

**Bundesmantelvertrag - Zahnärzte  
(BMV-Z)**

Die

**Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., in Köln**  
einerseits

und der

**Bundesverband der Ortskrankenkassen, K.d.ö.R. in Bonn**  
**Bundesverband der Betriebskrankenkassen, K.d.ö.R. in Essen**  
**Bundesverband der Innungskrankenkassen, K.d.ö.R. in Bergisch-Gladbach**  
**Bundesverband der landw. Krankenkassen, K.d.ö.R. in Kassel**

andererseits,

vereinbaren gemäß § 368 g Abs. 3 RVO den nachstehenden Bundesmantelvertrag  
(BMV-Z) über den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge



# Bundemantelvertrag - Zahnärzte (BMV-Z)

## INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
§ 1	Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages ..... 7
§ 2	Umfang der kassenzahnärztlichen Versorgung ..... 7
§ 3	Leistungen außerhalb der kassenzahnärztlichen Versorgung ..... 8
§ 4	Rechte und Pflichten des Kassenzahnarztes ..... 8
§ 5	Aufzeichnungen ..... 9
§ 6	Sprechstundenbehandlung, Zweigpraxis ..... 9
§ 7	Besuchsbehandlung ..... 10
§ 8	Krankenversichertenkarte ..... 10
§ 8a	Zuzahlung nach § 28 Absatz 4 SGB V ..... 11
§ 9	Behandlungsfall ..... 13
§ 10	Überweisungen ..... 13
§ 10 a	Ermächtigung zur Durchführung kieferorthopädischer Behandlungen im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung ..... 14
§ 10 b	Ermächtigung von Zahnärzten aus Mitgliedsstaaten der EG zur Erbringung von Dienstleistungen ..... 14
§ 11	Verordnung von Krankenhauspflege ..... 15
§ 12	Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit, Vertrauensärztlicher Dienst ..... 15
§ 13	Ausschuss für Untersuchungs- und Heilmethoden ..... 16
§ 14	Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen Grundsatz der Wirtschaftlichkeit ..... 16
§ 15	Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Sprechstundenbedarf ..... 17
§ 16	Auskünfte, Bescheinigungen ..... 17
§ 17	Vordrucke zur Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung, edv-mäßige Erstellung der Abrechnung ..... 18
§ 18	Verzeichnis der an der kassenzahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte ..... 18
§ 19	Rechnungsprüfung durch die KZV, Beratung des Kassenzahnarztes ..... 19
§ 20	Prüfungseinrichtungen, Grundsätze für die Prüfung ..... 19
§ 21	Prüfungseinrichtungen bei Pauschalvergütung ..... 20
§ 22	Prüfungseinrichtungen bei Einzelleistungsvergütung ..... 20
§ 23	Prüfung der Verordnungsweise, Feststellung des sonstigen Schadens ..... 21
§ 24	Begleichung von Schadenersatzansprüchen ..... 21
§ 25	Stationäre kassenzahnärztliche Behandlung ..... 22
§ 26	Kassenzahnärztliche Vergütung ..... 22
§ 27	Zusammenstellung der Abrechnungsergebnisse durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung ..... 22
§ 28	Prüfung der Abrechnungsunterlagen ..... 23
§ 29	Mitteilung über Disziplinarverfahren ..... 23
§ 30	Vertragsausschuss ..... 23
§ 31	Eigeneinrichtungen der Krankenkassen ..... 23
§ 32	Inkrafttreten ..... 24
§ 33	Kündigung ..... 24

## INHALTSVERZEICHNIS (Fortsetzung)

Seite

Vereinbarung über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe):.....	25
Beschluss des Bundesschiedsamtes für die vertragszahnärztliche Versorgung vom 13.12.1993 zur Gewährleistung bei Füllungen und Zahnersatz .....	29
Vertrag über den Datenträgeraustausch (DTA).....	30
Vereinbarung .....	42
über Ausnahmefälle für Suprakonstruktionen gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V .....	42
Vereinbarung über regelungsbedürftige Tatbestände im Zusammenhang mit der Einführung des Euro zum 01. Januar 2002 .....	43
Erklärung über die Abrechnung von Material- und Laborkosten .....	47

## INHALTSVERZEICHNIS (Fortsetzung)

Seite

Anlage 1	Richtlinien für die Erteilung und den Widerruf der Zustimmung zur Ausübung kassenzahnärztlicher Tätigkeit in einer Zweigpraxis	48
Anlage 2	Bestimmungen über die Gestaltung und die Ausfüllung der Planungs- und Abrechnungsvordrucke und die edv-mäßige Erstellung der Abrechnung	49
Anlage 3	Vereinbarung zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen nach § 87 Abs. (1a) SGB V über die Versorgung mit Zahnersatz	63
Anlage 4	Verfahrensordnung (§ 22 Abs. 6 BMV-Z)	69
Anlage 5	Vereinbarung über die Bildung einer Technischen Kommission	75
	Beschlüsse der Technischen Kommission	78
Anlage 6	Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei kieferorthopädischen Maßnahmen	79
Anlage 7 a	Vereinbarung über das Verfahren bei der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und Kiefergelenkserkrankungen	83
Anlage 8	Kieferorthopädischer Behandlungsplan	85
Anlage 9	Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei Behandlungen von Parodontopathien	87
Anlage 10 a	Parodontalstatus -Blatt 1-	91
Anlage 10 b	Parodontalstatus -Blatt 2-	92
Anlage 11	<i>nicht besetzt</i>	
Anlage 12	Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen	93
Anlage 13 a	Auftrag zur Begutachtung	100
Anlage 13 b	Begutachtung prothetischer Behandlungen	103
Anlage 13 c	Begutachtung kieferorthopädischer Behandlungen	106
Anlage 14	Vereinbarung über das Gutachterverfahren für implantologische Leistungen	107
Anlage A	Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gem. § 87 Abs. 2 und 2d SGB V (einschl. Abrechnungsbestimmungen)	} <b>Sonderdruckstück</b>
Allgemeine Bestimmungen		
Teil 1:	Konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen	
Teil 2:	Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels	
Teil 3:	Kieferorthopädische Leistungen	
Teil 4:	Systematische Behandlung von Parodontopathien	
Teil 5:	Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen	
Anlage B	Zuordnung der Leistungs-Nummern von Teil 1 und 2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zu numerischen Leistungs-Nummern	



## Bundesmantelvertrag-Zahnärzte

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Köln,  
- einerseits -

und

der Bundesverband der Ortskrankenkassen, K.d.ö.R., Bonn-Bad Godesberg,  
Bundesverband der Betriebskrankenkassen, K.d.ö.R., Essen,  
Bundesverband der Innungskrankenkassen, K.d.ö.R., Berg. Gladbach,  
Bundesverband der landw. Krankenkassen, K.d.ö.R., Kassel,  
- andererseits -

vereinbaren gemäß § 368 g Abs. 3 RVO den nachstehenden  
Bundesmantelvertrag (BMV-Z) über den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge:

### § 1

#### Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages

(1) Dieser Vertrag regelt die kassenzahnärztliche Versorgung (§ 368 Abs. 1 und 2 RVO), die den Berechtigten gegenüber den Krankenkassen nach Gesetz, Satzung und versicherungsrechtlichen Abkommen zusteht. Er bildet den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge (§ 368 g Abs. 3 RVO) und ist insoweit verbindlich, als Ausnahmen nicht vorgesehen sind.

(2) Der Vertrag erstreckt sich auf den Geltungsbereich des Gesetzes über Änderungen von Vorschriften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung und zur Ergänzung des Sozialgerichtsgesetzes (Gesetz über Kassenarztrecht GKAR vom 17. 8. 55; BGBl. I S. 513).

### § 2

#### Umfang der kassenzahnärztlichen Versorgung

(1) Die kassenzahnärztliche Versorgung umfasst die in Abs. 2 bezeichnete zahnärztliche Behandlung. Zur kassenzahnärztlichen Versorgung gehören auch die Anordnung der Hilfeleistungen anderer Personen, die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen, die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil-, Hilfsmitteln und Krankenhauspflege sowie die Ausstellung von Bescheinigungen und die Erstellung von Berichten, die die Krankenkassen und der vertrauensärztliche Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben und die die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen.

(2) Zur zahnärztlichen Behandlung im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung gehören

a) die ambulante zahnärztliche Behandlung einschließlich der ambulant in Krankenhäusern ausgeführten zahnärztlichen Leistungen, der von Nichtkassenzahnärzten in dringenden Fällen ambulant ausgeführten zahnärztlichen Leistungen, der zahnärztlichen Leistungen, die in poliklinischen Einrichtungen der Hochschulen nach Verträgen gem. § 368 d Abs. 1 Satz 3 RVO ausgeführt werden;

b) die stationäre kassenzahnärztliche Behandlung gem. § 368 g Abs. 6 RVO.

(3) Im Falle kieferorthopädischer Maßnahmen, der Behandlung von Parodontopathien und der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen können sich die Krankenkassen

eines Gutachterverfahrens bedienen, das in Vereinbarungen zwischen den Partnern dieses Vertrags geregelt wird (Anlagen 6, 9 und 12).

### **§ 3**

#### Leistungen außerhalb der kassenzahnärztlichen Versorgung

Nicht zur kassenzahnärztlichen Versorgung gehören insbesondere:

1. die von Personen im Sinne des § 122 Abs. 1 Satz 2 RVO auf Anordnung eines Kassenzahnarztes oder in dringenden Fällen auch ohne eine solche Anordnung in selbständiger Tätigkeit erbrachten Leistungen;
2. die Behandlung von Mund- und Kieferkrankheiten durch die als Kassenärzte zugelassenen Ärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, einfache Verrichtungen (z. B. Zahnextraktion), die auch von Kassenärzten gelegentlich vorgenommen werden, sowie die Leistungen, die auf Veranlassung von Kassenzahnärzten durch zugelassene oder beteiligte Ärzte, poliklinische Einrichtungen der Hochschulen oder die nach § 14 BMV-Ä ermächtigten Ärzte oder ärztlich geleitete Einrichtungen ausgeführt werden;
3. zahnärztliche Tätigkeiten, die nicht zu den den Krankenkassen obliegenden Leistungen gehören (z. B. Reihen-, Kontroll-, Einstellungs- und Tauglichkeitsuntersuchungen, auch wenn sie in Betrieben, Schulen oder Heimen erfolgen oder für Angehörige bestimmter Berufsgruppen vorgeschrieben sind), sowie Leistungen, für die ein Träger der Unfall- oder Rentenversicherung oder der Sozialhilfe dem Zahnarzt einen Auftrag gegeben hat;
4. die Ausstellung von Bescheinigungen, die nicht zur Durchführung von Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung und nicht für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts erforderlich sind (z. B. sonstige Bescheinigungen für den Arbeitgeber, Bescheinigungen für private Versicherungen);
5. zahnärztliche Behandlung außerhalb des Geltungsbereiches dieses Vertrags, sofern nichts Gegenteiliges ausdrücklich vereinbart wird.

### **§ 4**

#### Rechte und Pflichten des Kassenzahnarztes

(1) Der Kassenzahnarzt sowie der beteiligte Zahnarzt im nachfolgenden zusammenfassend als Kassenzahnarzt bezeichnet hat die kassenzahnärztliche Versorgung persönlich durchzuführen. Werden Assistenten, Vertreter (§ 368 c Abs. 2 Nr. 13 RVO, § 32 ZO-Z) oder Hilfskräfte beschäftigt, so haftet der Kassenzahnarzt für die Erfüllung der kassenzahnärztlichen Pflichten durch sie im gleichen Umfange wie für die eigene Tätigkeit.

(2) Der Kassenzahnarzt hat den Berechtigten die zahnärztliche Versorgung zuteil werden zu lassen, die zur Heilung oder Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist (368e Satz 1 RVO).

(3) Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder die unwirtschaftlich sind, darf der Kassenzahnarzt nicht bewirken oder verordnen; die Kasse darf sie nachträglich nicht bewilligen (§ 368 e Satz 2 RVO). § 182 c Abs. 5 und § 16 Abs. 1 Sätze 6 und 7 KVLG bleiben unberührt.

(4) Heilmaßnahmen dürfen nur verordnet werden, wenn sich der Kassenzahnarzt persönlich von dem Krankheitszustand des Patienten überzeugt hat; hiervon darf nur in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden.

(5) Der Kassenzahnarzt darf von einem Berechtigten eine Vergütung nur fordern:

a) im Falle des § 8 Abs. 2,

b) wenn und soweit der Berechtigte klar erkennbar verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden. Wählt der Berechtigte aufwendigeren Zahnersatz als notwendig, hat er die Mehrkosten selbst zu tragen. Hierüber ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Kassenzahnarzt und dem Berechtigten zu treffen. Im übrigen soll sich der Kassenzahnarzt den Wunsch des Berechtigten, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen, schriftlich bestätigen lassen.

(6) Der Kassenzahnarzt hat bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen einen Vergütungsanspruch für die zahnärztlichen Leistungen unbeschadet der Bestimmungen des Abs. 5 nur gegen seine KZV; ausgenommen hiervon ist der Betrag, den der Berechtigte nach Abzug des Zuschusses der Krankenkasse an den Kosten für zahn-technische Leistungen bei Zahnersatz und Zahnkronen zu tragen hat.

(7) Der Kassenzahnarzt darf die Behandlung oder Weiterbehandlung eines Berechtigten in begründeten Fällen ablehnen. Von der Ablehnung der Weiterbehandlung hat er die Krankenkasse unter Mitteilung der Gründe zu unterrichten.

(8) Die Übernahme der Behandlung verpflichtet den Kassenzahnarzt dem zu Behandelnden gegenüber zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechtes (§ 368 d Abs. 4 RVO).

## **§ 5**

### Aufzeichnungen

(1) Der Kassenzahnarzt ist verpflichtet, über jeden behandelten Kranken Aufzeichnungen zu machen, aus denen die einzelnen Leistungen, die behandelten Zähne und, soweit erforderlich, die Diagnose sowie die Behandlungsdaten ersichtlich sein müssen.

(2) Die Aufzeichnungen nach Abs. 1 sowie die diagnostischen Unterlagen bei kieferorthopädischen Behandlungen sind vom Kassenzahnarzt mindestens drei Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Die Aufbewahrungsfrist für Röntgenaufnahmen richtet sich nach der Röntgenverordnung. Eine längere Aufbewahrung ist darüber hinaus geboten, wenn sie nach medizinischen Erfordernissen angezeigt ist.

## **§ 6**

### Sprechstundenbehandlung, Zweigpraxis

(1) Für die Behandlung in den Praxisräumen des Zahnarztes (Sprechstundenbehandlung) hat der Berechtigte die freie Wahl unter den Kassenzahnärzten.

(2) Der Kassenzahnarzt ist gehalten, seine Sprechstunden entsprechend dem Bedürfnis nach einer ausreichenden und zweckmäßigen kassenzahnärztlichen Versorgung und den Gegebenheiten seines Praxisbereiches festzusetzen und die Sprechstunden auf einem Praxisschild bekannt zu geben.

(3) Die Krankenkassen haben die Berechtigten dazu anzuhalten, dass sie sich ausgenommen im dringenden Fall an die Sprechstunden der Zahnärzte halten und rechtzeitig erscheinen sowie begonnene Behandlungen bis zum Abschluss durchführen lassen.

(4) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung stellt für Tage, an denen die Sprechstunden allgemein ausfallen, eine ausreichende Versorgung für dringende Fälle sicher.

(5) Ist der Kassenzahnarzt an der Ausübung seiner Praxis verhindert, hat er durch geeignete Maßnahmen die Versorgung seiner Patienten zu regeln. Ist dies nicht möglich, hat er die Kassenzahnärztliche Vereinigung unverzüglich zu benachrichtigen.

(6) Die Ausübung kassenzahnärztlicher Tätigkeit in einer Zweigpraxis bedarf der vorherigen Zustimmung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, in deren Bereich die Zweigpraxis liegt. Die Zustimmung kann nur erteilt werden, wenn die Zweigpraxis zur ausreichenden kassenzahnärztlichen Versorgung der Anspruchsberechtigten notwendig ist und ihre Unterhaltung mit den Grundsätzen der zahnärztlichen Berufsordnung in Einklang steht; die Zustimmung ist zu widerrufen, wenn die Voraussetzungen für ihre Erteilung entfallen sind. Die Krankenkassen können die Errichtung von Zweigpraxen beantragen. Die Parteien dieses Vertrages beschließen Richtlinien (Anlage 1).

## § 7

### Besuchsbehandlung

(1) Auch für die Behandlung außerhalb der Praxisräume des Zahnarztes (Besuchsbehandlung) hat der Berechtigte die freie Wahl unter den Kassenzahnärzten. Wird ohne zwingenden Grund ein anderer als einer der nächsterreichbaren Kassenzahnärzte in Anspruch genommen, so hat der Versicherte entstehende Mehrkosten zu tragen.

(2) Besuche außerhalb seines üblichen Praxisbereiches kann der Kassenzahnarzt ablehnen, es sei denn, dass es sich um einen dringenden Fall handelt und ein Kassenzahnarzt, in dessen Praxisbereich die Wohnung des Kranken liegt, nicht zu erreichen ist.

(3) Anspruch auf Besuchsbehandlung haben Kranke nur, wenn ihnen das Aufsuchen des Zahnarztes in dessen Praxisräumen nicht möglich oder nicht zumutbar ist.

(4) Die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sind gehalten, durch Bestimmungen in der Krankenordnung, die landwirtschaftlichen Krankenkassen in anderer geeigneter Weise durch Aufklärung der Berechtigten und dgl. darauf hinzuwirken, dass Besuche nur für Kranke bestellt werden, denen das Aufsuchen des Zahnarztes in seinen Praxisräumen nicht möglich oder nicht zumutbar ist.

## § 8<sup>1</sup>

### Krankenversichertenkarte

(1) Der Berechtigte weist seinen Anspruch auf vertragszahnärztliche Versorgung durch Vorlage der Krankenversichertenkarte nach. Die Vereinbarung zur Gestaltung und bundesweiten Einführung der Krankenversichertenkarte in der jeweils geltenden Fassung ist Bestandteil des Vertrages.

(2) Solange die Krankenversichertenkarte nicht vorgelegt oder die Anspruchsberechtigung auf andere Weise nicht nachgewiesen worden ist, darf der Vertragszahnarzt eine Privatvergütung für die Behandlung verlangen. Wird die Krankenversichertenkarte oder die Anspruchsberechtigung innerhalb einer Frist von 10 Tagen nach der ersten Inanspruchnahme vorgelegt, so muss die entrichtete Vergütung zurückgezahlt werden.

(3) Die Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen und die landwirtschaftlichen Krankenkassen haben die Berechtigten in geeigneter Weise

- a) zu verpflichten,  
dem Vertragszahnarzt bei Behandlungsbeginn und bei Fortdauer der Behandlung zu Beginn eines neuen Kalendervierteljahres unaufgefordert die Krankenversichertenkarte vorzulegen,  
in dringenden Fällen die Krankenversichertenkarte spätestens innerhalb einer Frist von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachzureichen,  
auf Verlangen des Vertragszahnarztes ihre Identität mit der auf der Krankenversichertenkarte benannten Person nachzuweisen,
- b) anzuhalten,  
den Vertragszahnarzt innerhalb eines Kalendervierteljahres nur bei Vorliegen eines triftigen Grundes zu wechseln.  
Bei kieferorthopädischer Behandlung sowie bei Behandlung von Parodontopathien ist bis zu deren Abschluss ein Wechsel ebenfalls nur bei Vorliegen eines triftigen Grundes möglich. Die Krankenkasse soll in diesen Fällen den bisher behandelnden Vertragszahnarzt anhören.

