus die notwendigen Maßnahmen zu einer flächendeckenden Versorgung im Land Brandenburg ableiten zu können, ist zunächst einmal eine Bestandsaufnahme erforderlich.

Bitte informieren Sie uns auf dem beiliegenden Antwortbogen, wenn Sie bereits derartige Behandlungen durchführen können.

Wenn bei Ihnen die Voraussetzungen bisher noch nicht vorliegen, aber Ihre grundsätzliche Bereitschaft für die ambulante mobile zahnärztliche Versorgung besteht, melden Sie sich bitte ebenfalls.

Gegenwärtig werden vom Vorstand verschiedene Versorgungsmodelle diskutiert, für die in jedem Fall engagierte Zahnärzte gebraucht werden.

Alle Meldungen dienen ausschließlich dem internen Gebrauch und sind nicht zur Veröffentlichung bestimmt. Eine spätere Verwendung Ihrer Angaben soll ausschließlich im Zusammenhang mit einer konkreten Patientenanfrage und mit dem Ziel erfolgen, schnell die notwendige Behandlung vermitteln zu können.

Dem Vorstand ist bewusst, dass die Herausforderungen an die Behandlung dieser Patientenklintel in den nächsten Jahren weiter steigen werden. Es gilt, darauf vorbereitet zu sein und eine flächendeckende zahnärztliche Behandlung dieser Patienten gemäß dem gesetzlichen Sicherstellungsauftrag zu gewährleisten. Hierfür sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen.

Bärbel Grünwald, Telefon: 0331 2977-335, baerbel.gruenwald@kzvlb.de

Punktwertübersicht ab 01.01.2013 (Primär- u. sonst. Fremdkassen) in Euro*Alle Aktualisierungen nach RS 6/2013 sind fett gedruckt!*

KZV	Nr.		Primärkassen	Freie Heilfürsorge Landespolizei, Feuerwehr
Baden- Württemberg	02	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,9354 <u>BKK</u> : 0,9356 <u>IKK</u> : 0,9356 <u>SVLFG-LKK</u> : 0,9354	0,9354
		IP/FU	0,9746	0,9746
Niedersachsen	04	KCH, PAR, KB	0,8886	0,9870
		IP/FU	0,9364	0,9240
Rheinland- Pfalz	06	KCH, PAR, KB	0,9400	1,0122
		IP/FU	1,0000	1,0122
Bayerns	11	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,9392 <u>BKK</u> : 0,9394 <u>IKK classic</u> : 0,9394 <u>IKK</u> : 0,9394 <u>LKK</u> : 0,9412	1,0122
		IP/FU	<u>AOK</u> : 1,0450 <u>BKK</u> : 1,0465 <u>IKK</u> : 1,0450 <u>LKK</u> : 1,0700	1,0122
Nordrhein	13	KCH, PAR, KB	0,9392	0,9392
		IP/FU	1,0533	1,0533
Hessen	20	KCH, PAR, KB	0,9030	0,9594
		IP/FU	<u>AOK, BKK, IKK</u> : 0,9400 <u>LKK</u> : 0,9420	0,9962
Berlin	30	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,8447 <u>LKK</u> : 0,8829 <u>BKK VBU</u> : 0,8364 <u>alle and. BKK WOP-KK</u> : 0,8918 <u>IKK Brandenburg und Berlin und einstrahlende IKK</u> : 0,9139	0,8471
		IP/FU	<u>AOK</u> : 0,9659 <u>LKK</u> : 0,9186 <u>BKK</u> : 0,9489 <u>IKK Brandenburg und Berlin und einstrahlende IKK</u> : 1,0000	0,9348
Bremen	31	KCH, PAR, KB	0,8601	0,9110 ab 01.04.: 0,9010
		IP/FU	0,8960	0,9404 ab 01.04.: 0,9532
Hamburg	32	KCH, PAR, KB	0,9500	0,9750
		IP/FU	0,9937 <u>BKK</u> : 0,9966	0,9775
Saarland	35	KCH, PAR, KB	AOK: 0,8804 BKK: 0,8993 IKK: 0,8804	0,9465
		IP/FU	AOK: 0,9320 BKK: 0,9496 IKK: 0,9513	0,9778

Fortsetzung der Punktwertübersicht 2013 (Primär- u. sonst. Fremdkassen)

KZV	Nr.		Primärkassen	Freie Heilfürsorge Landespolizei, Feuerwehr
Schleswig-Holstein	36	KCH, PAR, KB	0,9500	-
		IP/FU	<u>AOK</u> : 1,0076 <u>BKK</u> : 0,9772 IKK : 1,0076 LKK: 0,9756	-
Westf.-Lippe	37	KCH, PAR, KB	0,9410	0,9463
		IP/FU	1,0000	1,0000
Mecklenburg/Vorpommern	52	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,8332 <u>BKK</u> : 0,8741 IKK Nord: 0,8568 einstrahlende IKK: 0,8443	0,8952
		IP/FU	<u>AOK</u> : 0,8783 <u>BKK</u> : 0,9094 IKK Nord: 0,8839 einstrahlende IKK: 0,8485	0,8952
Sachsen-Anhalt	54	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,8154 <u>BKK</u> : 0,8857 IKK gesund plus: 0,8186 einstrahlende IKK: 0,8186	0,8944
		IP/FU	<u>AOK</u> : 0,8677 <u>BKK</u> : 0,9356 IKK gesund plus: 0,8840 einstrahlende IKK: 0,9026	0,9799
Thüringen	55	KCH, PAR, KB	AOK: 0,8900 / ab 01.04.: 0,8950 / ab 01.07.: 0,9000 BKK: 0,8689 / ab 01.04.: 0,9150 IKK: 0,8689	0,8689
		IP/FU	AOK: 1,0000 / ab 01.07.: 1,0109 BKK: 0,9030 / ab 01.07.: 0,9800 IKK: 0,9030	0,9030
Sachsen	56	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,8900 / ab 01.04.: 0,8950 / ab 01.07.: 0,9000 <u>BKK</u> : 0,8857 / ab 01.07.: 0,9050 IKK: 0,8426 / ab 01.04.: 0,9000 / ab 01.07.: 0,9050	0,8469
		IP/FU	AOK: 1,0000 / ab 01.07.: 1,0109 <u>BKK</u> : 1,0149 IKK: 0,9030 / ab 01.04.: 1,0000 / ab 01.10.: 1,0100	0,9513

Diese Punktwertübersicht wurde nach Punktwertmeldungen der KZVn, die bis zum 16.07.2013 eingegangen sind, erstellt.

Da die Punktwerte der Fremdkassen den Gesamtverträgen der jeweiligen KZV unterliegen, können Änderungen nach diesem Zeitraum möglich sein.

Punktwertübersicht ab 01.01.2013 (Ersatzkassen mit Wohnort außerhalb Land Brandenburgs) in Euro

Alle Aktualisierungen nach RS 5/2013 sind fett gedruckt!

KZV			vdek DAK- Gesundheit	vdek TK	vdek KKH	vdek HEK (Hanseatische EK)	vdek HKK (Handelskr.)	vdek Barmer GEK
Baden-Württemberg	02	KCH, PAR, KB	0,9354	0,9355	0,9354	0,9354	0,9354	0,9354
Reg.-Kz.: 67, 73, 78,80		IP/FU	0,9746	0,9746	0,9746	0,9746	0,9746	0,9746
Niedersachsen	04	KCH, PAR, KB	0,8886	0,8886	0,8886	0,8886	0,8886	0,8886
Reg.-Kz.: 17		IP/FU	0,9240	0,9346	0,9240	0,9240	0,9240	0,9240
Rheinland-Pfalz	06	KCH, PAR, KB	0,9400	0,9400	0,9400	0,9400	0,9400	0,9400
Reg.-Kz.: 62-65		IP/FU	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
Bayerns	11	KCH, PAR, KB	0,9392	0,9394	0,9392	0,9392	0,9392	0,9392
Reg.-Kz.: 83		IP/FU	1,0450	1,0450	1,0450	1,0450	1,0450	1,0450
Nordrhein	13	KCH, PAR, KB	0,9392	0,9392	0,9392	0,9392	0,9392	0,9392
Reg.-Kz.: 40,49		IP/FU	1,0533	1,0533	1,0533	1,0533	1,0533	1,0533
Hessen	20	KCH, PAR, KB	0,9425	0,9545	0,9594	0,9594	0,9594	0,9507
Reg.-Kz.: 51		IP/FU	0,9797	0,9924	0,9961	0,9956	0,9962	0,9875
Berlin	30	KCH, PAR, KB	0,8531	0,8471	0,8471	0,8471	0,8471	0,8471
Reg.-Kz.: 95, 97		IP/FU	0,9368	0,9834	0,9348	0,9348	0,9348	0,9348
Bremen	31	KCH, PAR, KB	0,9110	0,9078	0,9054	0,9134	0,9122	0,9023
Reg.-Kz.: 30			ab 01.04.: 0,9010	ab 01.04.: 0,9021	ab 01.04.: 0,9029	ab 01.04.: 0,9002	ab 01.04.: 0,9006	ab 01.04.: 0,9039
		IP/FU	0,9404	0,9387	0,9359	0,9434	0,9428	0,9333
			ab 01.04.: 0,9532	ab 01.04.: 0,9538	ab 01.04.: 0,9547	ab 01.04.: 0,9522	ab 01.04.: 0,9524	ab 01.04.: 0,9556
Hamburg	32	KCH, PAR, KB	0,9500	0,9500	0,9500	0,9500	0,9500	0,9500
Reg.-Kz.: 15		IP/FU	0,9775	0,9837	0,9724	0,9775	0,9775	0,9775
Saarland	35	KCH, PAR, KB	0,9443	0,9466	0,9465	0,9465	0,9465	0,9404
Reg.-Kz.: 93		IP/FU	0,9762	0,9778	0,9778	0,9778	0,9778	0,9683
Schleswig-H.	36	KCH, PAR, KB	0,9500	0,9500	0,9500	0,9500	0,9500	0,9500
Reg.-Kz.: 13		IP/FU	1,0077	1,0077	1,0077	1,0077	1,0077	0,9999
Westf.-Lippe	37	KCH, PAR, KB	0,9407	0,9410	0,9407	0,9407	0,9407	0,9407
Reg.-Kz.: 34		IP/FU	0,9875	1,0000	0,9875	0,9875	0,9875	0,9875
Mecklenb./Vorp.	52	KCH, PAR, KB	0,8900	0,9001	0,8932	0,9013	0,9894	0,8901
Reg.-Kz.: 01		IP/FU	0,9044	0,8909	0,9010	0,9010	0,9010	0,9010
Sachsen-Anhalt	54	KCH, PAR, KB	0,8944	0,8944	0,8944	0,8944	0,8944	0,8944
Reg.-Kz.: 09		IP/FU	0,9799	0,9799	0,9799	0,9799	0,9799	0,9799
Thüringen	55	KCH, PAR, KB	0,8689	0,8689	0,8689	0,8689	0,8689	0,8689
Reg.-Kz.: 50				ab 01.04.: 0,9037				
		IP/FU	0,9030	0,9030	0,9030	0,9030	0,9030	0,9030
				ab 01.07.: 1,0000				
Sachsen	56	KCH, PAR, KB	0,8469	0,8900	0,8469	0,8469	0,8469	0,8469
Reg.-Kz.: 72				ab 01.07.: 0,9000				
				ab 01.10.: 0,9050				
		IP/FU	0,9513	1,0000	0,9513	0,9513	0,9513	0,9513
				ab 01.07.: 1,0109				

Diese Punktwertübersicht wurde nach Punktwertmeldungen der KZVen, die bis zum 16.07.2013 eingegangen sind, erstellt.

Da die Punktwerte der Fremdkassen den Gesamtverträgen der jeweiligen KZV unterliegen, können Änderungen nach diesem Zeitraum möglich sein.

*1) Bekanntermaßen gilt für die Abrechnung der KFO-Leistungen der Punktwert am Sitz des Zahnarztes.

**GEÄNDERTE BESTIMMUNGEN IM BMV-Z
DURCH DIE ÄNDERUNGSVEREINBARUNG AUFGRUND EINFÜHRUNG DES GESETZES
ZUR VERBESSERUNG DER RECHTE DER PATIENTEN**

Anlage 6 zum BMV-Z

**Vereinbarung
über das Gutachterverfahren bei kieferorthopädischen Maßnahmen**

§ 1

Einleitung des Verfahrens

(1) ¹Vor Beginn der Behandlung ist vom Zahnarzt anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen ein Behandlungsplan (Anlage 8 zum BMV-Z) zu erstellen. ²Der Zahnarzt sendet den Behandlungsplan in doppelter Ausfertigung der Krankenkasse zu. ³Entsprechendes gilt bei einem Verlängerungsantrag und einer Therapieänderung. ⁴Eine weitere Ausfertigung des Behandlungsplans sendet der Zahnarzt seiner zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung zu.

