

VORSTANDSINFORMATION

Amtliches Mitgliederrundschreiben gemäß § 27 der Satzung der KZVLB



Land Brandenburg

Vorstand:

Dr. Eberhard Steglich, Vorsitzender
Dr. Heike Lucht-Geuther, Stellv. Vorsitzende
Ass. iur. Rouven Krone, 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 Ärztebank eG
IK: 210 500 766
IBAN: DE50 3006 0601 0003 0726 06
BIC: DAAEDEDXXX

Nr. 4/2024

Potsdam, 11.04.2024

An die
Zahnärztinnen und Zahnärzte
im Land Brandenburg

Sehr verehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

in unserem Mitgliederrundschreiben informieren wir Sie über:

- 2. - Aktualisierung der Druckausgabe - Handbuch der KZVLB**
- 2.1 - Klarstellende Information zur unterstützenden Parodontitistherapie**
- 2.3 - Nachträgliche Änderung der ZE-Zuschusshöhe (Bonus/Härtefall)**
 - 46. Änderungsvereinbarung zum BMV-Z**
- 3.1 - Übermittlung des Institutionskennzeichens (IK) der Pflegeeinrichtung bei der Abrechnung von Besuchen im Rahmen eines Kooperationsvertrages**
- 3.2.5 - Bekanntgabe der Grenzwerte für das Jahr 2024 gemäß §§ 11 und 12 Verteilungsmaßstab der KZVLB**
- 4. - Vertreterversammlung der KZV Land Brandenburg am 15. Mai 2024**

Anlagen

- Punktwertübersicht Primär- u. sonst. Fremdkassen ab 01.01.2024
- Genehmigungsverfahren ZE-Wiederherstellungsmaßnahmen/-Erweiterungen

Der Praxis-Podcast für April 2024 ist online unter www.kzvlb.de.

- Änderung des Leistungsgesetzes für Asylbewerber
- Refinanzierung defekter TI-Komponenten
- Vorsicht bei zusätzlichen Aufschlägen und Kosten durch Dentallabore
- Gas- und Fernwärme - wieder mit 19% MwSt. abgerechnet
- Fortbildungspunkte: Fünf-Jahreszeitraum am 30.06.2024
- Politik - Die Europawahl und deren Auswirkungen auf Ihren Beruf
- Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung im Gesundheitswesen ist in Kraft

Freundliche Grüße
Ihr Vorstand der KZVLB

Dr. Eberhard Steglich
Vorsitzender des Vorstandes

Dr. Heike Lucht-Geuther
Stellv. Vorsitzende des Vorstandes

Ass. iur. Rouven Krone
Mitglied des Vorstandes

AKTUALISIERUNG DER DRUCKAUSGABE – HANDBUCH DER KZVLB

Nachfolgend erhalten Sie einen Überblick über alle Handbuch-Inhalte, die sich seit August 2023 (nach der letzten Aktualisierung im Rundschreiben 14/2023) geändert haben.

Rubrik	Kurzbezeichnung	Stand bzw. Inkrafttreten
	Inhaltsverzeichnis	01.01.2024
	Inhaltsverzeichnis – Druckversion	01.01.2024
Handbuch Teil I		
I-1	SGB V	
I-7	Verteilungsmaßstab der KZVLB	01.01.2023
I-17	Reise- und Entschädigungskostenordnung I der KZVLB	31.08.2023
II-5	Festzuschuss-Richtlinie	01.01.2024
Handbuch Teil II		
III-1.1	Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z) (<i>ggf. Verweis auf III-3</i>)	20.02.2024
III-2.1	Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z) (<i>ggf. Verweis auf III-3</i>)	
III-3	Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z)	
III-1.3.8	Vereinbarung über das Prothetik-Einigungsverfahren (PK)	01.09.2023
III-3.1.1	BEMA-Z	01.07.2023
III-3.1.2	Elektronische Gesundheitskarte, Telematik und IT Anlage 11c BMV-Z: EBZ-Erstausrüstung/Pauschalen	01.01.2024
III-3.1.3	Gutachter-Vereinbarungen - Anlage 4: Impl-Vereinbarung - Anlage 5: Impl-Vereinbarung - Anlage 6: Impl-Vereinbarung - Anlage 7: Impl-Vereinbarung	20.02.2024 20.02.2024 20.02.2024 01.02.2024
III-3.1.5	Formular-Vereinbarungen - Anlage 14a BMV-Z: Formulare - Anlage 14b BMV-Z: Ausfüllhinweise zu Formularen - Anlage 14c BMV-Z: elektr. Formulare - Anlage 14d BMV-Z: Ausfüllhinweise zu elektr. Formularen <i>Vordruck e01 (eAU)</i> <i>Vordruck e01 (Erläuterungen/Ausfüllhinweise)</i> – wurden neu in Anlage 14c/d eingefügt	20.02.2024
Handbuch Teil III		
IV-1	KZBV-BMVg (Bundeswehr) Vergütungsvereinbarung 2024	01.01.2024
IV-2	KZBV-BMI (Bundespolizei) Vergütungsvereinbarung 2024	01.01.2024
IV-3	Unfallversicherungsträger - Abkommen 2024 KZBV-DGUV-SVLFG	01.01.2024
V-2	BEL-II-Höchstpreisliste Land Brandenburg	01.01.2024
V-3	Krebsregister-Meldevergütung-Vereinbarung	01.02.2024

Das aktuelle Handbuch der KZVLB finden Sie auf unserer Homepage unter <https://www.kzvlb.de/recht-vertraege/handbuch/> (Passwort erforderlich).

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

KLARSTELLENDEN INFORMATION ZUR UNTERSTÜTZENDEN PARODONTITIS-THERAPIE

Information vonseiten der Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses für zahnärztliche Leistungen zur unterstützenden Parodontitistherapie. Der GKV-Spitzenverband wird die Krankenkassen gleichlautend informieren.