(4) Die Krankenkasse wird den Vertragszahnarzt auf dessen Wunsch dabei unterstützen, dass der Versicherte die Krankenversichertenkarte dem Vertragszahnarzt nachträglich vorlegt.

(5) Für Kosten einer Behandlung, die aufgrund einer vorgelegten falschen Krankenversichertenkarte erfolgte, haftet die Krankenkasse dem Vertragszahnarzt gegen Abtretung seines Vergütungsanspruches. Das Nähere regeln die Partner der Gesamtverträge.

<sup>1)</sup> *In der Fassung der Vereinbarung zum Datenträgeraustausch vom 31.5.1996, gültig ab 1.1.1997.*

### **§ 8a \***

#### Zuzahlung nach § 28 Absatz 4 SGB V

(1) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben vor jeder ersten Inanspruchnahme von zahnärztlichen Leistungen bei einem Vertragszahnarzt im Kalendervierteljahr eine Zuzahlung von 10,00 € nach § 28 Abs. 4 SGB V zu leisten.

(2) Der Vertragszahnarzt ist nicht berechtigt, auf die Zuzahlung zu verzichten oder einen anderen Betrag als 10,00 € zu erheben.

(3) Die Zuzahlung entfällt

- für die Inanspruchnahme aufgrund der Überweisung eines Vertragszahnarztes aus demselben Kalendervierteljahr.
- wenn vor der Behandlung ein aktueller, mit Gültigkeitszeitraum versehener Befreiungsausweis der Krankenkasse vorgelegt wird.
- wenn bei der ersten Inanspruchnahme eine zahnärztliche Untersuchung nach § 30 Abs. 2 Satz 4 und 5 SGB V (Eingehende Untersuchung nach Nr. 01) durchgeführt wird. Dies gilt nicht, wenn in derselben Sitzung neben der Untersuchung nach § 30 Abs. 2 Satz 4 und 5 SGB V andere zahnärztliche Leistungen (mit Ausnahme der Leistungen nach den Nummern 04, Ä 925 bis Ä 935, 8, 107) erbracht werden und für weitere Sitzungen im Kalendervierteljahr.

Diese Regelung gilt auch für eine weitere zahnärztliche Untersuchung (§ 30 Abs. 2 Satz 4 und 5 SGB V / Nr. 01 Bema) in demselben Jahr und im zeitlichen Abstand entsprechend den Abrechnungsbestimmungen.

Die nachträgliche Vorlage einer Überweisung oder eines Befreiungsausweises bei dem Vertragszahnarzt begründet keinen Rückzahlungsanspruch des Versicherten.

Das Entfallen der Zuzahlungspflicht ist bei der Kons- bzw. Kfo-Abrechnung zu kennzeichnen.

(4) Bei einem Wechsel der Krankenkasse innerhalb eines Quartals kennzeichnet der Vertragszahnarzt bei der Abrechnung gegenüber der neuen Krankenkasse, dass die Zuzahlung bereits geleistet worden ist.

(5) Bei der Inanspruchnahme von Vertragszahnärzten, die auch als Vertragsärzte gemäß § 95 Abs. 1 SGB V an der Versorgung teilnehmen, fällt die Zuzahlung nur einmal an. Der Zuzahlungsbetrag ist entsprechend dem abgerechneten Behandlungsfall entweder über die Kassenzahnärztliche Vereinigung oder über die Kassenärztliche Vereinigung zu verrechnen.

(6) Geleistete Zuzahlungen sind zu quittieren. Ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

(7) Bei akuter Behandlungsbedürftigkeit kann die Zuzahlung auch nach der Inanspruchnahme erhoben werden. Dies gilt ebenfalls bei einer telefonischen Inanspruchnahme.

(8) Soweit im Kalendervierteljahr eine Erstinanspruchnahme als Notfall oder im organisierten Notfalldienst erfolgt, ist die nach Absatz 6 zu erstellende Quittung entsprechend zu kennzeichnen. Die Zuzahlung entfällt, wenn der Versicherte bei der Inanspruchnahme eines weiteren Vertragszahnarztes in demselben Kalendervierteljahr diese Quittung vorlegt. In diesen Fällen hat der in Folge in Anspruch genommene Vertragszahnarzt die Quittung mit dem Vertragszahnarztstempel zu versehen, ein erneutes Erheben der Zuzahlung ist unzulässig.

Sätze 1 und 2 finden entsprechende Anwendung, wenn der Versicherte nach der Erstinanspruchnahme den Notdienst aufsucht.

(9) Wird die zahnärztliche Behandlung von einem bestellten Vertreter außerhalb der Praxis des erstbehandelnden Vertragszahnarztes in demselben Kalendervierteljahr weitergeführt, legt der Versicherte die Quittung über die geleistete Zuzahlung vor. Eine erneute Erhebung der Zuzahlung ist unzulässig.

Soweit im Behandlungsvierteljahr eine Erstinanspruchnahme eines bestellten Vertreters erfolgt, erhebt dieser die Zuzahlung. Eine erneute Erhebung der Zuzahlung durch den vertretenen Vertragszahnarzt ist in diesem Behandlungsvierteljahr unzulässig.

In den Fällen von Satz 1 und 3 hat der in Folge in Anspruch genommene vertretende bzw. vertretene Vertragszahnarzt die Quittung mit dem Vertragszahnarztstempel zu versehen.

(10) Der Vertragszahnarzt ist berechtigt, die Behandlung eines Versicherten, der das 18. Lebensjahr vollendet hat, abzulehnen, wenn dieser in den in § 28 Absatz 4 SGB V bestimmten Fällen vor der Behandlung keine Zuzahlung von 10,00 € leistet. Dies gilt nicht bei akuter Behandlungsbedürftigkeit. Der Vertragszahnarzt darf die Behandlung eines Versicherten im übrigen nur in begründeten Fällen ablehnen. Er ist berechtigt, die Krankenkasse unter Mitteilung der Gründe zu informieren.

(11) Wird die Zuzahlung nicht vor der Behandlung entrichtet, ist der Versicherte verpflichtet, die Zuzahlung unverzüglich, spätestens innerhalb einer Frist von 10 Tagen, zu entrichten. Die gegebenenfalls entstehenden Portokosten für die Zuzahlungsaufforderung stellt der Vertragszahnarzt dem Versicherten in Rechnung.

(12) Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten, die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Vertragszahnärzte über die gesetzliche Zuzahlungsverpflichtung.

(13) Leistet der Versicherte trotz einer schriftlichen Zuzahlungsaufforderung des Vertragszahnarztes innerhalb von 10 Tagen nicht, übernimmt die zuständige Krankenkasse den weiteren Zuzahlungseinzug.

(14) Ist eine Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durchgeführt worden und hat der Versicherte die Zuzahlung trotz Aufforderung des Vertragszahnarztes bis zur Abrechnung des Kalendervierteljahres nicht geleistet, ist dies bei der Kons- bzw. Kfo-Abrechnung zu kennzeichnen. In diesem Fall darf die Krankenkasse die Gesamtvergütung nicht um den nicht einbehaltenen Zuzahlungsbetrag kürzen.

(15) Die nach § 28 Absatz 4 SGB V vom Vertragszahnarzt einbehaltenen Zuzahlungen werden mit dem Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung bei der Kons- bzw. Kfo-Abrechnung, bzw. gegenüber der Krankenkasse verrechnet. Die einbehaltenen Zuzahlungen sind bei der Schlussabrechnung zu berücksichtigen; die Gesamtvertragspartner können Näheres vereinbaren.

**\* Regelung zum Inkrafttreten zu § 8a:**

*Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2004 in Kraft. Sie gilt für alle Abrechnungsfälle ab dem 1. Quartal 2004.*

## **§ 9<sup>1</sup>**

### **Behandlungsfall**

(1) Behandlungsfall im Sinne dieses Vertrages ist bei Leistungen nach den Teilen 1 und 3 des Bewertungsmaßstabes (Anlage A) die gesamte von demselben Vertragszahnarzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres vorgenommene Behandlung.

(2) Leistungen, die am Ende des Kalendervierteljahres nicht abgeschlossen sind, werden im nächsten Kalendervierteljahr abgerechnet.

<sup>1)</sup> *In der Fassung der Vereinbarung zum Datenträgeraustausch vom 31.5.1996, gültig ab 1.1.1997.*

## **§ 10**

### **Überweisungen**

(1) Der Kassenzahnarzt kann, wenn erforderlich, den Kranken zur Durchführung bestimmter zahnärztlicher Leistungen oder zur Weiterbehandlung einem anderen Kassenzahnarzt oder einer sonstigen berechtigten Stelle (poliklinische Einrichtung der Hochschule, kasseneigenes Institut) überweisen; die Überweisung zur Weiterbehandlung an einen anderen Kassenzahnarzt ist nur in Ausnahmefällen zulässig.

(2) Eine Überweisung kann grundsätzlich nur ein Kassenzahnarzt vornehmen, dem eine gültige Krankenversichertenkarte vorliegt.

## **§ 10 a**

### **Ermächtigung zur Durchführung kieferorthopädischer Behandlungen im Rahmen der Kassenzahnärztlichen Versorgung**

- (1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ermächtigen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen über den Kreis der zugelassenen und beteiligten Zahnärzte hinaus weitere Zahnärzte zur Durchführung kieferorthopädischer Behandlung.
- (2) In der Ermächtigung (§ 31 Abs. 2 ZO-Z) ist festzulegen, dass die für den Kassenzahnarzt maßgeblichen gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen entsprechend gelten.

#### *Protokollnotiz zu § 10 a des Bundesmantelvertrags*

*„Die Partner des Bundesmantelvertrags sind darüber einig, dass die Ermächtigung nicht willkürlich versagt werden darf. Als äußerste Frist für die Bearbeitung des Antrages sind drei Monate anzusehen. Da Einvernehmen zwischen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Landesverbänden der Krankenkassen sowie den örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen herbeigeführt werden muss, sollen die Landesverbände sowie die örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen möglichst rasch nach der Unterrichtung durch die KZV über den Ermächtigungsantrag ihre Stellungnahme abgeben. Als äußerste Frist hierfür wird ein Monat angesehen.“*

## **§ 10 b**

### **Ermächtigung von Zahnärzten aus Mitgliedsstaaten der EG zur Erbringung von Dienstleistungen**

- (1) Zahnärzte, die als Angehörige eines der anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Gemeinschaften nach Maßgabe der Artikel 15 und 16 der Richtlinien des Rates der Europäischen Gemeinschaften vom 25. Juli 1978 78/686/EWG zahnärztliche Leistungen ohne Begründung einer Niederlassung in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich Land Berlin (Dienstleistungen) erbringen wollen, werden auf ihren Antrag gemäß § 31 Abs. 4 ZO-Z von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, in deren Bereich die Leistungen durchgeführt werden sollen, hierzu ermächtigt, wenn
- a) der Antragsteller berechtigt ist, als Dienstleistungserbringer im Sinne des Artikels 60 des EWG-Vertrages vorübergehend den zahnärztlichen Beruf im Geltungsbereich des Zahnheilkundegesetzes auszuüben,
  - b) der Antragsteller die persönlichen Voraussetzungen erfüllt, die ein Kassenzahnarzt nach seinem Berufsrecht erfüllen muss, um die gleiche Leistung zu erbringen,
  - c) in der Person des Antragstellers keine Gründe vorliegen, die bei einem Kassenzahnarzt die Entziehung der Zulassung zur Folge haben würden und
  - d) die Dienstleistungen, welche der Antragsteller erbringen will, Gegenstand der Kassenzahnärztlichen Versorgung nach § 368 Abs. 2 RVO sind.
- (2) Die Landesverbände der Krankenkassen sowie die örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen sind über die Ermächtigung zu unterrichten.
- (3) Die Ermächtigung berechtigt und verpflichtet den Zahnarzt zur Erbringung der Dienstleistungen nach Maßgabe der für Kassenzahnärzte geltenden Bestimmungen.
- (4) Der Versicherte hat entstehende Mehrkosten (insbesondere Reisekosten) zu tragen, wenn ohne zwingenden Grund ermächtigte Zahnärzte aus anderen Mitglieds-

staaten der Europäischen Gemeinschaften als Dienstleistungserbringer in Anspruch genommen werden.

(5) Für die Erbringung von Dienstleistungen in Notfällen durch Zahnärzte aus anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Gemeinschaften finden die für die Behandlung im Notfall durch nicht an der Kassenzahnärztlichen Versorgung teilnehmende Zahnärzte geltenden Bestimmungen Anwendung. Der Dienstleistungserbringer hat die Notfallbehandlung unverzüglich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung anzuzeigen, in deren Bereich die Behandlung durchgeführt worden ist.

## **§ 11**

### **Verordnung von Krankenhauspflege**

(1) Krankenhauspflege soll nur verordnet werden, wenn sie wegen Art oder Schwere der Krankheit erforderlich ist. Die Notwendigkeit ist zu begründen, falls sie sich nicht aus der Art der Erkrankung ergibt.

(2) Die Kostenverpflichtungserklärung gegenüber dem Krankenhaus bleibt der Krankenkasse vorbehalten. Veranlasst der Kassenzahnarzt in Notfällen ausnahmsweise von sich aus die Aufnahme in ein Krankenhaus, so hat er dieses in der Verordnung besonders zu begründen.

## **§ 12**

### **Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit, Vertrauensärztlicher Dienst**

(1) Die Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit und ihre voraussichtliche Dauer erfordert im Hinblick auf ihre Bedeutung besondere Sorgfalt; deshalb darf die Arbeitsunfähigkeit nur aufgrund einer zahnärztlichen Untersuchung bescheinigt werden.

(2) Die Bescheinigung soll auf den dafür vorgesehenen Vordrucken erfolgen. Eine Durchschrift der Bescheinigung (Vordruckmuster 1c gemäß Bundesmantelvertrag-Ärzte) soll der Zahnarzt 12 Monate lang aufbewahren.

(3) Die Arbeitsunfähigkeit soll für eine vor der ersten Inanspruchnahme des Zahnarztes liegende Zeit grundsätzlich nicht bescheinigt werden. Eine Rückdatierung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit auf einen vor dem Behandlungsbeginn liegenden Tag ist nur ausnahmsweise und nur nach gewissenhafter Prüfung und in der Regel nur bis zu zwei Tagen zulässig.

(4) Hat der Versicherte einen Lohnfortzahlungsanspruch, so ist eine Bescheinigung über die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit auszustellen. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als in der Bescheinigung angegeben, wird eine neue zahnärztliche Bescheinigung ausgestellt; eine rückwirkende Bescheinigung über die Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit ist nur ausnahmsweise und nur nach gewissenhafter Prüfung und in der Regel nur bis zu zwei Tagen zulässig.

(5) Im weiteren Verlauf der Krankheit soll die Arbeitsunfähigkeit zum Zwecke der Erlangung von Krankengeld in der Regel nicht für einen mehr als 7 Tage zurückliegenden Zeitraum und nicht für mehr als zwei Tage im voraus bescheinigt werden.

(6) Zum Zwecke der Erlangung von Krankengeld ist die Bescheinigung über die letzte Arbeitsunfähigkeitsperiode dann zu versagen, wenn der Kranke entgegen zahnärztlicher Anordnung ohne triftigen Grund länger als eine Woche nicht zur Behandlung gekommen ist und er bei der Untersuchung arbeitsfähig befunden wird. In diesem Fall darf lediglich die Arbeitsfähigkeit ohne den Tag ihres Wiedereintritts bescheinigt werden; zusätzlich ist der vorletzte Behandlungstag anzugeben.

(7) Der Kassenzahnarzt erteilt dem Vertrauensärztlichen Dienst diejenigen Auskünfte, die dieser zur Durchführung seiner gesetzlichen Aufgaben (§ 369 b Abs. 1 RVO) benötigt.

(8) Das Gutachten des Vertrauensarztes ist vorbehaltlich der Bestimmung in Absatz 9 verbindlich.

(9) Bestehen zwischen dem Kassenzahnarzt und dem Vertrauensärztlichen Dienst über das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit oder in anderer Hinsicht Meinungsverschiedenheiten, so soll der Kassenzahnarzt unter Darlegung seiner Gründe die Krankenkasse unterrichten, die das Weitere veranlasst. Der Kassenzahnarzt kann die Entscheidung durch ein Obergutachten beantragen.

### **§ 13**

#### **Ausschuss für Untersuchungs- und Heilmethoden**

(1) Bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung wird ein Ausschuss für Untersuchungs- und Heilmethoden gebildet, dessen Mitglieder von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung berufen werden. Die Bundesverbände der Krankenkassen können als Mitglieder des Ausschusses zwei Zahnärzte benennen. Die Geschäftsführung des Ausschusses liegt bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung.

(2) Der Ausschuss nimmt auf Antrag der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung oder eines Bundesverbandes der Krankenkassen dazu Stellung, ob für eine Untersuchungs- oder Heilmethode sowie für die Verwendung bestimmter Materialien die in § 368 e RVO bezeichneten Voraussetzungen vorliegen. Seine Stellungnahmen sind von den Zahnärzten und von den Krankenkassen zu beachten.

(3) Eine neue Untersuchungs- oder Heilmethode oder ein neues Material sollen die Zahnärzte im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung nicht anwenden, die Krankenkassen sollen die Kosten dafür nicht übernehmen, solange der Ausschuss zu der neuen Methode bzw. dem neuen Material nicht Stellung genommen hat.

#### *Protokollnotiz zu § 13*

*Die Partner des Bundesmantelvertrages-Zahnärzte stimmen darin überein, dass sich die Tätigkeit des Ausschusses gem. § 13 BMV-Z auch auf die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen bezieht. In diesem Zusammenhang soll es insbesondere zu den Aufgaben des Ausschusses gehören, unterschiedliche prothetische Versorgungsmöglichkeiten auf das Vorliegen der in § 368 e RVO genannten Voraussetzungen zu überprüfen. In diese Überprüfungen sind auch bereits bekannte Versorgungsmöglichkeiten einzubeziehen.*

### **§ 14**

#### **Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen Grundsatz der Wirtschaftlichkeit**

(1) Die vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen beschlossenen Richtlinien nach § 368 p RVO sind zu beachten.

(2) Heilmaßnahmen, insbesondere die von den Kranken anzuwendenden Arzneien sowie Heilmittel, sind hinsichtlich ihrer Art und ihres Umfanges bei sorgfältiger Prüfung der Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu verordnen.

## **§ 15**

### Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Sprechstundenbedarf

(1) Die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln soll auf den von den Krankenkassen zu liefernden Vordrucken erfolgen, falls ein gültiger Behandlungsausweis vorliegt. Die Verordnung muss erkennen lassen, ob sie für

- a) ein Mitglied (mit Ausnahme der nach § 165 Abs. 1 Nr. 3 sowie der nach § 315 a RVO bzw. § 2 Abs. 1 Nrn. 4 und 5 KVLG Versicherten),
- b) den Familienangehörigen eines Mitgliedes nach a),
- c) einen pflichtversicherten Rentner (§ 165 Abs. 1 Nr. 3 oder § 315 a RVO bzw. § 2 Abs. 1 Nrn. 4 und 5 KVLG) oder dessen Angehörigen

erfolgt.