(2) ¹Stellt der Zahnarzt fest, dass die beabsichtigte kieferorthopädische Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört, hat er dies dem Versicherten schriftlich nach dem Muster der Anlage 8a zum BMV-Z mitzuteilen und der Krankenkasse eine zweite Ausfertigung zu übermitteln. ²Der Zahnarzt hat der Kassenzahnärztlichen Vereinigung eine weitere Ausfertigung zu übersenden.

(3) ¹Die Krankenkasse kann in der Regel innerhalb von vier Wochen nach Kenntnisnahme der Mitteilung gem. § 1 Abs. 2 ein Gutachten zur Überprüfung der Zuordnung zur vertragszahnärztlichen Versorgung einleiten. ²Die gutachterliche Beurteilung ist anhand von Modellen oder durch eine klinische Untersuchung vorzunehmen. ³Die Krankenkasse hat im Falle einer Begutachtung die Kassenzahnärztliche Vereinigung über das Ergebnis der Begutachtung zu unterrichten. ⁴Im Übrigen gelten die Bestimmungen dieser Gutachtervereinbarung sinngemäß.

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

§ 2

Kostenregelung, Behandlungsbeginn

(1) Bei Kostenübernahme bzw. Bezuschussung sendet die Krankenkasse ~~in der Regel innerhalb von 4 Wochen~~ *zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang* ein Exemplar des Behandlungsplanes an den Zahnarzt zurück.

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

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

§ 3

Bestimmungen für den Fall der Begutachtung

(1) ¹Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Behandlungsplan begutachten lassen. ²Der Versicherte ist hierüber zu unterrichten. ³In diesem Falle hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, ob sie die Kosten für die geplante Behandlung übernimmt. ⁴Kann die Krankenkasse die Frist nach Satz 3 nicht einhalten, teilt sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. ~~²In diesem Falle sendet sie~~ ⁵Die Krankenkasse sendet den Behandlungsplan in doppelter Ausfertigung ~~in der Regel innerhalb von 4 Wochen~~ an den Zahnarzt zurück mit der Bitte, dem von ihr benannten Gutachter beide Ausfertigungen des Behandlungsplanes zusammen mit den Befundunterlagen (Kiefermodelle, Rö-Aufnahmen, ggf. Fotografie, Fernröntgenaufnahme und HNO-Befund) zuzuleiten. ⁶Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung der Anlage 13 a zum BMV-Z.

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

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

(4) ¹Der Gutachter nimmt zum Behandlungsplan *innerhalb von vier Wochen* Stellung. ²Die Frist nach Satz 1 wird mit Eingang der Stellungnahme bei der Krankenkasse gewahrt. ³Eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist nach Satz 1 kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der Krankenkasse rechtzeitig, spätestens bis zum Ablauf der Vier-Wochenfrist mittels schriftlicher Begründung anzuzeigen. ⁴Befürwortet er ihn der Gutachter den Behandlungsplan, so sendet er beide Exemplare des Behandlungsplanes der Krankenkasse zu. ⁵Die übrigen Unterlagen sendet er dem Zahnarzt zurück. ⁶Befürwortet er ihn nicht, so sendet er mit seiner schriftlichen Stellungnahme ein Exemplar des Behandlungsplanes der Krankenkasse, das 2. Exemplar und die übrigen Unterlagen dem Zahnarzt zurück. ⁷Der Gutachter erstellt das Gutachten unter Verwendung des Vordrucks „Gutachten“ (Anlage 13c). ⁸Der Vordruck „Gutachten“ (Anlage 13c) kann individuell mittels EDV erstellt werden. ⁹Hierbei dürfen Inhalt, Aufbau und Struktur nicht verändert werden. ¹⁰§ 1 Abs. 3 Satz 3 gilt entsprechend.

(5) ¹Die Verlängerung der kieferorthopädischen Behandlung über das 16. Behandlungsvierteljahr hinaus ist nach Maßgabe der Abrechnungsbestimmungen zu den Nrn. 119 und 120 unter Verwendung des Vordrucks Kfo-Behandlungsplan (Anlage 8 zum BMV-Z) zu beantragen. ²Die Abs. 1 bis 4 gelten entsprechend.

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

§ 4

Obergutachten

(1) ¹Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Behandlungsplan oder zum Verlängerungsantrag können Zahnarzt und Krankenkasse Einspruch zum Zwecke der Einholung eines Obergutachtens einlegen. ²Der Einspruch ist zu begründen und ~~innen zweier Monate~~ *innerhalb von einem Monat* nach dem Zugang der Stellungnahme des Gutachters schriftlich bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung einzulegen.

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

§ 5

Bestellung der Gutachter

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

(2) ¹Der Vorstand der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung bestellt im Einvernehmen mit den Bundesverbänden der Krankenkassen die Obergutachter. ²Die Bestellung kann widerrufen werden. ³Die Bundesverbände der Krankenkassen können den Widerruf aus wichtigem Grund verlangen.

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

§ 6

Kosten der Begutachtung

¹Die Kosten der Begutachtung trägt grundsätzlich die Krankenkasse. ²In den Fällen des § 3 Abs. 6 und des § 4 gehen die Kosten einschließlich der Kosten nach § 3 Abs. 2 Satz 2 zu Lasten des Zahnarztes, wenn der Gutachter oder der Obergutachter der Auffassung des Zahnarztes nicht folgt.

Anhang

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

Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter

1. Der behandelnde Zahnarzt, dem die Wahl der therapeutischen Mittel freisteht, hat darauf zu achten, dass der Behandlungsaufwand in einem sinnvollen Verhältnis zur Prognose und zur erreichbaren Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten steht.

2. ¹Der Gutachter nimmt zu dem Behandlungsplan nach fachlichen Gesichtspunkten und unter Berücksichtigung der Nr. 1 Stellung. ²Er empfiehlt Ergänzungen und Änderungen des Behandlungsplanes, wenn die diagnostischen Unterlagen oder die therapeutischen Vorschläge unzureichend sind. ³Meinungsverschiedenheiten über die Beurteilung des Behandlungsfalles sind in kollegialer Weise zu klären.

3. ¹Der Gutachter ist verpflichtet, die eingehenden Anträge ~~in der Regel innerhalb von vier Wochen~~ *innerhalb der in § 3 Abs. 4 bestimmten Frist* zu bearbeiten. ²Modelle und Röntgenaufnahmen sind dem behandelnden Zahnarzt unmittelbar zurückzusenden.

4. ¹Die Gutachter sind verpflichtet, an den von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung einberufenen Gutachtertägungen teilzunehmen. ²An den Gutachtertägungen können auch Vertreter der Bundesverbände der Krankenkassen teilnehmen.

5. ¹Die Gebühren errechnen sich durch Multiplikation der nachstehend angegebenen Bewertungszahlen mit den jeweils gültigen Punktwerten. ²Centbeträge sind auf 10 Cent aufzurunden.

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

³Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von EUR 10,70 je Gutachten abgegolten.

⁴Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter/Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen zusätzlich abgerechnet werden.

⁵Die GOÄ-Nr. 70 oder 75 kann nicht zusätzlich berechnet werden.

Anlage 9 zum BMV-Z

Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei Behandlungen von Parodontopathien

§ 1

Einleitung des Verfahrens

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

(2) ¹Eine Therapieergänzung im Sinne eines zusätzlichen offenen Vorgehens (chirurgische Therapie) ist auf dem Parodontalstatus (Blatt 1) zu vermerken und der Krankenkasse zu übermitteln. ²Soweit die Krankenkasse innerhalb von ~~vierzehn Tagen~~ *drei Wochen* nach Eingang des Parodontalstatus (Blatt 1) kein Gutachterverfahren einleitet, gilt die Therapieergänzung als genehmigt. ³Eine Therapieergänzung kann nur innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten nach Durchführung des geschlossenen Vorgehens erfolgen.

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

§ 2

Kostenregelung, Behandlungsbeginn

(1) Bei Kostenübernahme sendet die Krankenkasse *zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang* den Parodontalstatus an den Zahnarzt zurück.

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

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

§ 3

Bestimmungen für den Fall der Begutachtung

(1) ¹Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Parodontalstatus begutachten lassen. ²*Der Versicherte ist hierüber zu unterrichten.* ³*In diesem Falle 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.* ²~~In diesem Falle sendet sie~~ ⁵*Die Krankenkasse sendet* beide Blätter des Parodontalstatus an den Zahnarzt zurück mit der Bitte, dem von ihr benannten Gutachter den Parodontalstatus zusammen mit den Befundunterlagen (Rö-Aufnahmen) zuzuleiten. ⁶Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung der Anlage 13 a zum BMV-Z. ⁷Dies gilt für die Therapieergänzung gemäß § 1 Abs. 2 entsprechend.

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

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

(4) ¹Der Gutachter nimmt zum Parodontalstatus innerhalb von vier Wochen Stellung. ²Die Frist nach Satz 1 wird mit Eingang der Stellungnahme bei der Krankenkasse gewahrt. ³Eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist nach Satz 1 kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der Krankenkasse rechtzeitig, spätestens bis zum Ablauf der Vier-Wochenfrist mittels schriftlicher Begründung anzuzeigen. ~~Befürwortet er~~ ⁴Befürwortet der Gutachter den Parodontalstatus, so vermerkt er dies auf dem Parodontalstatus (Blatt 1) und sendet Blatt 1 und 2 der Krankenkasse zu. ⁵Die übrigen Unterlagen sendet er dem Zahnarzt zurück. ⁶Befürwortet er den Parodontalstatus nicht, so sendet er Blatt 1 und 2 mit seiner schriftlichen Stellungnahme der Krankenkasse, die übrigen Unterlagen dem Zahnarzt zurück. ⁷Die Krankenkasse übersendet den Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) sowie ggf. die gutachterliche Stellungnahme dem Zahnarzt mit dem Vermerk, ob sie die Kosten übernimmt. ⁸Dies gilt für die Therapieergänzung gemäß § 1 Abs. 2 entsprechend.

§ 4 Obergutachten

(1) ¹Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Parodontalstatus können Zahnarzt und Krankenkasse Einspruch zum Zwecke der Einholung eines Obergutachtens einlegen. ²Der Einspruch ist zu begründen und ~~innen zweier Monate~~ *innerhalb von einem Monat* nach dem Zugang der Stellungnahme des Gutachters schriftlich bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung einzulegen.

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

§ 5 Bestellung der Gutachter

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

(2) ¹Der Vorstand der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung bestellt im Einvernehmen mit den Bundesverbänden der Krankenkassen die Obergutachter. ²Die Bestellung kann widerrufen werden. ³Die Bundesverbände der Krankenkassen können den Widerruf aus wichtigem Grund verlangen.

§ 6 Kosten der Begutachtung

¹Die Kosten der Begutachtung trägt grundsätzlich die Krankenkasse. ²Der Zahnarzt trägt die Kosten des Obergutachtens, wenn sein Einspruch gegen die Stellungnahme des Gutachters erfolglos bleibt.

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

Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter

1. ¹Der behandelnde Zahnarzt, dem die Wahl der therapeutischen Mittel freisteht, hat darauf zu achten, dass der Behandlungsaufwand in einem sinnvollen Verhältnis zur Prognose und zur erreichbaren Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten steht. ²Hierbei hat ihn der Gutachter beratend zu unterstützen.

2. ¹Der Gutachter nimmt zu dem Parodontalstatus nach fachlichen Gesichtspunkten und unter Berücksichtigung der Nr. 1 Stellung. ²Er empfiehlt Ergänzungen und Änderungen, wenn die diagnostischen Unterlagen oder die therapeutischen Vorschläge unzureichend sind. ³Meinungsverschiedenheiten über die Beurteilung des Behandlungsfalles sind in kollegialer Weise zu klären.

3. ¹Der Gutachter ist verpflichtet, die eingehenden Anträge innerhalb ~~von zwei Wochen~~ *der in § 3 Abs. 4 bestimmten Frist* zu bearbeiten. ²Röntgenaufnahmen sind dem behandelnden Zahnarzt unmittelbar zurückzusenden.

4. ¹Die Gutachter sind verpflichtet, an den von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung einberufenen Gutachtertägungen teilzunehmen. ²An den Gutachtertägungen können auch Vertreter der Bundesverbände der Krankenkassen teilnehmen.

5. ¹Die Gebühren errechnen sich durch Multiplikation der nachstehend angegebenen Bewertungszahlen mit den jeweils gültigen Punktwerten. ²Centbeträge sind auf 10 Cent aufzurunden.

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

³Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von EUR 10,70 je Gutachten abgegolten.

⁴Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter/Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen zusätzlich abgerechnet werden.

⁵Die GOÄ-Nr. 70 oder 75 kann nicht zusätzlich berechnet werden.

