

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

Nr. 13/2020

Potsdam, 04.06.2020

An die
Zahnärztinnen und Zahnärzte
im Land Brandenburg

Sehr verehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

in unserem Mitgliederrundschreiben informieren wir Sie über:

1. - **Bestellung von Schutzausrüstung**
- 2.1. - **Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gem. § 291g Abs. 5 SGB V (Anlage 16 BMV-Z)**
- **DGAZ-Stellungnahmen zur zahnärztlichen Behandlung Pflegebedürftiger**
- 2.6. - **BREXIT - Änderung der europäischen Krankenversicherungskarten (EHIC) aus dem Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland**
- 3.1.1. - **Telematikinfrastruktur**
- **Neufassung der eGK-Vereinbarung (Anlage 10 BMV-Z) ab 01.07.2020**
Regelungen zum Ersatzverfahren
4. - **Bericht über die außerordentliche Vertreterversammlung vom 27. Mai 2020**
6. - **Mitwirkungspflicht im vertraglichen Gutachterwesen**

Anlagen

- Punktwertübersicht Primär- u. sonst. Fremdkassen und Ersatzkassen mit Wohnort des Versicherten außerhalb Land Brandenburg ab 01.01.2020
- Verteilungsmaßstab der KZVLB
- Pressemitteilung KZVLB: Brandenburger Zahnärzte fühlen sich verhöhnt
- Gemeinsame Pressemitteilung LZÄKB und KZVLB: Notwendigen Zahnarztbesuch nicht aufschieben – Hohe Hygienestandards sorgen für Sicherheit der Patienten
- eGK-Vereinbarung (Anlage 10 BMV-Z), *Handbuch, Rubrik III-3.1.2.*
- Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z) Anlage 16, *Handbuch, Rubrik III-3.*
- Terminkalender KZVLB für das zweite Halbjahr 2020
- Bestellung von Schutzausrüstung

Freundliche Grüße
Ihr Vorstand der KZVLB

Dr. Eberhard Steglich
Vorsitzender des Vorstandes

Rainer Linke
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes

Dr. Heike Lucht-Geuther
Mitglied des Vorstandes

BESTELLUNG VON SCHUTZAUSRÜSTUNG

Die Versorgung mit Schutzausrüstung hat sich entspannt. Deshalb konnte die KZVLB ihren Service, die Praxen mit Schutzmasken und Visieren zu versorgen, beenden.

Noch vorhandene Reserven an FFP2-Masken und Visieren können jedoch weiterhin abgefordert werden. Bitte benutzen Sie dafür das beiliegende Bestellformular. Der Versand erfolgt, solange der Vorrat reicht.

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

VEREINBARUNG ÜBER DIE ANFORDERUNGEN AN DIE TECHNISCHE VERFAHREN ZUR VIDEOSPRECHSTUNDE GEM. § 291G ABS. 5 SGB V – ANLAGE 16 BMV-Z

Die KZBV informierte uns darüber, dass mit dem GKV-Spitzenverband eine Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 5 SGB V als Anlage 16 BMV-Z geschlossen wurde. Damit ist der erste Schritt des gesetzlichen Auftrages auf den Weg gebracht, dass Videosprechstunden und Videofallkonferenzen auch Einzug in die vertragszahnärztliche Versorgung finden können.

Die Vereinbarung tritt am 01.07.2020 in Kraft.

Videodienstanbieter haben dann die Möglichkeit, soweit sie die geforderten Anforderungen der Vereinbarung erfüllen und Nachweise erbringen, Videodienstleistungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung anzubieten. KZBV und GKV-SV werden zukünftig ein Verzeichnis der Videodienstanbieter auf ihren Webseiten führen.

Die Videosprechstunden sind für die Untersuchung und Behandlung von Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe erhalten (§ 87 Abs. 2i SGB V), und von Versicherten, die zahnärztliche Leistungen im Rahmen eines Kooperationsvertrages gem. § 119b Abs. 1 SGB V erhalten, sowie für Fallkonferenzen mit dem Pflegepersonal oder der Unterstützungsperson vorgesehen.

Über das Ergebnis der aktuell stattfindenden Beratungen des Bewertungsausschusses zu entsprechend neuen BEMA-Leistungen werden wir Sie nach deren Abschluss informieren.

Die Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 5 SGB V - Anlage 16 BMV-Z – erhalten Sie als Anlage zu dieser Vorstandsinformation (*Handbuch, BMV-Z, Rubrik III-3*).

Annett Klinder, Telefon: 0331 2977-304, annett.klinder@kzvlb.de

DGAZ-STELLUNGNAHMEN ZUR ZAHNÄRZTLICHEN BEHANDLUNG PFLEGEBEDÜRFTIGER

Die Deutsche Gesellschaft für AlterszahnMedizin e.V. (DGAZ) hat am 25. April 2020 und am 18. Mai 2020 Stellungnahmen zur zahnärztlichen Behandlung von Pflegebedürftigen veröffentlicht. Die Angaben in der Stellungnahme der DGAZ vom 25. April 2020 zum „Risikomanagement bei der zahnärztlichen Behandlung Pflegebedürftiger insbesondere vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie“ beruhen auf dem derzeitigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse.

DGAZ-Stellungnahme vom 25. April 2020

In der weiteren Stellungnahme der DGAZ vom 18. Mai 2020 wird dargestellt, dass nun begonnen werden soll, „die coronabedingt aufgetretenen Einschränkungen gemeinsam mit der Pflege aufzufangen“ und in „enger Absprache mit den Einrichtungsleitungen“ die Menschen mit Pflegebedarf „wieder regulär zahnmedizinisch zu betreuen“. Die DGAZ hat die Stellungnahme so verfasst, dass sie bei den Pflegedienstleitungen als Gesprächsgrundlage genutzt werden kann.

DGAZ-Stellungnahme vom 18. Mai 2020

Kontrolluntersuchungen im Rahmen der Kooperationsverträge (§119b SGB V)

Eine allgemeingültige Empfehlung zur Frage der Durchführung von Kontrolluntersuchungen im Rahmen der Kooperationsverträge kann aktuell nicht gegeben werden. Die Entscheidung ist vor Ort gemeinsam mit der Einrichtungsleitung zu treffen. Besonders wichtig bei Wiederaufnahme ist jedoch die zwingende Einhaltung der Hygienestandards für diesen Personenkreis.

Die Links für diese Stellungnahmen finden Sie auf unserer Website unter:

[\(https://www.kzvlb.de/corona-informationen/\)](https://www.kzvlb.de/corona-informationen/)

BREXIT – ÄNDERUNG DER EUROPÄISCHEN KRANKENVERSICHERUNGSKARTEN (EHIC) AUS DEM VEREINIGTEN KÖNIGREICH GROßBRITANNIEN UND NORDIRLAND

Nach dem EU-Austritt hat die Regierung des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland beschlossen, das Muster der ab dem 1. Februar 2020 neu beantragten Europäischen Krankenversicherungskarten (EHIC) zu verändern. Die Maßnahme trägt dem Status des Vereinigten Königreiches als einem am EHIC-System teilnehmenden Drittstaat Rechnung.

Die Änderungen umfassen die Entfernung des europäischen Emblems sowie eine Umgestaltung der Rückseite der Europäischen Krankenversicherungskarte.

Für die provisorische Ersatzbescheinigung sind keine Änderungen geplant. Europäische Krankenversicherungskarten, die das Vereinigte Königreich vor dem 1. Februar 2020 ausgestellt hat, behalten weiterhin ihre Gültigkeit und werden nicht ersetzt.

Bitte beachten Sie, dass diese Änderung keine Auswirkungen auf den Anspruch auf Sachleistungsaushilfe für den versicherten Personenkreis während der im Austrittsabkommen vereinbarten Übergangsphase bis zum 31. Dezember 2020 hat.

Annett Klinder, Telefon: 0331 2977-304, annett.klinder@kzvllb.de

TELEMATIKINFRASTRUKTUR

Konnektor-Upgrade der „KoCoBox MED+“

Die Ankündigung der Fa. CompuGroup per Anschreiben an ihre Anwender über das Konnektor-Upgrade der „KoCoBox MED+“ zum E-Health-Konnektor hat in verschiedenen Praxen Unsicherheit ausgelöst und mündete in zahlreichen Anrufen in der KZVLB.

Wir möchten Ihnen daher zusammenfassend nochmals mitteilen:

Bevor der E-Health-Konnektor flächendeckend zur Verfügung stehen kann, wird in einem standardisierten Feldtest untersucht, ob Gerät und die dazugehörigen Prozesse störungsfrei im realen Praxisalltag funktionieren.

Dieser Feldtest läuft derzeit in ausgewählten Zahnarztpraxen der KZV-Bereiche Baden-Württemberg, Bayern, Berlin und Nordrhein. Um die bundesweite Produktivzulassung zu erhalten, müssen die Hersteller zusätzlich zu einem erfolgreich abgeschlossenen Feldtest nachweisen, dass das Gerät funktional, interoperabel und sicher ist.

Über ein Software-Upgrade wird der Konnektor KoCoBox MED+ zum E-Health-Konnektor. Nach der **Bereitstellung** des E-Health-Ugrades der KoCoBox MED+ muss das Upgrade **selbstständig** in der Praxis installiert werden. Die Installation ist demnach kein „automatischer Prozess“, sondern wird aktiv vom Installierenden ausgelöst.

Laut Grundsatzfinanzierungsvereinbarung besteht ein Anspruch auf Erstattung der Pauschalen für die Nutzung der Anwendungen, sobald das E-Health-Upgrade für den Konnektor **eingespielt** ist und die Anwendungen im Wirkbetrieb vorgehalten werden. Der Konnektor unterstützt dann die Funktionen „Notfalldatenmanagement“ (NFDM) und „elektronischer Medikationsplan“ (eMP). Enthalten ist dann auch der „Basisdienst Qualifizierte Elektronische Signatur“ (QES) zur rechtssicheren Signatur von Dokumenten zum Versand über den neuen Kommunikationsstandard (KIM).

Mit Inkrafttreten der 12.Veränderungsvereinbarung zum BMV-Z zum 01.01.2020 wurde für das Konnektor-Upgrade eine Pauschale von 530,- € und eine zusätzliche monatliche Betriebskostenpauschale von 1,50 € vereinbart.

(https://www.kzvlb.de/fileadmin/user_upload/Seiteninhalte/IT_Themen/Telematik_und_IT/Info/BMV-Z_Pauschalenvereinbarung.pdf)

Diese Pauschalen erhalten Sie nach Installation des Konnektor-Ugrades erstattet mit der Einreichung einer „Ergänzung“ zum Refinanzierungsantrag. Diesen stellen Sie bitte auf den Verwaltungsserver der KZVLB über die Schaltfläche „eGK-Online-Rollout“ => „Refinanzierungsantrag“ => Button „Ergänzung“.

Information zum elektronischen Heilberufsausweis (eHBA)

Für die Installation des Konnektor-Ugrades ist das Vorhandensein eines eHBA NICHT notwendig, für die zukünftigen medizinischen Mehranwendungen im Rahmen der Telematikinfrastruktur aber schon. (NFDM, eMP, KIM, QES, später auch die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, das eRezept und die elektronische Patientenakte)

Der Gesetzgeber sieht in diesem Zusammenhang vor, den Zugriff auf die in der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gespeicherten medizinischen Daten nur in Verbindung mit einem eHBA zu gewähren und beabsichtigt künftig das verpflichtende Vorhandensein eines eHBA je Praxis.

Der Zugriff auf die medizinischen Daten der eGK ist allerdings nur in Verbindung mit einem eHBA der Generation2 (G2) möglich, der im Moment noch nicht verfügbar ist.

Das **Antragsverfahren** zum eHBA erfolgt über die **Landeszahnärztekammer**.

Die LZÄK und die KZVLB werden Sie rechtzeitig informieren, ab wann eine Beantragung sinnvoll ist.

Sobald Ihre Praxis an die Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossen ist, können Sie einen Teil der Kosten des eHBA mit einer derzeitigen Pauschale von 233,- € über die KZVLB refinanzieren.

T-Systems Konnektor-Austausch

Die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik) teilt mit, dass der Austausch des T-Systems-Konnektor in der **zweiten Jahreshälfte 2020** erfolgen soll.

Dazu erhalten die T-Systems-Kunden in der zweiten Jahreshälfte einen Konnektor der Fa. Secunet. Diese werden das Branding „provided by T“ tragen. Die angeschlossenen Leistungserbringer **bleiben Kunden von T-Systems**, an der Kundenbetreuung ändert sich laut T-Systems nichts. Das Unternehmen betont, dass alle Verträge erfüllt werden.

Mit dem Konnektortausch beabsichtigt T-Systems, die Anbindung von Leistungserbringern an die Telematikinfrastruktur langfristig sicherzustellen. Dafür ist T-Systems nach eigenen Angaben eine Partnerschaft mit dem Hersteller Secunet eingegangen. Je nach Austauschzeitpunkt und Vertrag werden die Konnektoren dann in der neuesten Version mit den Fachmodulen NFDM und eMP ausgestattet sein.

Es ist beabsichtigt, diese Umstellung kostenfrei durchzuführen.

Firmware-Update des VSDM-Konnektors von Secunet

Die gematik informierte kürzlich, dass zwischen dem Konnektor der Fa. Secunet und den seit neuem von verschiedenen Krankenkassen ausgegebenen elektronischen Gesundheitskarten eine gewisse Inkompatibilität besteht. Das Problem wird durch ein Firmware-Update des Konnektors behoben (Version 2.0.47), welches kostenlos auf dem Softwareupdateserver der Telematikinfrastruktur (KSR) bereitsteht.

Bei Fragen zur Umsetzung des Updates sollten sich Praxen an ihren zuständigen IT-Dienstleister wenden.

Telematik-Hotline, Telefon: 0331-2977-100, online-rollout@kzvlb.de

NEUFASSUNG DER EGK-VEREINBARUNG (ANLAGE 10 BMV-Z) AB 01.07.2020 REGELUNGEN ZUM ERSATZVERFAHREN

Am 1. Juli 2020 tritt eine Neufassung der Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte (Anlage 10 BMV-Z) in Kraft, welche im Wesentlichen den Änderungen durch das eHealth-Gesetz in den §§ 291 ff. SGB V zum **Versichertenstammdatenmanagement (VSDM)**, zur **Online-Prüfung** und zum **mobilen Kartenterminal** Rechnung trägt. Darüber hinaus sind die Regelungen zum **Ersatzverfahren** erweitert worden.

Nach wie vor ist der Versicherte (in der GKV) verpflichtet, bei jedem Zahnarztbesuch eine gültige elektronische Gesundheitskarte (eGK) mitzuführen und auf Verlangen vorzuzeigen. Die eGK ist vom Zahnarzt bei jeder ersten Inanspruchnahme im Quartal einzulesen. Nur in nachfolgend beschriebenen Fällen darf das Ersatzverfahren angewandt werden. Ansonsten gelten die Regelungen zur Privatvergütung nach § 18 Abs. 2 BMV-Z.

Ersatzverfahren aus technischen Gründen

Das Ersatzverfahren kommt zur Anwendung, wenn eine gültige eGK vorgelegt wird, diese aber aus technischen Gründen nicht eingelesen werden kann (z. B. Karte oder Terminal defekt) oder wenn für die aufsuchende Versorgung (z. B. bei Hausbesuchen) kein mobiles Kartenterminal zur Verfügung steht. In jedem Fall muss aber die gültige eGK vorgelegt werden!

Die erforderlichen Angaben werden von der eGK ins Praxisverwaltungssystem (PVS) übertragen, ggf. ergänzt und vom Patienten mit seiner Unterschrift bestätigt. Kann die gültige eGK im weiteren Verlauf des Quartals eingelesen werden, ist die Abrechnung auf der Basis von deren Daten vorzunehmen.

Achtung: Das Ersatzverfahren aus technischen Gründen kommt nicht zur Anwendung, wenn keine eGK vorgelegt wurde (z. B. eGK vergessen oder Notfallbehandlung) oder wenn im Rahmen der Online-Prüfung festgestellt wird, dass die vorgelegte eGK ungültig bzw. gesperrt ist!

Ersatzverfahren bei Vorlage eines schriftlichen Anspruchsnachweises

Im Ausnahmefall (z. B. zur Überbrückung der Übergangszeit bis der Versicherte eine eGK erhält) stellt die Krankenkasse dem Versicherten einen schriftlichen Anspruchsnachweis mit den erforderlichen Daten zur Verfügung. Sofern dem Versicherten noch keine Krankenversicherungsnummer zugeteilt wurde, tritt an diese Stelle eine Ersatznummer, die dem Anspruchsnachweis zu entnehmen ist.

Bei Vorlage eines Anspruchsnachweises anstelle der eGK müssen die erforderlichen Angaben manuell in das PVS übernommen werden:

- Nummer und Name der Krankenkasse
- Name, Vorname und Geburtsdatum der/des Versicherten

- Versichertennummer / ggf. Ersatznummer
- Wohnortkennzeichen, Wohnort sowie ggf. Postleitzahl
- ggf. Befristungsdaten des Anspruchsnachweises

Der Zahnarzt fertigt eine Kopie des Anspruchsnachweises, die er sich vom Patienten unterschreiben lässt und 4 Jahre in der Praxis aufbewahrt.

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

Ersatzverfahren in Sonderfällen

Das Ersatzverfahren in Sonderfällen kommt zur Anwendung, wenn kein direkter Zahnarzt-Patientenkontakt (z. B. bei telefonischer Konsultation, telemedizinischem Zahnarzt-Patientenkontakt, beim Konsil) zustande kommt und die Versichertenstammdaten aus den vorhandenen Patientenstammdaten übernommen werden können.