Ergänzend zu den aktuellen Schulungen der KZVLB informieren wir Sie hiermit zum KZBV-Rundschreiben "Klarstellende Information zur unterstützenden Parodontitistherapie"

"Mit Inkrafttreten der Erstfassung der PAR-Richtlinie und des dazugehörigen Beschlusses des Bewertungsausschusses für die zahnärztlichen Leistungen zum 01.07.2021 wurde die unterstützende Parodontitistherapie (UPT) neu in die vertragszahnärztliche Versorgung aufgenommen. In der Zwischenzeit hat sich herausgestellt, dass aus den derzeitigen Formulierungen nach § 13 Abs. 3 der PAR-Richtlinie unterschiedliche Leistungsansprüche der Versicherten hinsichtlich der Anzahl der erbring- und abrechenbaren UPT-Leistungen resultieren können. Um einen für alle Versicherten einheitlichen Leistungsanspruch zu gewährleisten, bedarf es daher einer Anpassung der PAR-Richtlinie. Bis zu deren Anpassung sind bei der Ermittlung der Anzahl der tatsächlich erbring- und abrechenbaren UPT-Leistungen (ohne präjudizielle Wirkung) die nachfolgend aufgeführten Punkte zu beachten:

Die im konkreten Einzelfall tatsächlich erbring- und abrechenbaren UPT-Leistungen ergeben sich aus den insoweit vorrangigen Richtlinienbestimmungen anhand des dort verbindlich vorgegebenen Zeitraums der UPT-Maßnahmen von zwei Jahren, der Frequenzen je Kalenderjahr und der einzuhaltenden Mindestabstände zwischen den einzelnen Leistungen.

In den Gründen zum Beschluss des Bewertungsausschusses zur Umsetzung der neuen PAR-Therapie gemäß PAR-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sind zu BEMA-Nr. UPT regelhaft antizipierte Frequenzen formuliert worden, die für die Kalkulation herangezogen wurden, aber keine verbindlichen Ober- oder Untergrenzen festlegen.

Weitere praktische, nicht pauschal antizipierbare Umstände wie Schwierigkeiten bei der Terminfindung oder das Ausfallen von Sitzungen, können ebenfalls Einfluss auf die tatsächlich erbring- und abrechenbaren UPT-Leistungen haben. Zum letztgenannten Punkt wird rein klarstellend darauf hingewiesen, dass ausgefallene UPT-Sitzungen nicht dazu führen können, dass dieselbe Leistung im Folgezeitraum doppelt erbracht und abgerechnet wird."

NACHTRÄGLICHE ÄNDERUNG DER ZE-ZUSCHUSSHÖHE (BONUS/HÄRTEFALL)

Seit dem Start des Elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens erhielten wir zahlreiche Anfragen zum Thema Bonusfestsetzung durch die Krankenkassen. In diesem Zusammenhang hatte der Vorstand der KZVLB u. a. die AOK Nordost zum kasseninternen Prüfprocedere befragt und nachfolgende Antwort erhalten.

Wie erfolgt die ZE-Härtefallprüfung bei der AOK Nordost?

„In der Vergangenheit ist die Härtefallprüfung wie gesetzlich geregelt nur erfolgt, wenn Versicherte einen Antrag auf Härtefall gestellt haben.

Im BMV-Z Anlage 14d, eFormular 3 ist u.a. angegeben, dass im Feld „Zuschusshöhe“ die voraussichtliche Zuschusshöhe anhand der Einträge im Bonusheft bzw. der Informationen im PVS des Zahnarztes anzugeben ist: 60 %, 70 % oder 75 %. Dies gilt auch für den Fall, dass das Vorliegen eines Härtefalls vermutet wird. Im Feld „Härtefall“ ist ein „Ja“ einzutragen, wenn nach Einschätzung des Zahnarztes ein Härtefall vorliegen könnte.

Demnach prüfen wir dann als Krankenkasse, ob die Voraussetzungen erfüllt sein könnten und versenden einen Härtefallantrag an den Versicherten. Sofern unsere interne Prüfung ergeben hat, dass ein Härtefallanspruch besteht, wird der maximale Festzuschuss gleich berücksichtigt.

Aus technischen Gründen können wir nur so verfahren, dass der Vertragszahnarzt abwarten muss, ob der Versicherte Anspruch auf den maximalen Festzuschuss hat. Ist dies nicht möglich, muss der Versicherte zunächst von den zu tragenden Kosten ohne Härtefall ausgehen, so dass die Behandlung ohne Wartezeit begonnen werden kann. Reicht der Versicherte den Antrag ausgefüllt ein und besteht ein Härtefallanspruch, senden wir einen neuen Antwortdatensatz an den Zahnarzt (mit der geänderten Zuschusshöhe und der ursprünglichen Antragsnummer).

Aus unserer Sicht sollte die Versorgungsnotwendigkeit mit Zahnersatz nicht von einem positiven Härtefallbescheid abhängig sein.

Wir versuchen aktuell eine technisch einfachere Lösung umzusetzen und werden Sie entsprechend informieren.“

Ergänzend zu den Ausführungen der Krankenkasse weisen wir darauf hin,

- dass unabhängig von der (lt. § 11 Nr. 20 der Anlage 15 BMVZ optionalen) Härtefallkennzeichnung auf dem Heil- und Kostenplan auch der Versicherte selbst die entsprechende Härtefallprüfung bei seiner Krankenkasse beantragen kann,
- dass der Zahnarzt im Antragsverfahren für eine falsche Angabe der Festzuschusshöhe in Prozent nicht haftbar gemacht werden kann, wenn die Krankenkasse bei der Prüfung des Antrags eine andere Höhe der Festzuschüsse feststellt
- und dass die von der Krankenkasse im ersten Antwortdatensatz festgelegte prozentuale Zuschusshöhe nachträglich nur nach oben hin geändert werden kann.

Vorsicht bei genehmigungsfreien Wiederherstellungen

Im Falle von genehmigungsfreien Wiederherstellungsmaßnahmen empfehlen wir Ihnen dringend, erst nach ausdrücklicher Prüfung der Einträge im Bonusheft die Angabe der

Zuschusshöhe im Heil-und Kostenplan und die entsprechende Abrechnung vorzunehmen. Sollte kein vollständiger Bonusnachweis vorliegen, beschränkt sich die Zuschusshöhe auf 60 %.

Eine Übersicht zu Genehmigungsverfahren bei ZE-Wiederherstellungsmaßnahmen haben wir diesem Rundschreiben als Anlage beigefügt.