(2) Die Beschaffung von Sprechstundenbedarf wird zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen geregelt.

## **§ 16**

### Auskünfte, Bescheinigungen

(1) Der Kassenzahnarzt ist verpflichtet, den Krankenkassen ohne besonderes Honorar, aber gegen Erstattung der baren Auslagen auf Verlangen Auskünfte und Bescheinigungen zu erteilen, die die Krankenkassen zur Durchführung ihrer Aufgaben benötigen.

(2) Der Kassenzahnarzt ist verpflichtet, dem Vertrauensarzt auf Anforderung die diagnostischen Unterlagen zur Beurteilung bestimmter Behandlungsfälle zur Verfügung zu stellen. Hierzu können die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen bzw. die örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen Näheres vereinbaren.

(3) Nimmt der Kassenzahnarzt an oder behauptet der Kranke, dass die Krankheit eine Berufskrankheit im Sinne der Unfallversicherung oder deren Spätfolge oder die Folge, Spätfolge eines Arbeitsunfalls, eines sonstigen Unfalles, einer Körperverletzung oder einer Schädigung im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes ist, so hat der Kassenzahnarzt dies der Krankenkasse auf dem Behandlungsausweis mitzuteilen. Die Mitteilung erfolgt außerdem, wenn Arbeitsunfähigkeit bescheinigt oder Krankenhauspflege verordnet wird, durch Anmerkung auf den dafür vorgesehenen Vordrucken.

(4) Der Kassenzahnarzt soll die Krankenkassen über besondere Vorkommnisse, welche die Versichertengemeinschaft schädigen, und über besondere Umstände, z. B. bei der Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit, bei Nichtbefolgung von Vorschriften der Krankenordnung oder bei Abbruch kieferorthopädischer Behandlung und der Behandlung von Parodontopathien, unterrichten.

*Protokollnotiz zu § 16 Abs. 4*

*Die Partner des BMV-Z sind darüber einig, dass ein besonderes Vorkommnis im Sinne des § 16 Abs. 4 BMV-Z auch dann vorliegt, wenn kieferorthopädische Behandlungsmittel nicht sorgfältig behandelt werden.*

## § 17

### Vordrucke zur Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung, edv-mäßige Erstellung der Abrechnung

(1)<sup>1</sup> Die zur Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung erforderlichen Vordrucke – mit Ausnahme der von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu schaffenden und von ihnen zu liefernden Vordrucke für die Abrechnung der Vertragszahnärzte – werden zwischen den Partnern dieses Vertrages vereinbart.

Für die Planungs- und Abrechnungsvordrucke gilt die Vordruckvereinbarung („Bestimmungen über die Gestaltung und die Ausfüllung der Planungs- und Abrechnungsvordrucke und die edv-mäßige Erstellung der Abrechnung“ (Anlage 2).

Für den Heil- und Kostenplan bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen gilt Anlage 3 (einschließlich der Muster 1 bis 3).

Für den kieferorthopädischen Behandlungsplan gilt Anlage 8.

Für den Parodontalstatus gelten Anlagen 10a und 10b.

Der Heil- und Kostenplan, der kieferorthopädische Behandlungsplan und der Parodontalstatus können individuell mittels EDV erstellt werden. Hierbei dürfen Inhalt, Aufbau und Struktur nicht verändert werden. Die Änderung der Zeilenabstände ist mit Ausnahme des Krankenversicherten – Kartenfeldes zulässig.

Für die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und das Verordnungsblatt für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel gelten die Vordrucke, die auf Grund des Bundesmantelvertrages-Ärzte vereinbart werden.

Werden Vordrucke nach dem BMV-Z oder seinen Anlagen individuell mittels EDV erstellt, werden die Kosten von den Krankenkassen nicht übernommen.

(2) Die Kosten für diese Vordrucke werden von den Krankenkassen getragen.

(3) Vordrucke und Bescheinigungen sind vollständig und leserlich auszufüllen, mit dem Zahnarztstempel zu versehen und vom Vertragszahnarzt persönlich zu unterzeichnen; sofern nichts anderes bestimmt wird.

(4)<sup>1</sup> Die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen durch die Vertragszahnärzte mittels EDV bedarf der Genehmigung durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung nach Maßgabe der Anlage 2.

(5) Das Nähere über den Zahnarztstempel ist im Gesamtvertrag zu vereinbaren.

(6) Die zur Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung erforderlichen Vordrucke und Stempel sind zur Verhütung missbräuchlicher Benutzung sorgfältig aufzubewahren.

<sup>1)</sup> *geändert aufgrund einer Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004*

## § 18

### Verzeichnis der an der kassenzahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte

(1) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung stellt den Krankenkassen ihres Bezirks ein laufend zu ergänzendes Verzeichnis der an der kassenzahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte unterteilt nach zugelassenen Zahnärzten, beteiligten Krankenhauszahnärzten (§ 29 ZO-Z), zur kieferorthopädischen Behandlung zugelassene oder ermächtigte Zahnärzte (11) und sonstige ermächtigte Zahnärzte (§ 31 Abs. 1 und 3 ZO-Z) zur Verfügung. Das Verzeichnis enthält die Namen der Zahnärzte sowie Anga-

ben über Praxisstelle, Sprechzeiten und Fernsprechnummer. Näheres zu dem Verzeichnis vereinbaren die Partner des Gesamtvertrags.

(2) Die Krankenkassen sind verpflichtet, dieses Verzeichnis in ihren Geschäftsstellen zur Einsichtnahme für die Berechtigten auszulegen.

*Protokollnotiz vom 27. 5. 74*

*Die Partner des Bundesmantelvertrags-Zahnärzte vereinbaren, dass die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen eine Liste erstellen, in die sich die Zahnärzte, die an der Durchführung der systematischen Pa-Behandlungen besonders interessiert sind, eintragen lassen können. Die Liste wird den Landesverbänden der Krankenkassen und den örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen zur Verfügung gestellt.*

## **§ 19**

Rechnungsprüfung durch die KZV, Beratung des Kassenzahnarztes

Den Kassenzahnärztlichen Vereinigung obliegt es,

- a) die vom Zahnarzt eingereichten Honoraranforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. zu berichtigen,
- b) den Zahnarzt hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und Verordnungsweise zu beraten.

**Anmerkung der KZBV zu den §§ 20-24:**

**Das Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung wird zwischen den Partnern der Gesamtverträge vereinbart.**

## **§ 20**

*Prüfungseinrichtungen, Grundsätze für die Prüfung*

(1) *Die kassenzahnärztliche Tätigkeit wird im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der kassenzahnärztlichen Versorgung durch Prüfungseinrichtungen überwacht. Prüfungseinrichtungen sind Prüfungsausschüsse und Beschwerdeausschüsse.*

(2) *Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit ist die gesamte Tätigkeit des Kassenzahnarztes zu berücksichtigen.*

(3) *Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise haben die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise die Krankenkassen die erforderlichen Unterlagen zu erstellen; die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen sollen sich dabei gegenseitig unterstützen. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen können Näheres regeln.*

(4) *Der Kassenzahnarzt hat den Prüfungseinrichtungen auf Anforderung alle notwendigen Unterlagen einschließlich Röntgenaufnahmen zur Verfügung zu stellen.*

(5) *Die Prüfungseinrichtungen können von sich aus oder auf Antrag Kontrolluntersuchungen veranlassen. Näheres, insbesondere über das Verfahren, die durchführenden Stellen und die Kosten, regeln die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen.*

*(6) Die Krankenkassen können Anträge auf Überprüfung der Kassenzahnärztlichen Behandlungs- und Ordnungsweise stellen; sie sind zu begründen und sollen nur über den jeweiligen Landesverband gestellt werden.*

#### *Protokollnotiz zu § 20*

*Solange die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen keine Vereinbarungen über die Prüfung der Wirtschaftlichkeit gem. § 368 n Abs. 5 RVO in der ab 1. 7. 1977 gültigen Fassung getroffen haben, richtet sich das Verfahren der Prüfungseinrichtungen nach der als Anlage 4 zum Bundesmantelvertrag in der ab 1.1.1975 gültigen Fassung vereinbarten Verfahrensordnung unter Berücksichtigung der durch das KVKG geschaffenen Rechtslage. Vereinbarungen, die zwischen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Landesverbänden der Krankenkassen sowie den örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen auf der Grundlage von § 22 Abs. 6 Satz 2 des Bundesmantelvertrags in der ab 1. 1. 1975 gültigen Fassung getroffen worden sind, bleiben bestehen.*

### **§ 21**

#### *Prüfungseinrichtungen bei Pauschalvergütung*

*(1) Wird die Gesamtvergütung nach einer Kopfpauschale, Fallpauschale oder einem ähnlichen System berechnet, so errichtet die Kassenzahnärztliche Vereinigung die Prüfungseinrichtungen.*

*(2) Die Landesverbände der Krankenkassen können einen von ihnen beauftragten Zahnarzt benennen, der an den Sitzungen der Prüfungseinrichtungen einschließlich Beschlussfassung beratend mitwirkt.*

*(3) Anträge und schriftliche Stellungnahmen werden dem nach Abs. 2 benannten Zahnarzt unverzüglich mitgeteilt. Zu den Sitzungen der Prüfungseinrichtungen erhält dieser Zahnarzt schriftliche Ladung. Zwischen Ladung und Sitzung der Prüfungseinrichtungen soll ein Zeitraum von mindestens zwei Wochen liegen.*

*(4) Krankenkassen, die Anträge gestellt haben, erhalten Abschriften der Beschlüsse der Prüfungseinrichtungen.*

*(5) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen können Ergänzungen zu der Bestimmung des Abs. 2 sowie Ergänzungen zu und Abweichungen von den Bestimmungen der Abs. 3 und 4 vereinbaren.*

### **§ 22**

#### *Prüfungseinrichtungen bei Einzelleistungsvergütung*

*(1) Wird die Gesamtvergütung nach Einzelleistungen berechnet, werden die Prüfungseinrichtungen bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen errichtet. Die von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen benannten Vertreter in den Prüfungseinrichtungen müssen in der Kassenzahnärztlichen Tätigkeit erfahrene Zahnärzte sein.*

*(2) Der Prüfungsausschuss setzt sich zusammen aus von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen benannten Vertretern, die Stimmrecht haben, und aus Vertretern der Krankenkassen, die an den Sitzungen einschließlich Beschlussfassung beratend teilnehmen. Die Landesverbände der Krankenkassen benennen die Vertreter der Krankenkassen, unter denen ein Zahnarzt sein soll. Näheres über die Zahl der stimmberechtigten und beratend mitwirkenden Vertreter regeln die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen. Bis zu dieser Regelung besteht der Prüfungsausschuss aus drei Vertretern der Kassenzahnärztlichen Vereinigung und zwei Vertretern der Krankenkassen.*

(3) Der Beschwerdeausschuss besteht aus je drei von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen benannten Vertretern. Unter den Vertretern der Krankenkassen soll sich ein Zahnarzt befinden. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen können Näheres regeln, insbesondere auch die Zahl der Vertreter im Beschwerdeausschuss unter Wahrung der paritätischen Besetzung anders festlegen.

(4) Für die Vertreter in den Prüfungseinrichtungen sind Stellvertreter in der notwendigen Anzahl zu benennen.

(5) Die Zahl der Ausschüsse ist von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen zu regeln. Bis zu dieser Regelung ist auf höchstens 600 Kassenzahnärzte ein Prüfungsausschuss zu bilden.

(6) Die Prüfungseinrichtungen teilen ihre Entscheidungen mit schriftlicher Begründung und Rechtsmittelbelehrung den Betroffenen (Kassenzahnarzt und Krankenkassen) mit. Im übrigen richten sich die Prüfungseinrichtungen nach der als Anlage 4 zu diesem Vertrag vereinbarten Verfahrensordnung. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen können Änderungen und Ergänzungen der Verfahrensordnung vereinbaren.

### **§ 23**

#### *Prüfung der Ordnungsweise, Feststellung des sonstigen Schadens*

(1) Die Prüfungseinrichtungen nach §§ 21 und 22 sind auch zuständig für die Prüfung der Ordnungsweise der Kassenzahnärzte. Sie haben auch den sonstigen Schaden festzustellen, den der Kassenzahnarzt infolge schuldhafter Verletzung kassenzahnärztlicher Pflichten einer Krankenkasse verursacht hat.

(2) Die Vorschriften der §§ 20 bis 22 gelten entsprechend für die Verfahren nach Abs. 1; jedoch steht den Krankenkassen auch dann die Beschwerde zu, wenn die Prüfungseinrichtungen sich gem. § 21 zusammensetzen.

### **§ 24**

#### *Begleichung von Schadenersatzansprüchen*

Lässt der Kassenzahnarzt oder eine der Personen, für die er haftet, bei der Erfüllung der kassenzahnärztlichen Pflichten die nach den Umständen erforderliche Sorgfalt außer acht, so hat die Kassenzahnärztliche Vereinigung der betroffenen Krankenkasse den durch die Nichterfüllung der kassenzahnärztlichen Pflichten entstandenen und durch die Prüfungseinrichtungen festgestellten Schaden zu ersetzen, soweit ihr ein Rückgriff gegen den Kassenzahnarzt durch Aufrechnung gegen Honorarforderungen möglich ist. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung behält den von den Prüfungseinrichtungen festgestellten Regress(Schadens)-Betrag an den Honorarforderungen des Kassenzahnarztes gegen die Kassenzahnärztliche Vereinigung ein und führt ihn vorbehaltlich einer anderweitigen Entscheidung im Rechtswege an die Krankenkasse ab; soweit dies nicht möglich ist, weil Honorarforderungen des Kassenzahnarztes gegen die Kassenzahnärztliche Vereinigung nicht mehr bestehen, tritt die Kassenzahnärztliche Vereinigung den Anspruch auf den Regress-(Schadens-)Betrag an die Krankenkasse zur unmittelbaren Einziehung ab.

## § 25

### Stationäre kassenzahnärztliche Behandlung

Für die stationäre kassenzahnärztliche Behandlung gem. § 368 g Abs. 6 RVO gelten die Bestimmungen dieses Vertrages mit Ausnahme des § 6 Abs. 1-4 und 6 sowie des § 7.

## § 26

### Kassenzahnärztliche Vergütung

(1) Die für die kassenzahnärztliche Versorgung zu entrichtende Vergütung wird an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gezahlt. Für Material- und Laboratoriumskosten bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen obliegt der Krankenkasse die Zahlungsverpflichtung jedoch nur insoweit, als sie Zuschüsse gewährt. Die Krankenkasse zahlt mit befreiender Wirkung für den Versicherten und gegenüber dem Kassenzahnarzt an die Kassenzahnärztliche Vereinigung.

(2) Krankenkassen im Sinne des § 368 g Abs. 2 Satz 2 RVO entrichten die Vergütung an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung oder an eine von ihr bevollmächtigte Kassenzahnärztliche Vereinigung.

(3) Der durch den Bewertungsausschuss nach § 368 g Abs. 4 RVO vereinbarte einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (Bema-Z) ist Bestandteil (Anlage A) dieses Vertrags.

(4) Grundsätze für die Festsetzung und die Berechnung der kassenzahnärztlichen Vergütung können als Anlage zu diesem Vertrag vereinbart werden.

(5) Die Parteien dieses Vertrags können eine Empfehlungsvereinbarung über die Höhe des den jeweiligen Verhältnissen entsprechenden Punktwertes des in Abs. 3 genannten Bewertungsmaßstabes schließen, wenn eine gemeinsame Empfehlung nach § 368 f Abs. 4 RVO nicht zustande gekommen ist.

(6) Wird die Gesamtvergütung nach Einzelleistungen errechnet und werden für poliklinische Einrichtungen der Hochschulen davon abweichende Vergütungen vereinbart (§ 368 n Abs. 3 RVO), so ist dies im Gesamtvertrag entsprechend zu berücksichtigen.

#### **Zu § 26 BMV-Z wird folgende Protokollnotiz vereinbart:**

*„Die Verringerung des Vergütungsanspruchs gem. § 85 Abs. 4 b SGB V bezieht sich bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen auf den in § 30 Abs. 1 SGB V genannten Zuschuss von 50 v.H., bei der kieferorthopädischen Behandlung auf die in § 29 Abs. 1 SGB V genannten Vomhundertsätze (80 v.H. bzw. 90 v.H.).“*

*Vereinbarung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen vom 17.03.1993*

## § 27

### Zusammenstellung der Abrechnungsergebnisse durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung

(1) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung übermittelt der Krankenkasse alsbald nach Abschluss ihrer Abrechnungen getrennt nach Mitgliedern, Familienangehörigen sowie Rentnern einschließlich deren Familienangehörigen

- a) die vom Zahnarzt eingereichten Abrechnungsunterlagen, fortlaufend nummeriert sowie getrennt nach Leistungsarten,
- b) die Zusammenstellung der abgerechneten Einzelleistungen, aufgegliedert nach Leistungspositionen je Kassenzahnarzt für die konservierend-chirurgischen Leistungen,

c) die Zusammenstellung der Vergütungsanforderungen je Kassenzahnarzt, getrennt nach Leistungsarten.

(2) Das Nähere wird im Gesamtvertrag geregelt. Dabei kann auch vereinbart werden, dass weitergehende Abrechnungsdaten zur Verfügung gestellt werden.

## **§ 28**

### Prüfung der Abrechnungsunterlagen

(1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind berechtigt, bei den Krankenkassen

a) die Unterlagen, die Grundlage für die Vergütungsregelung waren, insbesondere die Unterlagen für Ausgangsgrundlohnsummen, bis zum Ablauf von drei Jahren seit Abschluss der letzten Honorarfestsetzung zu prüfen,

b) die Abrechnung über die Gesamtvergütung und die dazugehörigen Unterlagen bis zum Ablauf des auf den Eingang der Abrechnung folgenden Kalenderjahres zu prüfen.

(2) Die Krankenkassen sind berechtigt, bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung

a) die Unterlagen, die Grundlage für die Vergütungsregelung waren, bis zum Ablauf von drei Jahren seit Abschluss der letzten Vergütungsregelung sowie die Unterlagen, die Grundlage für die Ermittlung des Leistungsbedarfs werden, zu prüfen,

b) sich durch Einsicht in die Abrechnung und die dazugehörigen Unterlagen über die Verteilung der Gesamtvergütung bis zum Ablauf des auf den Eingang der Abrechnung folgenden Kalenderjahres zu unterrichten.

(3) Das Nähere zu Abs. 1 und 2 wird im Gesamtvertrag geregelt.

## **§ 29**

### Mitteilung über Disziplinarverfahren

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung wird in Fällen, in denen auf Anregung einer Krankenkasse oder eines Landesverbandes der Krankenkassen gegen einen Kassenzahnarzt wegen Verletzung kassenzahnärztlicher Pflichten ein Disziplinarverfahren eingeleitet wurde, die Krankenkasse oder deren Landesverband über die Einleitung und über das Ergebnis des Verfahrens unterrichten.