Es ist nur zulässig, wenn im Vorquartal eine gültige eGK bzw. ein gültiger Anspruchsnachweis vorgelegt worden ist!

Die am 01.07.2020 in Kraft tretende Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte ist dieser Vorstandsinformation als Anlage beigefügt (*Handbuch, Rubrik III-3.1.2*).

Annett Klinder, Telefon: 0331 2977-304, annett.klinder@kzvlb.de

**BERICHT ÜBER DIE AUSSERORDENTLICHE VERTRETERVERSAMMLUNG VOM
27. MAI 2020**

Am 27. Mai 2020 fand eine außerordentliche Vertreterversammlung der KZVLB in Potsdam statt.

I. Die Vertreterversammlung fasste folgende Beschlüsse:

1. Antrag: Sven Albrecht (Vorsitzender der Vertreterversammlung)

Ablehnung der Liquiditätshilfe nach der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung

„Die Vertreterversammlung empfiehlt dem Vorstand, gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen der Liquiditätshilfe gemäß § 1 Abs. 1 der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung schriftlich zu widersprechen.“

Begründung:

Die COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung stellt aus Sicht der Vertreterversammlung der KZV LB kein geeignetes Mittel dar, um die wirtschaftliche Lage der Praxen nach dem gewaltigen Umsatzeinbruch infolge der Auswirkungen der Corona-Pandemie nachhaltig zu stabilisieren.

Dadurch, dass die Zahnärzteschaft in 2020 ausgezahlte Finanzhilfen in den Folgejahren vollständig zurückzahlen hat, wird die Krise für die zahnärztlichen Praxen lediglich nur verlängert. Finanzielle Ausgleichszahlungen, wie sie Krankenhäusern, Ärzten und anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen zugesichert wurden, wären auch für den zahnärztlichen Bereich ein adäquates Mittel gewesen.

Die vollständige Rückzahlungsverpflichtung wird als Doppelleffekt negativ für die Zahnärzteschaft wirksam. Einerseits müssen die Überzahlungen von den coronageschädigten Praxen zurückgefordert werden, andererseits ist aufgrund der Vorjahresanknüpfung mit geringeren Zahlungen der Krankenkassen im Jahr 2021 zu rechnen.

Die Mitglieder der Vertreterversammlung betrachten diese Form der Überbrückungshilfe zur Beseitigung der massiven Auswirkungen der Corona-Krise als Ausdruck einer Geringschätzung unserer zahnärztlichen Leistungen für das deutsche Gesundheitswesen, die wir so nicht erwartet hätten.

Der Antrag wurde einstimmig angenommen.

- 2. Antrag:** **Sven Albrecht** (Mitglied der Vertreterversammlung)
 Dr. Benno Damm (Mitglied der Vertreterversammlung)
 Dr. Hannelore Hoppe (Mitglied der Vertreterversammlung)
 Dr. Jörg Lips (Mitglied der Vertreterversammlung)
 Dr. Wolfram Sadowski (Mitglied der Vertreterversammlung)
 Dr. Dirk Weißlau (Mitglied der Vertreterversammlung)

**Resolution der Vertreterversammlung der KZV Land Brandenburg:
Weniger Staat – mehr Eigenverantwortung**

„Die Corona-Pandemie stellt unsere Gesellschaft vor gewaltige Herausforderungen. Die Zahnheilkunde steht auf Grund des spezifischen Arbeitsfeldes mit im Fokus der Gefährdung durch COVID-19. Der Umgang von Bundes- und Landesministerien in der Krise mit unserem Berufsstand, der bundesweit rund 350.000 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer beschäftigt, lässt jedwede Wertschätzung vermissen.

Weder die wirtschaftliche Lage der Praxen, nach einem gewaltigen Umsatzeinbruch infolge der allgemeinen Verunsicherung noch der dringende Bedarf an persönlichen Schutzausrüstungen in unserem Arbeitsfeld finden bei den von der Politik geplanten Maßnahmen Berücksichtigung. Dessen ungeachtet findet in unserem Sektor im Gegensatz zu anderen Fachgebieten weiter die volle Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen im erforderlichen Rahmen statt. Dafür gebührt allen Kolleginnen und Kollegen mit ihren Praxisteams unser aller Dank.

Mit der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung vom 30.04.2020 wird uns ein Schutzschirm angeboten, welcher den Namen nicht verdient. Die Vertreterversammlung der KZVLB verzichtet auf diese sogenannte Hilfe.

Wir werden als Berufsstand unserer gesellschaftlichen Verantwortung gerecht und finden Wege, in Verhandlungen mit unseren Vertragspartnern in der GKV, die durch COVID-19 verursachten finanziellen Engpässe unserer Praxen eigenverantwortlich zu regulieren, ohne die ohnehin angespannten Ressourcen des Systems über diese Verordnung zusätzlich zu strapazieren.

Wir erwarten aber auch, dass unserer Arbeit für die Patienten die nötige Wertschätzung entgegengebracht wird. Insbesondere fordern wir

- eine Sicherung unserer betrieblichen Rücklagen und keine zusätzlichen Belastungen, wie einmalige Abgaben oder Vermögensabgaben
- Berücksichtigung der stark gestiegenen Kosten und des Aufwandes für Hygienemaßnahmen und Schutzausrüstungen in der Vergütung
- Abbau bürokratischer Belastungen ohne Nutzen für die Patientenversorgung, Schluss mit der Kultur des Misstrauens
- Anerkennung unserer gesellschaftlichen Leistungen und Verantwortung für bundesweit rund 350.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- staatliche Sicherstellung von Maßnahmen für den Katastrophenschutz, wie Versorgung mit persönlichen Schutzausrüstungen für solche Krisen
- Verzicht auf Budgetierungen und Rabattierungen zur Stärkung des Gesundheitssystems, nur wirtschaftlich unabhängige freiberufliche Praxen können eine Versorgung auf hohem Niveau sicherstellen
- ein Bildungssystem, das den gestiegenen Anforderungen der Gesellschaft und damit auch unserem Beruf gerecht wird, welches aber auch von Respekt und Verantwortungsbewusstsein geprägt ist.
- eine stärkere Anerkennung der Familie in unserem Staat, denn gerade in dieser Krise zeigte sich, dass die Familien in kürzester Zeit alle Aufgaben der Kinder- und Pflegebetreuung Angehöriger, der Schulbildung, der beruflichen Verpflichtung übernehmen mussten und dass in der Regel auch weitestgehend unentgeltlich getan haben“

Der Antrag wurde einstimmig angenommen.

3. Antrag: **Dr. Eberhard Steglich** (Vorsitzender des Vorstandes)
Rainer Linke (Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes)
Dr. Heike Lucht-Geuther (Mitglied des Vorstandes)

**§ 1 Abs. 3 COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung
(COVID-19-VStSchutzV)**

„Die Vertreterversammlung begrüßt die in § 1 Abs. 3 COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung (COVID-19-VSt-SchutzV) vorgesehene Möglichkeit, dass die Gesamtvertragspartner abweichend von § 85 Abs. 4 Satz 3 bis 5 SGB V für die Jahre 2020 – 2022 abweichende Regelungen vorsehen können, um die vertragszahnärztliche Versorgung unter Berücksichtigung der Auswirkungen der COVID-19-Epidemie auf die vertragszahnärztliche Tätigkeit sicherzustellen.

Die Vertreterversammlung fordert die Gesamtvertragspartner des Landes Brandenburg deshalb auf, im Sinne des Geistes dieser Verordnung tätig zu werden.“

Begründung:

§ 1 Abs. 3 der COVID-19-VSt-SchutzV sieht ein generelles Abweichen von § 85 Abs. 4 Satz 3 bis 5 SGB V vor. Danach ist es möglich, für die Jahre 2020 – 2022 eine Mengenregulation vorzunehmen, die die zu erwartenden Mengenschwankungen in den Jahren 2020 – 2022 steuert, ohne dass das Damoklesschwert einer Budgetüberschreitung mit Rückzahlungsverpflichtungen über der Zahnärzteschaft hängt.

In diesem Zusammenhang gebührt der besondere Dank dem Vorstand der KZBV, der sich zumindest in dieser Hinsicht erfolgreich beim Bundesministerium für Gesundheit eingesetzt hat.

Dieser Antrag wurde einstimmig angenommen.

4. Antrag: **Dr. Jörg Lips** (Mitglied der Vertreterversammlung)

Veröffentlichung der Resolution und Vorbereitung der Öffentlichkeitskampagne

- „1. Die Vertreterversammlung beauftragt den Vorstand, öffentlichkeitswirksam
 - über Plakataktionen,
 - Veröffentlichungen z. B. in ZM, DZW und regionalen Pressemedien die „Resolution“ der heutigen VV darzustellen.
2. Die Vertreterversammlung beauftragt den Vorstand, mit Unterstützung einer geeigneten Fachagentur eine medienwirksame Öffentlichkeitskampagne vorzubereiten und in der Herbst-VV vorzutragen.
3. Die notwendigen Haushaltsmittel in der Herbst-VV zu beschließen.“

Begründung:

Das Image der Zahnärzteschaft in der Öffentlichkeit soll verbessert werden.

Der Antrag wurde einstimmig angenommen.

5. Antrag: Rainer Linke (Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes)

Änderung des Verteilungsmaßstabes

„Der Verteilungsmaßstab der KZV Land Brandenburg erhält die als Anlage beigefügte Fassung.“

Begründung:

Der Verteilungsmaßstab bedarf zu seiner rechtsgültigen Beschlussfassung der Herstellung des Benehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen.

Diese bitten zur Benehmensherstellung noch um folgende Änderungen (wörtlich):

„§ 1: Abs. 8: hier müsste es u.E. § 71 Abs. 4 heißen und nicht Abs. 2.

§ 3: Abs. 4: Hier müsste noch § 106d aufgeführt werden

§ 6: Abs. 1, Punkt 1 - fehlt der § 22a (nicht bei allen KK extrabudgetär)

§13: hier bitte die Kürzungen nach § 95d und § 291 SGB V mit aufnehmen

§ 20: Abs. 1: hier müsste es u.E. § 71 Abs. 4 heißen und nicht Abs. 2.“

In § 1 Abs. 8 soll die Verweisung auf § 71 Abs. 4 SGB V erfolgen, wonach die Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen nach § 57 Abs. 1 und 2, §§ 83 und 85 SGB V den für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen sind.

§ 3 Abs. 4 soll um § 106d ergänzt werden, da auch die Beträge aus der sachlichen und rechnerischen Abrechnungs- sowie Plausibilitätsprüfung – soweit gesamtvertraglich geregelt ist, dass sie bei der KZV Land Brandenburg verbleiben – im Rahmen der Feststellung der Kürzungs- und Nachberechnungsbeträge aufgrund von Über- oder Unterschreitungen des vereinbarten Ausgabenvolumens zu berücksichtigen sind.

§ 6 Abs. 1 Pkt. 1 soll um § 22a SGB V ergänzt werden, wonach der Zahnarzt Vergütungsansprüche aus seiner Tätigkeit gegen die KZV Land Brandenburg für konservierende und chirurgische Leistungen auch einschließlich der Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen hat.

In § 13, der besagt, dass Rückflüsse aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Honorarberichtigungen, die aufgrund von Gesamtverträgen bei der KZV Land Brandenburg verbleiben, einem Sonderkonto gutgeschrieben werden, sollen noch die Honorarkürzungen aus § 95d (Nichterbringung des Fortbildungsnachweises) sowie aus § 291 SGB V (fehlende TI-Anbindung) aufgenommen werden.

In § 20 soll wie in § 1 Abs. 8 die Verweisung auf § 71 Abs. 4 SGB V erfolgen.

Gegen die Änderungswünsche bestehen keine Bedenken; sie sind korrekt bzw. sinnvoll.

Infolge der Berücksichtigung vorgenannter Änderungen ist eine Modifikation in § 22 zur Wirksamkeit des Verteilungsmaßstabes erforderlich geworden.

Der Antrag wurde einstimmig angenommen.

Der Verteilungsmaßstab ist somit wirksam beschlossen worden.

6. Antrag: Sven Albrecht (Vorsitzender der Vertreterversammlung)
Dr. Eberhard Steglich (Vorsitzender des Vorstandes)
Rainer Linke (Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes)
Dr. Heike Lucht-Geuther (Mitglied des Vorstandes)

Änderung von § 19 Abs. 1 Satzung der KZV Land Brandenburg – Möglichkeit, in besonders begründeten Ausnahmefällen die Sitzung der VV als Videokonferenz durchzuführen

„§ 19 Abs. 1 Satzung der KZV Land Brandenburg wird wie folgt geändert:

Nach den Wörtern „Die Sitzungen der VV“ werden ein Komma, die Wörter „die in besonders begründeten Ausnahmefällen auch als Videokonferenz durchgeführt werden können“ sowie ein weiteres Komma eingefügt.“

Begründung:

Aufgrund der herrschenden Pandemie-Krise ist das Brandenburgische Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz gezwungen gewesen, Maßnahmen zur Eindämmung des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 und COVID-19 zu ergreifen. Zu diesen Maßnahmen gehört u. a. auch, dass öffentliche und nichtöffentliche Veranstaltungen sowie Versammlungen grundsätzlich untersagt sind.

Damit die KZV Land Brandenburg ihren in § 75 SGB V normierten Sicherstellungsauftrag erfüllen kann, wozu insbesondere auch die Handlungsfähigkeit der VV gehört, ist es dringend geboten, eine Rechtsgrundlage in unserer Satzung zu verankern, wonach in besonders begründeten Ausnahmefällen eine Sitzung der VV auch in Form einer Videokonferenz durchgeführt werden kann.

Somit wird der VV ermöglicht, unabhängig von etwaigen Maßnahmen, die die Versammlungsfreiheit betreffen, zu tagen.

Zwar stellt sich die Frage, ob bereits die geltende Fassung unserer Satzung die Durchführung einer Videokonferenz zulässt. So könnte nämlich unter dem Begriff „Sitzung“ in § 19 Satzung der KZVLB auch eine Sitzung per Videokonferenz zu verstehen sein. Da es rechtlich aber strittig ist, ob hierunter nicht vielmehr nur eine sog. Präsenzsitzung fällt, die eine körperliche Anwesenheit erfordert, sollte aus Gründen der Rechtsklarheit und -sicherheit beantragte Ergänzung vorgenommen werden.

Unsere Aufsichtsbehörde, das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, erklärte bereits, gegen eine solche Satzungsänderung keine Bedenken zu haben.

Dieser Antrag wurde einstimmig angenommen.

Die Satzungsänderung bedarf zu ihrem Inkrafttreten noch der schriftlichen Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

II. Wahlen

1. Nachwahl eines stellvertretenden Mitgliedes des Zulassungsausschusses gemäß § 96 SGB V (Amtszeit: bis 31.12.2021)

Zum stellvertretenden Mitglied wurde Herr Dr. Ulf Reckewerth gewählt.

2. Nachwahl eines Vertreters für den Landesausschuss gemäß § 90 SGB V

Zum Vertreter wurde Herr Uwe Korepkat gewählt.

Angela Linke, Telefon: 0331 2977-338, recht-und-vertraege@kzvlb.de

MITWIRKUNGSPFLICHT IM VERTRAGLICHEN GUTACHTERWESEN

Aus gegebenem Anlass möchten wir nochmals auf die Notwendigkeit der Bereitstellung von erforderlichen Unterlagen für den Gutachter im vertraglichen Gutachterwesen hinweisen:

Dazu gehören u. a. **Modelle** und **auswertbare Röntgenaufnahmen (mit Aufnahmedatum)!**

Bitte stellen Sie die erforderlichen Unterlagen dem Gutachter rechtzeitig, spätestens jedoch **eine Woche** nach Erhalt der Benachrichtigung, zur Verfügung.

Die Einzelheiten ergeben sich aus den vertraglichen Regelungen zum vertragszahnärztlichen Gutachterwesen in den Anlagen 4, 5, 6 und 7 des BMV-Z, die mit der Neuordnung des Gutachterverfahrens zum 1. April 2014 für alle Kassenarten vereinheitlicht wurden.

KFO-Gutachten – § 2 Abs. 2 Anlage 4 zum BMV-Z:

„[...] Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem von der Krankenkasse benannten Gutachter beide Ausfertigungen des Behandlungsplanes zusammen mit den Befundunterlagen (wie Kiefermodelle, Röntgenaufnahmen, Photographie, Fernröntgenaufnahme, HNO-Befund) einschließlich vorliegender Auswertungen unverzüglich zuzuleiten.“

PAR-Gutachten – § 2 Abs. 2 Anlage 5 zum BMV-Z:

„[...] Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem von ihr (Anmerkung Unterzeichnerin: der Krankenkasse) benannten Gutachter beide Blätter des Parodontalstatus zusammen mit den Befundunterlagen (Röntgenaufnahmen) unverzüglich zuzuleiten.“

ZE-Gutachten – allgemein § 2 Abs. 4 Anlage 6 zum BMV-Z:

„Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem Gutachter die erforderlichen Behandlungs- und Befundunterlagen (z. B. Modelle, Röntgenaufnahmen) unverzüglich zuzuleiten.“

Speziell für ZE-Mängelgutachten ist in § 4 Abs. 2 Anlage 6 zum BMV-Z geregelt:

„Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem Gutachter den abgerechneten Heil- und Kostenplan, der der prothetischen Versorgung zugrunde gelegen hat, im Original oder als Kopie sowie Abschriften der dazugehörigen Rechnungsunterlagen unverzüglich zu übermitteln. [...]“

Implantologie-Gutachten – A. 3. Anlage 7 zum BMV-Z:

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

Übermittlung von Röntgenaufnahmen

Immer wieder berichten unsere Gutachter, dass nicht beschriftete Röntgenaufnahmen im Gutachterverfahren übermittelt werden. Bitte achten Sie darauf, dass bei der Übersendung von analogen oder digitalen Röntgenaufnahmen der Name, das Aufnahmedatum und die Zahnbezeichnung erkennbar sein müssen.