Antwortdatensatz der Kasse mit niedrigerem Bonus als beantragt

Sofern Krankenkassen nach Prüfung des eingegangenen Antragsdatensatzes einen Antwortdatensatz mit geänderter niedrigerer prozentualer Festzuschusshöhe an die Zahnarztpraxis übermitteln, obliegt es dem Versicherten, unter Vorlage des lückenlosen Bonushefts Widerspruch bei seiner Krankenkasse einzulegen.

Erkennt die Krankenkasse den Nachweis an, wird sie eine nachträgliche Änderung der Zuschusshöhe (höherer Bonus/Härtefall) in ihrem System vornehmen. Die Zahnarztpraxis erhält von der Krankenkasse einen neuen Antwortdatensatz mit geänderter Zuschusshöhe und der ursprünglichen Antragsnummer.

Die von einigen Kassen zunächst vorgenommene Bonusprüfung allein anhand der abgerechneten BEMA-Nr. 01 ist u. E. nicht korrekt und wird gegenwärtig auf Bundesebene zwischen KZBV und GKV-Spitzenverband erörtert. Sobald hier ein Ergebnis vorliegt, werden wir Sie darüber informieren.

Keine Korrektur bei Zuschusserhöhung nach erfolgter Abrechnung

Gelegentlich kommt es vor, dass die Datensatzänderung mit der Zuschusserhöhung (Bonus/Härtefall) deutlich später als die Erstgenehmigung erfolgt, so dass zwischenzeitlich die Eingliederung abgeschlossen und der Heil- und Kostenplan bereits abgerechnet wurde.

Achtung: Sobald die Abrechnung an uns übermittelt wurde, ist eine nachträgliche Korrektur der Bonushöhe seitens der KZVLB nicht mehr möglich!

Erreicht Sie also die Mitteilung über eine Zuschusserhöhung erst nach Ihrer Abrechnung, informieren Sie bitte Ihren Patienten entsprechend und verweisen ihn zwecks Auszahlung des Differenzbetrages an seine Krankenkasse.

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

46. ÄNDERUNGSVEREINBARUNG ZUM BMV-Z

Im Rahmen der sehr umfangreichen 46. Änderungsvereinbarung zum BMV-Z wurden Regelungen zum Antrags- und Genehmigungsverfahren bei Zahnarzt- bzw. Kassenwechsel getroffen, neue und aktualisierte Ausfüllhinweise zu den Vordrucken und eFormularen vereinbart sowie Anpassungen der EBZ-Grundsatzvereinbarung und zahlreiche redaktionelle Änderungen (meist zum Wegfall der Hinweise zum alten Papierverfahren) vorgenommen. Zudem ist der Katalog kieferorthopädischer Mehrleistungen und Zusatzleistungen als Anlage B in den BMV-Z aufgenommen worden.

Die meisten Regelungen gelten seit **20.02.2024** (Inkrafttreten am Tag nach der Unterzeichnung der Änderungsvereinbarung).

Über weitere Festlegungen (z. B. die Bestimmungen zum Zahnarzt- und Kassenwechsel im PAR-Bereich), welche aufgrund der technisch erforderlichen Vorlaufzeit im EBZ erst zum 01.01.2025 in Kraft treten, werden wir Sie zu einem späteren Zeitpunkt informieren.

Hier zunächst die aktuellen Änderungen und Hinweise:

(Zum besseren Verständnis haben wir die aktuellen Vertragstexte vollständig kursiv dargestellt und nicht unbedingt die Änderungen, sondern einige Schlagworte fett hervorgehoben.)

Überweisungen

Die Änderungsvereinbarung stellt klar, dass **Überweisungen alle Angaben des Personalienfelds lt. Anlage 14b BMV-Z** (auch die **ZANR**), den **Grund der Überweisung** sowie **Stempel und Unterschrift des Vertragszahnarztes** enthalten müssen. Überweisungen nach Muster 16 können weiterhin auf dem rosa Rezeptformular oder als EDV-Ausdruck (auf weißem Papier) vorgenommen werden.

Ziffer 2.3 der Anlage 1 zum BMV-Z:

„Überweisungen erfolgen auf dem Arzneiverordnungsblatt, das aufgrund des Bundesmantelvertrags-Ärzte vereinbart wird. Die Überweisung muss die in Anlage 14b BMV-Z vorgegebenen Angaben zum Personalienfeld sowie zum Grund der Überweisung enthalten. Die Überweisung ist mit Unterschrift und Stempel des Vertragszahnarztes zu versehen. Überweisungen können unter Beachtung der Angaben nach Satz 2 individuell mittels EDV gestaltet werden.“

Weitere Informationen zum Thema Überweisungen finden Sie auf unserer Homepage unter:

<https://www.kzvlb.de/recht-vertraege/vertragshinweise/ueberweisungen/>

KBR: Kieferbruch-Anzeige (KBR)

Ziffer 3.1.2. Satz 2 der Anlage 1 BMV-Z:

„Die geplante Behandlung ist vom Vertragszahnarzt der Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen; die Anzeige umfasst auch die Leistungen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der durchzuführenden Behandlung erfolgen und unter „Vorgesehene Behandlung“ einzutragen sind (z. B. Verbandsplatten, Schienungen oder Aufbissbehelfe, die für die Behandlung erforderlichen konservierend-chirurgischen Leistungen).“

KFO: Kennzeichnung digital, Abrechnung bei Therapieänderung, Regelungen bei Zahnarztwechsel, Kassenwechsel, Therapieänderung Anlage B mit KFO-Mehr- und Zusatzleistungen

In Anlage 1 BMV-Z wurden folgende Regelungen neu aufgenommen:

„4.3.4 **Vorbereitende Maßnahmen gemäß BEMA-Nr. 7 a, die digital erfolgen**, sind zusätzlich mit dem Buchstaben „D“ zu kennzeichnen.

4.3.5 Abrechnung bei Therapieänderung

Im Falle einer Therapieänderung sind diejenigen Leistungen, die innerhalb des laufenden Quartals vor dem Datum der Genehmigung der Therapieänderung erbracht wurden, auf den ursprünglichen Behandlungsplan hin abzurechnen. Auf den Therapieänderungsplan hin sind diejenigen Leistungen abzurechnen, die innerhalb des laufenden Quartals ab dem Datum der Genehmigung der Therapieänderung erbracht wurden.