Anlage 12 zum BMV-Z

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

~~- Ergebnis der Sitzung des Bundesschiedsamtes am 20.12.2006 -~~

§ 1

Einleitung des Verfahrens

- (1) ¹Anhand des Befundes stellt der Zahnarzt einen Heil- und Kostenplan (Anlage 3 zum BMV-Z/Anlage 4 zum EKVZ) auf, der der Krankenkasse grundsätzlich über den Versicherten vorzulegen ist. ²Der Heil- und Kostenplan ist von der Krankenkasse insgesamt zu überprüfen.
- (2) ¹Für Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Kronen, Brücken und Prothesen einschließlich Erweiterung sowie Befunde nach den Nrn. 6.1-6.10, 7.3, 7.4 und 7.7 sind ausgestaltende Regelungen der Gesamtvertragspartner zulässig. ²Diese Befunde können auch ohne vorherige Zuschussfestsetzung durch die Krankenkasse versorgt werden. ³Hiervon bleibt das Recht, vor Beginn der Behandlung die Zuschussfestsetzung durch die Krankenkasse einzuholen, unberührt. ⁴Bei zum Zeitpunkt der Behandlung dem Zahnarzt bekannten Härtefällen ist der Heil- und Kostenplan vor Behandlungsbeginn zur Zuschussfestsetzung der Krankenkasse vorzulegen. ⁵Das gilt auch für die Befunde nach den Nrn. 1.4 und 1.5.

§ 2

Kostenregelung, Behandlungsbeginn

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

§ 3

Bestimmungen für Planungsgutachten

- (1) ¹Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Heil- und Kostenplan in Bezug auf den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen, auch wenn Leistungen der gleich- oder andersartigen Versorgung geplant sind. ²Der Versicherte ist hierüber zu unterrichten. ³In diesem Fall hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, ob sie die Kosten für die geplante Behandlung übernimmt. ⁴Kann die Krankenkasse die Frist nach Satz 3 nicht einhalten, teilt sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. ~~In diesem Fall übersendet sie~~ ⁵Die Krankenkasse übersendet den Heil- und Kostenplan unverzüglich einem nach § 7 bestellten Gutachter und setzt den Zahnarzt hiervon in Kenntnis. ⁶Ausgestaltende Regelungen zur Erteilung von Gutachteraufträgen sind gesamtvertraglich möglich. ⁷Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung der Anlage 13a zum BMVZ/Anlage 6a zum EKVZ oder individuell nach dem Vorbild der Anlage 13a/Anlage 6a. ⁸Der individuelle Vordruck kann drucker- und programmbedingte Abweichungen enthalten, ohne den Aufbau und die Struktur der Anlage 13a/Anlage 6a zu verändern.
- (2) ¹Befunde 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.
²Leistungen, für die der Versicherte keinen Festzuschuss erhält, unterliegen nicht dieser Vereinbarung.
- (3) Die Begutachtung einschl. der Gebührenregelung richtet sich nach den Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter (s. Anhang).
- (4) ¹Der Gutachter nimmt zum Heil- und Kostenplan unter Verwendung der Anlage 13 b zum BMV-Z/Anlage 6 b zum EKVZ innerhalb von vier Wochen Stellung. ²Die Frist nach Satz 1 wird mit Eingang der Stellungnahme bei der Krankenkasse gewahrt. ³Eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist nach Satz 1 kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der Krankenkasse rechtzeitig, spätestens bis zum Ablauf der Vier-Wochenfrist mittels schriftlicher Begründung anzuzeigen. ⁴Das Ergebnis der gutachterlichen Stellungnahme ist auf dem Heil- und Kostenplan zu vermerken.

⁵Seine schriftliche Stellungnahme leitet er der Krankenkasse zu. ⁶Befürwortet er den Heil- und Kostenplan nicht, so übersendet er seine Stellungnahme auch dem Zahnarzt.
- (5) Die Krankenkasse übersendet nach der Begutachtung den Heil- und Kostenplan gegebenenfalls über den Versicherten dem Zahnarzt mit dem Vermerk, ob und inwieweit Festzuschüsse bewilligt werden.
- (6) ¹Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem Gutachter die erforderlichen Behandlungs- und Befundunterlagen (z. B. Modelle, Röntgenaufnahmen) zur Verfügung zu stellen. ²Der Gutachter kann vom Vertragszahnarzt weitere Unterlagen anfordern. ³Die Krankenkasse wird hiervon in Kenntnis gesetzt. ⁴Die Kosten hierfür sind dem Vertragszahnarzt von der Krankenkasse unter

Berücksichtigung des § 16 Abs. 1 BMVZ / § 7 Abs. 4 EKVZ nach dem Bema zu vergüten.

Protokollnotiz:

¹„Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die KZBV sind sich einig, durch eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Gutachtenfälle auf alle Gutachter für eine schnellstmögliche Erledigung der Gutachten zu sorgen (Anlage 12 BMV-Z / § 25 EKVZ).

²Auf die Verpflichtung des Gutachters, die eingehenden Gutachtaufträge innerhalb von 2-4 Wochen zu bearbeiten (~~Ziff. 3 der Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter~~), wird verwiesen.

§ 4

Bestimmungen für Mängelgutachten

(1) ¹Die Krankenkasse kann in begründeten Einzelfällen bei Regel- und gleichartigen Versorgungungen ausgeführte prothetische Leistungen bei vermuteten Planungs- und/oder Ausführungsmängeln überprüfen lassen. ²In diesem Falle benachrichtigt sie den behandelnden Vertragszahnarzt über die anberaumte Begutachtung. ³Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung einem nach § 7 bestellten Gutachter unter Verwendung der Anlage 13a zum BMV-Z/Anlage 6a zum EKVZ oder individuell nach dem Vorbild der Anlage 13a/Anlage 6a. ⁴Der individuelle Vordruck kann drucker- oder programmbedingte Abweichungen enthalten, ohne den Aufbau und die Struktur der Anlage 13a/Anlage 6a zu verändern.

⁵Der behandelnde Vertragszahnarzt hat dem Gutachter sowohl Abschriften des Heil- und Kostenplans, der der prothetischen Versorgung zugrunde gelegen hat, als auch Abschriften der dazugehörigen Rechnungsunterlagen unverzüglich zu übermitteln.

⁶Der Gutachter hat grundsätzlich eine Untersuchung des Versicherten durchzuführen. ⁷Die Einladung des Versicherten erfolgt nach Abstimmung der Beteiligten über den Untersuchungstermin. ⁸Die Krankenkasse und der Vertragszahnarzt sind hiervon zu unterrichten. ⁹Der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.

Protokollnotiz:

¹Zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen besteht Konsens, dass die Krankenkasse in begründeten Einzelfällen bei andersartigen Versorgungungen und sogenannten Mischfällen (Nr. 7 d) der Anlage 3 BMVZ/Anlage 4 EKVZ ausgeführte prothetische Leistungen innerhalb von 36 Monaten nach der definitiven Eingliederung bei vermuteten Planungs- und/oder Ausführungsmängeln überprüfen lassen kann. ²In diesem Falle benachrichtigt sie den behandelnden Zahnarzt über die anberaumte Begutachtung und übersendet den Heil- und Kostenplan, der der prothetischen Versorgung zugrunde gelegen hat, einem nach § 7 bestellten Gutachter, der auch für diese speziellen Fälle empfohlen wird.

(2) ¹Der Gutachter kann der Krankenkasse anheim stellen, weitere Unterlagen sowie Nachbefunde vom Zahnarzt zu verlangen. ²Die Kosten hierfür sind dem Zahnarzt unter Berücksichtigung des § 16 Abs. 1 BMV-Z/§ 7 Abs. 4 EKVZ nach dem Bema von der Krankenkasse zu vergüten.

(3) ¹Die Begutachtung einschließlich der Gebührenregelung richtet sich nach den Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter (s. Anhang).

²Der Gutachter nimmt zu den ausgeführten prothetischen Leistungen unter Verwendung der Anlage 13b zum BMVZ/Anlage 6b zum EKVZ Stellung. ³Seine schriftliche Stellungnahme leitet er der Krankenkasse und auch dem Zahnarzt zu.

§ 5 Einigungsverfahren

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

§ 6
Zahnersatz-Obergutachten

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

§ 7
Bestellung der Gutachter

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

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

Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter

I. Planungsgutachten

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

Bewertungszahl

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

³Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von EUR 10,70 je Gutachten abgegolten.

⁴Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter/Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen (z. B. Nm. 8, Ä 925 a-d) zusätzlich abgerechnet werden. ⁵Die GOÄ - Nrn. 70 oder 75 können nicht zusätzlich berechnet werden. ⁶Für hauptamtlich bei den Krankenkassen und ihren Verbänden angestellte Zahnärzte können die Krankenkassen und ihre Verbände andere Vergütungsregelungen vorsehen.

⁷Kosten der Begutachtung:

Die Kosten der Begutachtung trägt grundsätzlich die Krankenkasse.

II. Mängelgutachten

1. Stellt der Gutachter/Obergutachter bei der Begutachtung von bereits ausgeführten prothetischen Leistungen Mängel fest, so hat er diese in einer schriftlichen Stellungnahme gegenüber der Krankenkasse und dem Zahnarzt ausführlich darzulegen.

2. ~~Nrn. 3 und~~ ¹Nr. 5 zu I. ~~gelten~~ *gilt* bei Mängelgutachten entsprechend.

²Bei Nr. 5 gilt ergänzend bei Mängelgutachten, dass dem Vertragszahnarzt die Kosten der Begutachtung auferlegt werden können, wenn Mängel festgestellt werden, die der Zahnarzt zu vertreten hat.

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

Anlage 14 zum BMV-Z

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

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

²Die Vertragspartner gehen davon aus, dass diese Regelungen einen Beitrag zur Sicherung der Qualität der zahnärztlichen Versorgung und der Begutachtung leisten.

Anlage 14 Vereinbarung über das Gutachterverfahren für implantologische Leistungen

A. Gutachten

1. ¹Vor Beginn der Behandlung ist vom Zahnarzt eine Behandlungs- und Kostenplanung zu erstellen. ²Dabei sind die vorgesehenen zahnärztlichen Leistungen, das Implantatsystem, der Implantattyp, die Lage der Implantate (Kennzeichnung mit „I“ im Heil- und Kostenplan) und die geschätzten Material- und Laborkosten anzugeben. ³Es ist ein einheitliches Konzept sowohl für die implantologische als auch die prothetische Behandlungsplanung einzureichen. ⁴Der Zahnarzt übermittelt die Behandlungs- und Kostenplanung zusammen mit dem Heil- und Kostenplan für die prothetische Behandlung ggf. über den Versicherten der Krankenkasse jeweils in doppelter Ausfertigung.
2. ¹Die Krankenkasse muss Behandlungspläne für implantologische Leistungen einschließlich der prothetischen Versorgung zur Abklärung ihrer Leistungspflicht begutachten lassen, wenn eine Ausnahmeindikation nach Abschnitt VII der Richtlinien des ~~Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen~~ *Gemeinsamen Bundesausschusses* für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung 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.* ²~~Hierzu erteilt sie~~ ⁵*Die Krankenkasse erteilt* einem von der KZBV und den Bundesverbänden der Krankenkassen einvernehmlich bestellten Gutachter einen schriftlichen Auftrag. ⁶Bei der Auswahl des Gutachters sollen die Ortsnähe zum Patienten und der jeweilige KZV-Bereich berücksichtigt werden. ⁷Die Krankenkasse sendet die Behandlungs- und Kostenplanung des Zahnarztes an den Gutachter. ⁸Die Krankenkasse unterrichtet den Zahnarzt über den Begutachtungsauftrag durch Übersendung des Vor-

druckes „Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)“ (Anhang 1 zu dieser Vereinbarung) in zweifacher Ausfertigung.

3. ¹Der Zahnarzt hat zur Begutachtung den Vordruck „Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)“ auszufüllen und zusammen mit den Modellen und Röntgenaufnahmen dem Gutachter vorzulegen. ²Ergänzend sind Befundberichte zur medizinischen Gesamtbehandlung beizufügen.
4. ¹Der Gutachter ~~soll~~ ist verpflichtet, die eingehenden Aufträge innerhalb von vier Wochen zu bearbeiten. ²Die Frist nach Satz 1 wird mit Eingang der Stellungnahme bei der Krankenkasse gewahrt. ³Eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist nach Satz 1 kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der Krankenkasse rechtzeitig, spätestens bis zum Ablauf der Vier-Wochenfrist mittels schriftlicher Begründung anzuzeigen. ~~Er~~ ⁴Der Gutachter nimmt sowohl zu der implantologischen als auch zu der prothetischen Behandlungsplanung - auch hinsichtlich der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit - Stellung. ⁵Der Gutachter kann vom behandelnden Zahnarzt weitere Auskünfte und Befundunterlagen verlangen.
5. ¹Der Gutachter nimmt Stellung, ob eine Ausnahmeindikation für die Versorgung mit Implantaten nach Abschnitt VII der Richtlinien des ~~Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen~~ Gemeinsamen Bundesausschusses vorliegt, insbesondere auch ob bei den Ausnahmeindikationen eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist. ²Er kann Änderungen der Behandlungsplanung - auch hinsichtlich der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der geplanten Implantate - vorschlagen.
6. ¹Der Gutachter übersendet dem Zahnarzt und der beauftragenden Krankenkasse das Gutachten. ²Die Krankenkasse trifft unter Berücksichtigung des Gutachtens ihre Leistungsentscheidung gegenüber dem Versicherten. ³Mit der Behandlung soll grundsätzlich erst begonnen werden, wenn die Leistungszusage der Krankenkasse vorliegt.
7. ¹Die Kosten der Begutachtung trägt grundsätzlich die Krankenkasse. ²Die Gebühren für Gutachten sind im Anhang 2 geregelt.
8. Die KZBV und die Bundesverbände der Krankenkassen werten die Gutachten aus.