Ein elektronischer Versand der Unterlagen per Mail soll nur in verschlüsselter Form erfolgen.

Ausdrucke digitaler Röntgenbilder auf normalem Druckerpapier mittels eines durchschnittlichen Druckers genügen dem Anspruch an ein auswertbares Röntgenbild nicht.

Arbeitsanweisung zur DIN 6868-160 - Datenweitergabe digitaler Röntgenbilder als Ausdruck

Hier verweisen wir auf die Internetseite der LZÄKB, wo die Arbeitsanweisung unter:

https://www.lzkb.de/images/Roentgen/ZSQR_ArbAnweisung_Datenweitergabe_digital.pdf

zu finden ist.

Laut Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) vom 29.11.2018 - § 127 Abs. (4) heißt es:

„Der Strahlenschutzverantwortliche hat bei der Weitergabe oder Übermittlung von Daten nach § 85 Absatz 3 des Strahlenschutzgesetzes dafür zu sorgen, dass die Daten mit den Ursprungsdaten übereinstimmen und für den Adressaten lesbar sind. Die Röntgenbilder, digitalen Bilddaten und sonstigen Untersuchungsdaten müssen zur Befundung geeignet sein.“

Hinweis für den Gutachter

Im Rahmen eines Behandlungsvertrages gefertigte Röntgenaufnahmen gehören dem Urheber; sie sind also Eigentum des Zahnarztes, der sie angefertigt hat. (BGH, 02.10.1984-VI ZR 311/82).

Der Gutachter hat sicherzustellen, dass die **Original-Röntgenaufnahmen** nach abschließender Begutachtung an den behandelnden Zahnarzt zurückgeführt werden.

Britta Bergmair, Telefon: 0331 2977-260, britta.bergmair@kzvlb.de

Punktwertübersicht ab 01.01.2020 (Primär- u. sonst. Fremdkassen) in Euro

Alle Aktualisierungen nach RS 10/2020 sind fett gedruckt!

| KZV | Nr. | | Primärkassen | Freie Heilfürsorge Landespolizei, Feuerwehr |
|-------------------------------|-----------|--------------|---|---|
| Baden- Württemberg | 02 | KCH, PAR, KB | <u>AOK</u> : 1,1421 <u>BKK</u> : 1,1393 <u>IKK</u> : 1,1371 <u>SVLFG</u> : 1,1400 <u>Knappschaft</u> : 1,1375 | 1,1359 |
| | | IP/FU | <u>AOK</u> : 1,2139 <u>BKK</u> : 1,2025 <u>IKK</u> : 1,2021 <u>SVLFG</u> : 1,2036 <u>Knappschaft</u> : 1,2011 | 1,1999 |
| Niedersachsen | 04 | KCH, PAR, KB | 1,0924 | 1,0921 |
| | | IP/FU | 1,1898 | 1,1334 |
| Rheinland-Pfalz | 06 | KCH, PAR, KB | KCH, PAR: 1,0981; KB: 0,9576 | 1,2421 |
| | | IP/FU | <u>IKK</u> : 1,1832 <u>AOK, BKK, SVLFG</u> : 1,2187 <u>Knappschaft</u>: 1,2187 | 1,2421 |
| Bayerns | 11 | KCH, PAR, KB | <u>AOK</u> : 1,1056 <u>BKK</u> : 1,1084 <u>IKK</u> : 1,1102 <u>Knappschaft</u> : 1,1111 <u>SVLFG</u> : 1,1170 | 1,2059 |
| | | IP/FU | <u>AOK</u> : 1,2203 <u>BKK</u> : 1,2325 <u>IKK</u> : 1,2346 <u>Knappschaft</u> : 1,2360 <u>SVLFG</u> : 1,2695 | 1,2862 |
| Nordrhein | 13 | KCH, PAR, KB | 1,1456 | 1,1456 |
| | | IP/FU | 1,2972 | 1,2972 |
| Hessen | 20 | KCH, PAR, KB | <u>AOK</u> : 1,1486 <u>BKK</u>: 1,1488 <u>IKK</u>: 1,1487 <u>SVLFG</u>: 1,1507 <u>Knappschaft</u> : 1,1493 | 1,1483 |
| | | IP/FU | <u>AOK</u> : 1,2143 <u>BKK</u>: 1,2148 <u>IKK</u>: 1,2146 <u>SVLFG</u>: 1,2201 <u>Knappschaft</u> : 1,2191 | 1,2140 |
| Berlin | 30 | KCH, PAR, KB | <u>AOK</u> : 1,0835 / ab 01.04.: 1,1232 <u>BKK</u> : 1,0855 <u>IKK</u> : 1,1111 <u>Knappschaft</u>: 1,0678 / ab 01.04.: 1,1069 <u>SVLFG</u> : 1,0768 | 1,1050 |
| | | IP/FU | <u>AOK</u> : 1,1875 / ab 01.04.: 1,2310 <u>BKK</u> : 1,1800 <u>IKK</u> : 1,2137 <u>Knappschaft</u>: 1,1805 / ab 01.04.: 1,2237 <u>SVLFG</u> : 1,1768 | 1,2076 |
| Bremen | 31 | KCH, PAR, KB | 1,0971 | 1,0961 |
| | | IP/FU | 1,1635 | 1,1601 |
| Hamburg | 32 | KCH, PAR, KB | 1,1427 | 1,1829 |
| | | IP/FU | 1,2057 | 1,1906 |

Fortsetzung der Punktwertübersicht 2020 (Primär- u. sonst. Fremdkassen)

| KZV | Nr. | | Primärkassen | Freie Heilfürsorge Landespolizei, Feuerwehr |
|----------------------------|-----|--------------|---|---|
| Saarland | 35 | KCH, PAR, KB | <u>AOK</u> : 1,1282 <u>BKK, IKK, SVLFG</u> : 1,0671 <u>Knappschaft</u> : 1,0896 | - |
| | | IP/FU | <u>AOK</u> : 1,1858 <u>BKK, IKK, SVLFG</u> : 1,1433 <u>Knappschaft</u> : 1,1518 | - |
| Schleswig-H. | 36 | KCH, PAR, KB | 1,1427 | - |
| | | IP/FU | 1,1846 | - |
| Westf.-Lippe | 37 | KCH, PAR, KB | 1,1423 | 1,1423 |
| | | IP/FU | 1,1960 | 1,1960 |
| Mecklenburg/ Vorpommern | 52 | KCH, PAR, KB | <u>AOK</u> : 1,0119 <u>BKK</u> : 1,1047 <u>IKK</u> : 1,0823 <u>Knappschaft</u> : 1,0138 <u>SVLFG</u> : 1,0768 | 1,1410 |
| | | IP/FU | <u>AOK</u> : 1,0455 <u>BKK</u> : 1,1600 <u>IKK</u> : 1,1525 <u>Knappschaft</u> : 1,0734 <u>SVLFG</u> : 1,1768 | 1,1410 |
| Sachsen-Anhalt | 54 | KCH, PAR, KB | <u>AOK</u> : 1,0698 <u>BKK</u> : 1,0894 <u>IKK</u> : 0,9900 <u>Knappschaft</u> : 1,0713 <u>SVLFG</u> : 1,0768 | 1,0588 |
| | | IP/FU | <u>AOK</u> : 1,1707 <u>BKK</u> : 1,1924 <u>IKK</u> : 1,0887 <u>Knappschaft</u> : 1,1735 <u>SVLFG</u> : 1,1768 | 1,1505 |
| Thüringen | 55 | KCH, PAR, KB | <u>AOK</u> : 1,1482 <u>BKK</u> : 1,0878 / ab 01.04.: 1,1276 <u>IKK</u> : 1,0851 <u>Knappschaft</u> : 1,0848 <u>SVLFG</u> : 1,0768 | 1,0621 |
| | | IP/FU | <u>AOK</u> : 1,2887 <u>BKK</u> : 1,2594 <u>IKK</u> : 1,2034 <u>Knappschaft</u> : 1,2050 <u>SVLFG</u> : 1,1768 | 1,1802 |
| Sachsen | 56 | KCH, PAR, KB | <u>AOK</u> : 1,1482 <u>BKK</u> : 1,0855 / ab 01.04.: 1,1252 <u>Knappschaft</u> : 1,0751 / ab 01.04.: 1,1144 <u>IKK</u> : 1,1252 <u>SVLFG</u> : 1,0768 | 1,1028 |
| | | IP/FU | <u>AOK</u> : 1,2887 <u>BKK</u> : 1,2586 <u>IKK</u> : 1,2178 <u>Knappschaft</u> : 1,2050 / ab 01.04.: 1,2491 <u>SVLFG</u> : 1,1768 | 1,2374 |

Diese Punktwertübersicht wurde nach Punktwertmeldungen der KZVen, die bis zum Erscheinen des Rundschreibens eingegangen sind, erstellt. Da die Punktwerte der Fremdkassen den Gesamtverträgen der jeweiligen KZV unterliegen, können Änderungen nach diesem Zeitraum möglich sein.

Punktwertübersicht ab 01.01.2020 (Ersatzkassen mit Wohnort des Versicherten außerhalb Land Brandenburgs) in Euro

Alle Aktualisierungen nach RS 10/2020 sind fett gedruckt!

| KZV | | | vdek DAK- Gesundheit | vdek TK | vdek KKH | vdek HEK (Hanseatische EK) | vdek HKK (Handels- krankenkasse) | vdek Barmer |
|--|-----------|--------------|----------------------------|---------------|---------------|-------------------------------------|---|----------------|
| Baden-Württemberg Reg.-Kz.: 67, 73, 78, 80 | 02 | KCH, PAR, KB | 1,1359 | 1,1367 | 1,1359 | 1,1359 | 1,1359 | 1,1361 |
| | | IP/FU | 1,1999 | 1,1999 | 1,1999 | 1,1999 | 1,1999 | 1,2004 |
| Niedersachsen Reg.-Kz.: 17 | 04 | KCH, PAR, KB | 1,0921 | 1,0921 | 1,0921 | 1,0921 | 1,0921 | 1,0990 |
| | | IP/FU | 1,1334 | 1,1334 | 1,1334 | 1,1334 | 1,1334 | 1,1334 |
| Rheinland-Pfalz Reg.-Kz.: 62-65 | 06 | KCH, PAR, KB | 1,0981 | 1,0981 | 1,0981 | 1,0981 | 1,0981 | 1,0981 |
| | | KB: 0,9576 | KB: 0,9576 | KB: 0,9576 | KB: 0,9576 | KB: 0,9576 | KB: 0,9576 | KB: 0,9576 |
| | | IP/FU | 1,2138 | 1,2138 | 1,2138 | 1,2138 | 1,2138 | 1,2138 |
| Bayerns Reg.-Kz.: 83 | 11 | KCH, PAR, KB | 1,1071 | 1,1071 | 1,1071 | 1,1071 | 1,1071 | 1,1071 |
| | | IP/FU | 1,2320 | 1,2320 | 1,2320 | 1,2320 | 1,2320 | 1,2320 |
| Nordrhein Reg.-Kz.: 40,49 | 13 | KCH, PAR, KB | 1,1456 | 1,1456 | 1,1456 | 1,1456 | 1,1456 | 1,1456 |
| | | IP/FU | 1,2972 | 1,2972 | 1,2972 | 1,2972 | 1,2972 | 1,2972 |
| Hessen Reg.-Kz.: 51 | 20 | KCH, PAR, KB | 1,1483 | 1,1483 | 1,1483 | 1,1483 | 1,1483 | 1,1483 |
| | | IP/FU | 1,2140 | 1,2140 | 1,2140 | 1,2140 | 1,2140 | 1,2140 |
| Berlin Reg.-Kz.: 95, 97 | 30 | KCH, PAR, KB | 1,0754 | 1,0754 | 1,0754 | 1,0754 | 1,0754 | 1,0754 |
| | | ab 01.04.20 | ab 01.04.20 | ab 01.04.20 | ab 01.04.20 | ab 01.04.20 | ab 01.04.20 | ab 01.04.20 |
| | | 1,1148 | 1,1148 | 1,1148 | 1,1148 | 1,1148 | 1,1148 | 1,1148 |
| | | IP/FU | 1,1753 | 1,1753 | 1,1753 | 1,1753 | 1,1753 | 1,1753 |
| | | ab 01.04.20 | ab 01.04.20 | ab 01.04.20 | ab 01.04.20 | ab 01.04.20 | ab 01.04.20 | |
| | | 1,2183 | 1,2183 | 1,2183 | 1,2183 | 1,2183 | 1,2183 | |
| Bremen Reg.-Kz.: 30 | 31 | KCH, PAR, KB | 1,0961 | 1,0961 | 1,0961 | 1,0961 | 1,0961 | 1,0961 |
| | | IP/FU | 1,1601 | 1,1601 | 1,1601 | 1,1601 | 1,1601 | 1,1601 |
| Hamburg Reg.-Kz.: 15 | 32 | KCH, PAR, KB | 1,1427 | 1,1427 | 1,1427 | 1,1427 | 1,1427 | 1,1427 |
| | | IP/FU | 1,1906 | 1,1906 | 1,1906 | 1,1906 | 1,1906 | 1,1906 |
| Saarland Reg.-Kz.: 93 | 35 | KCH, PAR, KB | 1,0925 | 1,0925 | 1,0925 | 1,0925 | 1,0925 | 1,0925 |
| | | IP/FU | 1,1518 | 1,1518 | 1,1518 | 1,1518 | 1,1518 | 1,1518 |
| Schleswig-H. Reg.-Kz.: 13 | 36 | KCH, PAR, KB | 1,1427 | 1,1427 | 1,1427 | 1,1427 | 1,1427 | 1,1427 |
| | | IP/FU | 1,1815 | 1,1815 | 1,1815 | 1,1815 | 1,1815 | 1,1815 |
| Westf.-Lippe Reg.-Kz.: 34 | 37 | KCH, PAR, KB | 1,1423 | 1,1423 | 1,1423 | 1,1423 | 1,1423 | 1,1423 |
| | | IP/FU | 1,1960 | 1,1960 | 1,1960 | 1,1960 | 1,1960 | 1,1960 |
| Mecklenb./Vorp. Reg.-Kz.: 01 | 52 | KCH, PAR, KB | 1,0580 | 1,0580 | 1,0580 | 1,0580 | 1,0580 | 1,0601 |
| | | IP/FU | 1,1033 | 1,0991 | 1,0991 | 1,0991 | 1,0991 | 1,0883 |
| Sachsen-Anhalt Reg.-Kz.: 09 | 54 | KCH, PAR, KB | 1,0588 | 1,0588 | 1,0588 | 1,0588 | 1,0588 | 1,0588 |
| | | IP/FU | 1,1505 | 1,1505 | 1,1505 | 1,1505 | 1,1505 | 1,1505 |
| Thüringen Reg.-Kz.: 50 | 55 | KCH, PAR, KB | 1,0621 | 1,0704 | 1,0621 | 1,0621 | 1,0621 | 1,0642 |
| | | IP/FU | 1,1802 | 1,1875 | 1,1802 | 1,1802 | 1,1802 | 1,1835 |
| Sachsen Reg.-Kz.: 72 | 56 | KCH, PAR, KB | 1,0987 | 1,1114 | 1,0987 | 1,0987 | 1,0987 | 1,0999 |
| | | IP/FU | 1,2319 | 1,2474 | 1,2319 | 1,2319 | 1,2319 | 1,2344 |

Diese Punktwertübersicht wurde nach Punktwertmeldungen der KZVen, die bis zum Erscheinen des Rundschreibens 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.

VERTEILUNGSMAßSTAB

der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Land Brandenburg

in der von der Vertreterversammlung der KZV Land Brandenburg
am 07.12.2019 beschlossenen Fassung

Dieser Verteilungsmaßstab regelt gemäß § 85 Abs. 4 SGB V die Verteilung der von den Krankenkassen auf gesetzlicher und vertraglicher Grundlage an die Kassenzahnärztliche Vereinigung Land Brandenburg zu entrichtenden Gesamtvergütungen.

Der Verteilungsmaßstab wird nach den gesetzlichen Vorgaben in § 85 Abs. 4 SGB V erlassen. Er stellt sicher, dass die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden und dass eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragszahnarztes – entsprechend seinem Versorgungsauftrag nach § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V- verhindert wird.

Der Verteilungsmaßstab gilt für alle Bereiche der vertragszahnärztlichen Versorgung. Sie werden im Folgenden einer näheren Verteilungsregelung zugeordnet. Die Verteilung der Honorare erfolgt dabei entsprechend den gesetzlichen, vertraglichen und verwaltungsmäßigen Gegebenheiten.

Alle an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Anspruchsberechtigten (siehe § 2) werden bei der Honorarverteilung gleich behandelt. Bei genehmigungspflichtigen Leistungen bedarf es der verantwortlichen Mitwirkung der Krankenkassen bei der Genehmigung von Behandlungen, um eine gleichmäßige Verteilung der zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung bei diesen Behandlungen sicherzustellen.