## **§ 30**

### Vertragsausschuss

(1) Zur Förderung einer vertrauensvollen Zusammenarbeit in der Durchführung dieses Vertrags und seiner Anlagen, zur Vorbereitung ihrer Anpassung an veränderte Verhältnisse und zur Vorbereitung des Abschlusses neuer Verträge oder Anlagen bilden die Parteien dieses Vertrages einen Vertragsausschuss.

(2) Der Vertragsausschuss besteht aus sechs Vertretern der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, drei Vertretern des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen und je einem Vertreter der Bundesverbände der Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen und landwirtschaftlichen Krankenkassen.

## **§ 31**

### Eigeneinrichtungen der Krankenkassen

(1) Die Vorschriften dieses Vertrags gelten nicht für die kasseneigenen Zahnkliniken.

(2) Die Inanspruchnahme der übrigen Einrichtungen der Krankenkassen oder ihrer Verbände können - soweit hierfür ein Bedürfnis besteht - die Krankenkassen oder ihre Verbände mit den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen in gemäß § 368 d Abs. 1 Satz 3 RVO zu schließenden Verträgen regeln.

### **§ 32** Inkrafttreten

Dieser Vertrag tritt mit dem 1. 1. 1986 als allgemeiner Inhalt der unter seinen Geltungsbereich fallenden Gesamtverträge in Kraft. Er löst den am 1. 6. 1962 in Kraft getretenen Bundesmantelvertrag, zuletzt geändert durch die Vereinbarung vom 3.10.1980, ab.

### **§ 33** Kündigung

(1) Dieser Vertrag kann von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und von jedem beteiligten Bundesverband der Krankenkassen mit einer Frist von 6 Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres gekündigt werden. Die Kündigung des Vertrags schließt die der Anlagen mit ein.

(2) Sofern für die Anlagen nicht besondere Kündigungsfristen vereinbart werden, gilt Abs. 1 Satz 1 entsprechend.

(3) Über die Fristen der Abs. 1 und 2 hinaus haben die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und jeder beteiligte Bundesverband das Recht, die Kündigung einer Anlage des Vertrags durch die andere Seite binnen 14 Tagen mit der Kündigung des Vertrags oder weiterer Anlagen zu beantworten.

(4) Die Kündigung durch einen Bundesverband berührt die Weitergeltung des Vertrags und der Anlagen für die übrigen Bundesverbände nicht.

(5) Die Kündigungen haben durch eingeschriebenen Brief an alle Vertragspartner zu erfolgen. Der die Kündigung des Vertrags aussprechende Partner hat hierüber gleichzeitig das Bundesschiedsamt durch eingeschriebenen Brief zu unterrichten.

(6) Abs. 1 - 5 gelten nicht für den durch den Bewertungsausschuss vereinbarten einheitlichen Bewertungsmaßstab (Bema-Z).

Köln, Bonn-Bad Godesberg, Essen, Bergisch-Gladbach, Kassel, 13. 11. 1985

Kassenzahnärztliche  
Bundesvereinigung

Bundesverband der  
Ortskrankenkassen

Bundesverband der  
Betriebskrankenkassen

Bundesverband der  
Innungskrankenkassen

Bundesverband der  
landwirtschaftlichen Krankenkassen

**Die**  
**Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung**  
und der  
**AOK-Bundesverband**  
**Bundesverband der Betriebskrankenkassen**  
**IKK-Bundesverband**  
**Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen**  
sowie die  
**Bundesknappschaft**

schließen als Anlage zum BMV-Z die nachstehende

**Vereinbarung**  
**über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen**  
**(Individualprophylaxe):**

in der Fassung der Änderungsvereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004

**§ 1**

**Allgemeines**

- (1) Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) sind nach Maßgabe dieses Vertrages Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung.
- (2) Für die Durchführung von Maßnahmen der Individualprophylaxe gelten die Individualprophylaxe-Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen.

**§ 2**

**Nachweis der Anspruchsberechtigung**

- (1) Versicherte, die das 6., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf Maßnahmen der Individualprophylaxe.
- (2) Die Krankenkassen haben die Versicherten und die Erziehungsberechtigten anzuhalten,
  - a) den Vertragszahnarzt während eines laufenden Prophylaxeprogramms nur austriftigem Grund zu wechseln,
  - b) dem Vertragszahnarzt das Bonusheft gem. § 3 unaufgefordert vorzulegen.

**§ 3**

**Bonusheft**

- (1) Das Bonusheft zum Nachweis von Zahngesundheitsuntersuchungen dient dem Versicherten als Nachweis für den Anspruch auf erhöhte Zuschüsse zum Zahnersatz gem. § 30 SGB V.
- (2) Der Vertragszahnarzt händigt jedem Versicherten, der das 12. Lebensjahr vollendet hat, ein Bonusheft aus. Die Ausgabe des Bonusheftes vermerkt er in den Patientenaufzeichnungen. Bei Versicherten, die das 12. Lebensjahr vollendet haben, trägt er für jedes Kalenderhalbjahr das Datum des Mundhygienestatus (Nr. IP 1) ein. Bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, trägt er jährlich das Datum einer

zahnärztlichen Untersuchung gem. § 30 Abs. 2 SGB V ein. Die Eintragungen sind mit Zahnarzt-Stempel und Unterschrift zu versehen.

(3) Legt der Versicherte das Bonusheft nicht vor, so kann der Vertragszahnarzt dem Versicherten eine Ersatzbescheinigung über die Durchführung des Mundhygienestatus bzw. der zahnärztlichen Untersuchung ausstellen. In die Ersatzbescheinigung sind Name und Vorname des Versicherten einzutragen.

## **§ 4**

### **Abrechnung**

(1) Die Abrechnung der Individualprophylaxe-Leistungen erfolgt quartalsweise nach den für die Abrechnung konservierend-chirurgischer Leistungen geltenden Bestimmungen.

(2) *gestrichen durch Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004*

(3)<sup>1</sup> Der erste Behandlungsabschnitt bei Beginn eines dreijährigen Individualprophylaxeprogramms besteht aus der Erstellung des Mundhygienestatus und - soweit angezeigt - aus der Mundgesundheitsaufklärung und ggf. der ersten Fluoridierung. Die weiteren Behandlungsabschnitte sollen sich in etwa halbjährlichen Abständen anschließen; sie bestehen aus der Erstellung des Mundhygienestatus und - soweit angezeigt - einer Mundgesundheitsaufklärung und ggf. einer Fluoridierung. Um den dauerhaften Erfolg der Individualprophylaxe zu gewährleisten, sollte der Zeitraum zwischen der Erstellung von zwei Mundhygienestatus möglichst vier Monate nicht unterschreiten. Fissurenversiegelungen können auch unabhängig von einem laufenden Individualprophylaxeprogramm erbracht werden.

(4) Die Anspruchsberechtigung eines Versicherten endet mit Vollendung des 18. Lebensjahres.

(5) Wird die Behandlung abgebrochen, können die bereits erbrachten Leistungen abgerechnet werden.

<sup>1)</sup> *geändert aufgrund einer Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004*

## **§ 5**

### **Vergütung**

(1) *gestrichen durch Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004*

(2) Die für die Individualprophylaxe zu entrichtende Vergütung wird von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung für den Versicherten und gegenüber dem Vertragszahnarzt an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gezahlt.

(3) Bei der Bestimmung der Gesamtvergütung gem. § 85 Abs. 3 a Satz 5 SGB V werden Mehrausgaben für Leistungen nach § 22 SGB V für 6- bis 11jährige Versicherte, für Fissurenversiegelungen sowie der Zuwachs der Leistungsausgaben für 12- bis 19jährige Versicherte gegenüber 1992 zusätzlich berücksichtigt.

## **§ 6**

### **Vordrucke**

- (1) Das Bonusheft erhält die aus Anlage 2 ersichtliche Fassung<sup>1</sup>.
- (2) Die Kosten der Vordrucke tragen die Krankenkassen

## **§ 7<sup>1</sup>**

### **Inkrafttreten**

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2004 in Kraft.

<sup>1)</sup> *geändert aufgrund einer Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004*

Köln, Bonn, Essen, Bergisch Gladbach, Kassel, Bochum, 16.10.2003

---

<sup>1</sup> *Vom Abdruck des Bonusheftes wurde abgesehen.*

**Protokollnotiz**  
**zum Vertrag über die Individualprophylaxe vom 17. 3. 93**

1. Die KZBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen werden die Entwicklung der Ausgaben für die Maßnahmen nach diesem Vertrag sorgfältig beobachten und wissenschaftlich begleiten. Hierzu werden sie die Individualprophylaxe-Leistungen gesondert statistisch erfassen. Sie werden die Individualprophylaxe auf der Grundlage gemeinsam anerkannter Ergebnisse weiterentwickeln.

Die Ausgaben für Individualprophylaxe-Leistungen werden bei der Analyse der Mengenentwicklung der zahnärztlichen Behandlung als gesetzliche Leistungsausweitungen gem. § 85 Abs. 3 SGB V gesondert gewertet.

Die Vertragspartner werden gemeinsam unter Einbeziehung der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleituntersuchung besondere Verfahren der Prüfung der Individualprophylaxe-Leistungen entwickeln. Dabei werden sie berücksichtigen, daß Versicherte gem. § 22 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen Anspruch auf regelmäßige Durchführung der Individualprophylaxe-Leistungen haben.

2. Auf die Angabe von Behandlungsdaten für Individualprophylaxe-Leistungen auf dem Krankenschein wird übergangsweise aus Platzgründen verzichtet. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass ein neu zu erstellender Krankenschein auch die Datumsangaben regeln muss.
3. Arzneimittel (Lack, Gel o. ä.) zur lokalen Fluoridierung (Nr. IP 4) sind als Sprechstundenbedarf zu verordnen. Der Bezug dieses Sprechstundenbedarfs soll insbesondere bei pharmazeutischen Unternehmen und Großhändlern (Dentaldepots) gem. § 47 Abs. 1 Nr. 7 Arzneimittelgesetz erfolgen. Der Zahnarzt hat dafür Sorge zutragen, dass diese Mittel wirtschaftlich - insbesondere in entsprechenden Packungsgrößen - bezogen werden.

## **Beschluss des Bundesschiedsamtes für die vertragszahnärztliche Versorgung vom 13.12.1993 zur Gewährleistung bei Füllungen und Zahnersatz**

Der Ausnahmekatalog nach § 135 Abs. 4 Satz 5 SGB V<sup>1</sup> wird wie folgt gefasst:

"Nach § 76 Abs. 4 SGB V ist der Zahnarzt dem Versicherten gegenüber zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts verpflichtet. Die höchstrichterliche Rechtsprechung hat die Verpflichtung nach Dienstvertragsrecht beurteilt. Entsprechend § 135 Abs. 4 Satz 5 SGB V<sup>1</sup> werden die Ausnahmen von der 2jährigen Gewähr wie folgt bestimmt:

### **1. Füllungen**

Wiederholungsfüllungen innerhalb von zwei Jahren können zu Lasten der Krankenkassen abgerechnet werden bei

- Milchzahnfüllungen,
- Zahnhalsfüllungen,
- mehr als dreiflächigen Füllungen,
- Eckenaufbauten im Frontzahnbereich unter Einbeziehung der Schneidekanten,
- Fällen, in denen besondere Umstände (z. B. Bruxismus oder Vorerkrankungen) vorliegen, die der Zahnarzt auf dem Krankenblatt festhält.

Wiederholungsfüllungen können nicht abgerechnet werden, wenn ein Verschulden des Zahnarztes festgestellt wird.

### **2. Zahnersatz**

Die Antragsfrist bei dem Prothetik-Einigungsausschuss bzw. der zuständigen Stelle beträgt 24 Monate. Diese klären die Verschuldensfrage im Einzelfall."

**Zum Beschluss des Bundesschiedsamtes für die vertragszahnärztliche Versorgung vom 13.12.1993 wird folgende Protokollnotiz vereinbart:<sup>1</sup>**

*"Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die Gewährleistungsregelung nach Nr. 2 auch auf die ab 01.01.2004 in den Bewertungsmaßstab einbezogenen Adhäsivbrücken Anwendung findet."*

<sup>1</sup>) [jetzt] § 136b Abs. 2 Satz 5 SGB V

Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004

**Vertrag über den Datenträgeraustausch (DTA)**  
**Festsetzung des Bundesschiedsamtes**  
**für die vertragszahnärztliche Versorgung**  
**vom 20.02.95**  
**(unter Berücksichtigung der Änderungen durch die Vereinbarung**  
**der KZBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 31.05.96)**

**Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Köln,**  
**und**  
**der AOK-Bundesverband, Bonn-Bad Godesberg,**  
**der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen,**  
**der IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach,**  
**der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel,**  
**die Bundesknappschaft, Bochum,**  
**der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg,**  
**und**  
**der Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg,**  
**sowie**  
**die See-Krankenkasse, Hamburg,**

vereinbaren als Bestandteil der Bundesmantelverträge den nachstehenden

**Vertrag**  
**über den Datenaustausch auf Datenträgern**

**§ 1<sup>1</sup>**  
**Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen**

- (1) Die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen durch die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte und zahnärztlich geleiteten Einrichtungen erfolgt nach den Bestimmungen des Bundesmantelvertrages-Zahnärzte auf den vereinbarten Abrechnungsvordrucken oder mittels der vereinbarten EDV-Verfahren. Die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen über Art und Umfang der Daten sind zu beachten. Die manuelle oder maschinelle Erfassung der Abrechnungsdaten in der Zahnarztpraxis erfolgt nach einem noch zu vereinbarenden Vordruck.
- (2) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung überprüft die gesamte vertragszahnärztliche Abrechnung. Die Gesamtvertragspartner können vereinbaren, dass die sachliche und gebührenordnungsmäßige Richtigkeit der abgerechneten Leistungen durch Einsatz der Prüfregele des BEMA-Moduls in der Zahnarztpraxis oder in der Kassenzahnärztlichen Vereinigung sichergestellt wird.
- (3) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). Dieser enthält folgende Angaben:

1. die KZV-Nummer,
  2. das Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen,
  3. die Kennzeichnung Rechtskreis Ost/West,
  4. das Abrechnungsquartal,
  5. das Leistungsquartal,
  6. die Zahnarztnummer oder ersatzweise den Zahnarztnamen, <sup>2</sup>
  7. den Versichertenstatus gemäß der Krankenversichertenkarte,
  8. die Fallnummer (Behandlungsscheinnummer),
  9. die Art der Inanspruchnahme (~~direkt/Überweisungsart, Notfall/Vertretung~~), <sup>3</sup>
  10. die abgerechneten Gebührennummern des BEMA, der GOÄ einschließlich des Tages der Behandlung und des Zahnbezuges, bei Füllungen einschließlich Angabe der Füllungslage, gesondert abrechenbare Kosten einschließlich Art der Kosten je Behandlungsfall sowie ggf. die Prüfzahl des BEMA-Moduls und ~~Abrechnungsbegründungen~~, <sup>4</sup>
  11. den Fallwert in Punkten und EUR<sup>5</sup> nach Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung,
  12. ~~den Befund einschließlich des sonstigen Befundes~~, <sup>4</sup>
  13. ~~Röntgenbefunde bzw. Begründung~~. <sup>4</sup>
- (4) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse eine Gesamtrechnung, bestehend aus
1. Fallzahl,
  2. Punktsummen und dem jeweils gültigen Punktwert,
  3. Summen der gesondert abgerechneten Kosten,
  4. dem Gesamtbetrag, errechnet aus 2. und 3.,
  5. den Teilrechnungen nach dem Status M, F, R (analog zu 1. bis 4.).
- (5) Die Regelungen zu § 85 Abs. 4 b SGB V werden auf der Landesebene getroffen.
- <sup>1)</sup> *Protokollnotiz Ziffer 2 Absatz 1:*  
 „Zu § 1 und § 4 der Entscheidung des Bundesschiedsamtes für die vertragszahnärztliche Versorgung vom 20.02.95 vereinbaren die Vertragspartner, daß die Krankenkasse die Daten gem. § 1 des Schiedsspruches für den Zeitraum von höchstens acht Kalendervierteljahren speichert .Nach Ablauf von acht Kalendervierteljahren werden die Daten von der Krankenkasse quartalsweise gelöscht. Die Speicherung von Abrechnungsdaten, die weiter als acht Kalendervierteljahre zurückliegen, ist unzulässig.“
- <sup>2)</sup> *Protokollnotiz Ziffer 2 Absätze 2 und 3:*  
 „Zu § 1 Abs. 3 Ziffer 6 vereinbaren die Vertragspartner, dass die Zahnarztnummern in verschlüsselter Form übermittelt werden. Auf Verlangen der Krankenkasse sind von der KZV in begründeten Fällen unter Angabe des Verwendungszwecks in Form von Begründungsnummern lt. Anlage zu § 4 Abs. 2 der Entscheidung des Bundesschiedsamtes die Zahnarztnamen zu liefern. Eine Änderung der verschlüsselten Zahnarztnummern wird vorgenommen, wenn die Krankenkasse von der KZV die Angabe des Zahnarztnamens verlangt hat. Mit der neuen Verschlüsselung ist sicherzustellen, dass auf Verlangen einer Krankenkasse die Zuordnung der zurückliegenden Abrechnungsquartale erfolgt, um den Zahnarztbezug auch für die zurückliegenden Quartale ( bis zu acht Quartale ) herstellen zu können.  
 Die Voraussetzungen der Begründungs-Nummer 601 der Anlage zu § 4 Abs. 2 sind dann erfüllt, wenn in begründeten Fällen seitens der Krankenkasse konkrete Anhaltspunkte für Fehlabbrechnungen oder Vertragsverletzungen aufgezeigt werden.“
- <sup>3)</sup> *Entfallen durch die Gestaltung des Erfassungsscheins*

4) *Entfallen durch Änderung der Abrechnungsbestimmungen*

5) *geändert aufgrund einer Vereinbarung vom 01.03.2001, gültig ab 01.01.2002*

## **§ 2<sup>1</sup>**

### **Art und Inhalt der Unterlagen zur Prüfung der Leistungspflicht**

Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen versichertenbezogen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall zur Prüfung der Leistungspflicht nach § 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V einen Datensatz mit folgenden Angaben:

1. die KZV-Nummer,
2. das Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen,
3. das Abrechnungsquartal,
4. das Leistungsquartal ~~einschließlich erster und letzter Behandlungstag,~~<sup>1</sup>
5. ~~die Zahnarzt Nummer oder ersatzweise den Zahnarzt Namen,~~<sup>1</sup>
6. den Versichertenstatus gemäß Krankenversichertenkarte,
7. die Versichertennummer (bei Ersatzverfahren Name und Geburtsdatum des Versicherten),
8. die Angabe Unfall/Unfallfolgen, ~~Versorgungsleiden,~~<sup>2</sup>
9. ~~den Fallwert in Punkten und DM.~~<sup>1</sup>

1) *Protokollnotiz Ziffer 4:*

*„Zu § 2 und § 3 der Festsetzung des Bundesschiedsamtes für die vertragszahnärztliche Versorgung vom 20.02.95 legen die Vertragspartner fest, dass die KZVen den jeweiligen Krankenkassen versichertenbezogen je Behandlungsfall zur Prüfung der Leistungspflicht nach § 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V einen Datensatz mit folgenden Daten übermitteln:*

1. *die KZV-Nummer,*
2. *das Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen,*
3. *das Abrechnungsquartal,*
4. *das Leistungsquartal,*
5. *die Versichertennummer (bei Ersatzverfahren, Name u. Geburtsdatum des Versicherten),*
6. *der Versichertenstatus,*
7. *die Angabe Unfall/Unfallfolgen, Versorgungsleiden,*
8. *der erste und letzte Behandlungstag, wenn der Fallwert den Betrag von DM 50,-- übersteigt.*

*Sofern die Krankenkasse Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger oder Dritte geltend macht, übermittelt die KZV auf Anforderung der Krankenkasse die erforderlichen Daten nach § 2 Ziffern 5 und 9 der Festsetzung des Bundesschiedsamtes vom 20.02.1995.“*

2) *Entfallen durch die Gestaltung des Erfassungsscheines*

## **§ 3<sup>1</sup>**

### **Übermittlung der Datensätze**

- (1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermitteln den jeweiligen Krankenkassen oder den von ihnen benannten Stellen auf maschinell verwertbaren Datenträgern oder durch Datenfernübertragung die Gesamtrechnung gemäß § 1 Absatz 4 zusammen mit den Daten gemäß § 1 Absatz 3 und § 2.