Leistungen nach den BEMA-Nrn. 119/120, die innerhalb des laufenden Quartals der Genehmigung der Therapieänderung erbracht wurden, können entweder auf den ursprünglichen Behandlungsplan oder den Therapieänderungsplan hin abgerechnet werden.“

Ziffer 4.3.6 neu ab **01.07.2024**: Regelung zur **Abrechnung bei Zahnarztwechsel mit Einstieg in die KFO-Behandlung**; u. a. Klarstellung, dass im Quartal des Wechsels die Abrechnung des Abschlags bezogen auf den Versicherten nur einmal erfolgen darf.

Hier: Wegen Änderungsbedarf des BEMA-Prüfmoduls **Inkrafttreten zum 01.07.2024**.

In Anlage 4 BMV-Z wurden folgende **KFO-Regelungen** zum Zahnarzt- bzw. Kassenwechsel sowie zur Therapieänderung neu aufgenommen:

„(4) **Wechselt der Versicherte während der Behandlung den Vertragszahnarzt**, ist vom neuen Vertragszahnarzt entweder ein **Antrag mit Neuplanung** (Neuaufnahme des Behandlungsfalls) zu stellen **oder eine Planübernahme** (Einstieg in die laufende Behandlung) auf Grundlage des der Krankenkasse bereits vorliegenden Behandlungsplans des vorherigen Vertragszahnarztes zu beantragen. Der vorherige Vertragszahnarzt stellt dem neuen Vertragszahnarzt auf Anforderung die benötigten Unterlagen (bspw. Kopie) bzw. Ausdruck des Antrags mit Angabe der Abschlagsnummer, über die letztmals abgerechnet wurde, Röntgenbilder oder Modelle), ggf. über den Versicherten, zur Verfügung.

In Fällen, in denen in die laufende Behandlung eingestiegen wird, erstellt der neue Vertragszahnarzt einen eigenen Antrag mit Verweis auf die Antragsnummer des zuletzt genehmigten Antrags und unter Angabe der Daten zum Versicherten, zur Krankenkasse und zur Praxis sowie der Angabe des Kennzeichens „Einstieg in die Behandlung“ und des Quartals, in dem der Einstieg in die Behandlung erfolgt sowie der Leistungen aus dem zuletzt genehmigten Antrag, die ab dem Einstieg in die Behandlung erbracht werden. Eine im Zusammenhang mit dem Einstieg in die Behandlung geplante Therapieänderung oder Verlängerung muss im Nachgang an den Antrag zum Behandlungseinstieg separat beantragt werden. Entsprechendes gilt für die Mitteilung über zusätzlich erforderliche Leistungen.

Der Antrag auf Behandlungseinstieg erfolgt durch Übermittlung des entsprechenden Datensatzes gemäß § 9 der Anlage 15 BMV-Z. Die Krankenkasse informiert den neuen Vertragszahnarzt mit einem Antwortdatensatz gemäß § 14 der Anlage 15 BMV-Z über die Genehmigung des Antrags auf Einstieg in die Behandlung; eine erneute inhaltliche Prüfung der Behandlungsplanung findet insoweit nicht statt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 und 3 entsprechend.

(5) **Wechselt der Versicherte während der Behandlung die Krankenkasse**, informiert die vorherige Krankenkasse den Vertragszahnarzt über den Zeitpunkt des Erlöschens des Leistungsanspruchs des Versicherten. Dies erfolgt mittels eines Widerrufs (Antwortdatensatz gemäß § 14 der Anlage 15 BMV-Z mit Verarbeitungskennzeichen „Beendigung einer Genehmigung durch die Krankenkasse wegen Ende des Leistungsanspruchs“).

Der Vertragszahnarzt vermerkt dies in seinem System und fordert den Versicherten beim nächsten Termin in der Praxis auf, den neuen Anspruchsnachweis vorzulegen.

Der Vertragszahnarzt übermittelt den von der vorherigen Krankenkasse zuletzt genehmigten Behandlungsplan unter zusätzlicher Angabe des Institutionskennzeichens der vorherigen Krankenkasse, des Kennzeichens „Krankenkassenwechsel“ und des Abschlags, bis zu dem mit der vorherigen Krankenkasse abgerechnet wird, unverzüglich an die neue Krankenkasse. Die neue Krankenkasse teilt dem Vertragszahnarzt die Kostenübernahme und das Quartal des Anspruchsbeginns über einen Antwortdatensatz gemäß § 14 der Anlage 15 BMV-Z mit; eine erneute inhaltliche Prüfung der Behandlungsplanung findet insoweit nicht statt.

Die laufende Behandlung muss nicht unterbrochen werden. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 3 entsprechend.

*(6) Bei einer **Therapieänderung** erstellt der Vertragszahnarzt einen **neuen Behandlungsplan unter Angabe der Leistungen, die ab der Genehmigung der Therapieänderung erbracht werden sollen**, zur Vorlage bei der Krankenkasse. Diese erfolgt über einen neuen Antragsdatensatz gemäß § 9 der Anlage 15 BMV-Z als Änderungsantrag mit Verweis auf die ursprüngliche Antragsnummer. Die Krankenkasse meldet dem Vertragszahnarzt, ob sie die Therapieänderung genehmigt oder ablehnt. Dies erfolgt durch einen Antwortdatensatz für den neuen Antragsdatensatz gemäß § 14 der Anlage 15 BMV-Z.*

Bei Genehmigung bleibt die Leistungszusage der Krankenkasse für den ursprünglichen KFO-Behandlungsplan bis zum Genehmigungsdatum der Therapieänderung bestehen; dessen unbeschadet bleibt die Zusage für Leistungen nach den BEMA-Nrn. 119/120 bis zum Ende des Quartals bestehen, in dem die Genehmigung der Therapieänderung erfolgt.“

Anlage B zum BMV-Z

Der **Katalog kieferorthopädischer Mehrleistungen und Zusatzleistungen** wurde formal als **Anlage B** in den BMV-Z aufgenommen.