§ 1

Grundsätze

- (1) Die Gesamtvergütungsansprüche der an der Honorarverteilung teilnehmenden Anspruchsberechtigten (siehe § 2) ergeben sich auf der Grundlage von § 85 Abs. 2 i. V. m. § 85 Abs. 3 SGB V und den zwischen der KZVLB und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen geschlossenen Gesamtverträgen.
- (2) Bei der Honorarverteilung ist zu beachten, dass die Vertragsparteien nicht mehr verpflichtet sind, prospektiv Regelungen zur Vermeidung der Überschreitung des Gesamtvergütungsvolumens zu treffen, sondern geeignete Mechanismen zu finden, um einen Ausgleich der Interessen herzustellen.
- (3) Der der KZV Land Brandenburg für Leistungen von Fremdzahnärzten, die Versicherte mit Wohnsitz im Land Brandenburg behandeln, zufließende Gesamtver-

gütungsanteil wird entsprechend den gesetzlichen Regelungen zum Wohnortprinzip in Bezug auf die Vergütung der Fremdkassenrichtlinie der KZBV mit den anderen KZVen abgerechnet.

- (4) Die der KZV Land Brandenburg zufließenden Gesamtvergütungen von FremdkZVen für Leistungen der Brandenburger Vertragszahnärzten, die Versicherte mit Wohnsitz außerhalb von Brandenburg behandeln, werden mit den von den FremdkZVen mitgeteilten Punktwerten bzw. Arbeitspunktwerten auf der Grundlage der Fremdkassenrichtlinien der KZBV verteilt.
- (5) Vorbehaltlich der nachstehenden Sonderbestimmungen gelten die gesamtvertraglichen Regelungen mit den Partnern der Vergütungsverträge auch im Verhältnis zwischen der KZV Land Brandenburg und ihren Mitgliedern.
- (6) Dem Zahnarzt stehen gegen die KZV Land Brandenburg Ansprüche nur insoweit zu, als diese von den Kostenträgern einschließlich der Fremdkassen Zahlungen verlangen kann. Überschreitungen des vereinbarten Ausgabenvolumens und darauf beruhende Zahlungen sind Vorschüsse auf andere berechnete Vergütungsansprüche. Die KZV Land Brandenburg kann aufrechnen.
- (7) Für das Abrechnungsverfahren überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften mit Vertragszahnarztsitzen in mehreren KZVen sowie Berichtigungsverfahren gelten die Regelungen der Richtlinie der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Abs. 7 SGB V (Fremdkassenrichtlinie der KZBV) in der jeweils geltenden Fassung.

Im Übrigen gelten für überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften mit Vertragszahnarztsitzen in mehreren KZV-Bereichen die Regelungen des Bundesmantelvertrags-Zahnärzte.

- 8) Alle Vergütungszahlungen erfolgen jeweils unter dem Vorbehalt, dass die Aufsichtsbehörde die jeweiligen Vergütungsvereinbarungen nicht beanstandet (§ 71 Abs. 2 SGB V).

§ 2 Geltungsbereich

An der Honorarverteilung nehmen als Anspruchsberechtigte teil:

- die im Bereich der KZV Land Brandenburg zugelassenen und ermächtigten Zahnärzte und Zahnärztinnen, ermächtigte zahnärztlich geleitete Einrichtungen sowie die nach § 24 ZV-Z Ermächtigten,
- die im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung im Bereich der KZV Land Brandenburg zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren und Gesundheitseinrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V,

- die im Bereich der KZV Land Brandenburg genehmigten Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften, sowie KZV-übergreifende Berufsausübungsgemeinschaften nach Maßgabe der Fremdkassenregelung der KZBV nach § 75 Abs. 7 SGB V in der jeweils geltenden Fassung.

Die als Anspruchsberechtigten an der Honorarverteilung Teilnehmenden werden in diesem VM kurz als „Zahnarzt“ bzw. „Zahnärzte“ bezeichnet.

§ 3 Verteilungsgrundsätze

- (1) Die folgenden Maßnahmen sollen die Einhaltung der Gesamtvergütung und die Honorierung der Einzelleistung für jeden Zahnarzt voraussehbar machen.
- (2) Die Verteilung der Gesamtvergütung erfolgt grundsätzlich nach Einzelleistung entsprechend den vertraglichen Bestimmungen und den jeweils vereinbarten Punktwerten bzw. nach dem auf der Grundlage von § 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V vom Vorstand der KZV Land Brandenburg (im Folgenden Vorstand genannt) im Auftrag der Vertreterversammlung der KZV Land Brandenburg (im Folgenden VV genannt) festgelegten Verteilungspunktwert, d. h. die KZV berechnet die von den Zahnärzten vorgelegten Honorarabrechnungen nach Einzelleistungen und stellt den gesetzlichen Krankenkassen diese Honorarforderungen unter Berücksichtigung gesetzlicher und vertraglicher Regelungen in Rechnung.
- (3) Soweit die gesamtvertraglich vereinbarten Mechanismen gem. § 1 Abs. 2 des Verteilungsmaßstabes nicht greifen, gilt Folgendes:
 - Bei Überschreitungen des vereinbarten Ausgabenvolumens dürfen die mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vereinbarten Punktwerte im Vergütungszeitraum rechnerisch nicht nach unten verändert werden.
 - Wenn die Gesamtsumme des vereinbarten Ausgabenvolumens aller Krankenkassen bzw. Krankenkassenarten für das jeweilige Kalenderjahr um einen Betrag von 100.000 Euro nicht überschritten wird, bleibt es im Verhältnis zum Zahnarzt bei der Abrechnung nach Einzelleistungen ohne Kürzungen. Die notwendigen Rückzahlungen an die Krankenkassen erfolgen mit Ausnahme der Fremdkassenfälle aus dem allgemeinen Vermögen der KZV Land Brandenburg.
 - Wird die Gesamtsumme von 100.000 Euro überschritten, wird der Gesamtüberschreibungsbetrag unter Einschluss der Summe von 100.000 Euro auf die Zahnärzte gemäß den nachfolgenden Bestimmungen durch anteilige Kürzungen der Punktzahlen im Wege der Jahresbetrachtung verteilt.
- (4) Gesetzlich geregelte oder vertraglich vereinbarte oder sonstige Verfahren zur Überprüfung der Behandlungsweise und Abrechnung des Zahnarztes (Wirtschaftlichkeitsprüfung, Gutachterverfahren etc.) werden durch diese Verteilungsmaßstabsregelungen grundsätzlich nicht berührt und bleiben unberücksichtigt. Be-

träge aus Verfahren nach §§ 106, 106a und 106d SGB V sind - soweit gesamtvertraglich geregelt ist, dass sie bei der KZV Land Brandenburg verbleiben - im Rahmen der Feststellung der Kürzungs- bzw. Nachberechnungsbeträge auf Grund von Über- oder - Unterschreitungen des vereinbarten Ausgabenvolumens zu berücksichtigen.

§ 4 Vergütungsanspruch

- (1) Für den jeweiligen Abrechnungszeitraum haben die Zahnärzte anteilig einen Vergütungsanspruch aus der vertragszahnärztlichen Tätigkeit in den Leistungsbereichen
 - Bema-Teil 1:
konservierend-chirurgische (mit Ausnahme der Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen nach den §§ 22, 22a und 26 Abs. 1 Satz 5 SGB V),
 - Bema-Teil 2:
PA-Behandlung
 - Bema-Teil 4:
Kieferbruch-Behandlungen und Kiefergelenkserkrankungen,
 - Bema-Teil 3:
Kieferorthopädie (ohne zahntechnische Leistungen),in Höhe der von den Kostenträgern gezahlten Gesamtvergütung, die auf der Basis der Gesamtverträge gezahlt wird, sowie den Maßgaben dieses Verteilungsmaßstabes.
- (2) Der Zahnarzt hat einen Vergütungsanspruch gegen die KZV Land Brandenburg im Rahmen des vereinbarten Ausgabenvolumens bis zu seinem individuellen Grenzwert im Rahmen dieses Verteilungsmaßstabes.
- (3) Die Honorarbescheide und Auszahlungen der KZV Land Brandenburg bei Anwendung dieses Verteilungsmaßstabes erfolgen unter dem Vorbehalt der nachträglichen Änderung oder anderweitigen Festsetzung der Vergütungsansprüche für jeden abrechnenden Zahnarzt, insbesondere durch die Schlussabrechnung (Jahresbetrachtung) für die Leistungszeiträume mit vereinbartem Ausgabenvolumen – unabhängig von der Systemberechnung (Kopfpauschalen, Einzelleistungen etc. nach § 85 Abs. 2 Satz 2 SGB V). Honorarüberzahlungen sind an die KZV Land Brandenburg unter Berücksichtigung der Bestimmung dieses Verteilungsmaßstabes zurückzuerstatten.
- (4) Die Honorarauszahlungen der KZV Land Brandenburg sind in jedem Fall auf die von den Krankenkassen nach Maßgabe der Gesamtverträge gezahlten Gesamtvergütungen für die Leistungsbereiche der konservierend-chirurgischen, PAR- und Kieferbruch-Behandlungen, Kiefergelenkserkrankungen und Kieferorthopädie auf der Grundlage der Gesamtverträge und unter Beachtung von § 3 Abs. 3 begrenzt. Die Begrenzung erfasst jede gesetzliche oder vertraglich vereinbarte Art der Gesamtvergütungsberechnung.

- (5) Verbleibt bei Erfüllung der Vergütungsansprüche der Zahnärzte eine Restverteilungsmasse der Gesamtvergütung, so werden die bisher bei der Vergütung wegen der Überschreitung des vereinbarten Ausgabenvolumens nicht berücksichtigten Vergütungsansprüche, entsprechend dem Verhältnis der nicht berücksichtigten Ansprüche, zu der verbleibenden Restverteilungsmasse bis höchstens 100 % anteilig vergütet.

§ 5

Leistungen, die nicht auf das Ausgabenvolumen nach § 85 Abs. 2 Satz 2 SGB V anzurechnen sind

- (1) Der Honorarverteilung nach diesem Verteilungsmaßstab unterliegen nicht Leistungen auf Grund von gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen oder Leistungen, die im Rahmen zugelassener strukturierter Behandlungsprogramme (§137g SGB V) auf Grund der Anforderungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f oder der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 SGB V oder Leistungen, die gemäß § 264 SGB V erbracht werden. Diese Leistungen werden ohne Begrenzung nach erbrachten Einzelleistungen zum jeweils mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vereinbarten Punktwert vergütet. Ebenfalls nicht der Honorarverteilung nach diesem Verteilungsmaßstab unterliegen Leistungen nach den BEMA-Nr. 171 a/b, 172 a/b, 173 a/b, 174 a/b und 107 a, soweit dies vertraglich mit den Krankenkassen bzw. den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbart ist.

Dies gilt ebenfalls für Leistungen, die auf Grund von weiteren gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen (z.B. Bundesmantelvertrag und Gesamtvertrag) von der vereinbarten Gesamtvergütung ausgenommen oder vorübergehend ausgenommen sind (z.B. § 87 Abs. 2i, 2j, § 119 c SGB V).

Dies gilt insbesondere auch für die Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen nach den §§ 22, 22a und 26 Abs. 1 Satz 5 SGB V.

- (2) Absatz 1 Satz 1 gilt für Zahnersatz inklusive zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) entsprechend.

§ 6

Honorarfestsetzung

- (1) Der Zahnarzt hat Vergütungsansprüche aus seiner Tätigkeit gegen die KZV Land Brandenburg für
- konservierende und chirurgische Leistungen einschließlich der Leistungen nach den §§ 22, 22a, 26 Abs. 1 Satz 5 und 87 Abs. 2i, 2j, 119 c SGB V,
 - PAR-Leistungen,
 - Kieferbruch-Leistungen, Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen und
 - Kieferorthopädie.

Bei einer Überschreitung des von den Vertragspartnern bestimmten jeweiligen Ausgabenvolumens für den Abrechnungszeitraum bestehen Vergütungsansprüche nach Maßgabe dieses Verteilungsmaßstabes, unbeschadet der Regelung des § 5, in Form einer individuellen Basisvergütung (§ 11) und darüber hinausgehend als Restvergütung (§ 12).

- (2) Zur Honorarverteilung gelangen - unter Berücksichtigung von § 20 - alle der KZV Land Brandenburg zufließenden Gesamtvergütungen und sonstigen Zahlungen aus Vereinbarungen mit den Partnern der Gesamtverträge gemäß § 85 SGB V einschließlich der Zahlungen anderer Kassenzahnärztlicher Vereinigungen unter Berücksichtigung der Fremdkassenabrechnung nach § 75 Abs. 7 SGB V in der jeweils geltenden Fassung.

§ 7 Kassenarten

- (1) Das Verfahren nach diesen Verteilungsmaßstabs-Bestimmungen ist entsprechend der jeweiligen Vertragssituation mit den Krankenkassen - krankenkassenartenübergreifend, auf einzelne Krankenkassenarten oder einzelne Krankenkassen bezogen - durchzuführen.
- (2) Die Verteilung der Gesamtvergütungen erfolgt getrennt nach folgenden Krankenkassen bzw. Krankenkassenarten:
 - 1) Allgemeine Ortskrankenkassen
 - 2) Ersatzkassen
 - 3) Betriebskrankenkassen
 - 4) Innungskrankenkassen
 - 5) Knappschaft
 - 6) SVLFG (Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten u. Gartenbau)
 - 7) Fremdkassen

§ 8 Ausgabenvolumen

- (1) Auf der Grundlage der zwischen den Vertragspartnern der Gesamtverträge gemeinsam festgestellten Basis der Ausgabenvolumenobergrenze (unter Zugrundelegung von § 85 Abs. 1, 2 und 3 SGB V) für das Vorjahr sowie unter Berücksichtigung der gesamtvertraglich vereinbarten Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen (vgl. § 71 Abs. 3 SGB V) wird das höchstzulässige Ausgabenvolumen für die Bema-Teile 1 (konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen), 2 (Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels - Kieferbruch - sowie Kiefergelenkserkrankungen - Aufbissbehelfe -) und 4 (systematische Behandlung von Parodontopathien) für den Ausgabenvolumenzeitraum ermittelt.

Für die Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen nach den §§ 22, 26 Abs. 1 Satz 5 und 87 Abs. 2i, 2j, § 119 c SGB V gilt § 71 Abs. 2 SGB V.

- (2) Die Berechnung des Ausgabenvolumens gemäß Absatz 1 erfolgt auf der Grundlage der Gesamtverträge mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemäß § 85 Abs. 3 SGB V insgesamt für die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachgruppen
- allgemein tätige Zahnärzte
 - Oralchirurgen
 - Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen
 - kieferorthopädisch tätige Zahnärzte
 - Kieferorthopäden (bezogen auf die Begleitleistungen = im Zusammenhang mit kieferorthopädischer Behandlung erbrachte kons.-chir. und Röntgenleistungen sowie Leistungen nach Bema Teil 2).

- (3) Absatz 1 gilt entsprechend für die Berechnung für Leistungen nach Bema – Teil 3 (kieferorthopädische Leistungen).

- (4) Soweit die gesamtvertraglich vereinbarten Mechanismen (siehe § 1 Abs. 2) nicht greifen, gilt:

Wird das Ausgabenvolumen für Leistungen nach Bema-Teil 3 (kieferorthopädische Leistungen) überschritten, das Ausgabenvolumen für Leistungen nach Bema-Teile 1, 2 und 4 jedoch unterschritten, werden bis zur Höhe des Unterschreibungsbetrages die Mehrausgaben im KFO-Bereich abgedeckt. Gleiches gilt auch umgekehrt; der Unterschreibungsbetrag im KFO-Bereich fließt unabhängig von der Höhe in das Ausgabenvolumen des Sachleistungsbereiches Bema-Teile 1, 2 und 4 ein.

- (5) Werden sowohl im Bereich I (KCH, PAR, KFB und Kiefergelenkserkrankungen) als auch im Bereich II (KFO) Überschreitungen festgestellt, erfolgt nur im Bereich I ein interner Ausgleich.

Werden sowohl im Bereich I (KCH, PAR, KFB und Kiefergelenkserkrankungen) als auch im Bereich II (KFO) Unterschreitungen festgestellt, fließt unabhängig von der Höhe der Unterschreibungsbetrag im KFO-Bereich in den Sachleistungsbereich Bema-Teile 1, 2 und 4.

- (6) Soweit gesamtvertraglich lediglich eine Kopfpauschale oder eine nichtsektorale untergliederte Obergrenze festgelegt worden ist, erfolgt die Bereichszuordnung (vgl. Abs. 5) auf der Grundlage des von den jeweiligen Vertragspartnern gemeinsam ermittelten Ausgabenvolumens unter Berücksichtigung der Veränderung der Gesamtvergütung gemäß § 85 Abs. 3 SGB V.

- (7) Absatz 6 gilt auch für die Verteilung der Gesamtvergütung für die WOPKrankenkassen gemäß § 9 Abs. 1 Sätze 2 bis 4. Sofern in diesem Bereich für einzelne Krankenkassen eine Bereichszuordnung nach Abs. 6 nicht möglich ist, erfolgt die Aufteilung des vereinbarten Ausgabenvolumens bzw. der Kopfpauschale dieser Krankenkassen in der Form, dass der Durchschnitt des nach Mitgliederzahl gewichteten prozentualen Anteils der WOP-Krankenkassen der Kassenart im KZV–

Bereich Land Brandenburg, für die eine solche Zuordnung vorhanden ist, zugrunde zu legen ist.

