

# VORSTANDSINFORMATION

Amtliches Mitgliederrundschreiben gemäß § 27 der Satzung der KZVLB



Vorstand:  
Dr. Eberhard Steglich, Vorsitzender  
Rainer Linke, Stellvertretender Vorsitzender  
Dr. Heike Lucht-Geuther, Mitglied

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 Ärztekammer eG  
Kto-Nr.: 0 003 072 606, BLZ:30060601  
IK: 210 500 766  
IBAN: DE50 3006 0601 0003 0726 06  
BIC: DAAEDEDXXX

**Nr. 11/2018**

An die  
Zahnärztinnen und Zahnärzte  
im Land Brandenburg

Potsdam, 03.07.2018

Sehr verehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Herr Kollege,

mit unserem Mitgliederrundschreiben informieren wir Sie über:

- 2.3. - **Neuer Bundesmantelvertrag (BMV-Z) ab 01.07.2018**
- **Änderung der Formulare gemäß Anlage 14 zum neuen BMV-Z**
- **Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen ab 1. Juli 2018**
  - **Beschluss des Bewertungsausschusses für zahnärztliche Leistungen**
  - **Anspruchsberechtigte für Leistungen nach BEMA-Nrn. 174a, 174b und 107a**
  - **Vordruck gem. § 8 der Richtlinie nach § 22a SGB V**
- 3.1.1. - **Klarstellung zur Fehlermeldung beim Lesen der eGK „Karte ungültig“ nach Anbindung an die Telematik-Infrastruktur**
- 6. - **Änderungen BMV-Z ab 01.07.2018 im Gutachterwesen**

## Anlagen

- Kurzübersicht „Versorgung von Pflegebedürftigen mit und ohne Kooperationsvertrag - Bema Teil 1 -“
- Vordruck gem. § 8 der Richtlinie nach § 22a SGB V
- Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei implantologischen Leistungen, *Handbuch Rubrik III-3.1.3*
- Tabelle der ansatzfähigen Material- und Versandkosten

Mit freundlichen Grüßen  
Ihr Vorstand der KZVLB

**Dr. Eberhard Steglich**  
Vorsitzender des Vorstandes

**Rainer Linke**  
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes

**Dr. Heike Lucht-Geuther**  
Mitglied des Vorstandes

**NEUER BUNDESMANTELVERTRAG (BMV-Z) AB 01.07.2018**

Im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten des neuen BMV-Z am 01.07.2018 und ggf. einigen (mit einer entsprechenden Öffnungsklausel im neuen BMV-Z versehenen) abweichenden gesamtvertraglichen Regelungen, die nach Absprache mit den hiesigen Landesverbänden der Krankenkassen vorerst weiterhin Gültigkeit besitzen, sind folgende Änderungen bzw. Besonderheiten zu beachten:

Thema und Vertragsgrundlage	BMV-Z ab 01.07.2018	KZVLB
<b>Abformkosten</b>  Anlage 1 BMV-Z  Gesamtvertrag KZVLB-PK	<u>KB</u> Pauschalbetrag in Höhe von 3,00 EUR pro Abformung  <u>KFO</u> Pauschalbetrag in Höhe von 2,80 EUR pro Abformung  Abweichende/ergänzende gesamtvertragliche Regelungen sind zulässig.	Übersicht Material- und Versandkosten KZVLB: siehe <b>Anlage</b>
<b>Versandkosten</b>  Anlage 1 BMV-Z  Gesamtvertrag KZVLB-PK	<u>KB/KFO/ZE</u> „Für Versandkosten der Praxis an das gewerbliche Labor können je Versandgang zwischen Zahnarztpraxis und Labor der von der Deutschen Post AG für ein Päckchen (Inland, max. 2 kg) festgelegte Preis der Onlinefrankierung in der jeweils aktuellen Höhe abgerechnet werden. Bei praxiseigenen Laboratorien können keine Versandkosten berechnet werden.“  Aktueller Preis: 4,39 EUR  Abweichende/ergänzende gesamtvertragliche Regelungen sind zulässig.	
<b>Abrechnung Einreichfristen</b>  § 23 BMV-Z  Gesamtvertrag KZVLB-PK	„(7) Die Abrechnung von vertragszahnärztlichen Leistungen ist nach Ablauf eines Jahres vom Ende des Kalendervierteljahres an gerechnet, in dem sie erbracht worden sind, abgeschlossen.“  „(11) Abweichende Regelungen in den Gesamtverträgen sind zulässig.“	Ersatzkassen: 1 Jahr  Primärkassen: 2 Jahre
<b>PA-Punktwert</b>  Ziffer 5.2.2 der Anlage 1 BMV-Z  Gesamtvertragliche Regelung KZVLB-PK <u>ungültig ab 01.07.2018</u>	„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. PAR-Fälle, für die die Krankenkasse die Kostenübernahmeerklärung vor dem Wechsel des Punktwertes abgegeben hat und mit deren Behandlung erst nach Inkrafttreten des neuen Punktwertes begonnen worden ist, werden in vollem Umfang nach dem neuen Punktwert abgerechnet; bei der Abrechnung gibt der Vertragszahnarzt das Datum des Behandlungsbeginns an.“  (Abweichende gesamtvertragliche Regelungen sind im neuen BMV-Z <u>nicht</u> vorgesehen.)	PK und EK: Mischpunktwert