B. Obergutachten

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

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

Anhang
zur Vereinbarung über ein Gutachterverfahren
für implantologische Leistungen vom 10.05.2000

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

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

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

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

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

4. ¹ ¹Die Kostenpauschale nach Nr. 2 wird entsprechend der prozentualen Veränderung der Post-Päckchengebühr prozentual angepasst. ²Centbeträge sind auf 10 Cent aufzurunden.

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

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

**GEÄNDERTE BESTIMMUNGEN IN DER ANLAGE 2 ZUM BMV-Z/EKVZ
DURCH DIE ÄNDERUNGSVEREINBARUNG AUFGRUND DER EINFÜHRUNG DES GESETZES ZUR VERBESSERUNG DER RECHTE DES PATIENTEN**

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

1. Bestimmungen über die edv-mäßige Erstellung der Abrechnung

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

²Die Verwendung eines Datenverarbeitungssystems, mit dem der Vertragszahnarzt Leistungen zum Zwecke der Abrechnung erfasst, speichert und verarbeitet, bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung.

³Der Vertragszahnarzt gibt der Kassenzahnärztlichen Vereinigung das eingesetzte Programmsystem und die jeweils verwendete Programmversion bekannt, damit die Kassenzahnärztliche Vereinigung überprüfen kann, ob ein Programmsystem verwendet wird, das für die vertragszahnärztliche Abrechnung geeignet ist. ⁴Bei elektronischer Abrechnung wird die vom Vertragszahnarzt verwendete Programmversion automatisch übermittelt.

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

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

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

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

2.2. ¹Überweisungen erfolgen auf dem Verordnungsblatt für Arznei, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, das aufgrund des Bundesmantelvertrages-Ärzte vereinbart wird. ²Der Grund der Überweisung ist anzugeben. ³Überweisungen können individuell mittels EDV erstellt werden. ⁴Dabei ist der Grund der Überweisung, der Name des Versicherten oder die Versichertennummer, der Name des Vertragszahnarztes und seine Anschrift anzugeben.

2.3. Ergänzende Inhalte der elektronischen Abrechnung

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

2.3.2. ¹Der Datensatz umfasst die Angabe des behandelten Zahnes bzw. der behandelten Zähne unter Verwendung des zweiziffrigen FDI-Gebisschemas. ²Sofern die Behandlung keinen Bezug zu bestimmten Zähnen aufweist, ist die Zahnangabe entbehrlich. ³Dies gilt z. B. auch bei den Geb.-Nrn. 8, 10, 105, 106, 107 und IP4. ⁴Bei Röntgenaufnahmen ist die Zahnangabe entbehrlich, wenn sie sich aus den Zahnangaben für die anderen eingetragenen Leistungen ergibt.

2.3.3. ¹Der Datensatz umfasst die Angabe der Gebührennummer des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, soweit nicht die KZVen bestimmt haben, dass die numerischen Gebührennummern gem. Anlage B zum Bundesmantelvertrag zu übermitteln sind.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

601 Materialkosten bei der Verwendung von Stiften

602 Telefon-, Versand-, Portokosten

603 Laborkosten Zahnarzlabor

604 Laborkosten Fremdlabor

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

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

2.4.1. ¹Leistungen aus der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 12.11.1982 werden nach Maßgabe der Allgemeinen Bestimmungen des Bewertungsmaßstabes Nr. 3 mit vierstelligen Gebührennummern abgerechnet.

²Soweit die GOÄ vierstellige Nummern vorsieht, werden diese bei der Abrechnung verwendet.

³Soweit die GOÄ dreistellige Nummern vorsieht, wird die Ziffer 8 vorangestellt.

⁴Für die Abrechnung der übrigen GOÄ-Leistungen einschließlich möglicher Zuschläge, des Wegegeldes und der Reiseentschädigung gelten die folgenden Nrn. 2.4.2. und 2.4.3.

2.4.2. ¹Bei der Abrechnung von Leistungen der Abschnitte B IV bis B VI der GOÄ wird der zweistelligen GOÄ-Nummer die Ziffer 7 vorangestellt und die Ziffer 0 angefügt. ²Werden Zuschläge nach Abschnitt B V zusätzlich zu den Leistungen nach den Nrn. 45, 46, 52 bis 62 abgerechnet, wird die Ziffer 0 durch folgende Ziffern ersetzt:

1 Zuschlag E

2 Zuschlag F

3 Zuschlag G

4 Zuschlag H

5 Zuschläge H und F

6 Zuschläge H und G

³Der Zuschlag K2 wird bei Abrechnung der Nrn. 45, 46, 55 oder 56 als Nr. 7003 angegeben.

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

Nr. Erläuterung

7810 Wegegeld für eine Entfernung bis zu 2 Kilometern

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

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

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

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

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

- 3.1 ¹Die Planung von Leistungen bei der Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen im Bereich des Gesichtsschädels erfolgt auf dem Vordruck Muster 3a. ²Der Behandlungsplan kann individuell mittels EDV erstellt werden. ³Hierbei dürfen Inhalt, Aufbau und Struktur nicht verändert werden. ⁴Die Änderung der Zeilenabstände ist mit Ausnahme des Krankenversicherten – Kartenfeldes zulässig.
- 3.2 Die Abrechnung von Leistungen bei der Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels zwischen Vertragszahnarzt und KZV erfolgt grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.
- 3.3 Behandlungen, die aufgrund von Überweisungen erfolgen, sind grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern abzurechnen.
- 3.4 Ergänzende Inhalte der elektronischen Abrechnung
- 3.4.1 ¹Zu jeder Leistung ist der Behandlungstag anzugeben. ²Sofern mehrere Sitzungen an einem Tag stattfinden, sind diese durch eine Kennzeichnung zu unterscheiden.

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

3.4.3 ¹Der Datensatz umfasst die Angabe der Gebührennummer des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, soweit nicht die KZVen bestimmt haben, dass die numerischen Gebührennummern gem. Anlage B zum Bundesmantelvertrag zu übermitteln sind.

²Jede abrechnungsfähige Gebührennummer ist gesondert anzugeben.

³Für die Abrechnung von Pauschbeträgen für Abformmaterial sowie für Telefon-, Versand- und Portokosten sind die folgenden 600er Ordnungsnummern anzugeben:

602 Telefon-, Versand- und Portokosten

605 Pauschbetrag Abformmaterial

⁴Der Pauschbetrag ist in Cent zu übermitteln.

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

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

4.1.

(a) ¹Vor Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung sowie bei einem Behandlerwechsel oder bei einer Therapieänderung stellt der Vertragszahnarzt persönlich und eigenverantwortlich einen Behandlungsplan (Anlage 8 a) in zweifacher Ausfertigung auf und leitet beide Exemplare der Krankenkasse zu. ²Satz 1 gilt nicht für Leistungen nach den Nrn. 121 bis 125 von BEMA-Teil 3. ³Über das 16. Behandlungsvierteljahr hinausgehende, noch erforderliche Leistungen sind nach Maßgabe der Abrechnungsbestimmungen zu den Nrn. 119 und 120 von BEMA-Teil 3 schriftlich unter Verwendung des Verlängerungsantrages (Anlage 8 a) in zweifacher Ausfertigung zu beantragen. ⁴Behandlungsfall im Sinne des Vertrages ist bei Leistungen nach dem BEMA-Teil 3 die gesamte, von demselben Vertragszahnarzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres vorgenommene Behandlung.

(b) Stellt der Vertragszahnarzt fest, dass die beabsichtigte kieferorthopädische Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört, hat er dies dem Versicherten schriftlich nach dem Muster der Anlage 8 b zum Bundesmantelvertrag mitzuteilen und der Krankenkasse eine zweite Ausfertigung zu übermitteln.

(c) Bei Kostenübernahme sendet die Krankenkasse ~~in der Regel innerhalb von zwei Wochen~~ *zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang nach Eingang* bei der Krankenkasse ein Exemplar des Behandlungsplanes an den Vertragszahnarzt zurück.

(d) Mit der Behandlung soll erst begonnen werden, wenn die Krankenkasse eine Kostenübernahmeerklärung auf dem Behandlungsplan abgegeben hat.

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

4.3. Ergänzende Inhalte zur elektronischen Abrechnung

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

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

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

³Die Krankenkasse sendet den Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) mit einer Kostenübernahmeerklärung *zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang* an den Vertragszahnarzt zurück, wenn sie der Übernahme der Behandlungskosten zustimmt. ⁴Mit der Behandlung soll erst nach Eingang dieser Mitteilung begonnen werden; hiervon ausgenommen sind Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen.

⁵Eine Therapieergänzung im Sinne eines zusätzlichen offenen Vorgehens (chirurgische Therapie) ist auf dem Parodontalstatus (Blatt 1) zu vermerken und der Krankenkasse zu übermitteln. ⁶Soweit die Krankenkasse innerhalb von ~~vierzehn Tagen~~ *drei Wochen* nach Eingang des Parodontalstatus (Blatt 1) kein Gutachterverfahren einleitet, gilt die Therapieergänzung als genehmigt. ⁷Eine Therapieergänzung kann nur innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten nach Durchführung des geschlossenen Vorgehens erfolgen.

⁸Werden im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontopathien prothetische Maßnahmen oder Maßnahmen zur Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen erforderlich, so ist ein Heil- und Kostenplan für die prothetische Behandlung bzw. ein Behandlungsplan bei Kiefergelenkserkrankungen beizufügen.

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

5.3. Ergänzende Inhalte zur elektronischen Abrechnung

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

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

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

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

Muster 2

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

Muster 3a

(Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch)

Anlage 4

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

Vereinbarung zum Heil- und Kostenplan

(Ausfüllhinweise)

Anlage 8a

(Kfo – Behandlungsplan)

Anlage 8b

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

Anlage 8c

(Mitteilung über einen unplanmäßigen Verlauf der Kfo – Behandlung)

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

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

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

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

Anlage 6c Formular Kfo Gutachten

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

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

**GEÄNDERTE BESTIMMUNGEN IM EKVZ
DURCH DIE ÄNDERUNGSVEREINBARUNG AUFGRUND EINFÜHRUNG DES GESETZES
ZUR VERBESSERUNG DER RECHTE DER PATIENTEN**

§ 14

**Krankenversichertenkarte, Behandlungsausweise, Behandlungsplanung
und Abrechnungsvordrucke**

(3) BEMA-Teil 3:

1. Vor Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung oder bei einer Therapieänderung stellt der Vertragszahnarzt persönlich und eigenverantwortlich einen Behandlungsplan (Anlage 8 a) in zweifacher Ausfertigung auf und leitet beide Exemplare der Ersatzkasse zu. Satz 1 gilt nicht für Leistungen nach den Nrn. 121 bis 125 von BEMA-Teil 3. Über das 16. Behandlungsvierteljahr hinausgehende, noch erforderliche Leistungen sind nach Maßgabe der Abrechnungsbestimmungen zu den Nrn. 119 und 120 von BEMA-Teil 3 schriftlich unter Verwendung des Verlängerungsantrages (Anlage 8 a) in zweifacher Ausfertigung zu beantragen.
2. Stellt der Vertragszahnarzt fest, dass die beabsichtigte kieferorthopädische Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört, hat er dies dem Versicherten schriftlich nach dem Muster der Anlage 8 b mitzuteilen und der Ersatzkasse eine zweite Ausfertigung zu übermitteln.
3. Bei Kostenübernahme sendet die Ersatzkasse ~~in der Regel innerhalb von zwei Wochen nach Eingang~~ *zügig, spätestens zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang* bei der Ersatzkasse ein Exemplar des Behandlungsplanes an den Vertragszahnarzt zurück.
4. Mit der Behandlung soll erst begonnen werden, wenn die Ersatzkasse eine Kostenübernahmeerklärung auf dem Behandlungsplan abgegeben hat.
5. ¹Die Abrechnung von kieferorthopädischen Leistungen sowie von Leistungen, die im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Leistungen anfallen, erfolgt auf dem Vordruck "KFO-Abrechnungsschein" (Anlage 9 a), soweit nicht die Abrechnung mittels EDV erfolgt. ²Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, die vorgesehenen Felder sorgfältig auszufüllen und alle ausgeführten Leistungen unter Berücksichtigung der vertraglichen Bestimmungen vollständig und leserlich einzutragen. ³Bei 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. ⁴Bei der Abrechnung von Verlängerungszahlungen ist die Nummer der Abschlagszahlung mit „V“ zu kennzeichnen. ⁵Bei Ersatzanfertigung von Behandlungsgeräten nach den Nrn. 126a, 126b, 127a, 128a, 128b, 130 oder 131 a bis c von BEMA-Teil 3 ist die Nummer der Abschlagszahlung mit „E“ zu kennzeichnen.
⁶Im Zahnarztlabor erbrachte zahntechnische Leistungen können auf dem Abrechnungsschein eingetragen werden. ⁷Die Beifügung eines gesonderten Zahnarztlaborbeleges ist in diesem Falle entbehrlich, soweit nicht die KZVen und die Gliederungen des VdAK/AEV etwas anderes vereinbaren.
⁸Der Vordruck der Anlage 9 a wird den Vertragszahnärzten von den KZVen als Dreifach-Durchschreib-Satz (Blatt 1: Ausfertigung für die Abrechnung; Blatt 2: Ausfertigung für den Versicherten mit Erläuterung der Gebühren-Nummern auf der Rückseite; Blatt 3: Ausfertigung für den Vertragszahnarzt) zur Verfügung gestellt.