ACHTUNG – Hinweis zur

KFO-Therapieänderung / Mitteilung über zusätzlich erforderliche Leistungen:

Bitte verwechseln Sie den Antrag auf KFO-Therapieänderung (im KFO-Behandlungsplan eFormular 4a) nicht mit der „Mitteilung über zusätzlich erforderliche Leistungen“ (eFormular MIT 6). Die Nutzung des falschen Datensatzes führt zur Beendigung des zuvor genehmigten Antrags sowie zu Problemen bei der Abrechnung und erfordert eine aufwändige technische Rückabwicklung.

Daher bitten wir Folgendes zu beachten:

Bei einem Antrag auf KFO-Therapieänderung sind alle Leistungen anzugeben, die ab Genehmigung der Therapieänderung erfolgen.

Davon zu unterscheiden sind Leistungen, die (ohne Therapieänderung zu sein) über die ursprünglich geplanten hinausgehen. Derartige zusätzliche Leistungen sind der Krankenkasse mit dem Datensatz „Mitteilung über zusätzlich erforderliche Leistungen“ mitzuteilen.

**PAR: Überweisung CPT, UPT-Verlängerung,
Abrechnung bei Zahnarztwechsel mit Einstieg in die Behandlung,
Abrechnung CPT bei Überweisung**

§ 1 Abs. 3 und 4 der Anlage 5 BMV-Z erhielten folgenden Wortlaut:

*„(3) Stellt sich nach Abschluss der antiinfektiösen Therapie (geschlossenes Vorgehen – AIT) im Rahmen der Befundevaluation heraus, dass eine **chirurgische Parodontitistherapie***

April 2024

*(offenes Vorgehen – CPT) an einzelnen Parodontien erforderlich ist, so ist deren Durchführung vom Vertragszahnarzt der Krankenkasse im zeitlichen Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung bzw. der Überweisung des Versicherten zur Durchführung der CPT an einen anderen Vertragszahnarzt zur Kenntnis zu geben. Die Kenntnisgabe erfolgt durch Zusendung eines **Mitteilungsdatensatzes** gemäß § 12 der Anlage 15 BMV-Z. Im Falle der **Überweisung** sind dem die CPT durchführenden Vertragszahnarzt, ggf. über den Versicherten, die Röntgenbilder, eine **Kopie bzw. ein Ausdruck des vollständigen PAR-Status** sowie eine **Dokumentation der Ergebnisse der Befundevaluation (BEV a)** auszuhändigen. Die Überweisung erfolgt **schriftlich**; es gilt Ziffer 2.3 der Anlage 1 BMV-Z.*

*(4) Die Genehmigung bzw. die Kostenübernahmeerklärung gemäß Absatz 2 Satz 1 und 2 schließt Maßnahmen der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) für einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren ein. Eine **Verlängerung der UPT-Maßnahmen** über diesen Zeitraum hinaus ist vom Vertragszahnarzt möglichst **zeitnah nach Erbringung der letzten UPT-Leistung** bei der Krankenkasse zu beantragen. Dies erfolgt durch einen Verlängerungsantrag gemäß § 10a der Anlage 15 BMV-Z. Die Verlängerung darf in der Regel einen Zeitraum von sechs Monaten nicht überschreiten; der Verlängerungszeitraum beginnt mit dem Tag der Kostenübernahmeerklärung, frühestens am Tag nach Ablauf der zweijährigen UPT-Phase zu laufen. Die Bestimmungen über die zeitlichen Mindestabstände zwischen den einzelnen UPT-Maßnahmen gemäß § 13 der PAR-Richtlinie und gemäß BEMA-Nr. UPT sind über den zweijährigen UPT-Zeitraum hinaus bis zum Ende des Verlängerungszeitraums zu beachten. Im Übrigen gelten die Regelungen von Absatz 2 sinngemäß.“*

In Anlage 1 BMV-Z wurden folgende Regelungen aufgenommen:

„5.2.2. Abrechnung bei einem Vertragszahnarztwechsel mit Einstieg in die Behandlung

Bei einem Vertragszahnarztwechsel rechnet der vorherige Vertragszahnarzt alle parodontologischen Leistungen ab, die bis zum Zeitpunkt des Vertragszahnarztwechsels bei dem jeweiligen Versicherten erbracht wurden. Der neue Vertragszahnarzt rechnet alle Leistungen ab, die ab dem Einstieg in die Behandlung bei dem jeweiligen Versicherten erbracht wurden.

5.3. Abrechnung chirurgische Parodontitistherapie (CPT) bei Überweisung

In Fällen, in denen der Versicherte zur Durchführung der CPT an eine andere Praxis überwiesen wird, rechnet der die chirurgische Parodontitistherapie durchführende Vertragszahnarzt die erbrachten Leistungen nach den BEMA-Nrn. CPT a und CPT b ab.

Bei der Abrechnung ist zusätzlich die Zahnarztnummer des überweisenden Vertragszahnarztes anzugeben. Die Abrechnung der BEMA-Nr. BEV durch den die Überweisung annehmenden Vertragszahnarzt ist ausgeschlossen.“

ZE: Zahnarzt-Wechsel, Änderungsantrag

§ 1 Abs. 4 und 5 (neu) der Anlage 6 BMV-Z erhielten folgenden Wortlaut:

*„(4) **Wechselt der Versicherte während der Behandlung den Vertragszahnarzt**, ist vom **neuen Vertragszahnarzt** grundsätzlich ein **Antrag mit Neuplanung** (Neuaufnahme des Behandlungsfalls) zu stellen. Es gelten die Absätze 1 bis 3 entsprechend.*

*(5) Bei **nachträglichen Änderungen des Befunds oder der tatsächlich geplanten Versorgung** ist der Krankenkasse ein **neuer HKP als Änderungsantrag mit Verweis auf die ursprüngliche Antragsnummer** zur Neufestsetzung des Zuschusses zu übermitteln. Die Krankenkasse meldet dem Vertragszahnarzt, ob sie den Änderungsantrag genehmigt oder ablehnt. Im Falle einer Zustimmung widerruft sie die Genehmigung für den ursprünglichen Antrag. Dies erfolgt durch einen Antwortdatensatz für den neuen Antragsdatensatz und einen Widerruf für den ursprünglichen Datensatz gemäß § 14 der Anlage 15 BMV-Z“*

Änderungen in den Formular- und eFormular-Vereinbarungen, Ausfüllhinweise Anlagen 14a, 14b, 14c, 14d BMV-Z

Anlage 14a Formulare:

Der Vordruck e01 (elektr. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung) wurde aus Anlage 14a in Anlage 14c überführt, das Muster 1 gestrichen und die Hinweise angepasst.