Bitte beachten Sie auch folgende Änderungen:

**Nach § 1 Abs. 3 der Anlage 4 BMV-Z ist die Übermittlung der Daten des KFO-Behandlungsplans mit dem Genehmigungsdatum an die KZV vorgesehen:**

„... Der Vertragszahnarzt übermittelt die Daten des Behandlungsplans mit dem Genehmigungsdatum in grundsätzlich elektronischer Form an die zuständige KZV. Die Übermittlung erfolgt jeweils im ersten Quartal, in dem auf der Grundlage des Plans eine Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen erfolgt. Das gilt entsprechend für Therapieänderungs- bzw. Verlängerungsanträge. Bloße Leistungsanzeigen, die nicht genehmigungsbedürftig sind, sind nicht zu übermitteln.“

Die PVS-Softwarehersteller sind von der KZBV entsprechend informiert worden.

Des Weiteren hat der **Vordruck 4b (Mitteilung an den Patienten nach § 29 Abs. 1 SGB V)** eine zusätzliche Zeile für die Adresseingabe der KZV erhalten. **Eine Kopie dieser Mitteilung ist an die KZV zu senden.**

**Die Vereinbarung einer Privatbehandlung** ist als Kombination aus § 7 Abs. 7 EKVZ und § 4 Abs. 5d BMV-Z nunmehr **neu in § 8 Abs. 7 BMV-Z geregelt:**

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

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

Die entsprechend angepassten Formulare haben wir im Downloadcenter unserer Homepage für Sie bereitgestellt.

Weitere Informationen u. a. zu den **geänderten Formularen** oder zu **Neuregelungen im Gutachterwesen** erhalten Sie in gesonderten Rundschreiben-Beiträgen.

*Annett Klinder, Telefon: 0331 2977-304, [annett.klinder@kzvlb.de](mailto:annett.klinder@kzvlb.de)*

## **ÄNDERUNG DER FORMULARE GEMÄSS ANLAGE 14 ZUM NEUEN BMV-Z**

Mit dem neuen BMV-Z sind einige Änderungen an den in der vertragszahnärztlichen Versorgung zu verwendenden Formularen verbunden.

Bei Vordrucken aus dem zahnärztlichen Bereich wurde ein einheitliches Personalienfeld geschaffen. Hier sieht eine **Übergangsregelung** vor, dass die alten Formulare nur noch **bis einschließlich 31.08.2018** verwendet werden können. Der Vorstand der KZVLB hat gegen diese kurze Übergangsfrist protestiert, da damit die Vernichtung tausender Formulare einhergeht. Leider beharrt der GKV-Spitzenverband auf diese zweifellos unwirtschaftliche und umweltökonomisch widersinnige Entscheidung. Von den Änderungen (ausschließlich) im Personalienfeld sind folgende Formulare betroffen:

- Vordruck 1** Leistungsnachweis gem. § 16 Abs. 3a SGB V bei Ruhen der Ansprüche
- Vordruck 2** Behandlungsplan für Kiefergelenkerkrankungen und Kieferbruch
- Vordruck 3a** Heil- und Kostenplan Teil 1
- Vordruck 4a** KFO-Behandlungsplan
- Vordruck 4b** Mitteilung an den Patienten nach § 29 Abs. 1 SGB V
- Vordruck 5a** Parodontalstatus Blatt 1
- Vordruck 5b** Parodontalstatus Blatt 2

Des Weiteren sind im **Vordruck 3a** (Heil- und Kostenplan Teil 1) sämtliche Felder maschinenlesbar gestaltet. Die bisherige Hinterlegung einiger Felder in grüner Farbe ist entfallen.

Der **Vordruck 4b** (Mitteilung an den Patienten nach § 29 Abs. 1 SGB V) hat eine zusätzliche Zeile für die Adresseingabe der zuständigen KZV (Kopie an die KZV) erhalten.

Der **Vordruck 4c** (Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung) wurde neu gestaltet und ist nunmehr einheitlich für die Mitteilung an die Krankenkasse über den planmäßigen Abschluss oder den unplanmäßigen Verlauf sowie über einen Abbruch der kieferorthopädischen Behandlung zu verwenden.

Die Kosten für die Formulare werden von den Krankenkassen übernommen, es sei denn, sie werden von der KZV oder dem Vertragszahnarzt mittels EDV erstellt. Die Vordrucke sind maschinell auswertbar, d. h. beleglesefähig zu erstellen. Hierbei dürfen Inhalt, Aufbau und Struktur sowie die vorgegebenen Zeilenabstände nicht verändert werden.