⁹Die Abrechnung mittels EDV für kieferorthopädische Behandlung erfolgt individuell nach dem Vorbild von Anlage 9 b. ¹⁰Der Ausdruck kann drucker- und programmbedingte Abweichungen enthalten, ohne den Aufbau und die Struktur von Anlage 9 a zu verändern.

¹¹In Feld 1 kann die Anschrift des Mitgliedes eingedruckt werden. ¹²Feld 2 enthält die Daten der Krankenversichertenkarte. ¹³Feld 3 enthält die Daten des Zahnarztstempels und ggf. die Bankverbindung des Vertragszahnarztes.

¹⁴Für die Abrechnung von Material- und Laboratoriumskosten gilt Anlage 1.

(4) BEMA-Teil 4:

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

³Die Ersatzkasse sendet den Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) mit einer Kostenübernahmeerklärung *zügig, spätestens nach Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang* an den Vertragszahnarzt zurück, wenn sie der Übernahme der Behandlungskosten zustimmt. ⁴Mit der Behandlung soll erst nach Eingang dieser Mitteilung begonnen werden; hiervon ausgenommen sind Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen.

⁵Eine Therapieergänzung im Sinne eines zusätzlichen offenen Vorgehens (chirurgische Therapie) ist auf dem Parodontalstatus (Blatt 1) zu vermerken und der Ersatzkasse zu übermitteln. ⁶Soweit die Ersatzkasse innerhalb von ~~vierzehn Tagen~~ *drei Wochen* nach Eingang des Parodontalstatus (Blatt 1) kein Gutachterverfahren einleitet, gilt die Therapieergänzung als genehmigt. ⁷Eine Therapieergänzung kann nur innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten nach Durchführung des geschlossenen Vorgehens erfolgen.

⁸Werden 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. ¹Die Abrechnung der parodontologischen Leistungen erfolgt nach dem Abschluss der geplanten Behandlung auf dem Parodontalstatus (Blatt 2).

²Wenn 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.

³PAR-Fälle, für die die Ersatzkassen die Kostenübernahmeerklärung vor dem Wechsel des Punktwertes abgegeben hat und mit deren Behandlung erst nach In-Kraft-Treten des neuen Punktwertes begonnen worden ist, werden in vollem Umfang nach dem neuen Punktwert abgerechnet; bei der Abrechnung gibt der Vertragszahnarzt das Datum des Behandlungsbeginns an.

§ 22

Gutachter und Obergutachter

- (1) ¹Im Einvernehmen mit dem VdAK/AEV bestellt jede KZV Gutachter und Zahnersatz-Obergutachter in der erforderlichen Anzahl. ²Die Obergutachter für kieferorthopädische und parodontologische Behandlungsfälle bestellt die KZBV im Einvernehmen mit dem VdAK/AEV. ³Entsprechendes gilt für den Widerruf. ⁴Das Einvernehmen kann aus wichtigem Grund versagt werden.
- ⁵Die Bestellung der Gutachter und Obergutachter erfolgt jeweils für die Dauer der Amtsperiode der Organe der KZV bzw. der KZBV.
- ⁶Für Implantologie-Gutachter und -Obergutachter gilt die Vereinbarung über das Gutachterverfahren für implantologische Leistungen (Anlage 5).
- ⁷Die Kieferorthopädie-Gutachter und -Obergutachter sollen die Anerkennung als Fachzahnärzte für Kieferorthopädie besitzen.
- (2) ¹Die Gebühren für die Begutachtung von Zahnersatz, kieferorthopädischer Behandlung und Parodontalbehandlung sowie die Oberbegutachtung bei Zahnersatz trägt die Ersatzkasse. ²Dem Vertragszahnarzt können die Kosten des Zahnersatz-Obergutachtens von der KZV auferlegt werden, wenn es nach den Umständen gerechtfertigt erscheint.
- ³Die Punktwerte für Gutachten und Zahnersatz-Obergutachten werden gemäß den §§ 23, 24 und 25 dieses Vertrages in den Gesamtverträgen vereinbart.
- (3)¹ ¹Die Gebühren für KFO- und PAR-Obergutachten trägt **grundsätzlich die Krankenkasse**. ²**Der Zahnarzt trägt die Kosten des Obergutachtens, wenn sein Einspruch gegen die Stellungnahme des Gutachters erfolglos bleibt**. ³Die Höhe der Gebühr legt die KZBV im Einvernehmen mit dem VdAK/AEV fest.
- (4) ¹Die Tätigkeit der Gutachter und Zahnersatz-Obergutachter soll in der Regel auf den jeweiligen KZV-Bereich beschränkt sein. ²In Ausnahmefällen, z. B. Wohnortwechsel des Versicherten, kann hiervon abgewichen werden.
- (5) ¹Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem Gutachter bzw. Obergutachter die erforderlichen Behandlungs- und Befundunterlagen (z. B. Modelle, Röntgenaufnahmen) zur Verfügung zu stellen. ²Der Gutachter bzw. Obergutachter kann vom Vertragszahnarzt weitere Unterlagen anfordern. ³Die Ersatzkasse wird hiervon in Kenntnis gesetzt. ⁴Die Kosten hierfür sind dem Vertragszahnarzt unter Berücksichtigung von § 7 Absatz 4 dieses Vertrages nach dem BEMA von der Ersatzkasse zu vergüten.
- (6) ¹Der Gutachter bzw. Obergutachter kann eine Untersuchung des Versicherten veranlassen. ²Die Ersatzkasse ist hiervon zu unterrichten. ³Der Untersuchungstermin wird vom Gutachter im Benehmen mit dem Versicherten und dem Vertragszahnarzt festgelegt. ⁴Der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.
- (7) ¹Wenn und so lange die in den §§ 22 bis 26 dieses Vertrages beschriebenen Gutachterverfahren in einem bestimmten Teil des Geltungsbereiches dieses Vertrages nach übereinstimmender Bewertung der Partner dieses Vertrages aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen nicht praktiziert werden, sind die Ersatzkassen berechtigt, andere sachverständige Zahnärzte mit der Erstellung entsprechender Gutachten zu beauftragen. ²Die Bestimmungen der §§ 275, 276 SGB V und § 100 SGB X bleiben durch das vertraglich geregelte Gutachterverfahren unberührt.

¹ geändert aufgrund einer Vereinbarung vom 16.05.2008, gültig ab 01.06.2008

§ 23

Gutachterverfahren für BEMA-Teil 3

- (1) ¹Die Ersatzkasse kann den Behandlungsplan vor der kieferorthopädischen Behandlung begutachten lassen. ²Der Versicherte ist hierüber zu unterrichten. ³In diesem Falle hat die Ersatzkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, ob sie die Kosten für die geplante Behandlung übernimmt. ⁴Kann die Ersatzkasse die Frist nach Satz 3 nicht einhalten, teilt sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit.

~~²Soll der Behandlungsplan vor Beginn der KFO-Behandlung begutachtet werden, so sendet die Ersatzkasse den Behandlungsplan in zweifacher Ausfertigung in der Regel innerhalb von zwei Wochen an den Vertragszahnarzt zurück. ⁵Die Ersatzkasse sendet den Behandlungsplan in zweifacher Ausfertigung an den Vertragszahnarzt zurück. ⁶Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem von ihr benannten Gutachter beide Ausfertigungen des Behandlungsplanes zusammen mit den Befundunterlagen nach § 22 Absatz 5 dieses Vertrages unverzüglich zuzuleiten. ⁷Die Ersatzkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung der Anlage 6 c.~~

⁸Für die Begutachtung einer Therapieänderung oder einer Verlängerung der kieferorthopädischen Behandlung gilt Entsprechendes.

- (2) ¹Die Ersatzkasse kann in der Regel innerhalb von vier Wochen nach Kenntnisnahme der Mitteilung gemäß § 14 Absatz 3 Nr. 2 dieses Vertrages ein Gutachten zur Überprüfung der Zuordnung zur vertragszahnärztlichen Versorgung einleiten. ²Die gutachterliche Beurteilung ist anhand von Modellen oder durch eine klinische Untersuchung vorzunehmen. ³Die Ersatzkasse hat im Falle einer Begutachtung die KZV über das Ergebnis der Begutachtung zu unterrichten. ⁴Im Übrigen gelten die Bestimmungen der Absätze 3 bis 5 sinngemäß.

- (3) ¹Der Gutachter nimmt zum Behandlungsplan unter Verwendung der Anlage 6 c ~~in der Regel~~ innerhalb von ~~zwei~~ vier Wochen nach Eingang der Anträge Stellung. ²Die Frist nach Satz 1 wird mit Eingang der Stellungnahme bei der Ersatzkasse gewahrt. ³Eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist nach Satz 1 kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der Ersatzkasse rechtzeitig, spätestens bis zum Ablauf der Vier-Wochenfrist mittels schriftlicher Begründung anzuzeigen. ~~Befürwortet er~~ ⁴Befürwortet der Gutachter den Behandlungsplan, so sendet er beide Exemplare des Behandlungsplanes der Ersatzkasse zu. ⁵Die übrigen Unterlagen sendet er dem Vertragszahnarzt zurück. ⁶Befürwortet er ihn nicht, so sendet er mit seiner schriftlichen Stellungnahme ein Exemplar des Behandlungsplanes der Ersatzkasse, das zweite Exemplar und die übrigen Unterlagen dem Vertragszahnarzt zurück. ⁷Für die Begutachtung einer Therapieänderung oder einer Verlängerung der kieferorthopädischen Behandlung gilt Entsprechendes.

⁸Ist zwischen Vertragszahnarzt und Ersatzkasse keine Einigung über die ~~Mitteilung Kostenübernahme für Leistungen~~ nach § 14 Absatz 7 dieses Vertrages zu erzielen, so ist das Gutachterverfahren ~~innerhalb von 4 Wochen nach Eingang der Mitteilung bei der Ersatzkasse einzuleiten~~. *entsprechend den Vorgaben nach Absätzen 1 und 3 durchzuführen.*

- (4) ¹Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Behandlungsplan, zum Verlängerungsantrag oder zur Therapieänderung können Vertragszahnarzt und Ersatzkasse Einspruch zum Zwecke der Einholung eines Obergutachtens einlegen. ²Der Einspruch ist zu begründen und binnen eines Monats nach dem Zugang der Stellungnahme des Gutachters schriftlich bei der KZBV einzulegen. ³Der Vertragszahnarzt übersendet in diesem Falle der KZBV den Behandlungsplan bzw. den Verlängerungsantrag, das Gutachten und die Entscheidung der Ersatzkasse. ⁴Soweit er Einspruch eingelegt hat,

fügt er seine fachliche Begründung bei. ⁵Der Obergutachter wird vom Fachberater der KZBV bestimmt. ⁶Im Übrigen gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.

(5) <u>Gutachtergebühren:</u>	<u>Punkte</u>
a) Gutachten zu einzelnen Behandlungspositionen bzw. zu zusätzlich geplanten Maßnahmen	40
b) Gutachten zur gesamten Behandlungsplanung sowie zu ausgeführten kieferorthopädischen Leistungen nach Auswertung von Röntgenaufnahmen und ggf. Modellen, mit fachlicher Begründung	80
c) Gutachten zur Überprüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen gemäß § 29 Abs. 1 SGB V anhand der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG), (Anlage 1 zum Abschnitt B Nr. 2 der Kfo-Richtlinien), ohne Begutachtung der Behandlungsplanung	50
d) Obergutachten zur gesamten Behandlungsplanung nach Auswertung von Röntgenaufnahmen und Modellen, mit fachlicher Begründung	(siehe § 22 Abs. 3)
e) für die körperliche Untersuchung des Patienten	18

¹Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von EUR 10,70 je Gutachten abgegolten.²Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter oder Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen zusätzlich abgerechnet werden. ³Die GOÄ-Nrn. 70 oder 75 können nicht zusätzlich berechnet werden.