Anlage 14b: Erläuterungen und Ausfüllhinweise zu den Formularen

In der Anlage 14b, Teil A, wurden die Vorgaben zum Personalienfeld um einen Hinweis zur Angabe im Feld für die Zahnarzt Nummer bei Assistenten und in ermächtigten Einrichtungen beschäftigten Zahnärzten ergänzt.

Teil B erhielt Ausfüllhinweise zu Vordruck 3e (Direktabrechnung Zahnersatz), eine Klarstellung zum Ausstellungsdatum bei Vordruck 5e (PAR bei Versicherten nach § 22a SGB V) sowie eine Ergänzung der Ausfüllhinweise zu Muster 2 (Verordnung von Krankenhausbehandlung) aufgrund der Krankenhausbegleitungs-Richtlinie.

Anlage 14c: Elektronische Formulare (eFormulare)

Die Anlage 14c wurde um die Abbildung des eFormulars 5d (Antrag auf Verlängerung der UPT) ergänzt. Zudem wurden die Abbildungen aller anderen eFormulare aktualisiert und damit auf den Stand 01.10.2023 gebracht.

Anlage 14d: Erläuterungen und Ausfüllhinweise zu den eFormularen

Das Vorwort der Anlage 14d erhielt einen ergänzenden Hinweis zur Nutzung der per Stylesheet ausgedruckten eFormulare, z. B. in Störfällen.

Die Ausfüllhinweise zu den eFormularen 2 (Kieferbruch, Kiefergelenkerkrankung), 3 (HKP) und 4 (KFO) wurden aktualisiert, diejenigen zu den eFormularen 5a (PAR-Status Blatt 1), 5b (PAR-Status Blatt 2), 5e (Anzeige PAR § 22a SGB V) und MIT 8 (Mitteilung über eine chirurgische Therapie) erstmalig aufgenommen.

Grundsatzvereinbarung EBZ – Anlage 15 BMV-Z

Die Anlage 15 erhielt **redaktionelle Änderungen und Anpassungen** aufgrund der zwischenzeitlich erfolgten Weiterentwicklung des EBZ bzw. der Technischen Anlage.

Zudem wurden die bisherigen **Störfallregelungen** zu vor und nach der Einführungsphase des EBZ vereinheitlicht und § 18 der Anlage 15 BMV-Z erhielt folgenden Wortlaut:

„Regelungen für Störfälle

In Fällen, in denen eine digitale Übermittlung des elektronischen Antrags aufgrund technischer Störungen nicht möglich ist, kann der Vertragszahnarzt bei medizinisch sofort notwendigen Versorgung (insbesondere im Bereich Zahnersatz) einen mittels Stylesheet nach Anlage 14c BMV-Z erzeugten papiergebundenen, unterschriebenen Ausdruck des Behandlungsplans an die Krankenkasse versenden. Eine nach Behebung der Störung zusätzliche Übermittlung des Antrags in elektronischer Form findet nicht statt.

Änderungsanträge, Mitteilungen o. Ä., die auf den ursprünglich als Ausdruck übermittelten Antrag Bezug nehmen, sind elektronisch zu übermitteln.“

Die 46. Änderungsvereinbarung sowie den aktuellen BMV-Z (Stand 20.02.2024), u. a. mit allen Formularen, eFormularen und zugehörigen Ausfüllhinweisen, finden Sie im Handbuch der KZVLB oder unter <https://www.kzvb.de/bundesmantelvertrag.1223.de.html>

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

ÜBERMITTLUNG DES INSTITUTIONSKENNZEICHENS (IK) DER PFLEGEEINRICHTUNG BEI DER ABRECHNUNG VON BESUCHEN IM RAHMEN EINES KOOPERATIONSVETRAGES

Hat Ihre Vertragszahnarztpraxis einen Kooperationsvertrag mit einer Pflegeeinrichtung nach § 119b SGB V abgeschlossen, muss das 9-stellige Institutionskennzeichen (IK) der Pflegeeinrichtung mit den Abrechnungsfalldaten zur KZVLB mitübertragen werden. Wie Sie das IK in Ihre Praxissoftware einpflegen, wird Ihnen Ihr Softwareanbieter erläutern können. Sollte Ihnen das IK zum jeweiligen Kooperationsvertrag nicht bekannt sein, können Sie dieses direkt von der Pflegeeinrichtung oder auch telefonisch bzw. per E-Mail von der KZV LB erhalten. Haben Sie mehrere Kooperationsverträge mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen, sind demzufolge auch mehrere IKs in Ihre Praxissoftware zu pflegen und die Besuche den entsprechenden Pflegeeinrichtungen zuzuordnen.

René Leo, Telefon: 0331 2977-150, rene.leo@kzvlb.de oder abrechnung@kzvlb.de

Ihre Ansprechpartnerin zu KCH-Abrechnungsfragen:

Barbara Ulrich, Telefon: 0331 2977-145, abrechnung.kch@kzvlb.de

BEKANNTGABE DER GRENZWERTE FÜR DAS JAHR 2024 GEMÄSS §§ 11 UND 12 VERTEILUNGSMASSTAB DER KZVLB

Der Vorstand der KZV Land Brandenburg hat sich mit der Entwicklung der Abrechnungen des Kalenderjahres 2023 und hier insbesondere mit den durchschnittlich abgerechneten Punktwerten der im Land Brandenburg gebildeten Zahnarztgruppen (Zahnärzte, Oralchirurgen und Mund- Kiefer und Gesichtschirurgen) befasst.

Auch im vergangenen Jahr haben sich keine gravierenden Änderungen für die im Land Brandenburg gebildeten Zahnarztgruppen im Vergleich zu den Vorjahren ergeben. Die bisherigen Grenzwerte tragen auch weiterhin dem Solidarcharakter Rechnung.