Die PVS-Hersteller sind über die Änderungen informiert, so dass die Anwendung korrekter EDV-Ausdrucke in den Praxen ab 01.07.2018 möglich sein dürfte.

**ACHTUNG!** Alle Zahnärzte erhalten die neuen Vordrucke von uns als „Starter-Paket/ Vordrucke BMV-Z“ rechtzeitig und in ausreichender Anzahl per Postversand (Kieferorthopäden erhalten nur KFO-Formulare). Da die Formulare allerdings erst in großem Umfang produziert und geliefert werden müssen, bitten wir um Verständnis, dass der Versand an die Praxen ggf. erst im August erfolgen wird.

Wir bitten alle Zahnarztpraxen sich umgehend bei nachfolgend genannten Mitarbeiterinnen zu melden, wenn Sie die Formulare per EDV selbst ausdrucken und/oder das „Starter-Paket/Vordrucke BMV-Z“ nicht benötigen (zwecks Herausnahme aus dem Verteiler)!

Ihre Ansprechpartnerinnen für Formularbestellungen:

Simone Rosteck      Tel.: 0331 2977-441

Marina Wegner      Tel.: 0331 2977-440

*Annett Klinder, Telefon: 0331 2977-304, [annett.klinder@kzvlb.de](mailto:annett.klinder@kzvlb.de)*

*Martin Milanow, Telefon: 0331 2977-444, [martin.milanow@kzvlb.de](mailto:martin.milanow@kzvlb.de)*

**MAßNAHMEN ZUR VERHÜTUNG VON ZAHNERKRANKUNGEN BEI PFLEGEBEDÜRFTIGEN UND MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN AB 1. JULI 2018**

- **Beschluss des Bewertungsausschusses für zahnärztliche Leistungen**
- **Anspruchsberechtigte für Leistungen nach BEMA-Nrn. 174a, 174b und 107a**
- **Vordruck gem. § 8 der Richtlinie nach § 22a SGB V**

Mit Rundschreiben 8/2018 hatten wir Sie über die Erstfassung der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen – Richtlinie nach § 22a SGB V“ sowie den Beschluss des Bewertungsausschusses zur Umsetzung dieser Richtlinie informiert. Von Seiten des BMG erfolgte diesbezüglich keine Beanstandung, so dass sowohl die Richtlinien als auch die neuen Gebührenpositionen am 01.07.2018 in Kraft treten werden.

Zu den neuen bzw. geänderten Leistungs-, Besuchs- und Zuschlagpositionen bei der Versorgung von Pflegebedürftigen durch Zahnärzte mit und ohne Kooperationsvertrag erhalten Sie eine entsprechende Übersicht (mit freundlicher Genehmigung von der KZV Berlin übernommen) als Anlage zu diesem Rundschreiben.

**Anspruchsberechtigung**

Die Leistungen nach Nrn. 174a (Mundgesundheitsstatus und individueller Gesundheitsplan) und 174b (Mundgesundheitsaufklärung) und 107a (Entfernen harter Zahnbeläge) sind nur abrechnungsfähig für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten.

Die Anspruchsberechtigung auf diese Leistungen ist vom Zahnarzt in der Patientenakte zu dokumentieren (ggf. anhand des Bescheids der Pflegekasse oder des Bescheids über die Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII, sofern ein solcher dem Zahnarzt vorgelegt wird). Bei unbefristeten Bescheiden hat dies einmalig zu erfolgen. Bei befristeten Bescheiden ist der Fristablauf zu dokumentieren.

**Vordruck**

Des Weiteren erhalten Sie als Anlage den neuen Vordruck „Zahnärztliche Information Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- und Unterstützungspersonen“ (zukünftig Vordruck 10 der Anlage 14a zum neuen BMV-Z).

Der Vordruck gemäß § 8 der Richtlinie nach 22a SGB V dient der besonderen Information des Versicherten und ist vom behandelnden Vertragszahnarzt auszufüllen. Der Versicherte erhält eine Kopie des ausgefüllten Vordrucks. Der Vordruck ist patientenverständlich zu fassen und kann von den Pflege- und Unterstützungspersonen mit Zustimmung des Versicherten als Informationsquelle genutzt und als Anlage zum Pflegeplan genommen werden.

Der neue Vordruck entspricht im Wesentlichen dem bisherigen Formblatt Anlage 2 der „Rahmenvereinbarung kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen“ nach § 119b Abs. 2 SGB V. Er ist künftig von allen Vertragszahnärzten für die Versorgung von Versicherten zu verwenden, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe § 53 SGB XII erhalten, unabhängig davon, ob diese in der Pflegeeinrichtung, zu Hause oder in der Praxis behandelt werden.