- (2) Die Weiterleitung der Daten nach Absatz 1 kann unter Beachtung der Vorschriften des § 80 SGB X auch unmittelbar an eine von der Krankenkasse mit der Datenverarbeitung beauftragten Stelle erfolgen.

<sup>1)</sup> *Protokollnotiz Ziffer 4:*

*„Zu § 2 und § 3 der Festsetzung des Bundesschiedsamtes für die vertragszahnärztliche Versorgung vom 20.02.95 legen die Vertragspartner fest, dass die KZVen den jeweiligen Krankenkassen versichertenbezogen je Behandlungsfall zur Prüfung der Leistungspflicht nach § 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V einen Datensatz mit folgenden Daten übermitteln:*

- 1. die KZV-Nummer,*
- 2. das Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen,*
- 3. das Abrechnungsquartal,*
- 4. das Leistungsquartal,*
- 5. die Versichertennummer (bei Ersatzverfahren, Name u. Geburtsdatum des Versicherten),*
- 6. der Versichertenstatus,*
- 7. die Angabe Unfall/Unfallfolgen, Versorgungsleiden,*
- 8. der erste und letzte Behandlungstag, wenn der Fallwert den Betrag von DM 50,-- übersteigt.*

*Sofern die Krankenkasse Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger oder Dritte geltend macht, übermittelt die KZV auf Anforderung der Krankenkasse die erforderlichen Daten nach § 2 Ziffern 5 und 9 der Festsetzung des Bundesschiedsamtes vom 20.02.1995.“*

#### **§ 4 <sup>1</sup>**

#### **Verbot der Zusammenführung der Daten**

- (1) Eine Zusammenführung der unter § 1 Absatz 3 und § 2 genannten Daten durch die Krankenkassen darf vorbehaltlich der Regelungen nach Absatz 2 und Absatz 3 nicht vorgenommen werden (§ 295 Abs. 2 SGB V). Dies ist durch technische und organisatorische Maßnahmen im Sinne von § 9 BDSG\* sicherzustellen.
- (2) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen liefern in Einzelfällen den Krankenkassen auf Anforderung unter Angabe des Verwendungszwecks in Form von Begründungsnummern gemäß vereinbartem Katalog laut Anlage die notwendigen Informationen zur Zusammenführung der Datensätze nach § 1 Absatz 3 und § 2 für einen zurückliegenden Zeitraum von längstens acht Abrechnungsquartalen. <sup>2</sup>
- (3) Ist das Merkmal Unfall/Unfallfolgen, ~~Versorgungsleiden~~ <sup>3</sup> in dem Datensatz nach § 2 gekennzeichnet, übermitteln die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zusätzlich im Rahmen der Quartalsabrechnung die zusammengeführten Daten.
- (4) Zu den Anforderungen nach Absatz 2 hat die Krankenkasse neben ihrem Institutionskennzeichen ~~und der Zahnarzt Nummer oder ersatzweise den Zahnarzt Namen~~ <sup>4</sup> anzugeben:

---

\* Bundesdatenschutzgesetz

1. bei Nennung der Versichertennummer (bei Ersatzverfahren Name und Geburtsdatum des Versicherten) die gewünschten Abrechnungsquartale und die Begründung gemäß vereinbartem Katalog (Begründungsnummer)
  2. bei Nennung der Fallnummer das gewünschte Abrechnungsquartal und die Begründung gemäß vereinbartem Katalog (Begründungsnummer)
- (5) Auf Anforderung nach Absatz 4 liefert die Kassenzahnärztliche Vereinigung den Krankenkassen:
1. im Falle der Nr. 1 die Fallnummer je Abrechnungsquartal
  2. im Falle der Nr. 2 die Versichertennummer, bei Ersatzverfahren den Namen und das Geburtsdatum des Versicherten
- (6) Für die Datenlieferung gemäß Absatz 4 und 5 kann ein eigenständiger Datenträgeraustausch vereinbart werden.
- 1) *Protokollnotiz Ziffer 2 Absatz 1:*  
*„Zu § 1 und § 4 der Entscheidung des Bundesschiedsamtes für die vertragszahnärztliche Versorgung vom 20.02.95 vereinbaren die Vertragspartner, daß die Krankenkasse die Daten gem. § 1 des Schiedsspruches für den Zeitraum von höchstens acht Kalendervierteljahren speichert .Nach Ablauf von acht Kalendervierteljahren werden die Daten von der Krankenkasse quartalsweise gelöscht. Die Speicherung von Abrechnungsdaten, die weiter als acht Kalendervierteljahre zurückliegen, ist unzulässig.“*
  - 2) *Protokollnotiz Ziffer 2 letzter Satz:*  
*„Die Voraussetzungen der Begründungs-Nummer 601 der Anlage zu § 4 Abs. 2 sind dann erfüllt, wenn in begründeten Fällen seitens der Krankenkasse konkrete Anhaltspunkte für Fehlrechnungen oder Vertragsverletzungen aufgezeigt werden.“*
  - 3) *Entfallen durch die Gestaltung des Erfassungsscheines*
  - 4) *Entfallen durch Protokollnotiz Ziffer 2 Absatz 2:*  
*„Zu § 1 Abs. 3 Ziffer 6 vereinbaren die Vertragspartner, dass die Zahnarztnummern in verschlüsselter Form übermittelt werden. Auf Verlangen der Krankenkasse sind von der KZV in begründeten Fällen unter Angabe des Verwendungszwecks in Form von Begründungsnummern lt. Anlage zu § 4 Abs. 2 der Entscheidung des Bundesschiedsamtes die Zahnarztnamen zu liefern. Eine Änderung der verschlüsselten Zahnarztnummern wird vorgenommen, wenn die Krankenkasse von der KZV die Angabe des Zahnarztnamens verlangt hat. Mit der neuen Verschlüsselung ist sicherzustellen, dass auf Verlangen einer Krankenkasse die Zuordnung der zurückliegenden Abrechnungsquartale erfolgt, um den Zahnarztbezug auch für die zurückliegenden Quartale (bis zu acht Quartale ) herstellen zu können.“*

## **§ 5**

### **Art und Inhalt der Prüfunterlagen für die Auffälligkeitsprüfungen**

- (1) Für die zahnarztbezogenen Prüfungen der Abrechnungen nach Durchschnittswerten (Auffälligkeitsprüfungen) gemäß § 296 i. V. m. § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V übermitteln die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen oder den von ihnen benannten Stellen auf maschinell verwertbaren Datenträgern je Vertragszahnarzt quartalsweise folgende Daten:
1. die KZV-Nummer,
  2. Kassenart/Kassennummer, das Institutionskennzeichen (IK),

3. das Abrechnungsquartal,
4. die Zahnarzt Nummer oder ersatzweise den Namen des Zahnarztes,
5. die Anzahl der abgerechneten Behandlungsfälle des Vertragszahnarztes, gesamt und getrennt nach M/F/R,
6. die Anzahl der abgerechneten Behandlungsfälle aller Vertragszahnärzte im KZV-Bereich, gesamt und getrennt nach M/F/R,
7. die Anzahl der abgerechneten Behandlungsfälle des Vertragszahnarztes, getrennt nach der Art der Inanspruchnahme (~~direkt/Überweisungsart~~, Notfall/~~Vertretung~~)<sup>1)</sup>, gesamt und getrennt nach M/F/R,
8. den Gesamtfallwert aller abgerechneten Behandlungsfälle des Zahnarztes in EUR<sup>2</sup> und Punkten, gesamt und getrennt nach M/F/R,
9. den durchschnittlichen Gesamtfallwert aller Vertragszahnärzte im KZV-Bereich, gesamt und getrennt nach M/F/R,
10. die absolute Häufigkeit und die Häufigkeit der abgerechneten Gebührennummern auf 100 Fälle des Vertragszahnarztes,
11. die Häufigkeit der abgerechneten Gebührennummern der ausführenden Vertragszahnärzte im KZV-Bereich auf 100 Fälle,
12. den EUR<sup>2</sup>-Betrag je Vertragszahnarzt für "Sonstige Leistungen", gesamt und getrennt nach M/F/R,
13. den EUR<sup>2</sup>-Betrag aller Vertragszahnärzte im KZV-Bereich für "Sonstige Leistungen", gesamt und getrennt nach M/F/R,

<sup>1)</sup> *Entfallen durch die Gestaltung des Erfassungsscheines*

<sup>2)</sup> *geändert aufgrund einer Vereinbarung vom 01.03.2001, gültig ab 01.01.2002*

(2) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermitteln den Krankenkassen zusätzlich zur Beurteilung der Gesamtwirtschaftlichkeit analog den Bestimmungen des Absatzes 1, quartalsweise aus den anderen Teilen des BEMA folgende Daten:

1. die KZV-Nummer,
2. das Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen,
3. das Abrechnungsquartal,
4. die Zahnarzt Nummer oder ersatzweise den Namen des Zahnarztes,
5. die Anzahl der abgerechneten Gebührennummern sowie die abgerechneten Material- und Laborkosten je BEMA-Teil des Vertragszahnarztes, gesamt und getrennt nach M/F/R,
6. die Anzahl der abgerechneten Gebührennummern sowie die abgerechneten Material- und Laborkosten je BEMA-Teil der ausführenden Vertragszahnärzte im KZV-Bereich, gesamt und getrennt nach M/F/R,
7. die absolute Häufigkeit und die Häufigkeit der abgerechneten Gebührennummern je BEMA-Teil auf 100 Fälle des Vertragszahnarztes,
8. die Häufigkeit der abgerechneten Gebührennummern je BEMA-Teil der ausführenden Vertragszahnärzte im KZV-Bereich auf 100 Fälle.

Ergänzende Angaben zu den Absätzen 1 und 2 können auf Landesebene vereinbart und in gesonderten Datensätzen übermittelt werden.

(3) Die Angaben nach den Absätzen 1 und 2 sind für die jeweilige Krankenkasse, je Kassenart und kassenartenübergreifend je einmal mit und ohne IP-Positionen zu erstellen.

## § 6 <sup>1</sup>

### Art und Inhalt der Prüfunterlagen für die Zufälligkeitsprüfungen

Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermitteln der jeweiligen Krankenkasse auf maschinell verwertbaren Datenträgern aus den Abrechnungen der in die Stichprobenprüfung gem. § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V (Zufälligkeitsprüfung) einbezogenen Vertragszahnärzte je Zahnarzt folgende Daten:

1. das Leistungsquartal,
2. die KZV-Nummer,
3. die Zahnarztnummer und den Namen des Zahnarztes,
4. die Krankenkassennummer,
5. die Krankenversichertennummer,
6. die abgerechneten Gebührennummern je Behandlungsfall einschließlich des Tages der Behandlung und des Zahnbezugs (ohne IP-Positionen).

Die Daten sind jeweils für den Zeitraum eines Jahres zu übermitteln.

<sup>1)</sup> *Protokollnotiz Ziffer 3:*

*„Die KZVen übermitteln den Krankenkassen die Daten nach § 297 SGB V, sobald die Gesamtvertragspartner in Verträgen nach § 106 Abs. 3 SGB V das Verfahren der Zufälligkeitsprüfungen gem. § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V vereinbart haben.“*

## § 7 <sup>1</sup>

### Technische und organisatorische Form der Datenübermittlung

Die technische und organisatorische Form sowie die Kontroll- und Berichtigungsverfahren der Datenübermittlung werden in Anlagen zu diesem Vertrag geregelt. Sie sind Bestandteil dieses Vertrages.

<sup>1)</sup> *Protokollnotiz Ziffer 1:*

*„Die Vertragspartner sind sich hinsichtlich der technischen und organisatorischen Form der Datenübermittlung darüber einig, dass bei der Datenübermittlung Verschlüsselungsmaßnahmen gem. der Anlage zu § 78a SGB X zu treffen sind, die geeignet sind zu verhindern, dass bei der Übertragung der Daten sowie beim Transport von Datenträgern die Daten unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder gelöscht werden können (Transportkontrolle). In der Technischen Anlage wird hierzu festgelegt, welcher Mindeststandard für die Verschlüsselung der Daten erfolgt. Die Vertragspartner streben für die Verschlüsselung ein Krypto-Verfahren an. Solange dieses Verfahren noch nicht realisiert ist, ist sicherzustellen, dass die übermittelnde Stelle einen geheimen Algorithmus verwendet. Für die Beachtung des Mindeststandards bei der Verschlüsselung ist die nach den gesamtvertraglichen Bestimmungen für die Übermittlung jeweils zuständige Stelle verantwortlich. Eine Datenübermittlung mittels Fernübertragung ist erst dann zulässig, wenn die Vertragspartner gemeinsam feststellen, dass ein geeignetes Verfahren zur Datenverschlüsselung zur Verfügung steht. Auf der Grundlage der Technischen Anlage zur Vereinbarung über den Risikostrukturausgleich vom 07.12.94 werden zwischen den Vertragspartnern weitere Einzelheiten zur Technik der Datenträger und der Datenformate sowie der Datenübermittlung festgelegt.“*

## **§ 8 Weitere Datenübermittlung**

- (1) Die Datenübermittlung nach den §§ 1 bis 4 wird zunächst nur für konservierend-chirurgische Leistungen durchgeführt.
- (2) Für die Zuordnung der Zahnarztnummern mit dem entsprechenden Namen des Vertragszahnarztes und der Praxisanschrift übermitteln die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung oder die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen auf maschinell verwertbaren Datenträgern das jeweils aktuelle Zahnarztverzeichnis.

## **§ 9 Zweckbestimmung und Löschung der Daten**

- (1) Die nach diesem Vertrag rechtmäßig erhobenen versichertenbezogenen Daten dürfen jeweils nur zu den Zwecken verwendet werden, zu denen sie rechtmäßig erhoben worden sind, für andere Zwecke nur, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist.
- (2) Die Daten sind entsprechend § 304 SGB V zu löschen, wenn ihre Kenntnis für die speichernde Stelle zur Erfüllung der in ihrer Zuständigkeit liegenden Aufgaben nicht mehr erforderlich ist.

## **§ 10 Übermittlung statistischer Daten auf Landes- und Bundesebene**

- (1) Die Bundesverbände der Krankenkassen erhalten für statistische Zwecke pro Quartal und Jahr von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung auf maschinell verwertbaren Datenträgern, getrennt nach den einzelnen BEMA-Teilen, für jede Kassenart und kassenartenübergreifend:
  1. die Frequenzstatistik (Aufgliederung nach Gebührennummern),
  2. die Anzahl der Behandlungsfälle,
  3. die Zahl der abgerechneten Punkte,
  4. die Vergütung, getrennt nach Honorar-, Material- und Laborkosten,
  5. die Zahl der Vertragszahnärzte je KZV-Bereich.
- (2) Soweit die Partner der Gesamtverträge nichts Abweichendes vereinbaren, erhalten die Landesverbände der Krankenkassen/Verbände der Ersatzkassen für statistische Zwecke von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf maschinell verwertbaren Datenträgern, getrennt nach den einzelnen BEMA-Teilen, für jede Kassenart und kassenartenübergreifend:
  1. die Frequenzstatistik (Aufgliederung nach Gebührennummern) je Zahnarzt und insgesamt,
  2. die Anzahl der Behandlungsfälle,
  3. die Zahl der abgerechneten Punkte,
  4. die Vergütung, getrennt nach Honorar-, Material- und Laborkosten,
  5. die Zahl der Vertragszahnärzte.

- (3) Die Weiterleitung der Daten nach Absatz 1 und Absatz 2 kann unter Beachtung der Vorschriften des § 80 SGB X gemäß besonderer Regelungen nach Anlage zu diesem Vertrag auch unmittelbar an eine von den Krankenkassen mit der Datenverarbeitung beauftragten Stelle erfolgen.
- (4) Weitergehende Regelungen können vereinbart werden.

### **§ 11 Inkrafttreten, Übergangsregelung**

- (1) Dieser Vertrag tritt am 1. Januar 1995 in Kraft.
- (2) Die Vertragsparteien werden in der technischen Anlage zu § 7 festlegen, in welchen KZV-Bereichen der Datenträgeraustausch erstmals mit der Abrechnung für das IV. Quartal 1995 und in welchen KZV-Bereichen er erstmals mit der Abrechnung für das I. Quartal 1996 beginnt.

### **Protokollnotizen zum vorstehenden Vertrag**

1. *Die Vertragsparteien sind sich darin einig, dass sich dieser Vertrag zunächst nur auf die konservierend-chirurgischen Leistungen bezieht, soweit nicht ausdrücklich andere Leistungsbereiche angesprochen werden. Die Vertragsparteien werden darüber verhandeln, inwieweit auch die übrigen Teile des BEMA in einen Datenträgeraustausch einbezogen werden.*
2. *Die Vertragsparteien vereinbaren zu § 1 Absatz 1 Satz 3 bis zum 01.07.95 einen entsprechenden Vordruck.*

# Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern

## Begründungsnummern zur Datenzusammenführung auf Anforderung gem. § 4 Abs. 2

---

200 ■ Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger  
- SGB X §§ 102-114 -

---

300 ■ Erstattungs- und Ersatzansprüche gegen Dritte  
- SGB X §§ 115-119 -

---

500 ■ Prüfung auf sonstigen Schaden mit  
entsprechender Begründung

---

Auffälligkeiten/Missbrauch  
- SGB X § 69 ff. -

601<sup>1</sup> ■ begründeter Verdacht auf Fehlabrechnungen/  
Vertragsverletzungen durch Vertragszahnärzte

611 ■ Verdacht auf Leistungserschleichung durch Mitglie-  
der/Patienten

---

701 ■ Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern

---

1) Protokollnotiz Ziffer 2 Absatz 3:

„Die Voraussetzungen der Begründungs-Nummer 601 der Anlage zu § 4 Abs. 2 sind dann erfüllt, wenn in begründeten Fällen seitens der Krankenkasse konkrete Anhaltspunkte für Fehlabrechnungen oder Vertragsverletzungen aufgezeigt werden.“

**PROTOKOLLNOTIZEN**  
**zur Vereinbarung zum Datenträgeraustausch**  
**zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen**  
**vom 31. Mai 1996**

1. Die Vertragspartner sind sich hinsichtlich der technischen und organisatorischen Form der Datenübermittlung darüber einig, dass bei der Datenübermittlung Verschlüsselungsmaßnahmen gem. der Anlage zu § 78 a SGB X zu treffen sind, die geeignet sind zu verhindern, dass bei der Übertragung der Daten sowie beim Transport von Datenträgern die Daten unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder gelöscht werden können (Transportkontrolle). In der Technischen Anlage wird hierzu festgelegt, welcher Mindeststandard für die Verschlüsselung der Daten erfolgt. Die Vertragspartner streben für die Verschlüsselung ein Krypto-Verfahren an. Solange dieses Verfahren noch nicht realisiert ist, ist sicherzustellen, dass die übermittelnde Stelle einen geheimen Algorithmus verwendet. Für die Beachtung des Mindeststandards bei der Verschlüsselung ist die nach den gesamtvertraglichen Bestimmungen für die Übermittlung jeweils zuständige Stelle verantwortlich. Eine Datenübermittlung mittels Fernübertragung ist erst dann zulässig, wenn die Vertragspartner gemeinsam feststellen, dass ein geeignetes Verfahren zur Datenverschlüsselung zur Verfügung steht. Auf der Grundlage der Technischen Anlage zur Vereinbarung über den Risikostrukturausgleich vom 07.12.94 werden zwischen den Vertragspartnern weitere Einzelheiten zur Technik der Datenträger und der Datenformate sowie der Datenübermittlung festgelegt.
2. Zu § 1 und § 4 der Entscheidung des Bundesschiedsamtes für die vertragszahnärztliche Versorgung vom 20.02.95 vereinbaren die Vertragspartner, dass die Krankenkasse die Daten gem. § 1 des Schiedsspruches für den Zeitraum von höchstens acht Kalendervierteljahren speichert. Nach Ablauf von acht Kalendervierteljahren werden die Daten von der Krankenkasse quartalsweise gelöscht. Die Speicherung von Abrechnungsdaten, die weiter als acht Kalendervierteljahre zurückliegen, ist unzulässig.