Der Vorstand hat insofern nachfolgende Grenzwerte für das Jahr 2024 beschlossen:

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

Damit ergeben sich für die Vertragszahnärzte im Land Brandenburg im Vergleich zu den Vorjahren keine Veränderungen.

Bis zu dem sich aus o. g. Tabelle ergebenden Gesamtgrenzwert (geschützte durchschnittliche Punktmenge je Fall und Quartal) werden die **Leistungen mit den vereinbarten Punktwerten bzw. mit dem auf der Grundlage von § 85 Abs. 4 SGB V vom Vorstand der KZV Land Brandenburg festgelegten Verteilungspunktwert vergütet.**

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.**

Für die über die jeweiligen Grenzwerte (Punktmenge je Fall) hinausgehenden Punkte besteht ein Anspruch nur in der Höhe, wie die Restvergütung dies je Krankenkasse bzw. Krankenkassenart zulässt. Das Verfahren zur Ermittlung der Restvergütung ist in § 12 Abs. 3 Verteilungsmaßstab der KZVLB geregelt.

Bei der Ermittlung des individuellen Grenzwertes nach § 11 Abs. 9 und 10 des Verteilungsmaßstabs der KZV Land Brandenburg erfolgt die Zuordnung zur jeweiligen Fallzahlgruppe unter Berücksichtigung der angestellten Zahnärzte, Assistenten bzw. nach der Zahl der gleichberechtigten zahnärztlichen Behandler (§ 15 des Verteilungsmaßstabes der KZV Land Brandenburg).

Die abgerechneten Fälle werden insofern durch die Zahl der Behandler geteilt, wobei die Zahl der Behandler bei der Beschäftigung eines Entlastungs-, Ausbildungs- oder Weiterbildungsassistenten in Vollzeit um 0,25 und bei einer Halbtagsbeschäftigung um 0,125 erhöht wird.

Bei Angestellten ist die Erhöhung der Anzahl der Behandler abhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit. Die Anzahl der Behandler erhöht sich bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von

- ≥ 36 Stunden um den Faktor 1,0
- ≥ 30 bis < 36 Stunden um den Faktor 0,75
- ≥ 18 bis < 30 Stunden um den Faktor 0,5
- ≥ 10 bis < 18 Stunden um den Faktor 0,25.

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

Für Rückfragen steht Ihnen der Vorstand der KZV Land Brandenburg sowie Frau Isensee-Werth (Tel.: 0331 2977-412) gern zur Verfügung.

Marion Isensee-Werth 0331 2977-412, marion.isensee-werth@kzvlb.de

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KZV LAND BRANDENBURG AM 15. MAI 2024

Die nächste Vertreterversammlung findet am 15. Mai 2024 um 15.00 Uhr im KZV-Gebäude, Helene-Lange-Straße 4a, 14469 Potsdam statt.

Die Vertreterversammlung ist für Mitglieder der KZV Land Brandenburg öffentlich. Mitglieder, die an dieser Sitzung teilnehmen möchten, bitten wir, zur Planung aufgrund der räumlich eingeschränkten Gegebenheiten sich bei der Abteilung Recht & Qualität (E-Mail: recht@kzvlb.de) spätestens bis zum 10. Mai 2024 anzumelden.

Ass. iur. Janosch Kuner, LL.M., Telefon: 0331 2977-338, recht@kzvlb.de

Punktwertübersicht ab 01.01.2024 (Primär- u. sonst. Fremdkassen) in Euro*Alle Aktualisierungen nach RS 3/2024 sind fett gedruckt!*

KZV	Nr.		Primärkassen	Freie Heilfürsorge Landespolizei, Feuerwehr
Baden- Württemberg	02	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 1,2636 <u>BKK</u> : 1,2605 <u>IKK</u> : 1,2248 <u>SVLFG</u> : 1,2279 <u>Knappschaft</u> : 1,2252	1,2235
		IP/FU	<u>AOK</u> : 1,3755 <u>BKK</u> : 1,3619 <u>IKK</u> : 1,3053 <u>SVLFG</u> : 1,3084 <u>Knappschaft</u> : 1,3058	1,3019
Niedersachsen	04	KCH, PAR, KB	1,2572	1,2500
		IP/FU	1,3453	1,3278
Rheinland-Pfalz	06	KCH, PAR, KB	1,1578 KB: 1,0043	1,3813
		IP/FU	1,2781 <u>SVLFG</u> : 1,3222	1,3813
Bayerns	11	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 1,2230 <u>BKK</u> : 1,2611 <u>IKK</u> : 1,2617 <u>Knappschaft</u> : 1,2643 <u>SVLFG</u> : 1,2692	1,3813
		IP/FU	<u>AOK</u> : 1,3517 <u>BKK</u> : 1,4367 <u>IKK</u> : 1,4310 <u>Knappschaft</u> : 1,4373 <u>SVLFG</u> : 1,4786	1,4732
Nordrhein	13	KCH, PAR, KB	1,2339	1,2339
		IP/FU	1,4036	1,4036
Hessen	20	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 1,2042 <u>BKK</u> : 1,2044 <u>IKK</u> : 1,2042 <u>SVLFG</u> : 1,2731 <u>Knappschaft</u> : 1,2375	1,2364
		IP/FU	<u>AOK</u> : 1,2781 <u>BKK</u> : 1,2786 <u>IKK</u> : 1,2783 <u>SVLFG</u> : 1,3845 <u>Knappschaft</u> : 1,3247	1,3218
Berlin	30	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 1,2387 <u>BKK</u> : 1,2407 <u>IKK</u>: 1,2294 <u>Knappschaft</u> : 1,1922 <u>SVLFG</u> : 1,2349	1,1902
		IP/FU	<u>AOK</u> : 1,3775 <u>BKK</u> : 1,3783 <u>IKK</u>: 1,3724 <u>Knappschaft</u> : 1,3277 <u>SVLFG</u> : 1,3963	1,3103
Bremen	31	KCH, PAR, KB	1,1817	1,1806
		IP/FU	1,2586	1,2586
Hamburg	32	KCH, PAR, KB	1,2332	1,2825
		IP/FU	1,3633	1,3459