- (8) Ist für einen sektoralen Bereich das vereinbarte Ausgabenvolumen der jeweiligen Krankenkasse bekannt, so ist dieser zugrunde zu legen; für die übrigen Bereiche erfolgt die Anwendung des Absatzes 7 Satz 2.

§ 9

Betrachtung des Ausgabenvolumens und Ausgleichsverfahren

- (1) Das sich für die einzelnen Krankenkassen ergebende Ausgabenvolumen wird im Budgetzeitraum unter Berücksichtigung von § 85 Abs. 2 letzter Satz SGB V grundsätzlich auf alle Zahnärzte anteilmäßig nach Maßgabe dieses Verteilungsmaßstabes gleichmäßig auf den Abrechnungszeitraum verteilt. Bei allen Krankenkassen, die unter das Wohnortprinzip fallen, erfolgt die Anwendung dieses Verteilungsmaßstabes unter Berücksichtigung der gesamtvertraglichen Vergütungsstruktur. Unabhängig davon, ob Einzelbudgets vereinbart werden, gelten die Bestimmungen dieses Honorarverteilungsmaßstabes mit der Maßgabe, dass der Ausgleich innerhalb des WOP I – Kassenartenausgabenvolumens bzw. WOP II – Kassenartenausgabenvolumens erfolgt. Dies gilt auch dann, wenn Kopfpauschalen vereinbart werden.
- (2) Es erfolgt für jeden Zahnarzt eine Jahresabrechnung. Nach Feststellung der tatsächlichen kalenderjährlichen Über- bzw. Unterschreitung des vereinbarten Ausgabenvolumens werden die Vergütungsansprüche kalenderjährlich je Zahnarzt ermittelt. Hierbei werden die Auszahlungsbeträge mit den tatsächlichen kalenderjährlichen Ansprüchen verrechnet. Eine verbindliche Abrechnung der budgetierten Leistungen im Ausgabenvolumenzeitraum bleibt der endgültigen Jahresabrechnung vorbehalten.
- (3) Ist eine erhebliche Überschreitung des individuellen Grenzwertes eines Zahnarztes zu erwarten oder droht bei unterjähriger Betrachtung eine wesentliche Überschreitung des vereinbarten Ausgabenvolumens und eine Rückzahlungsverpflichtung des einzelnen Zahnarztes unter Berücksichtigung von § 1 Abs. 2 des Verteilungsmaßstabes bei einer einzelnen Krankenkasse bzw. Krankenkassenart, können die Abschlags- und Restzahlungen durch den Vorstand der KZV Land Brandenburg entsprechend gekürzt werden. § 20 Abs. 2 bleibt hiervon unberührt.
- (4) Überzahlungen durch die KZV Land Brandenburg werden grundsätzlich durch Aufrechnung mit Vergütungsansprüchen ausgeglichen.

§ 10

Verfahren bei Überschreitung des Ausgabenvolumens

Soweit die gesamtvertraglich vereinbarten Mechanismen (siehe § 1 Abs. 2) nicht greifen, gilt Folgendes:

- (1) Bei einer Überschreitung des vereinbarten Ausgabenvolumens bei einer Krankenkasse bzw. Krankenkassenart um bis zu 1 v. H. reduzieren sich die Vergütungsansprüche der Zahnärzte bei dieser Krankenkasse bzw. Krankenkassenart entsprechend linear.
- (2) Wird bei einer Krankenkasse bzw. Krankenkassenart das vereinbarte Ausgabenvolumen überschritten, wird dieses zunächst linear (bis 1 %) und darüber hinaus individuell nach Maßgabe dieses Verteilungsmaßstabs gekürzt.

Bei einer Überschreitung des vereinbarten Ausgabenvolumens um mehr als 1 v. H. hat der Zahnarzt Vergütungsansprüche grundsätzlich nur bis zu seinem individuellen Grenzwert bei dieser Krankenkasse bzw. Krankenkassenart gemäß den Vorgaben dieses Honorarverteilungsmaßstabes.

Für die überschreitenden BEMA-Punkte besteht ein Vergütungsanspruch gegenüber der KZV Land Brandenburg nur anteilig in dem Verhältnis der Summe aller Überschreitungspunkte zu der verbleibenden Gesamtvergütung (Restvergütung).

§ 11

Begrenzung des individuellen Leistungsanspruchs

Soweit die gesamtvertraglich vereinbarten Mechanismen (siehe § 1 Abs.2) nicht greifen, gilt Folgendes:

- (1) Bis zu einem Grenzwert (geschützte durchschnittliche Punktmenge je Fall und Quartal) werden die Leistungen des Bema-Teil 1 mit den vereinbarten Punktwerten bzw. mit dem auf der Grundlage von § 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V vom Vorstand der KZV Land Brandenburg festgelegten Verteilungspunktwert vergütet. Überschreiten die durchschnittlichen Fallwerte eines Zahnarztes (Gesamtpunkte des Jahres durch Gesamtfallzahl) die jeweiligen Grenzwerte, besteht oberhalb der Grenzwerte (Punktmenge) kein Anspruch auf Vergütung aller abgerechneten Punktzahlen. Die ausgabenvolumenüberschreitende Punktmenge wird um den Prozentsatz bei jährlicher Betrachtungsweise gekürzt, um den das Budget bei der einzelnen Krankenkasse oder Krankenkassenart, unbeschadet des § 10 Abs. 1, um mehr als 1 % überschritten worden ist.

Der Grenzwert wird auf der Basis der abgerechneten Leistungen aus den Vorquartalen und unter Berücksichtigung der Ausgabenentwicklung an Hand der durchschnittlichen Punktmengen je Fall und Quartal der brandenburgischen Zahnärzte durch den Vorstand nach pflichtgemäßen Ermessen festgestellt und rechtzeitig den Vertragspartnern sowie im Rundschreiben der KZV Land Brandenburg bekannt gegeben.

Bei dieser Punktmengenermittlung werden die Begleitleistungen bei Kieferorthopädie im Sinne des § 29 SGB V nicht berücksichtigt.

- (2) Es ist die durchschnittliche Punktmenge je Fall für den Abrechnungszeitraum getrennt nach
- Zahnärzten,
 - Oralchirurgen und
 - Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen

und für alle gesetzlichen Krankenkassen (eigene und fremde) - ohne sonstige Kostenträger - gemeinsam zu ermitteln. Die Leistungen nach Bema Teil 1 werden ohne die Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen nach § 5 des Verteilungsmaßstabes berücksichtigt.

- (3) Der Vorstand kann die nach den vorgenannten Absätzen 1 und 2 ermittelten Grenzwerte um einen Prozentsatz, der sich nach der Höhe der Überschreitung der durchschnittlichen Fallzahl aller abrechnenden Zahnärzte bei der jeweiligen Krankenkasse bzw. Krankenkassenart gegenüber dem Vorjahreszeitraum richtet, absenken. Dies gilt auch, wenn die Verminderungen der Bezugsgrößen des Gesamtvergütungsvolumens erkennen lassen, dass ein abweichender Prozentsatz gerechtfertigt ist. Dieser Wert ist auf volle Punktzahlen kaufmännisch zu runden.
- (4) Der Vorstand kann auf Antrag des betroffenen Zahnarztes für besondere Fachgruppen mit von den durchschnittlichen Abrechnungswerten erheblich abweichenden Abrechnungsergebnissen, insbesondere überwiegend auf Überweisung tätige Kieferchirurgen und Oralchirurgen, mehr als 40 Prozent chirurgisch tätige Zahnärzte sowie für Vertragszahnärzte, die weniger als vier Quartale an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilgenommen haben und weniger als 200 Fälle abrechnen, gesonderte Grenzwerte je Fall für den Abrechnungszeitraum festlegen, wobei die Relation zwischen den durchschnittlichen Abrechnungswerten der Fachgruppe und der gesonderten Grenzwertfestlegung der generellen Regelung des Verteilungsmaßstabes entsprechen soll.
- (5) Die Abrechnung von Leistungen nach Bema Teil 2 (Kieferbruch, Kiefergelenkserkrankungen) und Bema Teil 4 (PAR-Behandlungen) wird nach Einzelleistungen unter Berücksichtigung der von der VV im Bedarfsfall festgelegten Kontingentgrenze vorgenommen. Wird im Rahmen des Gesamtbudgets das vereinbarte Ausgabenvolumen überschritten, werden abweichend von Absatz 1 die abgerechneten Punkte für die vorgenannten Leistungen hierfür linear um den Prozentsatz gekürzt, um den das vereinbarte Ausgabenvolumen krankenkassen- bzw. krankenkassenartbezogen überschritten worden ist. Ist der Betrag, der sich aus der linearen Kürzung ergibt, höher als der Betrag, der sich aus der individuell festgelegten Kontingentgrenze ergibt, so ist der sich aus der linearen Kürzung ergebende Betrag maßgebend.
- (6) Die von Kieferorthopäden abgerechneten Begleitleistungen (kons.-chir., Röntgenleistungen und Leistungen nach Kiefergelenkserkrankungen) werden nach Einzelleistungen unter Berücksichtigung der von der VV im Bedarfsfall festgelegten Kontingentgrenze vergütet. Wird das vereinbarte Ausgabenvolumen der einzelnen Krankenkasse bzw. Krankenkassenart überschritten, werden abweichend von Absatz 1 die abgerechneten Punkte hierzu linear um den Prozentsatz ge-

kürzt, um den das vereinbarte Ausgabenvolumen krankenkassen- bzw. krankenkassenartbezogen überschritten worden ist. Ist der Betrag, der sich aus der linearen Kürzung ergibt, höher als der Betrag, der sich aus der individuell festgelegten Kontingentgrenze ergibt, so ist der sich aus der linearen Kürzung ergebende Betrag maßgebend.

- (7) Die Abrechnung von Leistungen nach Bema Teil 3 (Kfo mit Ausnahme der Begleitleistungen) wird nach Einzelleistungen unter Berücksichtigung der von der VV im Bedarfsfall festgelegten Kontingentgrenze vorgenommen. Die im Rahmen der Kostenerstattung abgerechneten und von den Krankenkassen gemeldeten Leistungen bezogen auf die Punkte werden ebenfalls, sofern das vereinbarte Ausgabenvolumen der einzelnen Krankenkasse bzw. Krankenkassenart überschritten wird, abweichend von Absatz 1 linear um den Prozentsatz gekürzt, um den das vereinbarte Ausgabenvolumen krankenkassen- bzw. krankenkassenartbezogen überschritten worden ist. Ist der Betrag, der sich aus der linearen Kürzung ergibt, höher als der Betrag, der sich aus der individuell festgelegten Kontingentgrenze ergibt, so ist der sich aus der linearen Kürzung ergebende Betrag maßgebend.
- (8) Wenn die Festlegung des individuellen Grenzwertes im Einzelfall zu einer besonders schweren Härte führen würde, erfolgt die Festlegung des individuellen Grenzwertes durch den Vorstand nach pflichtgemäßem Ermessen.
- (9) Die Grenzwerte nach den vorgenannten Absätzen 1 bis 3 (Punktmenge) für die Gruppe der Zahnärzte werden bei durchschnittlichen Fallzahlen je Abrechnungszeitraum - d. h. Gesamtfallzahl aller vier Quartale dividiert durch 4 - (insgesamt für alle gesetzlichen Krankenkassen)

| Fallzahlen KCH alle Kassen, außer Sonstige Kostenträger (kfm. gerundet) | | Grenzwert Zuschlag/Abschlag |
|--|-------|--------------------------------|
| 1 bis | 45 | + 100 % |
| 46 bis | 175 | + 75 % |
| 176 bis | 305 | + 50% |
| 306 bis | 435 | + 25 % |
| 436 bis | 565 | 0 % |
| 566 bis | 695 | - 5 % |
| 696 bis | 825 | - 7,50 % |
| 826 bis | 955 | - 10 % |
| 956 bis | 1.085 | - 12,50 % |
| 1.086 bis | | - 15 % |

erhöht bzw. abgesenkt (kaufmännisch gerundet).

Zwischen 436 und 565 Fällen findet keine Veränderung des Grenzwertes statt.

- (10) Die Grenzwerte nach den vorgenannten Absätzen 1 bis 3 (Punktmenge) für die Gruppe der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, Oralchirurgen und mehr als 40 Prozent chirurgisch tätige Zahnärzte werden bei durchschnittlichen Fallzahlen je Abrechnungszeitraum - d. h. Gesamtfallzahl aller vier Quartale dividiert durch 4 – (insgesamt für alle gesetzlichen Krankenkassen) wie folgt erhöht bzw. abgesenkt (kaufmännisch gerundet):

| <u>Fallzahlen KCH alle Kassen, außer Sonstige Kostenträger (kfm. gerundet)</u> | <u>Grenzwert Zuschlag/Abschlag</u> |
|--|--|
| 1 bis 45 | + 100 % |
| 46 bis 275 | + 75 % |
| 276 bis 405 | + 50% |
| 406 bis 535 | + 25 % |
| 536 bis 665 | 0 % |
| 666 bis 795 | - 5 % |
| 796 bis 925 | - 7,50 % |
| 926 bis 1.055 | - 10 % |
| 1.056 bis 1.185 | - 12,50 % |
| 1.186 bis | - 15 % |

Zwischen 536 und 665 Fällen findet auch hier keine Veränderung des Grenzwertes statt.

- (11) Die KZV Land Brandenburg veröffentlicht jeweils die sich aus der Abrechnung ergebenden Parameter zur Bestimmung der individuellen Grenzwertbestimmung, damit sich die Zahnärzte in ihrem Behandlungsverhalten bzw. ihrer Praxisorganisation daran orientieren können. Mit der Bekanntgabe der individuellen Grenzwerte ist keine Garantie der KZV Land Brandenburg verbunden. Eine endgültige Bestimmung der je Vertragszahnarzt im Rahmen seiner Grenze bei der Honorarverteilung berücksichtigungsfähigen Punktzahlen erfolgt mit der Abrechnung für das IV. Quartal des Abrechnungszeitraumes.
- (12) Für das ggf. notwendige quartalsbezogene Einbehaltungsverfahren gelten die in dem laufenden Quartal abgerechneten Fälle, unbeschadet der Jahresbetrachtung.

§ 12

Verfahren bei Überschreitung des zulässigen Ausgabenvolumens um mehr als 1 %

- (1) Unter Berücksichtigung der vorgenannten §§ 10 und 11 wird festgelegt, dass durchschnittlich für die über die jeweiligen Grenzwerte (Punktmenge je Fall) hinausgehenden Punkte ein Anspruch nur in der Höhe besteht, wie die Restvergütung dies je Krankenkasse bzw. Krankenkassenart zulässt.

- (2) Wird bei Leistungsabrechnung der individuelle Grenzwert im Sinne des vorgenannten § 11 überschritten, besteht für den Grenzwert überschreitenden Anteil nur ein Anspruch auf eine Restvergütung. Diese errechnet sich nach Erfüllung aller Vergütungsansprüche der der KZV Land Brandenburg verbleibenden Gesamtvergütung.
- (3) Die Kürzung der Restvergütungsforderung ermittelt sich wie folgt:

Zunächst wird der Kürzungsprozentsatz für die Restvergütungsforderung nach folgender Formel festgelegt:

$$\text{Kürzungsprozentsatz- Restvergütung (KPrRV)} = \frac{\text{Gesamtsumme aller Punkte aller Zahnärzte}}{\text{Gesamtsumme aller Überschreitungspunkte der Grenzwerte}} \times \text{Kürzungsprozentsatz in Höhe der Überschreitung des Budgets (-1\%)}$$

Um diesen Kürzungsprozentsatz wird die Restvergütungsforderung, ausgedrückt in Punkten, jedes einzelnen beteiligten Zahnarztes gekürzt.

- (4) Abweichend von den Abrechnungen des Bema-Teils 1 wird bei Überschreitung des zulässigen Ausgabenvolumens für Leistungen nach Bema Teil 3 der jeweiligen Krankenkassen (Krankenkassenwert) für die genannten Leistungsbereiche eine entsprechend quotierte Auszahlung der Vergütung - bezogen auf die zulässige Punktzahl - an die abrechnenden Zahnärzte und Kieferorthopäden vorgenommen; vgl. § 11 Abs. 7.

Die Quotierung erfolgt entsprechend der je Krankenkasse/ Krankenkassenverband festgestellten prozentualen Überschreitung der rechtlich zulässigen anteiligen Gesamtvergütung für diesen Zeitraum.

§ 13

Anrechnung von Honorarkürzungen

- (1) Rückflüsse aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Honorarberichtigungen und Honorarkürzungen aus §§ 95d und 291 SGB V, die auf Grund von Gesamtverträgen bei der KZV Land Brandenburg verbleiben, werden einem Sonderkonto gutgeschrieben.
- (2) Die weiteren Einzelheiten bezüglich der Verwendung der Rückflüsse werden vom Vorstand der KZV Land Brandenburg festgelegt. Gleiches gilt für die Überschreitungen sowie für Unterschreitungen gemäß § 14. Der Vorstand ist berechtigt, auf die Verteilung von Kleinbeträgen bis zur Höhe von 10 Euro im Einzelfall pro Zahnarzt zu verzichten.