Zu § 1 Abs. 3 Ziffer 6 vereinbaren die Vertragspartner, dass die Zahnarztnummern in verschlüsselter Form übermittelt werden. Auf Verlangen der Krankenkasse sind von der KZV in begründeten Fällen unter Angabe des Verwendungszwecks in Form von Begründungsnummern lt. Anlage zu § 4 Abs. 2 der Entscheidung des Bundesschiedsamtes die Zahnarztnamen zu liefern. Eine Änderung der verschlüsselten Zahnarztnummern wird vorgenommen, wenn die Krankenkasse von der KZV die Angabe des Zahnarztnamens verlangt hat. Mit der neuen Verschlüsselung ist sicherzustellen, dass auf Verlangen einer Krankenkasse die Zuordnung der zurückliegenden Abrechnungsquartale erfolgt, um den Zahnarztbezug auch für die zurückliegenden Quartale (bis zu acht Quartale) herstellen zu können.

Die Voraussetzungen der Begründungs-Nummer 601 der Anlage zu § 4 Abs. 2 sind dann erfüllt, wenn in begründeten Fällen seitens der Krankenkasse konkrete Anhaltspunkte für Fehlabrechnungen oder Vertragsverletzungen aufgezeigt werden.

3. Die KZVen übermitteln den Krankenkassen die Daten nach § 297 SGB V, sobald die Gesamtvertragspartner in Verträgen nach § 106 Abs. 3 SGB V das Verfahren der Zufälligkeitsprüfungen gem. § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V vereinbart haben.
4. Zu § 2 und § 3 der Festsetzung des Bundesschiedsamtes für die vertragszahnärztliche Versorgung vom 20.02.95 legen die Vertragspartner fest, dass die KZVen den jeweiligen Krankenkassen versichertenbezogen je Behandlungsfall zur Prüfung der Leistungspflicht nach § 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V einen Datensatz mit folgenden Daten übermitteln:
  1. die KZV-Nummer,
  2. das Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen,
  3. das Abrechnungsquartal,
  4. das Leistungsquartal,
  5. die Versichertennummer (bei Ersatzverfahren, Name u. Geburtsdatum des Versicherten),
  6. der Versichertenstatus,
  7. die Angabe Unfall/Unfallfolgen, Versorgungsleiden,
  8. der erste und letzte Behandlungstag, wenn der Fallwert den Betrag von EUR 25,00<sup>1</sup> übersteigt.

Sofern die Krankenkasse Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger oder Dritte geltend macht, übermittelt die KZV auf Anforderung der Krankenkasse die erforderlichen Daten nach § 2 Ziffern 5 und 9 der Festsetzung des Bundesschiedsamtes vom 20.02.95.

5. Die Vertragspartner sind sich grundsätzlich darüber einig, dass künftig die Höhe der Vergütung sich auch für Fremdkassen nach dem zwischen der KZV, der der behandelnde Zahnarzt angehört, und dem zuständigen Landesverband bzw. der landwirtschaftlichen Krankenkasse geschlossenen Gesamtvertrag richten soll. Sobald sich das Vergütungsniveau in den neuen Bundesländern an das in den alten Bundesländern angeglichen hat, werden die Vertragspartner Verhandlungen darüber aufnehmen, eine entsprechende Regelung zur Fremdkassenabrechnung in den BMV-Z einzufügen. Die Einzelheiten und der Zeitpunkt des Inkrafttretens werden in einer besonderen Vereinbarung festgelegt. Bis dahin verbleibt es bei der bisherigen Verfahrensweise.
  6. Nach Vorliegen einer höchstrichterlichen Entscheidung über die Rechtmäßigkeit der Festsetzung des Bundesschiedsamtes für die vertragszahnärztliche Versorgung vom 20.02.95 werden die Vertragspartner prüfen, ob eine Änderung der bundesmantelvertraglichen Bestimmungen erforderlich ist.
- <sup>1)</sup> geändert aufgrund einer Vereinbarung vom 01.03.2001, gültig ab 01.01.2002

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

**über Ausnahmefälle für Suprakonstruktionen  
gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V**

Präambel

Die Vertragspartner vereinbaren gem. § 82 Abs. 1 SGB V als allgemeinen Inhalt des Bundesmantelvertrages folgende Regelung zur Abrechnung der Leistungen, für die § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V den Anspruch der Versicherten auf die Versorgung mit Suprakonstruktionen (implantatgestützter Zahnersatz) in den vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen erweitert hat. Die Vertragspartner werden prüfen, inwieweit diese Fälle zu Veränderungen der Leistungsausgaben führen.

*Nrn. 1 und 2 der Vereinbarung sind hier nicht abgedruckt. Sie wurden in Teil 1 der Anlage A zu diesem Vertrag eingearbeitet.*

3. Die Vereinbarung gilt bei allen Heil- und Kostenplänen für Versorgungen in den vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen gem. § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V, die nach dem 01.07.2001 ausgestellt worden sind.

Bonn, Essen, Bergisch-Gladbach, Kassel, Bochum, Köln, 16.05.2001

**Vereinbarung  
über regelungsbedürftige Tatbestände  
im Zusammenhang mit der Einführung des Euro zum 01. Januar 2002**

**(Euro-Vereinbarung)**

**zwischen  
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, Köln,  
und  
dem AOK-Bundesverband, Bonn,  
dem BKK-Bundesverband, Essen,  
dem IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach,  
dem Bundesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel,  
der Bundesknappschaft, Bochum,**

**Präambel**

Am 01. Januar 2002 löst der Euro (EUR) die Deutsche Mark (DEM) als Währung ab. Die Partner der Bundesmantelverträge regeln mit dieser Vereinbarung die Euro-Einführung in der vertragszahnärztlichen Abrechnung.

Die nachfolgende Vereinbarung ergänzt die zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge abgeschlossene Bundesempfehlungsvereinbarung vom 01.12.1999 zur Einführung des Euro. Die Währungsumstellung erfolgt kostenneutral.

**§ 1**

**Änderung des Bundesmantelvertrages**

Bei der Änderung des Bundesmantelvertrages werden folgende Regeln zu Grunde gelegt:

1. Das Wort „Deutsche Mark“ bzw. „DM“ wird jeweils durch das Wort „Euro“ bzw. „EUR“ ersetzt.
2. Das Wort „Pfennig“ bzw. „Pfennige“ wird durch das Wort „Cent“ ersetzt.
3. Soweit bisher in vertraglichen Regelungen eine Rundung auf „10 Pfennige“ vorgesehen war, erfolgt zukünftig eine Rundung auf „10 Cent“.
4. Im Bundesmantelvertrag und seinen Anlagen in DM ausgewiesene Beträge werden entsprechend dem Umrechnungskurs gemäß Artikel 4 Absatz 1 der Verordnung (EG) Nr. 1103/97 vom 17.06.1997 (im Folgenden Umrechnungskurs genannt) nach Maßgabe der Anlage A zu dieser Vereinbarung auf Euro umgerechnet.

## **§ 2 Vordrucke**

- (1) Ab 01.01.2002 werden entsprechend der Anlagen A1 bis A6 dieser Vereinbarung neue Vordrucke eingeführt, die an deutlich sichtbarer Stelle mit dem Euro-Signet bedruckt werden. Dies soll entsprechend für zwischen den Gesamtvertragspartnern vereinbarte Vordrucke für Kieferbruchbehandlung bzw. die Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen gelten.

Diese neuen Vordrucke dürfen erst ab dem 01.01.2002 verwendet werden.

- (2) Die bisher gültigen Vordrucke dürfen ab dem 01.01.2002 nicht mehr verwendet werden.
- (3) Soweit die bis zum 31.12.2001 gültigen Vordrucke bei der Versorgung mit Zahnersatz, der Parodontalbehandlung und der Kieferbruchbehandlung bzw. der Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen vor dem 01.01.2002 ausgestellt worden sind und nach dem gemäß § 4 Abs. 3 von der KZV bestimmten Termin eingereicht werden, werden die vor dem 01.01.2002 ausgestellten Vordrucke als Anlage den gemäß Absatz 1 zu verwendenden Vordrucken beigelegt.

## **§ 3 Füllungszuschlag**

Die Vertragspartner empfehlen, den Füllungszuschlag von DM 2,00 entsprechend dem Umrechnungskurs umzurechnen und auf zwei Nachkommastellen zu runden.

## **§ 4 Abrechnung des Zahnarztes**

- (1) Ab dem 01.01.2002 erbrachte Leistungen hat der Zahnarzt auf den ab dem 01.01.2002 gültigen Vordrucken gemäß § 2 Abs. 1 dieser Vereinbarung in Euro zu beziffern und gegenüber der KZV abzurechnen.
- (2) Bis zum 31.12.2001 erbrachte Leistungen hat der Zahnarzt auf den bis zum 31.12.2001 gültigen Vordrucken in DM zu beziffern und gegenüber der KZV abzurechnen, soweit in den Absätzen 3 und 4 nichts Abweichendes geregelt ist. Verspätete Abrechnungen aus Abrechnungsquartalen vor dem 01.01.2002 sind ab dem Abrechnungsquartal I / 2002 in Euro zu beziffern.
- (3) Behandlungsfälle bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen, bei der Behandlung von Parodontopathien und bei der Kieferbruchbehandlung bzw. der Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen, die vom Zahnarzt bis zum 31.12.2001 abgeschlossen und zu dem von der KZV bestimmten Termin eingereicht werden, sind in DM zu beziffern und auf den bis zum 31.12.2001 gültigen Vordrucken abzurechnen.

Später im Jahr 2002 eingehende Abrechnungen sind ausschließlich auf den gemäß § 2 Absatz 1 vereinbarten Vordrucken in Euro vorzunehmen. Vor dem 01.01.2002 ausgestellte Vordrucke, sind als Anlage beizufügen. § 2 Abs. 3 gilt entsprechend.

- (4) Die Absätze 2 bis 3 gelten entsprechend für die Abrechnung von Material- und Laborkosten.

## **§ 5**

### **Abrechnung der KZVen gegenüber den Krankenkassen**

- (1) Für Leistungen des Abrechnungsquartals IV/2001 bzw. des Abrechnungsmonats 12/2001 erstellen die KZVen die Rechnungen gegenüber den Krankenkassen in DM und rechnen den Zahlbetrag entsprechend dem Umrechnungskurs in Euro um.
- (2) Für Leistungen ab dem Abrechnungsquartal I/2002 bzw. ab dem Abrechnungsmonat 1/2002 erstellen die KZVen die Rechnungen gegenüber den Krankenkassen in Euro.
- (3) Absatz 2 gilt auch für verspätete Abrechnungen aus Abrechnungsquartalen und Abrechnungsmonaten vor dem 01.01.2002. Für diese Fälle sind die Gesamtrechnungsbeträge bis zum 30.04.2002 zusätzlich in DM zu beziffern.
- (4) Nachberechnungen für Abrechnungen bis einschließlich des Abrechnungsquartals IV/2001 bzw. des Abrechnungsmonats 12/2001, die nach dem 31.12.2001 erfolgen, rechnet die KZV in Euro um.

## **§ 6**

### **Rückforderungen**

Rückforderungs- und Erstattungsansprüche aus Zeiträumen vor dem 01.01.2002, für die die Abrechnungen der KZVen in DM erfolgt sind, haben die Krankenkassen bzw. die KZVen in DM zu beziffern. Die anerkannten Rückforderungs- und Erstattungsansprüche werden in Euro umgerechnet.

## **§ 7**

### **Zahlungen**

- (1) Alle Zahlungen sind ab dem 01.01.2002 in Euro zu leisten.
- (2) Soweit der Berechnung der ab 01.01.2002 in Euro zu leistenden Abschlagszahlungen ganz oder zum Teil Abrechnungszeiträume vor dem 01.01.2002 zu Grunde gelegt werden, werden die abgerechneten DM-Beträge der maßgeblichen Abrechnungszeiträume berücksichtigt und der Zahlbetrag entsprechend dem Umrechnungskurs in Euro umgerechnet.
- (3) Soweit diese Vereinbarung eine Umrechnung von Zahlbeträgen von DM in Euro entsprechend dem Umrechnungskurs vorsieht, erfolgt eine kaufmännische Rundung auf zwei Nachkommastellen.

## **§ 8** **EDV-technische Umsetzung**

- (1) Die Technische Anlage gemäß § 7 des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern vom 20.02.1995 wird - soweit erforderlich - den Vorgaben dieser Vereinbarung angepasst. In den Datensätzen, in denen ein Betragsfeld vorgesehen ist, wird ein Währungskennzeichen eingefügt.

Die KZBV wird darauf hinwirken, dass die bei der Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen eingesetzten Programmsysteme den Bestimmungen der Euro-Vereinbarung angepasst werden.

## **§ 9** **Inkrafttreten**

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2002 in Kraft.

Köln, Bonn, Essen, Bergisch Gladbach, Kassel, Bochum, 01.03.2001

### **Anlage A zu § 1 der Eurovereinbarung vom 01.03.2001**

*Die Nrn. 1 bis 12 der Anlage A der Eurovereinbarung sind hier nicht abgedruckt. Sie wurden in die bundesmantelvertraglichen Regelungen eingearbeitet.*

**Erklärung über die Abrechnung von Material- und Laborkosten  
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung,  
des AOK-Bundesverbandes,  
des BKK-Bundesverbandes,  
des IKK-Bundesverbandes,  
des Bundesverbandes der Landwirtschaftlichen Krankenkassen  
und der  
der Bundesknappschaft**

Die KZBV, die Bundesverbände der Krankenkassen und die Bundesknappschaft stellen gemeinsam fest, dass Zahnärzte nach geltendem Recht (gesetzliche und gesamtvertragliche Bestimmungen) nur die Material- und Laboratoriumskosten gegenüber den Versicherten und den Krankenkassen abrechnen dürfen, die tatsächlich entstanden sind.

Auf der Grundlage dieser gemeinsamen Rechtsauffassung empfehlen die KZBV und die Bundesverbände der Krankenkassen in die gesamtvertraglichen Vereinbarungen, analog der Formulierung im Zahnarzt-Ersatzkassenvertrag, den folgenden Text aufzunehmen:

„Bei prothetischer Behandlung ist jeder einzelne Heil- und Kostenplan, bei systematischer Behandlung von Parodontopathien jeder Pa-Status, zu unterschreiben.

Mit der Unterschrift bestätigt der Vertragszahnarzt, dass

- a) die abgerechneten Material- und Laborkosten der gewerblichen Laboratorien tatsächlich entstanden sind und dass er auftragsbezogene Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten an die Vertragskasse und die Versicherten weitergibt,
- b) die abgerechneten Material- und Laborkosten seines Zahnarztlabors tatsächlich von diesem erbracht worden sind und das Zahnarztlabor die für die abgerechneten Leistungen erforderlichen Ausstattungen enthält.“

Köln/ Bonn/ Essen/ Bergisch Gladbach/ Kassel/ Bochum, den 07.02.2003

## **Anlage 1 zum BMV-Z**

### **Richtlinien für die Erteilung und den Widerruf der Zustimmung zur Ausübung kassenzahnärztlicher Tätigkeit in einer Zweigpraxis**

1. Die Zustimmung zur Ausübung der kassenzahnärztlichen Tätigkeit in einer Zweigpraxis darf nur erteilt werden, wenn diese Tätigkeit zur ausreichenden kassenzahnärztlichen Versorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen notwendig ist. Dies trifft zu, wenn den Versicherten am Ort kein Kassenzahnarzt zur Verfügung steht und wenn die Praxis des nächsten Kassenzahnarztes so weit entfernt liegt, dass einem wesentlichen Teile der Versicherten nicht zuzumuten ist, sie aufzusuchen.
2. Der Kassenzahnarzt muss die Gewähr dafür bieten, dass er die Zweigpraxis ordnungsgemäß errichtet und führt. Er ist verpflichtet, die Behandlung in der Zweigpraxis persönlich durchzuführen. Die Beschäftigung eines Assistenten oder Vertreters allein zur Durchführung der Behandlung in der Zweigpraxis ist nicht gestattet.
3. Der Kassenzahnarzt muss in der Zweigpraxis entsprechend dem Bedürfnis der kassenzahnärztlichen Versorgung Sprechstunden zu festgelegten und auf dem Praxis-schild angekündigten Zeiten abhalten.
4. Wird die Zustimmung zur Ausübung der kassenzahnärztlichen Tätigkeit in einer Zweigpraxis widerrufen, ist dem Kassenzahnarzt eine angemessene Frist zur Beendigung dieser Tätigkeit zu gewähren.