§ 24

Gutachterverfahren für BEMA-Teil 4

(1) ¹Die Ersatzkasse kann den bei ihr eingereichten Parodontalstatus begutachten lassen. ²Der Versicherte ist hierüber zu unterrichten. ³In diesem Falle hat die Ersatzkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, ob sie die Kosten für die geplante Behandlung übernimmt. ⁴Kann die Ersatzkasse die Frist nach Satz 3 nicht einhalten, teilt sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit.

~~²In diesem Falle~~ ⁵Die Ersatzkasse sendet sie den Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) an den Vertragszahnarzt zurück mit der Bitte, dem von ihr benannten Gutachter beide Blätter des Parodontalstatus zusammen mit den Befundunterlagen (Röntgenaufnahmen) zuzuleiten. ⁶Dies gilt für die Therapieergänzung gemäß § 14 Absatz 4 Sätze 5 bis 7 dieses Vertrages entsprechend.

(2) Der Gutachter kann vom Vertragszahnarzt die Vorbehandlungszeit, ggf. die Gebührenpositionen erfragen.

(3) ¹Der Gutachter nimmt zum Parodontalstatus innerhalb von vier Wochen Stellung. ²Die Frist nach Satz 1 wird mit Eingang der Stellungnahme bei der Ersatzkasse gewahrt. ³Eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist nach Satz 1 kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der Ersatzkasse rechtzeitig, spätestens bis zum Ablauf der Vier-Wochenfrist mittels schriftlicher Begründung anzuzeigen. ~~Befürwortet er~~ ⁴Befürwortet der Gutachter den Parodontalstatus, so vermerkt er dies auf dem Parodontalstatus (Blatt 2) und sendet Blatt 1 und 2 der Ersatzkasse zu. ⁵Die übrigen Unterlagen sendet er dem Vertragszahnarzt zurück. ⁶Befürwortet er den Parodontalstatus nicht, so sendet er Blatt 1 und 2 mit seiner schriftlichen Stellungnahme der Ersatzkasse, die übrigen Unterlagen dem Vertragszahnarzt zurück. ⁷Die Ersatzkasse übersendet beide Blätter des Parodontalstatus sowie ggf. die gutachterliche Stellungnahme dem Vertragszahnarzt mit dem Vermerk, ob sie die Kosten übernimmt. ⁸Dies gilt für die Therapieergänzung gemäß § 14 Absatz 4 Sätze 5 bis 7 dieses Vertrages entsprechend.

(4) ¹Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Parodontalstatus können Vertragszahnarzt und Ersatzkasse innerhalb von einem Monat nach Zugang der Stellungnahme des Gutachters ein Obergutachten bei der KZBV beantragen. ²Der Vertragszahnarzt übersendet in diesem Fall der KZBV beide Blätter des Parodontalstatus und das Gutachten. ³Soweit er Einspruch eingelegt hat, fügt er seine fachliche Begründung bei. ⁴Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 3 entsprechend.

<u>Gutachtergebühren:</u>	<u>Punkte</u>
a) Gutachten zu einzelnen Behandlungspositionen	40
b) Gutachten zur gesamten Behandlungsplanung nach Auswertung von Röntgenaufnahmen und ggf. Modellen, mit fachlicher Begründung	80
c) Obergutachten zur gesamten Behandlungsplanung nach Auswertung von Röntgenaufnahmen und ggf. Modellen, mit fachlicher Begründung	(siehe § 22 Abs. 3)
d) für die körperliche Untersuchung des Patienten	18

¹Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von EUR 10,70 je Gutachten abgegolten. ²Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter oder Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen zusätzlich abgerechnet werden. ³Die GOÄ-Nrn. 70 oder 75 können nicht zusätzlich berechnet werden.

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

§ 25 EKVZ

~~–Ergebnis der Sitzung des Bundesschiedsamtes am 20.12.2006–~~

§ 1

Einleitung des Verfahrens

- (1) ¹Anhand des Befundes stellt der Zahnarzt einen Heil- und Kostenplan (Anlage 3 zum BMV-Z/Anlage 4 zum EKVZ) auf, der der Krankenkasse grundsätzlich über den Versicherten vorzulegen ist. ²Der Heil- und Kostenplan ist von der Krankenkasse insgesamt zu überprüfen.
- (2) ¹Für Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Kronen, Brücken und Prothesen einschließlich Erweiterung sowie Befunde nach den Nrn. 6.1-6.10, 7.3, 7.4 und 7.7 sind ausgestaltende Regelungen der Gesamtvertragspartner zulässig. ²Diese Befunde können auch ohne vorherige Zuschussfestsetzung durch die Krankenkasse versorgt werden. ³Hiervon bleibt das Recht, vor Beginn der Behandlung die Zuschussfestsetzung durch die Krankenkasse einzuholen, unberührt. ⁴Bei zum Zeitpunkt der Behandlung dem Zahnarzt bekannten Härtefällen ist der Heil- und Kostenplan vor Behandlungsbeginn zur Zuschussfestsetzung der Krankenkasse vorzulegen. ⁵Das gilt auch für die Befunde nach den Nrn. 1.4 und 1.5.

§ 2

Kostenregelung, Behandlungsbeginn

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

§ 3

Bestimmungen für Planungsgutachten

- (1) ¹Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Heil- und Kostenplan in Bezug auf den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen, auch wenn Leistungen der gleich- oder andersartigen Versorgung geplant sind. ²Der Versicherte ist hierüber zu unterrichten. ³In diesem Fall hat die Krankenkasse ab Antragsingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, ob sie die Kosten für die geplante Behandlung übernimmt. ⁴Kann die Krankenkasse die Frist nach Satz 3 nicht einhalten, teilt sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. ~~In diesem Fall übersendet sie~~ ⁵Die Krankenkasse übersendet den Heil- und Kostenplan unverzüglich einem nach § 7 bestellten Gutachter und setzt den Zahn-

arzt hiervon in Kenntnis. ⁶Ausgestaltende Regelungen zur Erteilung von Gutachteraufträgen sind gesamtvertraglich möglich. ⁷Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung der Anlage 13a zum BMVZ/Anlage 6a zum EKVZ oder individuell nach dem Vorbild der Anlage 13a/Anlage 6a. ⁸Der individuelle Vordruck kann drucker- und programmbedingte Abweichungen enthalten, ohne den Aufbau und die Struktur der Anlage 13a/Anlage 6a zu verändern.

- (2) ¹Befunde 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.
²Leistungen, für die der Versicherte keinen Festzuschuss erhält, unterliegen nicht dieser Vereinbarung.
- (3) Die Begutachtung einschl. der Gebührenregelung richtet sich nach den Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter (s. Anhang).
- (4) ¹Der Gutachter nimmt zum Heil- und Kostenplan unter Verwendung der Anlage 13 b zum BMV-Z/Anlage 6 b zum EKVZ innerhalb von vier Wochen Stellung. ²Die Frist nach Satz 1 wird mit Eingang der Stellungnahme bei der Krankenkasse gewahrt. ³Eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist nach Satz 1 kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der Krankenkasse rechtzeitig, spätestens bis zum Ablauf der Vier-Wochenfrist mittels schriftlicher Begründung anzuzeigen ⁴Das Ergebnis der gutachterlichen Stellungnahme ist auf dem Heil- und Kostenplan zu vermerken.
⁵Seine schriftliche Stellungnahme leitet er der Krankenkasse zu. ⁶Befürwortet er den Heil- und Kostenplan nicht, so übersendet er seine Stellungnahme auch dem Zahnarzt.
- (5) Die Krankenkasse übersendet nach der Begutachtung den Heil- und Kostenplan gegebenenfalls über den Versicherten dem Zahnarzt mit dem Vermerk, ob und inwieweit Festzuschüsse bewilligt werden.
- (6) ¹Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem Gutachter die erforderlichen Behandlungs- und Befundunterlagen (z. B. Modelle, Röntgenaufnahmen) zur Verfügung zu stellen. ²Der Gutachter kann vom Vertragszahnarzt weitere Unterlagen anfordern. ³Die Krankenkasse wird hiervon in Kenntnis gesetzt. ⁴Die Kosten hierfür sind dem Vertragszahnarzt von der Krankenkasse unter Berücksichtigung des § 16 Abs. 1 BMV-Z/§ 7 Abs. 4 EKVZ nach dem Bema zu vergüten.

Protokollnotiz:

„¹Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die KZBV sind sich einig, durch eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Gutachtenfälle auf alle Gutachter für eine schnellstmögliche Erledigung der Gutachten zu sorgen (Anlage 12 BMV-Z / § 25 EKVZ).

²Auf die Verpflichtung des Gutachters, die eingehenden Gutachteraufträge innerhalb von 2-4 Wochen zu bearbeiten (~~Ziff. 3 der Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter~~), wird verwiesen.

§ 4 Bestimmungen für Mängelgutachten

(1)² ¹Die Krankenkasse kann in begründeten Einzelfällen bei Regel- und gleichartigen Versorgungsleistungen ausgeführte prothetische Leistungen bei vermuteten Planungs- und/oder Ausführungsmängeln überprüfen lassen. ²In diesem Falle benachrichtigt sie den behandelnden Vertragszahnarzt über die anberaumte Begutachtung. ³Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung einem nach § 7 bestellten Gutachter unter Verwendung der Anlage 13a zum BMV-Z/Anlage 6a zum EKVZ oder individuell nach dem Vorbild der Anlage 13a/Anlage 6a. ⁴Der individuelle Vordruck kann drucker- oder programmbedingte Abweichungen enthalten, ohne den Aufbau und die Struktur der Anlage 13a/Anlage 6a zu verändern.

⁵Der behandelnde Vertragszahnarzt hat dem Gutachter sowohl Abschriften des Heil- und Kostenplans, der der prothetischen Versorgung zugrunde gelegen hat, als auch Abschriften der dazugehörigen Rechnungsunterlagen unverzüglich zu übermitteln.

⁶Der Gutachter hat grundsätzlich eine Untersuchung des Versicherten durchzuführen.

⁷Die Einladung des Versicherten erfolgt nach Abstimmung der Beteiligten über den Untersuchungstermin. ⁸Die Krankenkasse und der Vertragszahnarzt sind hiervon zu unterrichten. ⁹Der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.

Protokollnotiz:

¹Zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen besteht Konsens, dass die Krankenkasse in begründeten Einzelfällen bei andersartigen Versorgungsleistungen und sogenannten Mischfällen (Nr. 7 d) der Anlage 3 BMV-Z/Anlage 4 EKVZ ausgeführte prothetische Leistungen innerhalb von 36 Monaten nach der definitiven Eingliederung bei vermuteten Planungs- und/oder Ausführungsmängeln überprüfen lassen kann. ²In diesem Falle benachrichtigt sie den behandelnden Zahnarzt über die anberaumte Begutachtung und übersendet den Heil- und Kostenplan, der der prothetischen Versorgung zugrunde gelegen hat, einem nach § 7 bestellten Gutachter, der auch für diese speziellen Fälle empfohlen wird.

(2) ¹Der Gutachter kann der Krankenkasse anheim stellen, weitere Unterlagen sowie Nachbefunde vom Zahnarzt zu verlangen. ²Die Kosten hierfür sind dem Zahnarzt unter Berücksichtigung des § 16 Abs. 1 BMV-Z/§ 7 Abs. 4 EKVZ nach dem Bema von der Krankenkasse zu vergüten.

(3) ¹Die Begutachtung einschließlich der Gebührenregelung richtet sich nach den Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter (s. Anhang).

²Der Gutachter nimmt zu den ausgeführten prothetischen Leistungen unter Verwendung der Anlage 13b zum BMV-Z/Anlage 6b zum EKVZ Stellung. ³Seine schriftliche Stellungnahme leitet er der Krankenkasse und auch dem Zahnarzt zu.

§ 5 Einigungsverfahren

(1) § 5 gilt nur für die Primärkassen, einschließlich Knappschaft.

(2) ¹Mängelansprüche bei prothetischen Leistungen können innerhalb von 24 Monaten nach der definitiven Eingliederung bei einem Prothetik-Einigungsausschuss geltend gemacht werden. ²Die Anrufung des Gutachters hemmt diese Frist.

- (3) ¹Der Prothetik-Einigungsausschuss entscheidet durch Beschluss über Einsprüche des Zahnarztes oder der Krankenkasse gegen die Stellungnahme des Gutachters. ²Über Widersprüche entscheidet die Beschwerdeinstanz.
- (4) Das Nähere über das Einigungsverfahren regeln die Gesamtvertragspartner.

§ 6 Zahnersatz-Obergutachten

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

§ 7 Bestellung der Gutachter

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

Anhang gem. § 3 Abs. 3 der Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen § 25 EKVZ

Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter

I. Planungsgutachten

1. Dem behandelnden Zahnarzt bleibt die Entscheidung über Art und Umfang der prothetischen Versorgung unter Berücksichtigung der Festzuschuss - Richtlinien und der Zahnersatz - Richtlinien vorbehalten.

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

	Bewertungszahl
a) Gutachten zur gesamten Behandlungsplanung/ ggf. nach Auswertung von Röntgenaufnahmen und ggf. Modellen, mit fachlicher Begründung	80 Punkte
b) ⁴ für die körperliche Untersuchung des Patienten zusätzlich	18 Punkte

³Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von EUR 10,70 je Gutachten abgegolten.