§ 14

Ausgabenvolumenausschöpfungsverträge

Sofern am Ende des jeweiligen Abrechnungsjahres sektorale Ausgabenvolumen nicht ausgeschöpft wurden, erfolgt im Rahmen von § 8 des Verteilungsmaßstabes eine

gleichmäßige Verteilung auf alle im gleichen Sektor erfolgten Vergütungen, sofern gesamtvertraglich eine Ausgabenvolumenaussschöpfungsvereinbarung geschlossen worden ist. Gleiches gilt für Verträge mit Kopfpauschalen.

§ 15 Praxisstatus

- (1) Für die Zuordnung der Zahnärzte und angestellten Zahnärzte nach § 11 ist der Zulassungsstatus maßgebend.
- (2) Bei der Ermittlung des individuellen Grenzwertes nach § 11 Abs. 9 und 10 erfolgt die Zuordnung zur jeweiligen Fallzahlgruppe unter Berücksichtigung der angestellten Zahnärzte, Assistenten bzw. nach der Zahl der gleichberechtigten zahnärztlichen Behandler. Nach Herstellung dieser gleichgewichtigen Verteilung ist bei Überschreitung der Verteilungsmaßstabrelevanter Gesamtpunktzahl die nach den Bestimmungen des § 11 erforderliche Honoraranpassung durchzuführen.
- (3) Für die Zuordnung der Praxis nach § 11 ist die Zahl der zahnärztlichen Behandler maßgebend. Die von einer Berufsausübungsgemeinschaft abgerechneten Fälle werden durch die Zahl ihrer Mitglieder geteilt. Bei gemischten Gemeinschaften ist für die Festlegung der Grenzpunktmenge die Gruppenzugehörigkeit der Inhaber zu berücksichtigen.
- (4) Ermächtigte Zahnärzte nach § 24 Z-ZV werden entsprechend ihrem im Beschluss des Zulassungsausschusses genannten Tätigkeitsumfang berücksichtigt.
- (5) Vertragszahnärzte mit Vollzulassung dürfen am Vertragszahnarztsitz bis zu 3 vollzeitbeschäftigte bzw. teilzeitbeschäftigte Zahnärzte in einer Anzahl, welche im zeitlichen Umfang höchstens der Arbeitszeit von drei vollzeitbeschäftigten Zahnärzten entspricht, anstellen. Will der Vertragszahnarzt vier vollzeitbeschäftigte Zahnärzte anstellen, hat er dem Zulassungsausschuss vor der Erteilung der Genehmigung nachzuweisen, durch welche Vorkehrungen die persönliche Praxisführung gewährleistet wird.

Bei Teilzulassung gem. § 19 a Abs. 2 ZV-Z können entweder 1 vollzeitbeschäftigter Zahnarzt bzw. teilzeitbeschäftigte Zahnärzte in einer Anzahl, welche im zeitlichen Umfang höchstens der Arbeitszeit von einem vollzeitbeschäftigten Zahnarzt entspricht, angestellt werden. Will der Vertragszahnarzt mit Teilzulassung gem. § 19a Abs. 2 Zahnärzte-ZV zwei vollzeitbeschäftigte Zahnärzte bzw. teilzeitbeschäftigte Zahnärzte in einer Anzahl, welche im zeitlichen Umfang höchstens der Arbeitszeit von zwei vollzeitbeschäftigten Zahnärzten entspricht, anstellen, hat er dem Zulassungsausschuss vor der Erteilung der Genehmigung nachzuweisen, durch welche Vorkehrungen die persönliche Praxisführung gewährleistet wird.

- (6) Die Anzahl der Behandler erhöht sich durch die Anstellung eines Zahnarztes
- bei einer wöchentlichen Arbeitszeit ≥ 36 Stunden um den Faktor 1,0,
 - bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von ≥ 30 bis < 36 Stunden um den Faktor 0,75,
 - bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von ≥ 18 bis < 30 Stunden um den Faktor 0,5,
 - bei einer wöchentlichen Arbeitszeit ≥ 10 bis < 18 Stunden um den Faktor 0,25.

Eine wöchentliche Arbeitszeit unter 10 Stunden führt nicht zu einer Faktorerhöhung.

- (7) Für die vollzeitige Beschäftigung eines Entlastungs-, Ausbildungs- oder Weiterbildungsassistenten im Sinne der Richtlinien für die Beschäftigung von Assistentinnen und Assistenten sowie Vertreterinnen und Vertretern in der vertragszahnärztlichen Versorgung der KZVLB wird die Zahl der Behandler um 0,25 erhöht. Bei einer Halbtagsbeschäftigung eines Assistenten wird die Zahl der Behandler um 0,125 erhöht.
- (8) Bei nicht ganzjähriger Zulassung oder Teilzulassung eines Praxispartners sowie bei Teilzeit- oder nicht ganzjähriger Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes oder eines Assistenten verringert sich die Quote für die Behandlerzahl entsprechend der Behandlungs- bzw. Beschäftigungszeit nach Abs. 6. Jeder volle Kalendermonat wird mit 1/12 der entsprechenden Quote berücksichtigt. Bei Überhängen (d. h. nicht ganzmonatliche Zulassung oder Beschäftigung) werden diese Zeiten zusätzlich anteilig angerechnet.
- (9) Bei Vertragszahnärzten, die eine Zweigpraxis betreiben, ist § 24 der ZV-Z zu beachten.

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

Die Zahl der Behandler im KZVLB-Bereich verringert sich um den Anteil, den der Vertragszahnarzt in seiner Zweigpraxis im Bereich einer anderen KZV tätig ist.

- (10) Praxisfaktor erhöhende bzw. die Zahl der Behandler senkende Statusänderungen (z.B. Beendigung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit, langandauernde Krankheiten, längere Urlaubszeit und andere Tätigkeitsreduzierungen mit Einfluss auf den Zulassungsstatus etc.) sind der KZVLB unaufgefordert und unverzüglich mitzuteilen. Die der KZV nicht rechtzeitig mitgeteilten praxisfaktor erhöhenden

Statusänderungen finden bei der Honorarverteilung rückwirkend keine Berücksichtigung. Diese Statusänderungen werden frühestens mit dem Tag der Mitteilung wirksam. Statusänderungen, die die Zahl der Behandler senken, werden rückwirkend mit Eintritt der faktischen Statusänderung berücksichtigt.

- (11) Für die medizinischen Versorgungszentren gelten die Absätze 1 bis 10 entsprechend.

§ 16

Flankierende Maßnahmen zur Einhaltung des Ausgabenvolumens

- (1) Zur Verhütung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit eines Zahnarztes erfolgt unter bestimmten Voraussetzungen (Vergütungsbudgetierung) eine individuelle Betrachtung seines Zahlungsanspruches aus der Gesamtvergütung gegenüber der KZV Land Brandenburg.
- (2) Zahnärzte, welche mit ihrer Honorarforderung im Ausgabenvolumenzeitraum ihre individuellen Abrechnungswerte gegenüber dem Vorjahreszeitraum erheblich überschreiten, werden grundsätzlich geprüft.
- (3) Die Prüfung erfolgt in allen Bereichen der vertragszahnärztlichen Versorgung und schließt weder ein gesondertes Prüfverfahren im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung noch gesonderte Betrachtungsweisen im Rahmen des Vorbegutachtungsverfahrens aus.

§ 17

Prüfung der PAR-Fälle bzw. Kieferbruchabrechnung

- (1) Bemessungsgrundlage für die Berechnung des jeweiligen PAR-Monatsausgabenvolumens, Kieferbruchausgabenvolumens bzw. Ausgabenvolumens bei Kiefergelenkserkrankungen ist krankenkassenbezogen das Gesamtvergütungsvolumen für den Bema-Teil 2 (KB-Anteil) und Bema Teil 4 (PAR-Anteil) des Vorjahreszeitraumes. Das Monatsausgabenvolumen bei PAR-, Kieferbruch bzw. Kiefergelenkserkrankungen beträgt 1/12 dieser Bemessungsgrundlage. Diesem Monatsausgabenvolumen werden die Ist-Abrechnungen des einzelnen Zahnarztes der laufenden Monatsabrechnungen gegenübergestellt. Weichen die individuellen Abrechnungswerte des Ausgabenvolumenzeitraumes des Zahnarztes erheblich von dem Vergleichszeitraum ab, und wird gleichzeitig der für die Jahresbetrachtung herangezogene Vergleichszeitraum gemäß Satz 1 allgemein überschritten, ist die Abrechnung einer besonderen Prüfung zu unterziehen.

Im Wiederholungsfalle sind neben der individuellen Beratung durch den Vorstand flankierende Maßnahmen im Sinne des § 16 vorzusehen (Vorlagepflicht, besonderes Gutachterverfahren usw.).

- (2) § 11 Abs. 5 und § 21 Abs. 2 bleiben hiervon unberührt.

§ 18 Kieferorthopädische Leistungen (Kfo)

- (1) Bemessungsgrundlage für die Berechnung des Kfo-Quartalsausgaben-volumens ist krankenkassenbezogen das Gesamtvergütungsvolumen (Anteil an Kfo-Leistungen) des Vorjahreszeitraumes. Das Kfo-Quartalsausgabenvolumen beträgt 1/4 dieser Bemessungsgrundlage. Diesem Quartalsausgabenvolumen werden die Ist-Abrechnungen des einzelnen Kieferorthopäden bzw. kieferorthopädisch tätigen Zahnarztes (künftig Kieferorthopäden) (mehr als 80 % Kfo-Anteil an Praxisumsatz) gegenübergestellt. Weichen die individuellen Abrechnungswerte des Kieferorthopäden im Ausgabenvolumenzeitraum erheblich von den Ist-Abrechnungen des jeweiligen Vergleichs quartals aus dem Vorjahreszeitraum bei den einzelnen Krankenkassen ab und wird gleichzeitig der für die Jahresbetrachtung herangezogene Vergleichszeitraum gemäß Satz 1 allgemein überschritten, ist die Abrechnung einer besonderen Prüfung zu unterziehen. Im Wiederholungsfall sind neben der individuellen Beratung durch den Vorstand flankierende Maßnahmen im Sinne des § 16 vorzusehen (Einreichung der Kfo-Behandlungspläne, Kfo-Gutachtergremium, besonderes Kfo-Gutachterverfahren usw.).
- (2) § 11 Abs. 6, 7 und § 21 Abs. 2 bleiben hiervon unberührt.

§ 19 Fremdzahnärzte

Die Honorarabrechnung und Honorarverteilung bei Zahnärzten mit Sitz außerhalb Brandenburgs mit brandenburgischen Krankenkassen (Fremdzahnarzt abrechnung) richtet sich nach der Richtlinie der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zum Fremdkassenausgleich; der Vorstand kann Überleitungs- bzw. ergänzende Bestimmungen treffen. Bei KZV-übergreifenden überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften ist die Fremdkassenregelung der KZBV in der jeweils geltenden Fassung anzuwenden.

§ 20 Vorbehalt

- (1) Alle Vergütungszahlungen und Abrechnungen im Ausgabenvolumenzeitraum erfolgen jeweils unter dem Vorbehalt der Anerkennung der Vergütungsvereinbarungen durch die Aufsichtsbehörde (§ 71 Abs. 4 SGB V), einer nachträglichen Korrektur aufgrund einer sachlich-rechnerischen oder/und Überprüfung nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot und einer sich aufgrund dieses Verteilungsmaßstabes ergebenden Veränderung. Sie werden nach den vertraglichen Bestimmungen und Terminen sowie nach den vom Vorstand aufgestellten Richtlinien durchgeführt.

- (2) Die Honorarverteilung der Leistungen gemäß § 4 kann bei drohender Überschreitung des vereinbarten Ausgabenvolumens
1. im jeweiligen Quartal durch Einbehaltung erfolgen, soweit mit den Krankenkassen gesamtvertraglich ein entsprechendes Einbehaltungsverfahren vereinbart worden ist; soweit danach eine Einbehaltung erforderlich ist, sind die Vorschriften dieses Verteilungsmaßstabes anzuwenden sowie
 2. unabhängig davon durch einen Ausgleich für das gesamte Kalenderjahr nach den Bestimmungen des Verteilungsmaßstabes, der mit der Abrechnung für das I. Quartal des folgenden Kalenderjahres vorgenommen werden.

Das Einbehaltungsverfahren ist vorläufiger Natur vorbehaltlich des endgültigen Ausgleichsverfahrens.

- (3) Bis zur endgültigen Honorarabrechnung erfolgen alle Honorarzahungen durch die KZV Land Brandenburg als Abschlagszahlungen. Die endgültige Honorarabrechnung wird erst nach Abschluss der Abrechnungen für die Bereiche für den Ausgabenvolumenzeitraum insgesamt ausgewiesen.
- (4) Stellt sich bei der endgültigen Abrechnung für das Kalenderjahr nach Ablauf des IV. Quartals heraus, dass eine Überschreitung des Ausgabenvolumens nicht stattgefunden hat, werden keine Kürzungen vorgenommen. Etwa bereits erfolgte Einbehaltungen sind auszuzahlen. Es bleibt bei dem Punktwert gemäß Bema-Z und den entsprechenden Punktwertvereinbarungen mit den Partnern der Vergütungsverträge.
- (5) Ergibt sich bei der Endabrechnung für das Kalenderjahr eine Überschreitung des vereinbarten Ausgabenvolumens und sind Kürzungen bis dahin nicht erfolgt, wird die Differenz zwischen den bereits gezahlten Vergütungen und dem tatsächlichen Anspruch des Zahnarztes bei der Restzahlung für das IV. Quartal verrechnet. Reicht die Restzahlung nicht aus, um die Überschreitung des Ausgabenvolumens auszugleichen, hat der Zahnarzt die von ihm geschuldeten Beträge innerhalb eines Monats nach Erhalt der Abrechnung über die Restzahlung zu erstatten und die KZV Land Brandenburg kann mit ihrem Anspruch gegen etwaige weitere Vergütungsansprüche des Zahnarztes aufrechnen.
- (6) Liegt eine Überschreitung vor und sind bereits Kürzungen und Einbehaltungen vorgenommen worden, sind diese bei der Restzahlung für das IV. Quartal zu berücksichtigen; sie verbleiben bei der KZV Land Brandenburg. Im Übrigen gilt Abs. 1 entsprechend.
- (7) Das Ausgleichsverfahren bezieht sich auf das gesamte Kalenderjahr hinsichtlich des einzelnen jeweilig abrechnungsberechtigten Zahnarztes einschließlich der Berufsausübungsgemeinschaften.
- (8) Eine etwaige Überschreitung des Ausgabenvolumens wird anhand der vereinbarten Punktwerte festgestellt.
- (9) Die Feststellung erfolgt nach Krankenkassen getrennt entsprechend den gesamtvertraglichen Vereinbarungen.

§ 21 Schlussbetrachtung

- (1) Bei der Durchführung vorstehender Regelungen bleiben Kleinbeträge bis 5,00 Euro im Einzelfall jeweils unberücksichtigt und werden über das Konto "Uneinbringliche Forderungen" ausgebucht.
- (2) Die vorstehenden Regelungen werden für andere Kostenträger entsprechend angewendet.
- (3) Die Bestimmungen dieses Verteilungsmaßstabes sollen so ausgelegt werden, dass unter Berücksichtigung von Art und Umfang der zahnärztlichen Leistungen eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Vergütung unter den Zahnärzten stattfindet. Soweit sich einzelne Regelungen als unwirksam erweisen sollten, sollten die übrigen Bestimmungen davon nicht berührt werden.

Bis zu einer Neuregelung gilt die unwirksame Bestimmung mit ihrem wirksamen Teil weiter, der in entsprechender Anwendung der vorstehenden Grundsätze ergänzt oder durch diese ersetzt wird. Diese finden auch Anwendung, wenn eine Lücke in den Regelungen offenbar wird.

- (4) Soweit die vorstehenden Regelungen keine Sonderbestimmungen enthalten, gelten die gesetzlichen Vorschriften, die allgemeinen Regeln des jeweils gültigen Verteilungsmaßstabes und die vertraglichen Regelungen mit den Partnern der Vergütungsverträge.

§ 22 Wirksamkeit

- (1) Die von der Vertreterversammlung der KZV Land Brandenburg am 27.05.2020 beschlossene Fassung des Verteilungsmaßstabes gilt ab 01.01.2020 für die Verteilung der Vergütung der ab dem 1. Quartal 2020 erbrachten vertragszahnärztlichen Leistungen.
- (2) Sollten sich einzelne Regelungen dieses Verteilungsmaßstabes als unwirksam erweisen, berührt dies nicht die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen

Brandenburger Zahnärzte fühlen sich verhöhnt

Angesichts teils massiver Honorareinbrüche durch ausgebliebene Patientenbehandlungen und wachsender Kosten für Hygiene und Praxisbetrieb ist eine wirtschaftliche Schiefelage zahlreicher Zahnarztpraxen im Land Brandenburg zu befürchten. Doch anders, als es der Name vermuten lässt, handelt es sich bei der Schutzverordnung nicht um eine echte Hilfe in der Not, sondern um ein Darlehen an die KZV mit der Verpflichtung zur vollständigen Rückzahlung an die Krankenkassen in den beiden Folgejahren.

Als besonders enttäuschend betrachten die Zahnärzte die geringe Wertschätzung ihres Engagements. Während über Ärzte und Krankenhäuser ein staatlicher Rettungsschirm aufgespannt wurde, stehen die Zahnärzte nach wie vor ohne Hilfe da, obwohl keine Facharztgruppe den Patienten näherkommt, als das zahnmedizinische Behandlungsteam. Während Ärzten und Psychotherapeuten in dem „Gesetz zum Ausgleich finanzieller Belastungen in Gesundheitseinrichtungen infolge von COVID 19“ ein Schutzschirm in Form von nicht rückzahlbaren Ausgleichszahlungen zugebilligt wurde, hat die Politik den Zahnärzten bewusst - und politisch ausgedrückt gewollt - keinen Platz unter diesem Schutzschirm eingeräumt.