## Anlage 2 zum BMV-Z

in der Fassung Beschlusses des Bundesschiedsamts vom 08.01.2004, gültig ab 01.01.2004

### **Bestimmungen über die Gestaltung und die Ausfüllung der Planungs- und Abrechnungsvordrucke und die edv-mäßige Erstellung der Abrechnung**

1. Abrechnung konservierender und chirurgischer Leistungen (Bema-Teil 1)
  - 1.1 Soweit die Abrechnung zwischen Zahnarzt und KZV nicht mittels EDV auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt, ist für die Abrechnung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung das anliegende Muster 1 des Erfassungsscheines KONS-CHIR zu verwenden.
  - 1.2 Der Erfassungsschein KONS-CHIR ist im Format DIN A 5 so herzustellen, dass eine maschinelle Lesbarkeit gewährleistet ist. Er ist in Blindfarbe (rot, HKS 27e) zu drucken. Die Erkennungsmarken sind in schwarzer Farbe zu drucken. Bei mittels EDV vorgenommener Beschriftung kann mit Zustimmung der KZV statt eines in Blind-Farbe erstellten Erfassungsvordruckes ein unbedrucktes Endlos-Formular im Format DIN A 5 verwendet werden. Dabei sind die Maßvorgaben des Musters 1 des Erfassungsscheines KONS-CHIR einschließlich der Erkennungsmarken genauestens einzuhalten.
  - 1.3 Überweisungen erfolgen auf dem Ordnungsblatt für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, das aufgrund des Bundesmantelvertrags-Ärzte vereinbart wird. Der Grund der Überweisung ist anzugeben. Überweisungen können individuell mittels EDV erstellt werden. Dabei ist der Grund der Überweisung, der Name des Versicherten, der Name des Vertragszahnarztes und seine Anschrift anzugeben. Behandlungen, die aufgrund von Überweisungen erfolgen, sind auf dem Erfassungsschein KONS-CHIR (Muster 1) bzw. auf dem Kfo-Abrechnungsformular (Muster 4 bzw. 5 zum BMV-Z/ Anlage 16a bzw. 16b zum EKVZ) abzurechnen.

#### **Regelung zum Inkrafttreten zu Ziffer 1.3.**

*Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2004 in Kraft. Sie gilt für alle Abrechnungsfälle ab dem 1. Quartal 2004.*

- 1.4 Ausfüllen der Erfassungsscheine
  - 1.4.1 Der Zahnarzt ist verpflichtet, die Abrechnung der konservierenden und chirurgischen Leistungen sowie der Individualprophylaxe-Leistungen auf dem Erfassungsschein KONS-CHIR vorzunehmen, die vorgesehenen Felder sorgfältig auszufüllen und alle ausgeführten Leistungen unter Berücksichtigung der vertraglichen Bestimmungen vollständig und leserlich einzutragen. Werden die Erfassungsscheine von der KZV maschinell gelesen, so sind die Hinweise der KZV zum Ausfüllen zu beachten.
  - 1.4.2 In der Datumsspalte ist der Behandlungstag (Tag und Monat) anzugeben, an dem die abrechnungsfähige Leistung erbracht worden ist.

Werden in einer Sitzung mehrere abrechnungsfähige Leistungen erbracht, so genügt die Datumsangabe bei der ersten Eintragung.
  - 1.4.3 In der Zahnspalte sind der behandelte Zahn bzw. die behandelten Zähne unter Verwendung des zweiziffrigen FDI-Gebisschemas anzugeben. Sofern die Behandlung keinen Bezug zu bestimmten Zähnen aufweist, ist die Zahnangabe entbehrlich. Dies gilt z.B. auch bei den Geb.-Nrn. 8, 10, 105, 106, 107 und IP4.

Die Eintragung in der Zahnspalte gilt für alle folgenden Leistungen, bis eine neue Eintragung in der Zahnspalte erfolgt. Bei Röntgenaufnahmen ist die Zahnangabe entbehrlich, wenn sie sich aus den Zahnangaben für die anderen eingetragenen Leistungen ergibt.
  - 1.4.4 In die Leistungsspalte ist die Gebührennummer des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes linksbündig einzutragen, soweit nicht die KZVen bestimmt haben, dass die numerischen Gebührennummern gem. Anlage B zum BMV-Z einzutragen sind.

Für jede abrechnungsfähige Gebührennummer ist eine neue Zeile zu verwenden. Werden in einer Sitzung Leistungen nach den Nrn. 28, 32, 35, 54 an einem Zahn oder Nr. 62 mehrfach erbracht, ist der Faktor in die Bemerkungsspalte einzutragen.

- 1.4.5 Bei Füllungen nach den Nrn. 13 a) bis g) ist die Füllungslage in der Bemerkungsspalte anzugeben. Für die Bezeichnung der Füllungslage sind folgende Buchstaben bzw. Ziffern zu verwenden:

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

- 1.4.6 Bei Röntgenaufnahmen sind Begründungen anzugeben. Hierfür sind in der Bemerkungsspalte folgende Ziffern zu verwenden:

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

- 1.4.7 Bei Anästhesien ist bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen in der Bemerkungsspalte die Ziffer "5" einzutragen.

- 1.4.8 Abrechnungsfähige Material- und Laborkosten sowie Auslagenersatz sind in der Leistungsspalte mit folgenden Ordnungsnummern einzutragen:

601 Materialkosten bei der Verwendung von Stiften

602 Telefon-, Versand-, Portokosten

Sofern aufgrund bestehender Verträge Laborkosten für Zahnarzt- und Fremdlabore abgerechnet werden können, sind diese unter

603 Laborkosten Zahnarztlabor

604 Laborkosten Fremdlabor

abzurechnen.

In die Bemerkungsspalte sind die Beträge in Cent einzutragen.

- 1.4.9 Soweit der Raum auf dem Erfassungsschein zur Abrechnung der Leistungen nicht ausreicht, sind die zusätzlichen Leistungen auf einem weiteren Erfassungsschein abzurechnen, der als Folgeschein zu kennzeichnen ist. Für Folgescheine gelten die Vorgaben zum Ausfüllen des Erfassungsscheins.

- 1.4.10 Bei jeder Abrechnung ist zu kennzeichnen, dass eine Zuzahlungspflicht nicht besteht oder eine Zuzahlung gemäß § 8a BMV-Z/EKVZ nicht geleistet wurde. Die Kennzeichnung erfolgt durch folgende Ziffern:

1= Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

2= Inanspruchnahme auf Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr, im Rahmen der Vertretung, im Notfall, bei Kassenwechsel

3= Zahnärztliche Untersuchung gemäß § 30 Abs. 2 Satz 4 und 5 SGB V

4= Bescheinigung der Krankenkasse über eine Befreiung von der Zuzahlung

5= Keine Zahlung des zuzahlungspflichtigen Versicherten bis zur Abrechnung des Kalendervierteljahres geleistet.

### **Regelung zum Inkrafttreten von Ziffer 1.4.10**

*Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2004 in Kraft. Sie gilt für alle Abrechnungsfälle ab dem 1. Quartal 2004. Die Kennzeichnungspflicht nach Nummer 1.4.10 der Anlage 2 zum BMV-Z gilt erst ab 01.04.2004. Bei der Abrechnung des 1. Quartals 2004 hat der Zahnarzt der KZV eine Auflistung der Fälle zu übermitteln, bei denen eine Zuzahlungspflicht nicht besteht oder bei denen eine Zuzahlung gemäß § 8a BMV-Z nicht geleistet wurde. Dabei ist die Versicherten-Nummer, die Krankenkassen-Nummer und jeweils die Nummer nach Nr. 1.4.10 der Anlage 2 zum BMV-Z anzugeben.*

#### 1.5 Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

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

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

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

Für die Abrechnung der übrigen GOÄ-Leistungen einschließlich möglicher Zuschläge, des Wegegeldes und der Reiseentschädigung gilt Nr. 1.5.2.

##### 1.5.2 Bei der Abrechnung von Leistungen der Abschnitte B IV bis B VI der GOÄ wird der zweistelligen GOÄ-Nummer die Ziffer 7 vorangestellt und die Ziffer 0 angefügt.

Werden Zuschläge nach Abschnitt B V zusätzlich zu den Leistungen nach den Nrn. 45 bis 62 abgerechnet, wird die Ziffer 0 durch folgende Ziffern ersetzt:

- |   |                   |
|---|-------------------|
| 1 | Zuschlag E        |
| 2 | Zuschlag F        |
| 3 | Zuschlag G        |
| 4 | Zuschlag H        |
| 5 | Zuschläge H und F |
| 6 | Zuschläge H und G |

Der Zuschlag K2 wird bei Abrechnung der Nrn. 45 bis 51, 55 oder 56 in der Leistungsspalte in einer weiteren Zeile als Nr. 7003 angegeben.

##### 1.5.3 Die Abrechnung von Wegegeldern (§ 8 Abs. 1 GOÄ) und Reiseentschädigungen (§ 9 GOÄ) erfolgt nach folgenden Nrn. in der Leistungsspalte.

Nr.	Erläuterung
7810	Wegegeld für Entfernung bis zu 2 Kilometern
7811	Wegegeld für Entfernung bis zu 2 Kilometern bei Nacht zwischen 20 und 8 Uhr
7820	Wegegeld von mehr als 2 bis zu 5 Kilometern
7821	Wegegeld von mehr als 2 bis zu 5 Kilometern bei Nacht
7830	Wegegeld von mehr als 5 bis zu 10 Kilometern
7831	Wegegeld von mehr 5 bis zu 10 Kilometern bei Nacht
7840	Wegegeld von mehr 10 bis zu 25 Kilometern
7841	Wegegeld von mehr 10 bis zu 25 Kilometern bei Nacht
7910	Reiseentschädigung bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern

Bei der Abrechnung von Reiseentschädigungen sind 26 Cent je Kilometer sowie zusätzlich ein Betrag von 51,13 Euro abzurechnen. Die Zahl der zurückgelegten Kilometer wird in die Bemerkungsspalte eingetragen.

Darüber hinaus können Reiseentschädigungen nach § 9 GOÄ im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht abgerechnet werden.

2. Planung und Abrechnung von Leistungen bei der Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen im Bereich des Gesichtsschädels (Bema-Teil 2)
  - 2.1 Die Planung von Leistungen bei der Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen im Bereich des Gesichtsschädels erfolgt auf dem Vordruck Muster 3a. Der Behandlungsplan kann individuell mittels EDV erstellt werden. Hierbei dürfen Inhalt, Aufbau und Struktur nicht verändert werden. Die Änderung der Zeilenabstände ist mit Ausnahme des Krankenversicherten – Kartenfeldes zulässig.
  - 2.2 Soweit die Abrechnung zwischen Zahnarzt und KZV nicht mittels EDV auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt, ist für die Abrechnung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung der Vordruck Muster 3b zu verwenden  
 Die Abrechnung von Leistungen bei der Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels kann individuell mittels EDV erfolgen. Hierbei dürfen Inhalt, Aufbau und Struktur nicht verändert werden. Die Änderung der Zeilenabstände ist mit Ausnahme des Krankenversicherten – Kartenfeldes zulässig. Im Zahnarztlabor erbrachte zahntechnische Leistungen können auf dem Muster 3b angegeben werden. Die Beifügung eines gesonderten Zahnarztlaborbeleges ist in diesem Falle entbehrlich, soweit nicht die KZVen und die Landesverbände der Krankenkassen etwas anderes vereinbaren.
  - 2.3 Behandlungen, die aufgrund von Überweisungen erfolgen, sind auf dem Vordruck Muster 3b abzurechnen.
  - 2.4 Ausfüllen der Abrechnungsvordrucke
    - 2.4.1 Der Zahnarzt ist verpflichtet, die Abrechnung von Leistungen bei der Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen im Bereich des Gesichtsschädels auf dem Vordruck Muster 3b vorzunehmen, die vorgesehenen Felder sorgfältig auszufüllen und alle ausgeführten Leistungen unter Berücksichtigung der vertraglichen Bestimmungen vollständig und leserlich einzutragen.
    - 2.4.2 In der Datumsspalte ist der Behandlungstag (Tag und Monat) anzugeben, an dem die abrechnungsfähige Leistung erbracht worden ist.  
 Werden in einer Sitzung mehrere abrechnungsfähige Leistungen erbracht, so genügt die Datumsangabe bei der ersten Eintragung.
    - 2.4.3 In der Zahnspalte sind der behandelte Zahn bzw. die behandelten Zähne unter Verwendung des zweiziffrigen FDI-Gebisschemas anzugeben. Sofern die Behandlung keinen Bezug zu bestimmten Zähnen aufweist, ist die Zahnangabe entbehrlich.  
 Die Eintragung in der Zahnspalte gilt für alle folgenden Leistungen, bis eine neue Eintragung in der Zahnspalte erfolgt.
    - 2.4.4 In die Leistungsspalte ist die Gebührennummer des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes linksbündig einzutragen, soweit nicht die KZVen bestimmt haben, dass die numerischen Gebührennummern gem. Anlage B zum BMV-Z einzutragen sind.  
 Für jede abrechnungsfähige Gebührennummer ist eine neue Zeile zu verwenden.
    - 2.4.5 Für die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen nach der GOÄ gilt Ziffer 1.5 dieser Bestimmungen.
    - 2.4.6 Spezifizierte Rechnungen der gewerblichen zahntechnischen Labore sind der Abrechnung beizufügen. Zahntechnische Leistungen der zahnärztlichen Labore werden im Vordruck Muster 3b eingetragen.
3. Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen  
 Die Abrechnung von kieferorthopädischen Leistungen sowie von Leistungen, die im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Leistungen anfallen, erfolgt auf dem Vordruck "Abrechnung für kieferorthopädische Behandlung" (Muster 4), soweit nicht die Abrechnung mittels EDV erfolgt. Inhalt und Gestaltung von Muster 4 sind verbindlich.

Der Zahnarzt ist verpflichtet, die vorgesehenen Felder sorgfältig auszufüllen und alle ausgeführten Leistungen unter Berücksichtigung der vertraglichen Bestimmungen vollständig und leserlich einzutragen.

Bei der Frühbehandlung nach Nr. 5 der Abrechnungsbestimmung zu den Nrn. 119/120 ist die Nummer der Abschlagszahlung mit „F“ zu kennzeichnen. Bei der Abrechnung von Verlängerungszahlungen ist die Nummer der Abschlagszahlung mit "V" zu kennzeichnen. Bei Neuanfertigung von Behandlungsgeräten nach den Nrn. 126a, 126b, 127a, 128a, 128b, 130 oder 131a bis c ist die Nummer der Abschlagszahlung mit „E“ zu kennzeichnen.

Im Zahnarztlabor erbrachte zahntechnische Leistungen können auf dem Abrechnungsbogen eingetragen werden. Die Beifügung eines gesonderten Zahnarztlaborbeleges ist in diesem Falle entbehrlich, soweit nicht die KZVen und die Landesverbände der Krankenkassen etwas anderes vereinbaren.

Das Muster 4 wird den Zahnärzten von den KZVen als 3fach-Durchschreibsatz (Blatt 1: Ausfertigung für die Abrechnung; Blatt 2: Ausfertigung für den Versicherten mit Erläuterung der Gebühren-Nummern auf der Rückseite, Blatt 3: Ausfertigung für den Zahnarzt) zur Verfügung gestellt.

Die Abrechnung mittels EDV für kieferorthopädische Behandlung erfolgt individuell nach dem Vorbild von Muster 5. Der Ausdruck kann drucker- und programmbedingte Abweichungen enthalten, ohne Inhalt, Aufbau und Struktur von Muster 5 zu verändern. In Feld 1 kann die Anschrift des Mitgliedes eingedruckt werden. Feld 2 enthält die Daten der Krankenversichertenkarte. Feld 3 enthält die Daten des Zahnarztstempels und ggf. die Bankverbindung des Zahnarztes.

#### *2. Änderungsvereinbarung vom 06.11.2003 zur Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen:*

*Leistungen in kieferorthopädischen Behandlungsfällen, für die vor dem 01.01.2004 ein kieferorthopädischer Behandlungsplan ausgestellt wurde, die bis zum 31.01.2004 genehmigt wurden und die bis zum 30.06.2004 (Quartale I und II/2004) erbracht werden, werden auf dem Vordruck „Abrechnung für kieferorthopädische Behandlung“ (Muster 4 der Anlage 2 zum BMV-Z) in der bis zum 31.12.2003 gültigen Fassung abgerechnet. Für die Abrechnung mittels EDV gilt Muster 5 der Anlage 2 zum BMV-Z in der bis zum 31.12.2003 gültigen Fassung.*

4. *gegenstandslos durch 2. Änderungsvereinbarung vom 06.11.2003.*
5. Bestimmungen über die edv-mäßige Erstellung der Abrechnung

Die Verwendung eines Datenverarbeitungssystems, mit dem der Zahnarzt Leistungen zum Zwecke der Abrechnung erfasst, speichert und verarbeitet, bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung. Der Zahnarzt gibt der Kassenzahnärztlichen Vereinigung das eingesetzte Programmsystem und die jeweils verwendete Programmversion bekannt, damit die Kassenzahnärztliche Vereinigung überprüfen kann, ob ein Programmsystem verwendet wird, das für die vertragszahnärztliche Abrechnung geeignet ist. Für die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen mittels EDV gelten die Bestimmungen, die auch für die manuell erstellte Abrechnung gelten. Der Zahnarzt hat seiner Kassenzahnärztlichen Vereinigung bei jeder EDV-Abrechnung zu bestätigen, dass die genehmigte Programmversion angewandt wurde.

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

Die Kriterien für die Überprüfung legt ein gemeinsamer Ausschuss, bestehend aus Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen und der KZBV, fest. Die Geschäftsführung dieses Ausschusses liegt bei der KZBV. Die Prüfstelle der KZBV unterrichtet den Gemeinsamen Ausschuss über die getroffenen Eignungsfeststellungen.