Der Vordruck ist ab dem 01.07.2018 zu verwenden. Das gilt auch für Kooperationszahnärzte, da das alte Formblatt nach Anlage 2 der o. g. Rahmenvereinbarung hierdurch ersetzt wird. Alte Formblätter dürfen aufgebraucht werden.

Die Praxissoftwarehersteller sind über diese Änderungen informiert, so dass Ihnen das neue Formular ab 1. Juli 2018 zur Verfügung steht.

Ihre Ansprechpartnerin zu Abrechnungsfragen:

Barbara Ulrich            Tel.: 0331 2977-145

*Annett Klinder, Telefon: 0331 2977-304, [annett.klinder@kzvib.de](mailto:annett.klinder@kzvib.de)*

## **KLARSTELLUNG ZUR FEHLERMELDUNG BEIM LESEN DER EGK „KARTE UNGÜLTIG“ NACH ANBINDUNG AN DIE TELEMATIK-INFRASTRUKTUR**

---

Nach der Zurverfügungstellung des „Merkblatt für die Praxis zum Umgang mit Fehlermeldungen bei Prüfung der eGK“ in der Vorstandsinformation RS 8/2018 erreichen uns etliche Anrufe, wie mit ungültigen Versichertenkarten umzugehen ist:

Natürlich dürfen Sie Leistungen gegenüber der entsprechenden Krankenkasse als „anderer Anspruchsnachweis“ über ihr Praxisverwaltungssystem abrechnen, wenn Ihnen solcher in Papierform vorliegt, der eine aktuell gültige Versicherung des Patienten oder der Patientin mit dem entsprechenden Kostenträger ausweist.

Diesen schriftlichen Anspruchsnachweis bewahren Sie in Ihren Akten auf.

*Dietlind Sczepanski, Telefon: 0331 2977-110, dietlind.szczepanski@kzvlb.de*



## ÄNDERUNGEN IM BUNDESMANTELVERTRAG – ZAHNÄRZTE (BMV-Z) AB 01.07.2018 IM GUTACHTERWESEN

### § 4 Abs. 9 BMV-Z – Gutachterwesen

„Die Krankenkasse kann auch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit der Begutachtung geplanter Behandlungen und ausgeführter Leistungen beauftragen und das Begutachtungsergebnis zur Grundlage ihrer Leistungsentscheidung machen. Erteilt die Krankenkasse einen Begutachtungsauftrag an einen nach diesem Vertrag bestellten Gutachter oder an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, ist zum selben Behandlungsfall, auch im Fall des Widerspruchs, ein späterer Begutachtungsauftrag an das jeweils andere Begutachtungsverfahren ausgeschlossen.

#### *Protokollnotiz:*

*Die Bundesmantelvertragspartner gehen davon aus, dass eine Begutachtung durch das bundesmantelvertraglich vereinbarte Begutachtungswesen auf Basis von § 82 Abs. 1 SGB V und § 13 Abs. 3a Satz 4 SGB V rechtmäßig ist. Die Begutachtung im Rahmen des bundesmantelvertraglich geregelten Begutachtungsverfahrens und die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Abs. 1 SGB V sind gleichberechtigt. Die Partner des Bundesmantelvertrages streben die Erhaltung planbarer Verhältnisse an. In diesem Zusammenhang können die Gesamtvertragspartner vereinbaren, dass die Krankenkassen in der Regel das vereinbarte gutachterliche Verfahren oder das MDK-Verfahren wahrnehmen.“*

### Änderungsvereinbarung zu den Gutachter- und Obergutachtergebühren für den Bereich Implantologie

Die KZBV und der GKV-Spitzenverband haben über eine Anpassung der Gutachter- und Obergutachtergebühren für implantologische Leistungen verhandelt und sich auf eine Erhöhung verständigt. Die Vereinbarung tritt zum **01.07.2018** in Kraft.

Die Gebühren betragen demnach für Gutachten, die ab dem **01.07.2018 - 31.12.2018** erstellt werden:

- bei Gutachten ohne Untersuchung des Patienten **103,61 EUR**
- bei Gutachten mit Untersuchung des Patienten **130,53 EUR**
- bei Obergutachten ohne Untersuchung des Patienten **220,69 EUR**
- bei Obergutachten mit Untersuchung des Patienten **247,60 EUR**

Die Gebühren für Gutachten, die ab dem **01.01.2019** erstellt werden, betragen:

- bei Gutachten ohne Untersuchung des Patienten **100,95 EUR**
- bei Gutachten mit Untersuchung des Patienten **127,18 EUR**
- bei Obergutachten ohne Untersuchung des Patienten **215,03 EUR**
- bei Obergutachten mit Untersuchung des Patienten **241,25 EUR**

Wir bitten um Beachtung.

Sie erhalten die Anlage 7 mit den dazugehörigen Anhängen aus dem ab 01.07.2018 gültigen BMV-Z mit diesem Rundschreiben zugesandt.