⁴Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter/Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen (z. B. Nm. 8, Ä 925 a-d) zusätzlich abgerechnet werden. ⁵Die GOÄ - Nrn. 70 oder 75 können nicht zusätzlich berechnet werden. ⁶Für hauptamtlich bei den Krankenkassen und ihren Verbänden angestellte Zahnärzte können die Krankenkassen und ihre Verbände andere Vergütungsregelungen vorsehen.

⁷Kosten der Begutachtung
Die Kosten der Begutachtung trägt grundsätzlich die Krankenkasse.

II. Mängelgutachten

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

²Bei Nr. 5 gilt ergänzend bei Mängelgutachten, dass dem Vertragszahnarzt die Kosten der Begutachtung auferlegt werden können, wenn Mängel festgestellt werden, die der Zahnarzt zu vertreten hat.

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

§ 26

Gutachterverfahren

für implantologische Leistungen bei den Ausnahmeindikationen

Für das Gutachterverfahren für implantologische Leistungen bei den Ausnahmeindikationen gemäß § 28 Absatz 2 Satz 9 SGB V gilt Anlage 5.

Anlage 5 zum EKVZ
Vereinbarung über das Gutachterverfahren
für implantologische Leistungen

A. Gutachten

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

2. ¹Die Ersatzkasse muss Behandlungspläne für implantologische Leistungen einschließlich der prothetischen Versorgung zur Abklärung ihrer Leistungspflicht begutachten lassen, wenn eine Ausnahmeindikation nach Abschnitt VII der Richtlinien des ~~Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen~~ Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung in Betracht kommt. ²*Der Versicherte ist hierüber zu unterrichten.* ³*In diesem Fall hat die Ersatzkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, ob sie die Kosten für die Behandlung übernimmt.* ⁴*Kann die Ersatzkasse die Frist nach Satz 3 nicht einhalten, teilt sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit.*
~~Hierzu erteilt sie~~ ⁵*Die Ersatzkasse erteilt* einem von der KZBV und dem VdAK/AEV einvernehmlich bestellten Gutachter einen schriftlichen Auftrag. ⁶Bei der Auswahl des Gutachters sollen die Ortsnähe zum Patienten und der jeweilige KZV-Bereich berücksichtigt werden. ⁷Die Ersatzkasse sendet die Behandlungs- und Kostenplanung des Vertragszahnarztes an den Gutachter. ⁸Die Ersatzkasse unterrichtet den Vertragszahnarzt über den Begutachtungsauftrag durch Übersendung des Vordruckes „Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)“ (Anhang 1 zu dieser Vereinbarung) in zweifacher Ausfertigung.

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

4. ¹Der Gutachter ~~señ~~ *ist verpflichtet*, die eingehenden Aufträge innerhalb von vier Wochen zu bearbeiten. ²Die Frist nach Satz 1 wird mit Eingang der Stellungnahme bei der Ersatzkasse gewahrt. ³Eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist nach Satz 1 kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der Ersatzkasse rechtzeitig, spätestens bis zum Ablauf der Vier-Wochenfrist mittels schriftlicher Begründung anzuzeigen. ~~Er~~ ⁴Der Gutachter nimmt sowohl zu der implantologischen als auch zu der prothetischen Behandlungsplanung - auch hinsichtlich der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit - Stellung. ⁵Der Gutachter kann vom behandelnden Vertragszahnarzt weitere Auskünfte und Befundunterlagen verlangen.

5. ¹Der Gutachter nimmt Stellung, ob eine Ausnahmeindikation für die Versorgung mit Implantaten nach Abschnitt VII der Richtlinien des ~~Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen~~ Gemeinsamen Bundesausschusses vorliegt, insbesondere auch ob bei den Ausnahmeindikationen eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implan-

tate nicht möglich ist. ²Er kann Änderungen der Behandlungsplanung - auch hinsichtlich der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der geplanten Implantate - vorschlagen.

6. ¹Der Gutachter übersendet dem Vertragszahnarzt und der beauftragenden Ersatzkasse das Gutachten. ²Die Ersatzkasse trifft unter Berücksichtigung des Gutachtens ihre Leistungsentscheidung gegenüber dem Versicherten. ³Mit der Behandlung soll grundsätzlich erst begonnen werden, wenn die Leistungszusage der Ersatzkasse vorliegt.
7. ¹Die Kosten der Begutachtung trägt grundsätzlich die Ersatzkasse. ²Die Gebühren für Gutachten sind im Anhang 2 geregelt.
8. Die KZBV und der VdAK/AEV werten die Gutachten aus.

B. Obergutachten

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

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

|

Anhang
zur Vereinbarung über ein Gutachterverfahren
für implantologische Leistungen vom 10.05.2000

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

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

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

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

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

4. ¹Die Kostenpauschale nach Nr. 2 wird entsprechend der prozentualen Veränderung der Post-Päckchengebühr prozentual angepasst. ²Centbeträge sind auf 10 Cent aufzurunden.

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

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

Absender:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

**Antwort bitte bis
spätestens 31.07.2013**

KZV Land Brandenburg
Abt. Kommunikation
Helene-Lange-Str. 4-5
14469 Potsdam

Tel.-Nr.:
0331 2977-336
Fax-Nr. :
0331 2977-220

**Anmeldung Informationsveranstaltung zur
„Aufsuchenden Betreuung von pflegebedürftigen Patienten“**

Ich/Wir melde/n mich/uns zur Informationsveranstaltung an:

Ort	Termin	Referenten	Personenanzahl
Kongresshotel Potsdam Am Luftschiffhafen 1 14471 Potsdam	30.08.2013 15 bis ca. 18 Uhr Freitag	Rainer Linke Dr. Kerstin Finger Angela Fina	
Lindner Congress Hotel Berliner Platz 03046 Cottbus	25.09.2013 15 bis ca. 18 Uhr Mittwoch	Rainer Linke Dr. Kerstin Finger Angela Fina	
RAMADA-Treff Hotel Turmstraße 1 15234 Frankfurt/Oder	18.09.2013 15 bis ca. 18 Uhr Mittwoch	Rainer Linke Dr. Kerstin Finger Angela Fina	

Für die erfolgreiche Teilnahme an der Informationsveranstaltung erhalten Sie 3 Punkte.

Kosten:

Die Tagungsgebühr beträgt 65,00 Euro (incl. Tagungsgetränke und einem kleinem Imbiss, Parkgebühren) pro Person und Veranstaltung. Die Abbuchung, Ihre Einverständniserklärung vorausgesetzt, wird durch die KZVLB über Ihr Honorarkonto vorgenommen. **Bei fristgerechter Abmeldung bis 2 Tage vor Beginn der Fortbildung werden keine Gebühren erhoben.**

Datum

Abrechnungs-Nr.

Stempel/Unterschrift

Absender:

Zurück an:

KZV Land Brandenburg
Vertragsabteilung
Helene-Lange-Str. 4 - 5
14469 Potsdam

Oder per Fax: 0331 2977-332

- UMFRAGE -

zur ambulanten mobilen zahnärztlichen Behandlung von Patienten, die aufgrund schwerer Erkrankungen keine Zahnarztpraxis aufsuchen können bzw. nicht transportfähig sind

- Ja, ich behandle o. g. Patienten mit einer mobilen Zahnbehandlungseinheit

mobile Behandlungseinheit	
- Typ:	
- Leistungsspektrum:	
- in der Bundesrepublik Deutschland zugelassen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

im Bereich

Ich bin mit der Weitergabe meiner Anschrift durch die KZVLB im Bedarfsfall einverstanden:

ja nein

- Mir steht keine mobile Behandlungseinheit zur Verfügung. Ich bin aber gern bereit, mich an der mobilen Behandlung der o. g. Patienten

im Bereich zu beteiligen.

Ort, Datum

Unterschrift / **Praxisstempel**

1.	BERUFSPOLITIK	JAHR/Lfd.Nr.:
	BFB: Infoblatt: was ist zu tun bei Insolvenz einer Krankenkasse?	2010 - 06
	Hintergrundinformationen zum Thema Selektivverträge	2009 - 07
	Pflicht zur vertragszahnärztlichen Fortbildung gemäß § 95d SGB V	2008 - 02
	Leitsätze zur zahnärztlichen Fortbildung	2008 - 02
	Neue Möglichkeiten der zahnärztlichen Berufsausübung	2007 - 06
	Degressionsstufen 2007	2007 - 05
2.1.	GESETZE UND VERORDNUNGEN	
	GOZ - Abrechnungsformular gem. Anlage 2 der GOZ	2012 - 08
	Bundesanzeiger: Bundesministerium für Gesundheit hier: Bekanntmachung der Änderung der Anlage 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 02. Juli 2012	2012 - 08
	SGB V, BMV-Z, EKVZ, Richtlinien in aktueller Fassung	2012 - 04
	Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden § 294 a Abs. 2 i.V.m. §52 Abs. 2 SGB V hier: Patienteninformation	2012 - 02
	Anlage: Meldung gem. § 294 a Abs. 2 i.V.m. § 52 Abs. 2 SGB V Selbstverschulden einer Krankheit	2012 - 01
	Anlage: Informationsschreiben an die Vertragszahnärzteschaft	2012 - 01
	Rechtsbehelfsbelehrung elektronische Klagemöglichkeit	2011 - 11
	Basistarif Allgemeine Informationen	2009 - 02
	Informationen des PKV-Verbandes zum Basistarif	2009 - 02
	Abrechnung nach dem neuen Basistarif	2009 - 07
	Empfehlungen zur Verordnung von Vollnarkosen im Zusammenhang mit zahnärztlichen oder Mund-, Kiefer- und gesichtschirurgischen Leistungen	2007 - 06
	Anlage: Auswirkungen des Beschlusses des Bewertungsausschusses - Ärzte zu Kap. 5 des EBM auf die Abrechnungswege der Narkose	2007 - 06
	KZBV-Geschäftsführung des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 SGB V	2007 - 06
	Befreiungskarten für die Praxisgebühr	2007 - 06
	Das neue Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und seine Regelungen	2007 - 02
	Gewährung von Skonto durch zahntechnische Labore	2004 - 14
	Auszug aus den neuen Arzneimittel-Richtlinien: Gültig ab 01. April 2004	2004 - 09
	Informationen zur Einführung des Wohnortprinzips	2002 - 19
2.3.	VERTRAGSHINWEISE ZU ALLEN KOSTENTRÄGERN	
	Neue Punktwerte ab 01.01.2013 für BEMA-Teile 1,2,3, und 4 sowie IP/FU Umsetzung von § 85 Abs. 2a SGB V (Ermittlung des durchschnittlichen Punktwertes) und Einigung über den Auszahlungspunktwert ab 01.01.2013	2012 - 13
	Verordnung von Heilmitteln durch Zahnärzte und Kieferorthopäden	2012 - 11
	Anlage: Rundschreiben der KZBV zur zahnärztlichen Verordnung von Heilmitteln (Sprachtherapie, Physiotherapie, myofunktionelle Therapie)	2012 - 11
	Stellungnahme der DGZMK 1988 hier: Myofunktionelle Übungen/Myofunktionelle Therapie	
	Aufbewahrungsfristen	2012 - 09
	Aufbewahrungsfristen für ausgewählte Unterlagen in der Zahnarztpraxis	2012 - 09
	Vorsicht bei der Verordnung von "Fiktiv" zugelassenen Arzneimitteln Regressgefahr	2012 - 04
	Überweisungsverfahren Zahnarzt - Arzt	2011 - 06
	KZBV: Arzneimittelmarkt - Neuordnungsgesetz (AMNOG)	2011 - 04
	Änderung der Packungsgrößenverordnung	2011 - 04
	Vergütung für Eintragungen in Bonushefte der Krankenkassen	2010 - 09
	Verordnung von Sprechstundenbedarf	2008 - 09
	Zahnbleichmittel sind Medizinprodukte	2008 - 09
	Neuer Ausdruck des KVK Feldes beim Rezept und der AU Bescheinigung	2008 - 06
	20. Änderung der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung vom 01. April 1995	2008 - 06

