

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

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

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

Bitte beachten Sie auch folgende Änderungen:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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