Gleichzeitig finden Sie diese auch auf unserer Homepage [www.kzvlb.de](http://www.kzvlb.de) unter der Rubrik: *RECHT & VERTRÄGE / Vertragsgutachter / Gutachter Implantologie* sowie unter: *RECHT & VERTRÄGE / Handbuch / III-3.1.3.*

*Britta Bergmair, Telefon: 0331 2977-260, [britta.bergmair@kzvlb.de](mailto:britta.bergmair@kzvlb.de)*

VERSORGUNG VON PFLEGEBEDÜRFTIGEN  
MIT KOOPERATIONSVERTRAG – BEMA TEIL 1  
NEUERUNGEN AB 01.07.2018

BEMA-Nr.	Erläuterung	Punkte
154 Bs4	<b>Besuch eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ einschließlich Ä1 und 01</li> <li>▪ zusätzlich können Wegegeld oder Reiseentschädigung berechnet werden</li> </ul>	30
172a SP1a	<b>Zuschlag für Besuche nach 154</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ für das Aufsuchen eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung</li> <li>▪ neben den Zuschlägen nach 161 a-f und 165 abrechnungsfähig</li> </ul>	40
155 Bs5	<b>Besuch je weiteren pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ im zeitlichen Zusammenhang mit 154</li> <li>▪ einschl. Ä1 und 01</li> <li>▪ zusätzlich können Wegegeld oder Reiseentschädigung berechnet werden</li> </ul>	26
172b SP1b	<b>Zuschlag für Besuche nach 155</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ für das Aufsuchen je weiteren pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach 172a</li> <li>▪ neben den Zuschlägen nach 162 a-f und 165 abrechnungsfähig</li> </ul>	32
165 ZKi	<b>Zuschlag zu den Leistungen nach 154 und 155 bei Kindern bis zum vollendeten vierten Lebensjahr.</b>	14

### Präventive zahnärztliche Leistungen

Anspruch auf diese Leistungen haben alle Versicherten, die einem Pflegegrad zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe erhalten. Und zwar unabhängig davon, ob sie vom Zahnarzt in einer stationären Einrichtung oder zu Hause besucht werden oder selbst in die Praxis kommen können. Der Zuschlag nach 174a, 174b und 107a ist nur möglich, wenn der Versicherte einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet ist oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhält.

174a PBa	<b>Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die Beurteilung des Pflegezustandes der Zähne, des Zahnfleisches, der Mundschleimhaut, des Zahnersatzes.</li> <li>▪ Dokumentation anhand des Vordrucks gem. § 8 der Rili GemBA §22a SGB V.</li> <li>▪ je Kalenderhalbjahr einmal abrechenbar</li> <li>▪ am selben Tag nicht neben IP1, IP2 und FU</li> </ul>	20
174b PBb	<b>Mundgesundheitsaufklärung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufklärung über die Inhalte des Mundgesundheitsplanes,</li> <li>▪ Demonstration und ggf. praktische Anleitung zur Reinigung der Zähne oder ZE und Mundschleimhäute,</li> <li>▪ Erläuterung des Nutzens der Maßnahmen,</li> <li>▪ Anregen und Ermutigen die empfohlenen Maßnahmen durchzuführen und in den Alltag zu integrieren.</li> <li>▪ je Kalenderhalbjahr einmal abrechenbar</li> <li>▪ am selben Tag nicht neben IP1, IP2 und FU</li> </ul> <p>Pflege- oder Unterstützungspersonal muss bei der Aufklärung miteinbezogen werden und die Aufklärung muss in verständlicher und nachvollziehbarer Art und Weise erfolgen.</p>	26

<b>107a</b> PBZst	<b>Entfernen harter Zahnbeläge bei Versicherten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ einmal pro Kalenderhalbjahr, wenn in demselben Kalenderhalbjahr nicht bereits eine Leistung nach 107 abgerechnet worden ist.</li> </ul>	16
----------------------	--	----

Ggf. weitere notwendige Leistung und/oder Zuschläge zu besonderen Zeiten:

<b>182</b> KsIK	<b>Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten</b> Abrechenbar für konsiliarische Erörterungen, die pflegebedürftige Versicherte betreffen, welche in einer stationären Pflegeeinrichtung (§71 Abs. 2 SGB XI) betreut werden.	14
--------------------	--	----