Nach dieser grundsätzlichen Ungleichbehandlung und Benachteiligung der Zahnärzte gab es den Versuch, den Zahnärzten dennoch finanzielle Unterstützung zu gewähren. Allerdings scheiterte dieser Versuch am Widerspruch des Finanzministers Olaf Scholz (SPD), der die Zahnärzteschaft und ihren nachhaltigen Fortbestand zur Versorgungssicherheit im Gesundheitswesen Deutschlands im Gegensatz zu Wirtschaftsunternehmen offenbar nicht als schützenswert ansieht. Vergessen in der Krise, müssen die Zahnärzte aus eigener Kraft herausfinden. Die Brandenburger Zahnärzte folgen ihrer Verantwortung als selbstverwalteter Berufsstand, erwarten aber andererseits eine gesellschaftliche Anerkennung für die in der Krise erbrachten medizinischen Leistungen im Interesse der Versicherten. Einstimmig verabschiedete die Vertreterversammlung der KZV Land Brandenburg deshalb die folgende Resolution:

„Weniger Staat – mehr Eigenverantwortung“

„Die Corona-Pandemie stellt unsere Gesellschaft vor gewaltige Herausforderungen. Die Zahnheilkunde steht auf Grund des spezifischen Arbeitsfeldes mit im Fokus der Gefährdung durch COVID-19. Der Umgang von Bundes- und Landesministerien in der Krise mit unserem Berufsstand, der bundesweit rund 350.000 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer beschäftigt, lässt jedwede Wertschätzung vermissen.

Weder die wirtschaftliche Lage der Praxen nach einem gewaltigen Umsatzeinbruch infolge der allgemeinen Verunsicherung, noch der dringende Bedarf an persönlichen Schutzausrüstungen in unserem Arbeitsfeld finden bei den von der Politik geplanten Maßnahmen Berücksichtigung.



Kassenzahnärztliche Vereinigung
Land Brandenburg
Helene-Lange-Str. 4-5
14469 Potsdam

Vorsitzender des Vorstandes:
Dr. Eberhard Steglich
Telefon: 0331 2977 350
Telefax: 0331 2977 315

Abteilung Kommunikation
Christina Pöschel
Telefon: 0331 2977 337
Telefax: 0331 2977 220
christina.poeschel@kzvlb.de

Internet: www.kzvlb.de

vom 3. Juni 2020

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Land Brandenburg (KZVLB) vertritt als Körperschaft des öffentlichen Rechts die Interessen der brandenburgischen Vertragszahnärzte.

Vorsitzender des Vorstandes Dr. Eberhard Steglich
Tel.: 0331 2977 313
E-Mail: eberhard.steglich@kzvlb.de

Dessen ungeachtet findet in unserem Sektor im Gegensatz zu anderen Fachgebieten weiter die volle Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen im erforderlichen Rahmen statt. Dafür gebührt allen Kolleginnen und Kollegen mit ihren Praxisteams unser aller Dank.

Mit der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung vom 30.04.2020 wird uns ein Schutzschirm angeboten, welcher den Namen nicht verdient. Die Vertreterversammlung der KZVLB verzichtet auf diese sogenannte Hilfe.

Wir werden als Berufsstand unserer gesellschaftlichen Verantwortung gerecht und finden Wege, in Verhandlungen mit unseren Vertragspartnern in der GKV, die durch COVID-19 verursachten finanziellen Engpässe unserer Praxen eigenverantwortlich zu regulieren, ohne die ohnehin angespannten Ressourcen des Systems über diese Verordnung zusätzlich zu strapazieren.

Wir erwarten aber auch, dass unserer Arbeit für die Patienten die nötige Wertschätzung entgegengebracht wird. Insbesondere fordern wir:

- eine Sicherung unserer betrieblichen Rücklagen und keine zusätzlichen Belastungen, wie einmalige Abgaben oder Vermögensabgaben
- Berücksichtigung der stark gestiegenen Kosten und des Aufwandes für Hygienemaßnahmen und Schutzausrüstungen in der Vergütung
- Abbau bürokratischer Belastungen ohne Nutzen für die Patientenversorgung, Schluss mit der Kultur des Misstrauens
- Anerkennung unserer gesellschaftlichen Leistungen und Verantwortung für bundesweit rund 350.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- staatliche Sicherstellung von Maßnahmen für den Katastrophenschutz, wie Versorgung mit persönlichen Schutzausrüstungen für solche Krisen
- Verzicht auf Budgetierungen und Rabattierungen zur Stärkung des Gesundheitssystems, nur wirtschaftlich unabhängige freiberufliche Praxen können eine Versorgung auf hohem Niveau sicherstellen
- ein Bildungssystem, das den gestiegenen Anforderungen der Gesellschaft und damit auch unserem Beruf gerecht wird, welches aber auch von Respekt und Verantwortungsbewusstsein geprägt ist.
- eine stärkere Anerkennung der Familie in unserem Staat, denn gerade in dieser Krise zeigte sich, dass die Familien in kürzester Zeit alle Aufgaben der Kinder- und Pflegebetreuung Angehöriger, der Schulbildung, der beruflichen Verpflichtung übernehmen mussten und dass in der Regel auch weitestgehend unentgeltlich getan haben“

Pressemitteilung

vom 5. Mai 2020

Notwendigen Zahnarztbesuch nicht aufschieben – Hohe Hygienestandards sorgen für Sicherheit der Patienten

Cottbus/Potsdam, 05. Mai 2020 - Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Land Brandenburg (KZVLB) und die Landes Zahnärztekammer Brandenburg (LZÄKB) sehen keine Gründe mehr, aufgrund der Corona-Pandemie einen medizinisch notwendigen Zahnarztbesuch weiterhin aufzuschieben.

Nehmen Sie bitte Ihren routinemäßigen Besuch beim Zahnarzt wahr, Ihre Zähne und Ihr Zahnfleisch werden es Ihnen danken. Denken Sie auch daran, dass, sofern notwendige Behandlungen oder regelmäßige Präventionsmaßnahmen unterbleiben, nicht nur folgenschwere Zahnschäden auftreten können, sondern auch Herzkreislauf-, Nieren- und Lungenerkrankungen sowie Diabetes unmittelbar negativ beeinflusst werden können. Wer über einen längeren Zeitraum nicht zum Zahnarzt geht, riskiert, dass sich sein Gebisszustand verschlechtert.

Gesund im Mund – das stärkt Ihr Immunsystem.

„Mit all diesen Maßnahmen gewährleisten wir in Brandenburg eine sichere zahnärztliche Behandlung“, so der Kammerpräsident Jürgen Herbert und der Vorsitzende des Vorstandes der KZVLB, Herr Dr. Eberhard Steglich.

KZVLB und LZÄKB weisen darauf hin, dass Patienten alle notwendigen Behandlungen durchführen lassen können, ohne Angst vor einer Corona-Infektion zu haben. Gerade in Zahnarztpraxen besteht kein erhöhtes Ansteckungsrisiko, denn Zahnärzte sind Experten in Sachen Hygiene und Patientenschutz:

- Zahnärzte arbeiten seit jeher mit sehr hohen Hygienestandards. Infektionsschutz ist in allen Zahnarztpraxen täglich gelebte Vorsorge



Landeszahnärztekammer
Brandenburg
Parzellenstraße 94
03046 Cottbus

Präsident
Dipl.-Stom. Jürgen Herbert
Telefon: 0355 38148 21
Telefax: 0355 38148 48

Referat Öffentlichkeitsarbeit
Jana Zadow-Dorr
Telefon: 0355 38148 15
Telefax: 0355 38148 48
presse@lzkb.de

Internet: www.lzkb.de



Kassenzahnärztliche Vereinigung
Land Brandenburg
Helene-Lange-Str. 4-5
14469 Potsdam

Vorsitzender des Vorstandes:
Dr. Eberhard Steglich
Telefon: 0331 2977 350
Telefax: 0331 2977 315

Abteilung Kommunikation
Christina Pöschel
Telefon: 0331 2977 337
Telefax: 0331 2977 220
christina.poeschel@kzvlb.de

Internet: www.kzvlb.de

Die Landes Zahnärztekammer Brandenburg (LZÄKB) ist als Körperschaft des öffentlichen Rechts die öffentliche Berufsvertretung für ihre rund 2700 Mitglieder.

Präsident Dipl.-Stom. Jürgen Herbert
Tel.: 0355 38148 21
E-Mail: praesident@lzkb.de

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Land Brandenburg (KZVLB) vertritt als Körperschaft des öffentlichen Rechts die Interessen der brandenburgischen Vertragszahnärzte.

Vorsitzender des Vorstandes Dr. Eberhard Steglich
Tel.: 0331 2977 313
E-Mail: eberhard.steglich@kzvlb.de

- Jede Praxis verfügt über Sterilisationsgeräte für die Aufbereitung der verwendeten Instrumente. Der Arbeitsbereich wird nach jeder Behandlung gründlich desinfiziert, mit Desinfektionsmitteln, die auch das Corona-Virus abtöten.
- Die Einhaltung der entsprechenden Vorgaben des Robert-Koch-Instituts, der LZÄKB und der KZVLB wird durch die Aufsichtsbehörden sowie die zahnärztlichen Körperschaften selbst überwacht und ist Teil des Qualitätsmanagements in jeder Zahnarztpraxis.
- Ein medizinischer Mund-Nasen-Schutz schließt die Weitergabe des Corona-Virus an den Patienten wirksam aus. Kein Patient muss befürchten, dass er sich beim Zahnarzt mit Corona infiziert.
- Die Zahnarztpraxen achten darauf, dass die Wartezeit der Patienten so kurz wie möglich ist und im Wartezimmer besteht ein ausreichender Sicherheitsabstand.



Landes Zahnärztekammer
Brandenburg
Parzellenstraße 94
03046 Cottbus

Präsident
Dipl.-Stom. Jürgen Herbert
Telefon: 0355 38148 21
Telefax: 0355 38148 48

Referat Öffentlichkeitsarbeit
Jana Zadow-Dorr
Telefon: 0355 38148 15
Telefax: 0355 38148 48
presse@lzkb.de

Internet: www.lzkb.de



Kassenzahnärztliche Vereinigung
Land Brandenburg
Helene-Lange-Str. 4-5
14469 Potsdam

Vorsitzender des Vorstandes:
Dr. Eberhard Steglich
Telefon: 0331 2977 350
Telefax: 0331 2977 315

Abteilung Kommunikation
Christina Pöschel
Telefon: 0331 2977 337
Telefax: 0331 2977 220
christina.poeschel@kzvlb.de

Internet: www.kzvlb.de

Die Landes Zahnärztekammer Brandenburg (LZÄKB) ist als Körperschaft des öffentlichen Rechts die öffentliche Berufsvertretung für ihre rund 2700 Mitglieder.

Präsident Dipl.-Stom. Jürgen Herbert
Tel.: 0355 38148 21
E-Mail: praesident@lzkb.de

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Land Brandenburg (KZVLB) vertritt als Körperschaft des öffentlichen Rechts die Interessen der brandenburgischen Vertragszahnärzte.

Vorsitzender des Vorstandes Dr. Eberhard Steglich
Tel.: 0331 2977 313
E-Mail: eberhard.steglich@kzvlb.de

Anlage 10

Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

in der Fassung vom 03.03.2020

Datum des Inkrafttretens: 01.07.2020

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

§ 1 Vertragsgegenstand

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

²Die Einzelheiten werden im Anhang geregelt, der Bestandteil dieses Vertrages ist.

§ 2 Vertragsgrundsätze

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

§ 3 Elektronische Gesundheitskarte

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

aufzunehmen und hat die nach § 291a Abs. 3 SGB V von der gematik gegebenenfalls beschlossenen weiteren Anwendungen zu unterstützen.

- (3) ¹Die im Zusammenhang mit der Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte eingesetzten Komponenten und Dienste der TI (z. B. Kartenterminals, Konnektoren, VPN-Zugangsdienst) haben allen geltenden Vorgaben der gematik zu entsprechen und müssen von der gematik zugelassen sein. ²Die von der gematik hierzu festgelegten Vorgaben sind in der jeweils gültigen Fassung (unter www.gematik.de) Bestandteil dieses Vertrages.
- (4) Spätestens bei der Versendung der elektronischen Gesundheitskarte hat die Krankenkasse die Versicherten umfassend und in allgemein verständlicher Form über deren Funktionsweise einschließlich der Art der auf der elektronischen Gesundheitskarte oder durch die elektronische Gesundheitskarte zu erhebenden, zu verarbeitenden oder zu nutzenden personenbezogenen Daten zu informieren.
- (5) ¹Vor der Erstausgabe der elektronischen Gesundheitskarte an die Versicherten ist jede Krankenkasse verpflichtet, die gematik zu beauftragen, eine Personalisierungsvalidierung gemäß den geltenden gematik-Vorgaben durchzuführen. ²Diese Verpflichtung gilt auch, wenn die Krankenkasse den Kartenpersonalisierer wechselt.
³Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung stellt durch entsprechende Eignungsfeststellungsverfahren sicher, dass elektronische Gesundheitskarten, welche die Personalisierungsvalidierung bestanden haben, von den Praxisverwaltungssystemen akzeptiert werden.
- (6) Die Krankenkasse ist verpflichtet, bei Beendigung des Versicherungsschutzes oder bei einem Krankenkassenwechsel die elektronische Gesundheitskarte einzuziehen oder zu sperren.

§ 4

Ausstattung der Versicherten

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

§ 5

Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte

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

§ 6

Ersatzverfahren aus technischen Gründen

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

§ 7

Ersatzverfahren bei Vorlage eines schriftlichen Anspruchsnachweises

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

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

§ 8

Ersatzverfahren in Sonderfällen

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

§ 9

Schlussbestimmungen

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

§ 10

Salvatorische Klausel

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

Anhang

Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)

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

1. Verfahren bei funktioneller Nutzbarkeit der eGK

1.1 ¹Der Versicherte ist verpflichtet, bei jedem Zahnarztbesuch die eGK oder einen Anspruchsnachweis gemäß § 4 Abs. 2 mitzuführen und auf Verlangen vorzulegen. ²Die eGK ist von dem Zahnarzt bei jeder ersten Inanspruchnahme im Quartal einzulesen.

1.2 ¹Der Zahnarzt überprüft die Identität des Versicherten anhand der auf der eGK aufgetragenen Identitätsdaten. ²Die Überprüfung beschränkt sich auf offensichtliche Unstimmigkeiten zwischen der vorgelegten eGK und der vorliegenden Person hinsichtlich des Alters, des Geschlechts und eines aufgetragenen Lichtbildes.

1.3 ¹Für den automatisierten Versichertenstammdatenabgleich gelten die Regelungen des § 291 Abs. 2b SGB V. ²Die Krankenkassen sind verpflichtet, Dienste anzubieten, mit denen der Zahnarzt die Gültigkeit und die Aktualität der Daten nach § 291 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V bei den Krankenkassen online überprüfen und auf der eGK aktualisieren kann (Versichertenstammdatenmanagement – VSDM). ³Die Dienste sind ab dem in § 291 Abs. 2b SGB V genannten Zeitpunkt zu nutzen. ⁴Die im Rahmen der Nutzung dieser Dienste aktualisierten, abrechnungsrelevanten Daten werden in das PVS übertragen.

2. Ersatzverfahren aus technischen Gründen

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

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

2.2 Diese Angaben gemäß Ziffer 2.1 sind auch zu erheben, wenn bei der aufsuchenden Versorgung kein mobiles Kartenterminal zur Verfügung steht.

3. Ersatzverfahren bei Vorlage eines schriftlichen Anspruchsnachweises

¹Wenn der Patient keine eGK, sondern einen schriftlichen Anspruchsnachweis vorlegt, sind Nummer und Name der Krankenkasse, Name, Vorname, Geburtsdatum und Versichertennummer, das Wohnortkennzeichen und der Wohnort des Versicherten sowie nach Möglichkeit die Postleitzahl des Wohnortes in das PVS aufzunehmen. ²Zusätzlich sind die Befristungsdaten des Anspruchsnachweises einzugeben, sofern vorhanden.

³Der Zahnarzt fertigt eine Kopie des Anspruchsnachweises, die er sich von dem Patienten unterschreiben lässt und die er 4 Jahre in der Praxis – ggf. auch durch geeignete Verfahren in elektronischer Form – aufbewahrt. ⁴Legt der Versicherte im weiteren Verlauf des Quartals eine gültige eGK vor und kann diese eingesehen werden, ist die Abrechnung auf der Basis von deren Daten vorzunehmen.

4. Ersatzverfahren in Sonderfällen

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Verfahren bei Nutzung mobiler Kartenterminals

¹Bei der Nutzung von mobilen Kartenterminals (z. B. bei zahnärztlichen Haus- und Heimbesuchen) werden die Versichertendaten von der eGK eingelesen und später in das PVS des Zahnarztes übertragen. 1.3 findet keine Anwendung. ²Die mobilen Kartenterminals haben den geltenden Vorgaben der gematik zu entsprechen.

³Für mobile Kartenterminals, die durch die gematik mit der Ausprägung „VSDM“ zugelassen wurden und die Ausdrücke erzeugen, können die Angaben im Personalfeld unverändert weiterverarbeitet werden.