	Narkosebehandlung hier: Entwurf einer Bescheinigung über die Notwendigkeit von Vollnarkosen des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten	2007 - 05
	AU - Bescheinigung/Blanco Ausdruck mit Laserdrucker	2007 - 05
	Leitlinien der zahnärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung	2006 - 05
	Meldung an die KZV bei verspäteter Zahlung der Praxisgebühr durch den Versicherten	2006 - 05
	Leistungspflicht der Krankenkassen bei Kassenwechsel	2003 - 06
	Krankenhausbehandlung	2002 - 03
	Die Erteilung von Auskünften und Bescheinigungen gegenüber den Krankenkassen	2002 - 03
	Kein Anspruch auf Austausch von Amalgam Füllungen auf Kassenkosten	1999 - 16
2.4.	VERTRAGSHINWEISE ZU DEN KRANKENKASSEN	
	Vereinbarung zur besonderen zahnärztlichen Versorgung bei der endodontischen Behandlung - Wurzelbehandlung - mit der Brandenburgischen BKK (Endo-Vertrag)	2012 - 04
	Anlage: Mehrkostenvereinbarung für endodontische Leistungen zw. Versicherten und Zahnarzt	2012 - 04
	Anlage: Teilnahmeerklärung des Vertragszahnarztes	2012 - 04
	Vereinbarung zur Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung für Versicherte der BKK für Heilberufe mit unerklärten Mitgliedschaftsverhältnissen zw. KZBV und dem GKV	2012 - 01
	Zahnärztliche Behandlung behinderter Patienten unter Narkose Zusätzliche Vergütungsvereinbarung mit der IKK Brandenburg und Berlin	2010 - 11
2.5.	VERTRAGSHINWEISE ZU DEN ERSATZKASSEN	
	Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen Vereinbarung mit dem VdEK	2009 - 05
	Fremdkassenabrechnung bei Ersatzkassen	2008 - 01
2.6.	VERTRAGSHINWEISE ZU DEN SONSTIGEN KASSENTRÄGERN	
	Vertragszahnärztliche Versorgung von Personen, die im Ausland krankenversichert sind	2012 - 11
	Anlage: Ausstellung von Rezepten/Rechnungen	2012 - 08
	Abkommen über die Durchführung der zahnärztlichen Versorgung von Unfallverletzten und Berufserkrankten ab 01.01.2012	2012 - 04
	Vertragszahnärztliche Versorgung von Personen, die im Ausland versichert sind hier: Hinweis der AOK Land Brandenburg	2007 - 02
	Zahnärztliche Versorgung der von den Trägern der örtlichen Sozialhilfe betreuten Leistungsberechtigten nach dem SGB XII (früher Bundessozialhilfegesetz) und dem Asyl Bewerberleistungsgesetz	2005 - 10
3.1.2.	ABRECHNUNGSHINWEISE - ALLGEMEIN-DISKETTENABRECHNUNG	
	KFO - Online Erfassung einfach gemacht	2012 - 04
	Informationen zur papierlosen Abrechnung - neue Updates für Ihre zahnärztliche Abrechnungssoftware	2012 - 04
3.2.1.	ABRECHNUNGSHINWEISE - KCH	
	KCH - Abrechnungsmodul ergänzender Hinweis zur Abrechnungsfrist bezogen auf den Mundhygienestatus (IP 1)	2011 - 12
3.2.2.	ABRECHNUNGSHINWEISE - KB -	
	Verwendung einer NTI-TSS Schiene im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung	2007 - 02
	Vereinbarung über das Verfahren bei der Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen	2006 - 04
	Übermittlung der Diagnose	2004 - 11
	Abrechnung von Begleitleistungen aus dem BEMA-TEIL 1, die im Zusammenhang mit Kieferbruch und Kiefergelenkserkrankungen anfallen	2004 - 11

3.2.3.	ABRECHNUNGSHINWEISE - KFO -	
	Abrechnung individualprophylaktischer Leistungen durch Fachzahnärzte für Kieferorthopädie	2012 - 10
	Die Abrechnungsmöglichkeiten von Kleinmaterialien während der kieferorthopädischen Behandlung	2012- 07
	Materialabrechnung in der Kieferorthopädie	2012 - 07
	Informationen zur papierlosen KFO-Abrechnung	2012 - 06
	KIG-Gruppe P im Rahmen einer KFO-Frühbehandlung	2012 - 04
	Änderungen bei KFO Handabrechnung ab I/2012	2012 - 02
	Einsatz eines Herbstscharniers im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung	2007 - 03
	Abrechnungsfähigkeit von Sockelschalen	2007 - 02
	Vertragszahnärztliche KFO-Behandlung Abrechnungsfähigkeit der Geb.-Nr.: 128 (Ausgliederung von Vollbögen)	2006 - 12
	Auslegungsfragen zum Bema 2004 hier: KFO-Behandlung	2006 - 11
	Auslegungsfragen zum Bema 2004 hier: Abrechnung der Geb.-Nr.128 c in Verbindung der Geb.-Nr.: 130	2006 - 04
	KFO-Mehrkostenvereinbarung mit der AOK - Die Gesundheitskasse für das Land Brandenburg	2005 - 01
	Weiterführung laufender Kieferorthopädischer Behandlungsfälle ab 01.07.2004	2004 - 13
	Kieferorthopädische Behandlung: Wechsel von der PKV zur GKV während einer laufenden kieferorthopädischen Behandlung	2004 - 09
	Rundschreiben zur kieferorthopädischen Behandlung hier: Wechsel des Versichertenstatus bei laufender kieferorthopädischer Behandlung	2004 - 09
	Kassenwechsel von einer Krankenversicherung in die gesetzliche Krankenversicherung während einer kieferorthopädischen Behandlung hier: Ihr Schreiben vom 26. Juni 2003	2004 - 09
	Abrechnung individualprophylaktischer Leistungen durch Fachzahnärzte für Kieferorthopädie	2003 - 11
	KFO-Behandlung hier: Ausfüllen des kieferorthopädischen Behandlungsplanes bei Therapieumstellung	2003 - 06
	Abrechnung diagnostischer Leistungen in Verbindung mit der Feststellung des Behandlungsbedarfsgrades nach den Kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG)	2002 - 20
	Zeitpunkt des Behandlungsbeginns bei einer KFO Behandlung	2002 - 18
	Einsatz der Invasaling - Methode	2002 - 06
	Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie e.V. Betreff: Invasalign	2002 - 06
	Kieferorthopädische Behandlung Auswertung von Fernröntgenseitenaufnahmen	2001 - 02
	Abrechnung von Kiefergelenkserkrankungen durch Kieferorthopäden	2000 - 03
	Beschluss des Vorstandes der KZV Land Brandenburg vom 26.01.2000 hier: KFO Multiband Materialien in der GKV	2000 - 03
	Hinweise zur Wirtschaftlichkeit in der KFO - Behandlung	1999 - 07
3.2.4.	ABRECHNUNGSHINWEISE - PAR -	
	Therapie Richtlinien zur Ergänzungstherapie in der PAR - Behandlung	2006 - 08
	Der parodontale Screening Index (PSI)	2005 - 14
	Behandlung von Parodontopathien Dokumentation der Vorbehandlung	2005 - 12
	Therapieergänzung im Rahmen der PAR - Behandlung hier: Verwendung von Blatt 2	2005 - 11
	PAR-Gutachterverfahren - Wegfall von Modellen nach Bema - Umstrukturierung	2004 - 14
3.2.5.	ABRECHNUNGSHINWEISE - ZE -	
	Rechnungslegung bei Festzuschüssen für andersartige Versorgungen	2012 -12
	Pressemitteilungen: Fachforum zur Verbesserung der Mundgesundheit älter Menschen gegründet	2012 - 12
	Vereinbarung über die Versorgung von Zahnersatz, gültig ab 01.01.2012	2012 - 08
	Vereinbarung zum Heil- und Kostenplan für prothetische Leistungen, gültig ab 01.01.2012	2012 - 08

	Abrechnungshinweis bezogen auf die Verwendung von Edelmetall	2012 - 07
	Datenübermittlung an die KZV Land Brandenburg	2012 - 05
	Aktualisierung des Festzuschusskompendiums - Einstellung der Printausgabe	2012 - 04
	Keine Genehmigung von Reparaturen bei ZE-Härtefällen bei der AOK-Nordost bis zum 30.06.2012	2011 - 14
	AOK-Nordost - Angabe Festzuschuss auf Heil- und Kostenplan in einer Summe	2011 - 11
	Abrechnung von Reparaturen ohne Genehmigung hier: Hinweis der KKH-Allianz	2011 - 11
	ZE-Reparaturen a) innerhalb der Gewährleistungsfrist durch einen Zweitbehandler b) bei Härtefällen	2011 - 03
	Mehrkostenabrechnung mit Heilfürsorgeberechtigten Polizeivollzugsbeamtinnen/Polizeivollzugsbeamten der Bundespolizei	2010 - 09
	Begutachtung andersartiger Versorgungen und Mischfälle	2008 - 11
	Erläuterungen zur Anwendung der Festzuschuss- und Zahnersatz-Richtlinien sowie weiterer Bundesmantelvertraglicher Regelungen	2008 - 11
	Anfertigung von Zahnersatz vor Genehmigung des Heil- und Kostenplanes	2008 - 06
	Änderung der Festzuschuss-Richtlinien	2008 - 01
	Änderung der Festzuschuss - Richtlinien hier: Änderung der Zahnersatz - Richtlinien	2007 - 10
	Anlage: Abtretungserklärung für andersartige Versorgung	2007 - 10
	Abrechnung zahntechnischer Leistungen im Rahmen der prothetischen Versorgung	2007 - 05
	Richtige Berechnung von Verbrauchsmaterialien	2007 - 05
	Im Internet zu finden: Die richtige Berechnung von Verbrauchsmaterialien im Bereich ZE	2007 - 04
	Zusätzliche BEMA-Leistungen bei Härtefällen mit Regelversorgung	2007 - 02
	Zahnarzt - Zweitmeinung	2007 - 03
	Einholung einer "Zweiten Meinung" im Rahmen einer vertragszahnärztlichen Versorgung	2006 - 12
	1. Abrechnung zahntechnischer Leistungen und Prüfung der Laborrechnungen	2006 - 07
	Vereinbarung zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu den Nummern 2 und 7 der Anlage 3 zum BMV-Z/Anlage 4 EKV-Z	2006 - 07
	Erstattung Festzuschuss durch die Krankenkasse bei andersartiger Versorgung hier: durch den Patienten bei der Krankenkasse vorzulegende Abrechnungsunterlagen	2006 - 05
	ZE-Behandlungsbeginn erst nach Genehmigung durch Krankenkasse	2005 - 11
	Kieferorthopädische Behandlungsplanung Auswertung von Fernröntgenseitenaufnahme	2001 - 02
4.	SATZUNGSVEREINBARUNGEN	
	50. Vertreterversammlung der KZV LB	2012 - 12
	49. Vertreterversammlung der KZV LB	2012 - 06
	Bericht von der konstituierenden Vertreterversammlung der KZVLB vom 14./15. Januar 2011	2011 - 01
	43. Vertreterversammlung der KZVLB	2009 - 09

5.	AUS DER VERWALTUNG	
	Verjährung von zahnärztlichen Honoraransprüchen gegenüber Patienten zum 31.12.2012	2012 - 11
	Datenübersicht nach § 286 SGB V	2012 - 11
	Bestellung von Heil- und Kostenplänen im Durchschreibesatz	2012 - 11
	Abschlagszahlungen für KCH- und KFO-Leistungen	2010 - 05
	Zahnärzte nicht von Dienstleistungs-Informationspflichten Verordnung (DL-INFOV) betroffen	2010 - 05
	Abschlagszahlungen für konservierend-chirurgische und Kieferorthopädische Leistungen	2008 - 11
	Sofort-Auszahlung für prothetische und parodontologische Leistungen	2007 - 02
	Merkblatt Sofort - Auszahlung	2007 - 02
	Formularwesen: Änderung bei der Abgabe von Dreifachdurchschreibesätzen Heil- und Kostenplan	2006 - 14
6.	GUTACHTERWESEN / NOTDIENST	
	Urlaubs-/Abwesenheitsmeldung	2012 - 06
	Röntgenaufnahmen im Gutachterverfahren	2011 - 10
	Umsetzung der ZE-Gutachtervereinigung	2010 - 05
	Internetseiten für Gutachter auf der Homepage der KZV LB	2008 - 06
	Vertragliche Regelungen im Obergutachterverfahren	2007 - 02
	Implantologisches (Ober-) Gutachterverfahren hier: Generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen	2006 - 09
	Vertragliches Gutachterverfahren Einschaltung des Medizinischen Dienstes (MDK)	2001 - 07
	Gutachterverfahren bei kieferorthopädischen Maßnahmen	1997 - 02
	Unterlagen für den Gutachter	1997 - 02
	Erreichbarkeit der Zahnärzte im Notfalldienst	1994 - 16
7.	PRÜFWESEN	
	Neuregelung Wirtschaftlichkeitsprüfung	2008 - 09
	Leistungsspiegel	2008 - 02
8.	FORTBILDUNGS-UND SCHULUNGSWESEN	
	Anlage: Fragebogen zum Aktualisierungskurs Festzuschüsse	2010 - 01
9.	SONSTIGES	
	Wichtiger Hinweis an alle Vertragszahnärzte und Vertragszahnärztinnen	2011 - 02
	Anlage: Hinweis für Ärzte zur Feststellung und Meldung des Krankheitsverdachts, der Erkrankung sowie des Todes an neuer Influenza A/H1N1 (Meldeformular)	2009 - 07
	Geräte- und Praxisbörse der KZVLB	2007 - 01
10.	WISSENSWERTES	
	Neue Website zur Parodontitis freigeschaltet www.taschenplage.de	2010 - 01
	Umsatzsteuerpflicht auf Schönheitsleistungen	2008 - 09