<b>161</b>	<b>Zuschläge für Besuche nach der 154</b>	
ZBs1a	a) dringend angefordert und unverzüglich durchgeführte Besuche	18
ZBs1b	b) in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr	29
ZBs1c	c) in der Zeit von 22 bis 6 Uhr	50
ZBs1d	d) an Samstagen, Sonn- und Feiertagen	38
ZBs1e	e) an Samstagen, Sonn- und Feiertagen in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr	67
ZBs1f	f) an Samstagen, Sonn- und Feiertagen in der Zeit von 22 bis 6 Uhr	88
Der Zuschlag 161a ist neben den Zuschlägen 161b bis f nicht abrechnungsfähig; neben den Zuschlägen 161c sind die Zuschläge 161b und e nicht abrechnungsfähig.		
<b>162</b>	<b>Zuschläge für Besuche nach der 155</b>	
ZBs2a	a) dringend angefordert und unverzüglich durchgeführte Besuche	9
ZBs2b	b) in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr	15
ZBs2c	c) in der Zeit von 22 bis 6 Uhr	25
ZBs2d	d) an Samstagen, Sonn- und Feiertagen	19
ZBs2e	e) an Samstagen, Sonn- und Feiertagen in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr	34
ZBs2f	f) an Samstagen, Sonn- und Feiertagen in der Zeit von 22 bis 6 Uhr	44
Der Zuschlag 162a ist neben den Zuschlägen 162b bis f nicht abrechnungsfähig; neben den Zuschlägen 162c sind die Zuschläge 162b und e nicht abrechnungsfähig.		

VERSORGUNG VON PFLEGEBEDÜRFTIGEN  
OHNE KOOPERATIONSVERTRAG – BEMA TEIL 1  
NEUERUNGEN AB 01.07.2018

BEMA-Nr.	Erläuterung	Punkte
151 Bs1	<b>Besuch eines Versicherten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ einschließlich Ä1 und 01</li> <li>▪ zusätzlich können Wegegeld oder Reiseentschädigung berechnet werden</li> </ul>	38
171a PBA1a	<b>Zuschlag für Besuche nach 151</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ neben den Zuschlägen nach 161 a-f und 165 abrechnungsfähig</li> </ul>	37
152a Bs2a	<b>Besuch je weiteren Versicherten in derselben häuslichen Gemeinschaft</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ im unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang nach 151 - einschließlich Ä1 und 01</li> <li>▪ zusätzlich können Wegegeld oder Reiseentschädigung berechnet werden</li> <li>▪ 152a ist nicht neben der 153a oder 153b abrechnungsfähig</li> </ul>	34
152b Bs2b	<b>Besuch je weiteren Versicherten in derselben Einrichtung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ im unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang nach 151 - einschließlich Ä1 und 01</li> <li>▪ zusätzlich können Wegegeld oder Reiseentschädigung berechnet werden</li> <li>▪ 152b ist nicht neben der 153a oder 153b abrechnungsfähig</li> </ul>	26
171b PBA1b	<b>Zuschlag für Besuche nach 152a und 152b</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ für das Aufsuchen je weiteren Versicherten, in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit 171a</li> <li>▪ neben den Zuschlägen nach 162 a bis f und 165 abrechnungsfähig</li> </ul>	30
153a Bs3a	<b>Besuch eines Versicherten in einer Einrichtung zu vorher vereinbarten Zeiten u. regelmäßiger Tätigkeit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ einschließlich Ä1 und 01</li> <li>▪ zusätzlich können Wegegeld oder Reiseentschädigung berechnet werden</li> <li>▪ nicht neben 151 oder 152a/152b</li> <li>▪ keine Zuschläge nach 161a bis 161f</li> </ul>	30
173a ZBs3a	<b>Zuschlag für das Aufsuchen von Versicherten nach 153a</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ neben dem Zuschlag nach 165 abrechnungsfähig</li> </ul>	32
153b Bs3b	<b>Besuch je weiteren Versicherten in einer Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit 153a zu vorher vereinbarten Zeiten u. regelmäßiger Tätigkeit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ einschließlich Ä1 und 01</li> <li>▪ zusätzlich können Wegegeld oder Reiseentschädigung berechnet werden</li> <li>▪ nicht neben 151 oder 152a/152b</li> <li>▪ keine Zuschläge nach 161a bis 161f</li> </ul>	26
173b ZBs3b	<b>Zuschlag für das Aufsuchen nach 153b je weiteren Versicherten, in derselben Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach 173a</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ neben dem Zuschlag nach 165 abrechnungsfähig</li> </ul>	24
165 ZKi	<b>Zuschlag zu den Leistungen nach 151, 152a, 152b, 153a und 153b bei Kindern bis zum vollendeten vierten Lebensjahr.</b>	14

**Den Anspruch auf einen Zuschlag nach 171a, 171b, 173a oder 173b haben nur Versicherte, die einen Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII haben.**

Der Anspruch ist vom Zahnarzt in der Patientenakte zu dokumentieren (ggf. anhand des Bescheids der Pflegekasse oder des Bescheids über die Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII, sofern ein solcher dem Zahnarzt vorgelegt wird). Bei unbefristeten Bescheiden hat dies einmalig zu erfolgen. Bei befristeten Bescheiden ist der Fristablauf zu dokumentieren.