Fortsetzung der Punktwertübersicht 2024 (Primär- u. sonst. Fremdkassen)

KZV	Nr.		Primärkassen	Freie Heilfürsorge Landespolizei, Feuerwehr
Saarland	35	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 1,1832 <u>BKK</u> : 1,1769 <u>SVLFG</u> : 1,1867 <u>IKK</u> : 1,1800 <u>Knappschaft</u> : 1,1785	-
		IP/FU	<u>AOK</u> : 1,2772 <u>BKK</u> : 1,2609 <u>SVLFG</u> : 1,2715 <u>IKK</u> : 1,2642 <u>Knappschaft</u> : 1,2457	-
Schleswig-H.	36	KCH, PAR, KB	1,2675	-
		IP/FU	<u>BKK, Knappschaft</u> : 1,3323 <u>AOK, SVLFG</u> : 1,2879 <u>IKK</u> : 1,3323	-
Westf.-Lippe	37	KCH, PAR, KB	1,2638	1,2638
		IP/FU	1,3525	1,3525
Mecklenburg/ Vorpommern	52	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 1,2303 <u>BKK</u> : 1,2669 <u>IKK Nord-Die Innovationskasse</u> : 1,2349 <u>IKK WOP</u> : 1,2343 <u>Knappschaft</u> : 1,2290 <u>SVLFG</u> : 1,2349	1,2902
		IP/FU	<u>AOK</u> : 1,3100 <u>BKK</u> : 1,3597 <u>IKK Nord-Die Innovationskasse</u> : 1,3585 <u>IKK WOP</u> : 1,3585 <u>Knappschaft</u> : 1,3300 <u>SVLFG</u> : 1,3963	1,2902
Sachsen-Anhalt	54	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 1,1946 <u>BKK</u> : 1,2495 <u>IKK</u> : 1,2205 <u>Knappschaft</u> : 1,1961 <u>SVLFG</u> : 1,2349	1,2089
		IP/FU	<u>AOK</u> : 1,3168 <u>BKK</u> : 1,3976 <u>IKK</u> : 1,3717 <u>Knappschaft</u> : 1,3199 <u>SVLFG</u> : 1,3963	1,3426
Thüringen	55	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 1,2666 <u>BKK</u> : 1,2145 <u>IKK</u> : 1,2116 <u>Knappschaft</u> : 1,2111 <u>SVLFG</u> : 1,2349	1,2183
		IP/FU	<u>AOK</u> : 1,4605 <u>BKK</u> : 1,3651 <u>IKK</u> : 1,3500 <u>Knappschaft</u> : 1,3552 <u>SVLFG</u> : 1,3963	1,3834
Sachsen	56	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 1,2666 <u>BKK</u> : 1,2450 <u>IKK</u> : 1,2450 <u>Knappschaft</u> : 1,2326 <u>SVLFG</u> : 1,2349	1,2203
		IP/FU	<u>AOK</u> : 1,4605 <u>BKK</u> : 1,4231 <u>IKK</u> : 1,3846 <u>Knappschaft</u> : 1,4278 <u>SVLFG</u> : 1,3963	1,3994

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.

Genehmigungsverfahren ZE-Wiederherstellungsmaßnahmen/-Erweiterungen

Krankenkasse/Kostenträger	Bonusnachweis vorhanden	Kein Bonusnachweis vorhanden oder ein fehlender Bonuseintrag	Härtefälle
IKK Brandenburg und Berlin *	<ul style="list-style-type: none"> • Ohne Genehmigung • Abrechnung gemäß nachgewiesener Bonusstufe: Festzuschuss 70% (5-Jahre-Bonus) bzw. Festzuschuss 75% (10-Jahre-Bonus) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ohne Genehmigung • Abrechnung erfolgt mit einfachem Festzuschuss (60%) oder • der Versicherte lässt Festzuschuss von Krankenkasse feststellen 	<ul style="list-style-type: none"> • Genehmigung (vor Abrechnung) durch die Krankenkasse/ den Kostenträger erforderlich • Zuschuss wird von der Krankenkasse/dem Kostenträger festgesetzt
BKK Landesverband Mitte *			
Knappschaft *			
SVLFG *			
vdek	<ul style="list-style-type: none"> • Ohne Genehmigung • Abrechnung gemäß nachgewiesener Bonusstufe: Festzuschuss 70% (5-Jahre-Bonus) bzw. Festzuschuss 75% (10-Jahre-Bonus) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ohne Genehmigung • Abrechnung erfolgt mit einfachem Festzuschuss (60%) oder • der Versicherte lässt Festzuschuss von Krankenkasse feststellen 	
AOK Nordost *			
ZAB/Asyl – Behandlungsschein	– entfällt (siehe Härtefälle) –		
Sozialamt/Asyl – Beh.-schein	– entfällt (siehe Härtefälle) –		
Krankenkasse/Asyl – eGk „9“	– entfällt (siehe Härtefälle) –		<ul style="list-style-type: none"> • Bis 200 € ohne Genehmigung
Polizei Land Brandenburg	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Bonusregelung • Festzuschuss 100 % (wie Härtefälle) – aber ohne vorherige Genehmigung von Wiederherstellungen/Erweiterungen nach Befund-Nrn. 6.0 - 6.10, 7.3, 7.4, 7.7 sowie 1.4, 1.5 in Kombination mit 6.8 		
Bundespolizei			

Gilt für die Akutversorgung von unaufschiebbaren Wiederherstellungen, die nicht Gegenstand von Gewährleistungsansprüchen sind:

- bei Regelversorgungen **6.0 - 6.10** (wiederherstellungs- und erweiterungsbedürftiger Zahnersatz / Ausnahme: **6.10** bei AOK und vdek genehmigungspflichtig) und
- bei Regelversorgungen **7.3, 7.4 und 7.7** (Wiederherstellungen von Suprakonstruktionen) sowie
- bei im Zusammenhang mit Wiederherstellungsmaßnahmen notwendigen Stiftaufbauten nach Befund-Nrn. **1.4 und 1.5**.

Achtung: Unterfütterungen bei Interimsprothesen bitte genehmigen lassen!

* Regelung gilt für Versicherte mit Wohnort im Land Brandenburg