Anlage 16

Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 5 SGB V

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

in der Fassung vom 30.03.2020

Datum des Inkrafttretens: 01.07.2020

§ 1

Vertragsgegenstand

¹Diese Vereinbarung regelt die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Durchführung von Videosprechstunden in der vertragszahnärztlichen Versorgung, insbesondere Einzelheiten hinsichtlich der Qualität und der Sicherheit sowie die Anforderungen an die technische Umsetzung. ²Videosprechstunden in der vertragszahnärztlichen Versorgung sind gem. §§ 291g Abs. 5 i. V. m. 87 Abs. 2k SGB V für die Untersuchung und Behandlung von den in § 87 Abs. 2i SGB V genannten Versicherten, von Versicherten, an denen zahnärztliche Leistungen im Rahmen eines Vertrages nach § 119b Abs. 1 SGB V erbracht werden, sowie für Fallkonferenzen mit dem Pflegepersonal oder der Unterstützungsperson vorzusehen. ³Die Videosprechstunde erfolgt als synchrone Kommunikation zwischen einem Vertragszahnarzt und dem Versicherten, dem Pflegepersonal oder der Unterstützungsperson über die zur Verfügung stehende technische Ausstattung, ggf. unter Assistenz, z. B. durch eine Bezugsperson, im Sinne einer Online-Videosprechstunde in Echtzeit, die der Vertragszahnarzt dem Versicherten, dem Pflegepersonal oder der Unterstützungsperson anbieten kann. ⁴Die Vereinbarungspartner sind sich einig, dass die Teilnahme an der Videosprechstunde für alle Teilnehmer freiwillig ist.

§ 2

Bestimmungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit

- (1) ¹Der Videodienstanbieter und der Vertragszahnarzt haben für die Verarbeitung personenbezogener Versichertendaten die rechtlichen Rahmenbedingungen zu beachten, die sich insbesondere aus den Vorschriften der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) und – soweit anwendbar – des Zehnten Sozialgesetzbuches (SGB X) ergeben. ²§ 75b SGB V in der jeweils gültigen Fassung ist zu beachten.
- (2) ¹Im Hinblick auf die Sicherheit der Verarbeitung der Daten hat der Vertragszahnarzt in seinen Räumlichkeiten zu gewährleisten, dass die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen entsprechend Art. 32 DS-GVO eingehalten werden. ²Die Videosprechstunde hat zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden.
- (3) Der Videodienstanbieter ist verantwortlich für die Daten, die bei der Verwendung seines Dienstes verarbeitet werden.

§ 3

Anforderungen an die apparative Ausstattung

¹Die apparative Ausstattung umfasst mindestens folgendes:

- eine Kamera,

- einen Bildschirm (Monitor, Display etc.) mit einer Bildschirmdiagonale von mindestens 3 Zoll und einer Auflösung von mindestens 640x480px,
- ein Mikrofon sowie
- eine Tonwiedergabeeinheit.

²Die Funktionalitäten können auch vollständig oder teilweise in einem Gerät vereint sein. ³Für die Datenübertragung ist eine Bandbreite von mindestens 2000 kbit/s im Download vorzuhalten. ⁴Höhere technische Anforderungen an die apparative Ausstattung können abhängig vom Inhalt der Videosprechstunde notwendig werden.

§ 4

Anforderungen an den Vertragszahnarzt

¹Die Videosprechstunde darf nur von einem Zahnarzt durchgeführt werden. ²Zu Beginn der Videosprechstunde hat auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen zu erfolgen. ³Eine Aufzeichnung der Videosprechstunde ist nicht gestattet. ⁴Der Vertragszahnarzt holt eine Einwilligung des Versicherten in die Datenverarbeitung des genutzten Videodienstbieters ein, die die Anforderungen nach Artikel 9 Absatz 2 lit. a) i. V. m. Artikel 7 DS-GVO erfüllt. ⁵Der Vertragszahnarzt darf für die Videosprechstunde ausschließlich gemäß § 5 zertifizierte Videodienstanbieter nutzen.

§ 5

Anforderungen an den Videodienstanbieter

(1) Der für die Videosprechstunde genutzte Videodienstanbieter muss neben den Anforderungen des § 2 Absatz 1 Satz 1 die folgenden Anforderungen erfüllen:

1. Der Vertragszahnarzt muss sich für den Videodienst registrieren.
2. Der Videodienst muss keinen Zweitzugang vorhalten. Sofern ein Zweitzugang für Praxispersonal möglich ist, darf dieser allein und ausschließlich zu organisatorischen Zwecken im Zusammenhang mit der Videosprechstunde genutzt und mit diesem keine Videosprechstunde durchgeführt werden.
3. Versicherte und Pflegepersonal oder Unterstützungspersonen müssen sich ohne Account anmelden können, der Klarname des Versicherten, des Pflegepersonals oder der Unterstützungsperson soll für den Vertragszahnarzt erkennbar sein. Der Zugang darf nur zum Kontakt mit dem Vertragszahnarzt führen.
4. Der Videodienstanbieter muss gewährleisten, dass der Vertragszahnarzt die Videosprechstunde ungestört, z. B. ohne Signalgeräusche weiterer Anrufer, durchführen kann.
5. Die Übertragung der Videosprechstunde soll über eine Peer-to-Peer-Verbindung zwischen Vertragszahnarzt und Versicherten, dem Pflegepersonal oder der Unterstützungsperson, ohne Nutzung eines zentralen Servers erfolgen.
6. Der Videodienstanbieter muss gewährleisten, dass sämtliche Inhalte der Videosprechstunde während des gesamten Übertragungsprozesses nach dem Stand der Technik Ende-zu-Ende verschlüsselt sind. Der Stand der Technik ergibt sich insbesondere aus der Technischen Richtlinie 02102 des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik in der jeweils aktuell gültigen Fassung.
7. Die eingesetzte Software muss bei Schwankungen der Verbindungsqualität bezüglich der Ton- und Bildqualität adaptiv sein. Die Entscheidung über die Durch- bzw. Fortführung der Videosprechstunde bei abnehmender Ton- und Bildqualität obliegt den Gesprächsteilnehmern. Sofern Konkretisierungen zu den Anforderungen an die bei der Übertragung einzusetzende Technik sowie Bild- und Tonqualität erforderlich

sind, werden diese indikationsbezogen geregelt.

8. Sämtliche Inhalte der Videosprechstunde dürfen durch den Videodienstanbieter weder eingesehen noch gespeichert werden können.
 9. Videodienstanbieter dürfen nur Server in dem Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) nutzen. Alle Metadaten müssen nach spätestens drei Monaten gelöscht werden und dürfen nur für die zur Abwicklung der Videosprechstunde notwendigen Abläufe genutzt werden. Die Weitergabe der Daten ist untersagt.
 10. Die Nutzungsbedingungen müssen vollständig in deutscher Sprache und auch ohne vorherige Anmeldung online abrufbar sein.
 11. Das Schalten von Werbung im Rahmen der Videosprechstunde ist untersagt.
 12. Der Videodienstanbieter muss eine aktuelle Bescheinigung beim GKV-Spitzenverband und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung schriftlich vorgelegt haben, s. Anhang.
- (2) ¹Der Videodienstanbieter muss den Nachweis führen, dass er die Anforderungen an die Gewährleistung der Vertraulichkeit, Integrität und Verfügbarkeit der personenbezogenen Daten (nach a) und b)) sowie die inhaltlichen Anforderungen (nach c) gemäß Absatz 1 Nr. 1 - 11 erfüllt.
- ²Diese Nachweise werden erbracht durch:
- a) Informationssicherheit:
 - (1) ein Zertifikat des Bundesamtes für die Sicherheit in der Informationstechnik oder
 - (2) ein Zertifikat über die technische Sicherheit von einer von der Deutschen Akkreditierungsstelle (DAkKS) akkreditierten Stelle.
 - b) Datenschutz:
 - (1) ein Gütesiegel, das von einer unabhängigen Datenschutzaufsichtsbehörde vergeben bzw. anerkannt wurde oder
 - (2) ein Datenschutzzertifikat von einer von der Deutschen Akkreditierungsstelle (DAkKS) akkreditierten Stelle.
 - c) Inhalte:

ein Zertifikat oder Gutachten oder vergleichbare Bestätigung von einer von der Deutschen Akkreditierungsstelle (DAkKS) akkreditierten Stelle.
- (3) Der Videodienstanbieter muss dem Vertragszahnarzt zum Vertragsabschluss das Vorliegen der Nachweise über die Ausstellung einer Bescheinigung bestätigen, s. Anhang.
- (4) ¹Der GKV-Spitzenverband und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung führen auf ihren Webseiten ein Verzeichnis der Videodienstanbieter, die eine Bescheinigung nach Abs. 1 Ziffer 12 vorgelegt haben. ²Diese Bescheinigung ist zum Ende der Laufzeit der Nachweise erneut vorzulegen.

Protokollnotiz:

Die Vertragspartner sind sich einig, dass die Nachweise gemäß § 5 Absatz 2 dieser Vereinbarung bei ggf. erfolgenden Anpassungen vorerst ihre Gültigkeit behalten und neue Nachweise aufgrund veränderter Anforderungen durch die Videodienstanbieter mit einer Karenzzeit beizubringen sind. Etwaige Karenzzeiten werden zwischen den Vertragspartnern vereinbart.

§ 6 Weiterentwicklung

Sofern sich aus den Erfahrungen mit den Videodiensten nach dieser Vereinbarung der Bedarf

zur Anpassung ergibt, nehmen die Vereinbarungspartner die Verhandlungen wieder auf.

§ 7
Salvatorische Klausel

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

§ 8
Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.07.2020 in Kraft.
- (2) ¹Diese Vereinbarung kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Jahresende ordentlich gekündigt werden. ²Im Fall der Kündigung gelten die Inhalte der gekündigten Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung fort.

Anhang: Bescheinigung des Videodiensteanbieters über die erforderlichen Nachweise gemäß § 5 Absatz 2 Anlage 16 Bundesmantelvertrag-Zahnärzte

Unser Videodienst _____ erfüllt die Anforderungen nach § 5 Absatz 2 Anlage 16 zum Bundesmantelvertrag-Zahnärzte.

Wir sind wie folgt erfolgreich überprüft worden:

a) Informationssicherheit:

- Zertifikat des Bundesamtes für die Sicherheit in der Informationstechnik
- Zertifikat über die technische Sicherheit von einer von der Deutschen Akkreditierungsstelle (DAkkS) akkreditierten Stelle.

Zertifizierende Stelle: _____

Laufzeit des Nachweises: _____

b) Datenschutz:

- Gütesiegel, das von einer unabhängigen Datenschutzaufsichtsbehörde vergeben bzw. anerkannt wurde
- Datenschutzzertifikat von einer von der Deutschen Akkreditierungsstelle (DAkkS) akkreditierten Stelle.

Zertifizierende Stelle: _____

Laufzeit des Nachweises: _____

c) Inhalte:

- Zertifikat oder Gutachten oder vergleichbare Bestätigung von einer von der Deutschen Akkreditierungsstelle (DAkkS) akkreditierten Stelle.

Zertifizierende Stelle: _____

Laufzeit des Nachweises: _____

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Anbieters

Ansprechpartner

Kontaktdaten

2020: 2. Halbjahr

Termine/Ferien/Ereignisse



| Juli | August | September | Oktober | November | Dezember |
|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 1 Mi 27 | 1 Sa | 1 Di 36 | 1 Do | 1 So | 1 Di 49 |
| 2 Do | 2 So | 2 Mi | 2 Fr | 2 Mo RZ II/2020 | 2 Mi |
| 3 Fr | 3 Mo 32 | 3 Do | 3 Sa Tag der Deutschen Einheit | 3 Di 45 | 3 Do Zulassungssitzung |
| 4 Sa | 4 Di | 4 Fr | 4 So | 4 Mi | 4 Fr |
| 5 So | 5 Mi | 5 Sa | 5 Mo 41 | 5 Do | 5 Sa VV der KZVLB |
| 6 Mo 28 | 6 Do | 6 So | 6 Di | 6 Fr | 6 So 2. Advent |
| 7 Di | 7 Fr Annahmestopp Zulassungssitzg. | 7 Mo 37 | 7 Mi | 7 Sa | 7 Mo 50 |
| 8 Mi | 8 Sa | 8 Di | 8 Do | 8 So | 8 Di |
| 9 Do | 9 So | 9 Mi Zulassungssitzg. am 10.09. | 9 Fr | 9 Mo 46 | 9 Mi |
| 10 Fr KFO II/20, ZE, PAR und KB 07/20 | 10 Mo ZE, PAR und KB 08/2020 | 10 Do ZE, PAR und KB 09/2020 | 10 Sa | 10 Di ZE, PAR und KB 11/2020 | 10 Do ZE, PAR und KB 12/2020 |
| 11 Sa | 11 Di 33 | 11 Fr | 11 So | 11 Mi | 11 Fr |
| 12 So | 12 Mi | 12 Sa | 12 Mo KFO III/20, ZE, PAR u. KB 10/20 | 12 Do | 12 Sa |
| 13 Mo KCH II/2020 29 | 13 Do | 13 So | 13 Di KCH III/2020 auch am 12. | 13 Fr | 13 So 3. Advent |
| 14 Di | 14 Fr | 14 Mo 38 | 14 Mi 42 | 14 Sa | 14 Mo 51 |
| 15 Mi 3. AZ II/2020 | 15 Sa | 15 Di 2. AZ III/2020 | 15 Do 3. AZ III/2020 | 15 So | 15 Di 2. AZ IV/2020 |
| 16 Do | 16 So | 16 Mi | 16 Fr | 16 Mo 1. AZ IV/2020 47 | 16 Mi |
| 17 Fr | 17 Mo 1. AZ III/2020 | 17 Do | 17 Sa | 17 Di | 17 Do |
| 18 Sa | 18 Di Sommerempfang | 18 Fr | 18 So | 18 Mi | 18 Fr |
| 19 So | 19 Mi 34 | 19 Sa | 19 Mo 43 | 19 Do | 19 Sa |
| 20 Mo 30 | 20 Do | 20 So | 20 Di | 20 Fr 30. Brandenburgischer | 20 So 4. Advent |
| 21 Di | 21 Fr | 21 Mo 39 | 21 Mi | 21 Sa Zahnärztetag, Cottbus | 21 Mo 52 |
| 22 Mi | 22 Sa | 22 Di | 22 Do | 22 So | 22 Di |
| 23 Do | 23 So | 23 Mi ZE/PAR-Gutachtertagung | 23 Fr | 23 Mo | 23 Mi |
| 24 Fr | 24 Mo 35 | 24 Do | 24 Sa Gesundheitsmesse | 24 Di 48 | 24 Do Heiligabend |
| 25 Sa | 25 Di | 25 Fr | 25 So Cottbus | 25 Mi | 25 Fr 1. Weihnachtstag |
| 26 So | 26 Mi | 26 Sa | 26 Mo | 26 Do | 26 Sa 2. Weihnachtstag |
| 27 Mo 31 | 27 Do | 27 So | 27 Di | 27 Fr | 27 So |
| 28 Di | 28 Fr | 28 Mo 40 | 28 Mi 44 | 28 Sa | 28 Mo 53 |
| 29 Mi | 29 Sa | 29 Di | 29 Do Annahmestopp Zulassungssitzg. | 29 So 1. Advent | 29 Di |
| 30 Do Zahlg. ZE, PAR, KB 6/2020 | 30 So | 30 Mi Zahlg. ZE, PAR, KB 8/2020 | 30 Fr Zahlg. ZE, PAR, KB 9/2020 | 30 Mo Zahlg. ZE, PAR, KB 10/2020 | 30 Mi Zahlg. ZE, PAR, KB 11/2020 |
| 31 Fr RZ I/2020 | 31 Mo Zahlg. ZE, PAR, KB 7/2020 | | 31 Sa Reformationstag | | 31 Do Silvester |

Einreichungstermine

Abschlags- u. Restzahlung (AZ u. RZ)

Bei ZE und PAR Sofortauszahlung tägliche Einreichung bis spätestens 10:00 Uhr möglich! Die genannten Termine sind Endtermine. (Einreichung KFO jeweils am 10. des neuen Quartalmonats, Einreichung ZE, PAR und KFB am 10. des laufenden Monats Einreichung, KCH jeweils am 12. des neuen Quartalsmonats). Die Fortbildungs- u. Workshoptermine sind hier nicht aufgeführt. Zu finden im Internet unter: www.kzvlb.de/Praxisnews/Veranstaltungen.

Veranstaltungen/Messen KZVLB

Patientenberatung KZVLB

Termine/Sitzungen KZVLB

Ferien Land Brandenburg



Absender:

 Name, Vorname

 Straße, Hausnummer

 Postleitzahl, Ort

 E-Mail

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

Tel.-Nr.: 0331 2977-440, oder -441
Fax-Nr.: 0331 2977-446
E-Mail: info@kzvlb.de

Bestellung von Schutzausrüstung

Hiermit bestelle ich verbindlich:

| | | |
|---|---|--|
| FFP2-Masken im 5-er Pack (entspricht 4,17 € inkl. USt. pro Stück) 20,85 inkl. Ust. | FFP2-Masken im 50-er Pack (entspricht 4,17 € inkl. USt. pro Stück) 208,50 inkl. Ust. | Visier/e* zum Stückpreis von 13,33 € inkl. USt. |
| | | |

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Gesamtpreis für die Bestellung von dem Honorarkonto meiner unten ausgewiesenen Abrechnungsnummer abgebucht wird.

 Datum

 Abrechnungs-Nr.

 Stempel/Unterschrift