### Präventive zahnärztliche Leistungen

Anspruch auf diese Leistungen haben alle Versicherten, die einem Pflegegrad zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe erhalten. Und zwar unabhängig davon, ob sie vom Zahnarzt in einer stationären Einrichtung oder zu Hause besucht werden oder selbst in die Praxis kommen können. Der Zuschlag nach 171a, 171b, 173a, 173b, 174a, 174b und 107a ist nur möglich, wenn der Versicherte einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet ist oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhält.

<b>174a</b> PBa	<b>Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die Beurteilung des Pflegezustandes der Zähne, des Zahnfleisches, der Mundschleimhaut, des Zahnersatzes.</li> <li>▪ Dokumentation anhand des Vordrucks gem. § 8 der Rili GemBA §22a SGB V.</li> <li>▪ je Kalenderhalbjahr einmal abrechenbar</li> <li>▪ am selben Tag nicht neben IP1, IP2 und FU</li> </ul>	20
<b>174b</b> PBb	<b>Mundgesundheitsaufklärung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufklärung über die Inhalte des Mundgesundheitsplanes,</li> <li>▪ Demonstration und ggf. praktische Anleitung zur Reinigung der Zähne oder ZE und Mundschleimhäute,</li> <li>▪ Erläuterung des Nutzens der Maßnahmen,</li> <li>▪ Anregen und Ermutigen die empfohlenen Maßnahmen durchzuführen und in den Alltag zu integrieren.</li> <li>▪ je Kalenderhalbjahr einmal abrechenbar</li> <li>▪ am selben Tag nicht neben IP1, IP2 und FU</li> </ul> <p>Pflege- oder Unterstützungspersonal muss bei der Aufklärung miteinbezogen werden. Die Aufklärung muss in verständlicher und nachvollziehbarer Art und Weise erfolgen.</p>	26
<b>107a</b> PBZst	<b>Entfernen harter Zahnbeläge bei Versicherten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ einmal pro Kalenderhalbjahr, wenn in demselben Kalenderhalbjahr nicht bereits eine Leistung nach 107 abgerechnet worden ist.</li> </ul>	16

Ggf. weitere notwendige Leistung und/oder Zuschläge zu besonderen Zeiten:

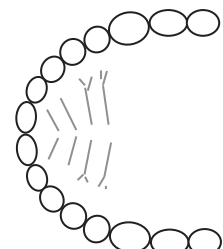
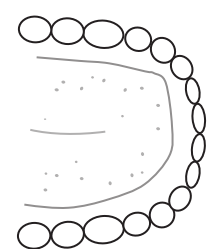
<b>181</b> Ksl	<b>Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten</b>	14
-------------------	--	----

<b>161</b> ZBs1a ZBs1b ZBs1c ZBs1d ZBs1e ZBs1f	<b>Zuschläge für Besuche nach der 151</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) dringend angefordert und unverzüglich durchgeführte Besuche</li> <li>b) in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr</li> <li>c) in der Zeit von 22 bis 6 Uhr</li> <li>d) an Samstagen, Sonn- und Feiertagen</li> <li>e) an Samstagen, Sonn- und Feiertagen in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr</li> <li>f) an Samstagen, Sonn- und Feiertagen in der Zeit von 22 bis 6 Uhr</li> </ul> <p>Der Zuschlag 161a ist neben den Zuschlägen 161b bis f nicht abrechnungsfähig; neben den Zuschlägen 161c sind die Zuschläge 161b und e nicht abrechnungsfähig</p>	18 29 50 38 67 88
<b>162</b> ZBs2a ZBs2b ZBs2c ZBs2d ZBs2e ZBs2f	<b>Zuschläge für Besuche nach der 152a und 152b</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) dringend angefordert und unverzüglich durchgeführte Besuche</li> <li>b) in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr</li> <li>c) in der Zeit von 22 bis 6 Uhr</li> <li>d) an Samstagen, Sonn- und Feiertagen</li> <li>e) an Samstagen, Sonn- und Feiertagen in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr</li> <li>f) an Samstagen, Sonn- und Feiertagen in der Zeit von 22 bis 6 Uhr</li> </ul> <p>Der Zuschlag 162a ist neben den Zuschlägen 162b bis f nicht abrechnungsfähig; neben den Zuschlägen 162c sind die Zuschläge 162b und e nicht abrechnungsfähig</p>	9 15 25 19 34 44

Wir danken der KZV Berlin für die Druckgenehmigung.

## Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen

(auch als Beitrag zum Pflegeplan sowie für die vertragszahnärztliche Dokumentation)

Vorname, Nachname _____	Ausgehändigt an _____	Datum der Untersuchung _____
<b>Status</b>		
<b>Befund/Versorgung</b> <b>Oberkiefer</b> Totalprothese <input type="checkbox"/> rechts Teilprothese <input type="checkbox"/> links _____ Beläge rechts <input type="checkbox"/> Beläge links <input type="checkbox"/>	rechts links 	<b>Koordinationsfragen</b> Rücksprache Zahnarzt erforderlich mit Patient <input type="checkbox"/> Rechl. Betreuer <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Pflege-/Unterstützungspers. <input type="checkbox"/> Anderer Zahnarzt <input type="checkbox"/> Apotheke <input type="checkbox"/> Sonstige _____
<b>Unterkiefer</b> Totalprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> _____ Beläge rechts <input type="checkbox"/> Beläge links <input type="checkbox"/>	rechts links Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein 	<b>Wo soll Behandlung erfolgen</b> Zahnarztpraxis _____ <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung _____ <input type="checkbox"/> Andernorts _____ Behandlung in Narkose <input type="checkbox"/> Krankenfahrt/-transport erforderlich <input type="checkbox"/>
<b>Zustand Pflege</b>		
Zähne <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹️ Schleimhaut/ Zunge/Zahnfleisch <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹️ Zahnersatz <input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹️	<b>Behandlungsbedarf</b> Füllung <input type="checkbox"/> Zahnfleisch/Mundschleimhaut <input type="checkbox"/> Zahntfernung <input type="checkbox"/> Zahnersatz <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ <input type="checkbox"/>	<b>Behandlungseinwilligung ist erfolgt</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <b>Besonderheiten/Anmerkungen</b> _____ _____ _____ _____ <b>Unterschrift Zahnarzt</b> _____

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

## Anlage 7

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

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

Zuletzt geändert am 04.06.2018

Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

#### A. Gutachten

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



<sup>5</sup>Der Gutachter kann vom behandelnden Vertragszahnarzt weitere Auskünfte und Befundunterlagen verlangen.

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

## **B. Obergutachten**

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

## **C. Gutachtergebühren**

1. <sup>1</sup>Die Gebühren für Gutachter und Obergutachter für implantologische Leistungen einschließlich der prothetischen Versorgung betragen
  - bei Gutachten ohne Untersuchung des Patienten: 103,61 EUR
  - bei Gutachten mit Untersuchung des Patienten: 130,53 EUR
  - bei Obergutachten ohne Untersuchung des Patienten: 220,69 EUR
  - bei Obergutachten mit Untersuchung des Patienten: 247,60 EUR

<sup>2</sup>Diese Beträge sind bei allen Gutachten und Obergutachten anzusetzen, die vom 01.07.-31.12.2018 erstellt werden.

<sup>3</sup>Die Gebühren für Gutachter und Obergutachter für implantologische Leistungen einschließlich der prothetischen Versorgung betragen für Gutachten bzw. Obergutachten, die ab dem 01.01.2019 erstellt werden bis zu einer Neuvereinbarung

- bei Gutachten ohne Untersuchung des Patienten 100,95 EUR
- bei Gutachten mit Untersuchung des Patienten 127,18 EUR
- bei Obergutachten ohne Untersuchung des Patienten 215,03 EUR

- bei Obergutachten mit Untersuchung des Patienten 241,25 EUR

<sup>4</sup>Daneben können die für die Begutachtung erforderlichen diagnostischen Leistungen (z. B. Röntgenaufnahmen) abgerechnet werden.

2. Die Vertragspartner werden jährlich über eine Anpassung der Gebühren nach Nr. 1 für das Folgejahr verhandeln.
3. Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von 12,20 EUR je Gutachten abgegolten.

Abt. Recht &amp; Verträge



## Tabelle der ansatzfähigen Material- und Versandkosten

- Stand: 01.07.2018 -

Kostenträger	Materialkosten (Abformmaterial, prov. Schutz beschliffener Zähne, prov. Brückenglieder, direkte Unterfütterung)			Versandkosten je Versandgang		
	KB	ZE	KFO	KB	ZE	KFO
- AOK (ab 01.01.2017)				3,98 €	3,98 €	3,98 €
- BKK (ab 01.04.2017)				4,16 €	4,16 €	4,16 €
- Knappschaft (ab 01.01.2018)				4,24 €	4,24 €	4,24 €
- IKK, SVLFG				4,50 €	4,50 €	4,50 €
	tatsächliche Materialkosten					<i>Beachte:</i> KFO-Gutachterverf.*
- Ersatzkassen (vdek) - Bundeswehr - Bundespolizei - Polizei Land Brandenburg (ab 01.07.2018)	3,00 € je Abformung	tatsächliche Materialkosten	2,80 € je Abformung	4,39 €		
- Berufsgenossenschaften	Abkommen über die Durchführung der zahnärztlichen Versorgung von Unfallverletzten und Berufserkrankten vom 01. Januar 2018: tatsächlich entstandene angemessene Kosten					

\* Mit den Krankenkassen im Land Brandenburg sind für Versandkosten im Rahmen des KFO-Gutachterverfahrens folgende Pauschalbeträge als abrechnungsfähig vereinbart worden:

- ab 01.01.2016: 4,50 € je Versandgang
- bei notwendigem Extraversand (Panoramaröntgenaufnahmen, Fotografien): 1,70 € zusätzlich