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

Anlagen:

Muster 1: Erfassungsschein KONS-CHIR

Muster 2 nicht besetzt

Muster 3a: Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch

Muster 3b: Abrechnungsformular für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch

Muster 4: KFO-Abrechnungsschein mit Rückseite

Muster 5: KFO-EDV-Muster

Muster 6: *gegenstandslos durch 2. Änderungsvereinbarung vom 06.11.2003*



**Muster 2 nicht besetzt**







### Erläuterungen zu den Gebühren-Nummern

EDV-Nr.	Geb. Nr.	Leistungsbeschreibung	EDV-Nr.	Geb. Nr.	Leistungsbeschreibung	
001	Ä1	Beratung	341	120 a	Einstellung des Unterkiefers	
003	01k	Kieferorthopädische Untersuchung	342	120 b		
050	Ä 925 a	Röntgen der Zähne	343	120 c		
051	Ä 925 b		344	120 d		
052	Ä 925 c					
053	Ä 925 d	Röntgenstatus - mehr als 8 Zähne	350	121	Beseitigung von Habits	
054	Ä 934 a	Ferröntgenaufnahme	351	122 a	Kontrolle des Behandlungsverlaufs	
055	Ä 934 b			352	122 b	Vorbereitende Maßnahmen
057	Ä 935 a	Röntgen des Schädels	353	122 c	Einfügen des Behandlungsmittels	
058	Ä 935 b			361	123 a	Offenhalten von Lücken
059	Ä 935 c			362	123 b	Kontrolle eines Lückenhalters
060	Ä 935 d	Orthopantomogramm	364	124	Einschleifen von Milchzähnen	
061	Ä 928	Handröntgenaufnahme	365	125	Wiederherstellung des Behandlungsmittels	
103	12	Separieren von Zähnen	371	126 a	Eingliedern eines Brackets	
180	105	Mundbehandlung	372	126 b	Eingliedern eines Bandes	
181	106	Beseitigung scharfer Zahnkanten	373	126 c	Wiedereingliederung eines Bandes	
182	107	Zahnsteinentfernung	374	126 d	Entfernung eines Bandes, Brackets	
191	IP 1	Mundhygienestatus	377	127 a	Eingliederung eines Teilbogens	
192	IP 2	Mundgesundheitsaufklärung	378	127 b	Ausgliederung eines Teilbogens	
194	IP 4	Fluoridierung	381	128 a	Konfektionierter Vollbogen	
195	IP 5	Fissurenversiegelung	382	128 b	Individualisierter Vollbogen	
210	7a	Abformung beider Kiefer	383	128 c	Ausgliederung von Vollbögen	
310	5	Kfo-Behandlungsplan	389	129	Wiedereingliederung eines Voll- oder Teilbogens	
311	116	Fotografie	390	130	Verankerungsapparaturen u.ä.	
312	117	Modellanalyse	391	131 a	Gaumennahterweiterungsapparatur	
313	118	Kephalometrische Auswertung	392	131 b	Herbstscharnier	
321	119 a	Umformung des Oberkiefers	393	131 c	Gesichtsmaske	
322	119 b			7700	70 (GOÄ)	Kurze Bescheinigung
323	119 c					
324	119 d					
331	119 a	Umformung des Unterkiefers				
332	119 b					
333	119 c					
334	119 d					

Eintragung im Feld **Abschlag Nr.**  
**F** = Frühbehandlung  
**V** = Verlängerungsantrag  
**E** = Neuanfertigung von Behandlungsgeräten

Muster 5 zur Anlage 2 zum BMV-Z

„EDV-Abrechner“

[ ]

(Feld 2)

Abrechnung  
für kieferorthopädische Behandlung

Rechnungs-Nr. Datum Lfd. Nr.  
(Bitte bei Bezahlung angeben)

[ ]

[ ]

[ ]

(Feld 1)

(Feld 3)

[ ]

[ ]

Quartal Abschlag Leerquartal Behandlungsplan vom Verlängerung vom Behandlungsbeginn Behandlungsende

Begleitleistungen Kurzbezeichnung EDV-Nr. Anzahl Geb.-Nr. Punkte EUR

Kein Versichertenanteil IP-Punktwert EUR: x IP-Gesamtpunkte  
KONS-Punktwert EUR: x KONS-Gesamtpunkte

Zahnärztliches Honorar

Kieferorthopädische Leistungen Kurzbezeichnung EDV-Nr. Anzahl Geb.-Nr. Punkte EUR

Zahnärztliches Honorar Kfo-Punktwert EUR: x Kfo-Gesamtpunkte

Kosten des Fremdlabors EUR:

Material- und Laborkosten des Zahnarzlabor s Anzahl Bel.-Nr. EUR

Kosten des Zahnarzlabor s: EUR

Gesamtbetrag: EUR  
Kassenanteil: % EUR  
Versichertenanteil: % EUR

Überweisen Sie bitte in den nächsten Tagen Ihren Versichertenanteil in Höhe von EUR ..... auf das oben genannte Konto.



**Anlage 3 zum BMV-Z  
Vereinbarung zwischen der KZBV  
und den Spitzenverbänden der Krankenkassen  
nach § 87 Abs. (1a) SGB V  
über die Versorgung mit Zahnersatz**

1. Vor Beginn der Behandlung hat der Vertrag Zahnarzt einen Heil- und Kostenplan (HKP) nach dem in der Anlage beigefügten Muster (Teil 1 und Teil 2) zu erstellen.

Der Teil 2 ist nur auszufüllen, wenn gleich- oder andersartige Leistungen geplant werden. Bei der Angabe der zu erwartenden Kosten sind in volle EUR kaufmännisch gerundete Beträge ausreichend, die für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen anzugeben sind. Der Heil- und Kostenplan/Teil 2 ist - sofern gleich- und/oder andersartige Versorgungsleistungen geplant sind - dem Versicherten zusammen mit dem Heil- und Kostenplan/Teil 1 zu übersenden.

Der Vordruck kann auch individuell per EDV erstellt werden, hierbei dürfen Inhalt, Aufbau und Struktur nicht verändert werden. Die Bestellung des Heil- und Kostenplanes und die Kostenübernahme für den Heil- und Kostenplan erfolgt wie bisher üblich auf der Ebene der Gesamtvertragspartner.

2. Der Vertrag Zahnarzt hat im Heil- und Kostenplan den zahnmedizinischen Befund, die Regelversorgung und die tatsächlich geplante Versorgung anzugeben. Für die tatsächlich geplante Versorgung sind Art, Umfang und Kosten der Versorgung anzugeben. Der Vertrag Zahnarzt kennzeichnet auf dem Heil- und Kostenplan die Fälle, in denen die Auszahlung der Festzuschüsse direkt von der Krankenkasse an den Versicherten zu erfolgen hat mit "D".
3. Abrechnung von Kronen, Stiften, Brücken, Teilprothesen und Kombinationszahnersatz

#### **Kronen**

Verblendete Kronen außerhalb des Verblendbereichs gemäß der Zahnersatz-Richtlinien, vollverblendete Kronen und vollkeramische Voll- und Teilkronen gelten als gleichartige Versorgung.

Die Abrechnung erfolgt entsprechend § 55 Abs. 4 i.V. mit § 87 Abs. 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der GOZ. Prothetische Begleitleistungen (Provisorien, Abnehmen und Wiederbefestigen von Provisorien) werden als Regelversorgungsleistungen nach BEMA abgerechnet.

#### **Stifte**

Adhäsiv befestigte Stifte und nicht-metallische Stiftsysteme gelten als gleichartige Versorgung und werden entsprechend § 55 Abs. 4 i.V. mit § 87 Abs. 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der GOZ abgerechnet.

#### **Brücken**

Verblendete Brückenanker und Brückenglieder außerhalb des Verblendbereichs gemäß der Zahnersatz-Richtlinien, vollverblendete und vollkeramische Brückenanker und Brückenglieder gelten als gleichartige Versorgung.

Die Abrechnung erfolgt entsprechend § 55 Abs. 4 i.V. mit § 87 Abs. 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der GOZ. Prothetische Begleitleistungen (Provisorien, Abnehmen und Wiederbefestigen von Provisorien) werden als Regelversorgungsleistungen nach BEMA abgerechnet.

## **Teilprothesen/Kombinationszahnersatz**

Bei der prothetischen Versorgung des teilbezahnten Kiefers in der Befundklasse 3 wird zwischen herausnehmbarem Zahnersatz und Kombinationszahnersatz unterschieden. Kombinationszahnersatz im Rahmen der Regelversorgung liegt nur bei den Befunden 3.2a bis 3.2c vor.

Zusätzliche Verbindungselemente an Kombinationszahnersatz (Teleskopkrone, Konuskronen, Geschiebe, Anker, Riegel, Steg u.ä.) gelten als gleichartige Versorgung, wenn die jeweilige Befundsituation eine Regelversorgung mit Teleskopkronen vorsieht (Befunde 3.2a bis 3.2c). Die Abrechnung dieser zusätzlichen Verbindungselemente und der das Verbindungselement tragenden Kronen erfolgt entsprechend § 55 Abs. 4 i.V. mit § 87 Abs. 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der GOZ; die übrigen Konstruktionselemente des Kombinationszahnersatz werden als Regelversorgungsleistungen nach BEMA abgerechnet.

Gleiches gilt, wenn statt einer Konus- oder Teleskopkrone der Regelversorgung (Befunde 3.2a bis 3.2c) ein anderes der oben genannten Verbindungselemente verwendet wird.

Verbindungselemente (Teleskopkrone, Konuskronen, Geschiebe, Anker, Riegel, Steg u.ä.) an herausnehmbarem Zahnersatz bei Befundsituationen (Befunde nach 3.1), die bei der Regelversorgung lediglich Halte- und Stützelemente (Klammern) vorsehen, ändern die Art der Versorgung; ein herausnehmbarer Zahnersatz wird somit zum Kombinationszahnersatz.

Solche Versorgungen werden als andersartige Versorgungen betrachtet und insgesamt entsprechend § 55 Abs. 5 i.V. mit § 87 Abs. 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der GOZ abgerechnet.

Dies gilt nicht, wenn an allen Ankerzähnen Befunde nach der Nr. 1.1 ansetzbar sind. In diesen Fällen gilt die Versorgung als gleichartig.

4. Der Heil- und Kostenplan (Teil 1 und Teil 2) ist der Krankenkasse vorzulegen. Die Krankenkasse hat den Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung insgesamt zu prüfen. Die Krankenkasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen.
5. Bei bestehender Versorgungsnotwendigkeit bewilligt die Krankenkasse die Festzuschüsse. Nach der Genehmigung sind Änderungen des Befundes oder der tatsächlich geplanten Versorgung der Krankenkasse zur Neufestsetzung der Festzuschüsse mitzuteilen. Die Festzuschüsse werden gezahlt, wenn der Zahnersatz in der bewilligten Form innerhalb von 6 Monaten eingegliedert wird.

Die Gesamtvertragspartner können Regelungen zur Vereinfachung des Bewilligungsverfahrens für Wiederherstellungen/Erweiterungen vereinbaren.

6. Die Kosten für Regelversorgungsleistungen sind mit den Versicherten nach Bema und BEL II abzurechnen.

Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen. Diese werden nach der GOZ/BEB in Rechnung gestellt. Der Rechnung ist eine Durchschrift der Rechnung des gewerblichen oder des Praxislabor über zahntechnische Leistungen und die Erklärung nach Anhang VIII der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Medizinprodukte beizufügen (Konformitätserklärung). Für die zahntechnischen Leistungen ist darüber hinaus der Herstellungsort des Zahnersatzes mitzuteilen.

7. Abrechnung der Festzuschüsse
  - a) Regelversorgungen und gleichartige Versorgungen

Genehmigte Festzuschüsse im Zusammenhang mit erbrachten Regelleistungen oder mit gleichartigen Leistungen werden mit dem HKP/Teil 1 nach Eingliederung oder Wiederherstellung des Zahnersatzes über die KZV abgerechnet. Bei der Rechnungslegung gegenüber dem Versicherten ist der Betrag für die Festzuschüsse abzusetzen. Unterschreitet der tatsächliche Rechnungsbetrag den von der Krankenkasse festgesetzten Festzuschuss, ist dies bei der Abrechnung bei V.8. zu berücksichtigen.

b) Härtefälle

Bei Härtefällen übernimmt die Krankenkasse den über dem Festzuschuss liegenden tatsächlich Rechnungsbetrag nur, wenn eine Regelversorgung durchgeführt wird. Der tatsächliche Rechnungsbetrag wird über die KZV abgerechnet.

Bei zahntechnischen Leistungen für Härtefälle übernimmt die Krankenkasse nur die Kosten für NEM-Legierungen. Die Mehrkosten für Edelmetalllegierungen trägt der Härtefall-Versicherte selbst.

c) Ausschließlich andersartige Leistungen

Genehmigte Festzuschüsse für eine ausschließlich andersartige Versorgung werden von der Krankenkasse direkt mit dem Versicherten nach Vorlage der Rechnung abgerechnet.

d) Mischfälle

Genehmigte Festzuschüsse für Mischfälle (Regelleistungen und/oder gleichartige Leistungen in Verbindung mit andersartigen Leistungen) sind über die KZV abzurechnen, wenn mehr als 50 % des zahnärztlichen Honorars zum Zeitpunkt der Planung für Leistungen der Regelversorgung und/oder der gleichartigen Versorgung anfallen. Die Gesamtvertragspartner können eine andere prozentuale Grenzziehung vereinbaren.

8. Diese Vereinbarung ersetzt die bisherige Anlage 3 zum BMV-Z (EKV-Z1), die Vereinbarung sowie die Empfehlung zur Mehrkostenregelung vom 01. Juli 1986, die Vereinbarung über die Festlegung des Abrechnungsbetrages für Dentallegierungen bei der Versorgung mit Zahnersatz und mit Zahnkronen vom 01.10.1995 sowie die Übergangsregelung vom 09.11.2004. Sie tritt am 01. Juli 2005 in Kraft.

Anlage 1: Heil und Kostenplan - Teil 1

Anlage 2: Heil- und Kostenplan - Teil 2





# Heil- und Kostenplan (Anlage 2)

Zahnarzt (Briefkopf)

Patient (Adresse)

## Heil- und Kostenplan Teil 2

— **Anlage zum Heil- und Kostenplan vom \_\_\_\_\_**

Für Ihre prothetische Behandlung werden entsprechend nachfolgender Aufstellung voraussichtlich folgende Kosten/Eigenanteile anfallen:

Zahn/Gebiet	GOZ	Leistungsbeschreibung	Anzahl	Betrag EUR
Muster 14.06.05				

Zahnärztliches Honorar GOZ (entsprechend Zeile III/3 HKP): ..... EUR \_\_\_\_\_

Zahnärztliches Honorar BEMA (entsprechend Zeile III/1 und 2 HKP): ..... EUR \_\_\_\_\_

Material und Laborkosten (entsprechend Zeile III/4 HKP): ..... EUR \_\_\_\_\_

Gesamtkosten (entsprechend Zeile III/5 HKP): ..... EUR \_\_\_\_\_

abzüglich Festzuschüsse: ..... EUR \_\_\_\_\_

Ihr voraussichtlicher Eigenanteil wird hiernach betragen EUR \_\_\_\_\_

**Kosten für allgemeine und konservierend-chirurgische Leistungen nach der GOZ sind in den Beträgen nicht enthalten. Unvorhersehbare Leistungen, die sich im Rahmen der Behandlung ergeben, werden gesondert berechnet. Unvorhersehbare Veränderungen der Schwierigkeit sowie des Zeitaufwandes der einzelnen Leistungen, der Umstände bei der Ausführung oder der Methode können zu Kostenveränderungen führen.**

Ich wünsche eine Versorgung entsprechend des Heil- und Kostenplans nebst dieser Anlage

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift des Zahnarztes

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift des Versicherten

### Informationen über die Kosten der Regelversorgung

Die Kosten für eine dem Befund entsprechende Regelversorgung liegen voraussichtlich in Höhe des doppelten Festzuschusses.

doppelter Festzuschuss ..... EUR \_\_\_\_\_

abzüglich von der Kasse festgesetzter Festzuschüsse ..... EUR \_\_\_\_\_

Ihr Eigenanteil würde im Falle der Regelversorgung daher voraussichtlich ..... EUR \_\_\_\_\_ zzgl. der möglicherweise anfallenden Edelmetallkosten betragen.

Originalgröße DIN A 4

**Anmerkung der KZBV zu Anlage 4 zum BMV-Z**

**Die Verfahrensordnung wird zwischen den Partnern der Gesamtverträge vereinbart.**

**Verfahrensordnung (§ 22 Abs. 6 BMV-Z)**

**§ 1 - Prüfung der Abrechnungsfälle**

(1) Die Abrechnungsstellen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen überprüfen die von den Kassenzahnärzten zur Abrechnung eingereichten Behandlungsausweise darauf,

- a) ob es sich um Behandlungsausweise der jeweiligen Kasse handelt,
- b) ob sie ordnungsgemäß und vollständig ausgefüllt sind und
- c) ob die Honoraranforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig stimmen.

(2) Die Abrechnungsstellen haben nicht abrechnungsfähige Leistungen zu streichen. Sonstige Mängel haben sie unter Mitwirkung des Kassenzahnarztes zu beheben; dergleichen sorgen sie für die Abstellung entsprechender Beanstandungen von Krankenkassen.

(3) Soweit über die Berichtigung von Honorarforderungen keine Einigung erzielt werden kann, entscheidet hierüber der Prüfungsausschuss.

**§ 2 - Vorbereitung der Prüfungen**

(1) Zur Vorbereitung eingehender individueller Überprüfung der Behandlungsausweise der einzelnen Kassenzahnärzte durch die Prüfungsausschüsse erstellen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen vierteljährlich eine Statistik der ausgeführten Leistungen, bezogen auf 100 Behandlungsfälle, für die Gesamtheit aller Krankenkassen getrennt nach Orts-, Betriebs-, Innungs- und Landwirtschaftlichen Krankenkassen.

(2) Ferner erstellen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen vierteljährlich die durchschnittliche Summe der Bewertungszahlen je Behandlungsfall für jeden Kassenzahnarzt und für die Gesamtheit aller Kassenzahnärzte.

(3) In jedem Abrechnungsvierteljahr errechnet die Kassenzahnärztliche Vereinigung bei 30 v.H. ihrer Kassenzahnärzte, die vom Prüfungsausschuss jeweils bezeichnet werden, aus der gesamten kassenzahnärztlichen Tätigkeit, getrennt für jeden Kassenzahnarzt, die Anzahl der einzelnen Leistungen bezogen auf 100 Behandlungsfälle.

(4) Die Statistiken nach Abs. 1 bis 3 werden den Prüfungsausschüssen und den Landesverbänden der Krankenkassen übermittelt.

**§ 3 - Festsetzen der Prüfungen<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> *Beschluss Nr. 2 der Technischen Kommission zu § 3 Abs. 1: Werden bei der Prüfung erhebliche Mängel festgestellt und besteht begründeter Anlass zu der Vermutung, dass solche Mängel auch in früheren Abrechnungen vorgekommen sind, hat der Prüfungsausschuss in entsprechender Anwendung des § 3 Abs. 2 Verfahrensordnung auch zurückliegende Quartale zu prüfen.*

(1) Die Prüfungsausschüsse haben alsbald nach Eingang der Abrechnungen für jedes Abrechnungsvierteljahr Prüfungen in der Regel bei 15 v. H. aller Kassenzahnärzte ihres Bezirks vorzunehmen. Insbesondere sollen Kassenzahnärzte überprüft werden, deren Abrechnungen insgesamt oder bei einzelnen Leistungen in dem vorausgegangenen Abrechnungsvierteljahr erheblich vom Durchschnitt abgewichen sind (§ 2). In der in Satz 1 genannten Zahl sind die auf Antrag von Krankenkassen durchzuführenden Prüfungen eingeschlossen.

(2) Prüfungsanträge der Krankenkassen oder ihrer bevollmächtigten Verbände können höchstens für die jeweils letzten acht den Krankenkassen vorliegenden Quartalsabrechnungen gestellt werden.

#### **§ 4 - Prüfung der Verordnungsweise**

(1) Die Prüfungsausschüsse setzen auf Antrag der Krankenkassen oder ihrer bevollmächtigten Verbände Prüfungen der Verordnungsweise von Kassenzahnärzten an. Sie können diese Prüfungen auf die Behandlungsweise ausdehnen.

(2) Anträge auf Prüfung der Verordnungsweise können sich beziehen auf

- a) die Verordnung einzelner Medikamente, deren Ausstellungsdatum in ein Abrechnungsvierteljahr fällt, dessen Ende nicht länger als ein Jahr zurückliegt, und
- b) die gesamte Arzneiverordnung eines Kassenzahnarztes während der letzten zwei Jahre.

Allen Anträgen sind die Behandlungsausweise und Verordnungsblätter beizufügen, auf die sie sich erstrecken.

#### **§ 5 - Entscheidungen des Prüfungsausschusses**

(1) Die Prüfungsausschüsse entscheiden darüber,

- a) ob die berechneten Leistungen nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen als abrechnungsfähig anzuerkennen sind,
- b) ob die berechneten Leistungen den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen über die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechen,
- c) ob die Arzneiverordnungen der Kassenzahnärzte den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen über Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechen, und
- d) ob und in welcher Höhe ein sonstiger Schaden (§ 23 Abs. 1 BMV-Z) vorliegt; sie entscheiden außerdem über die Beanstandungen nach § 1 Abs. 3.

(2) Die Prüfungsausschüsse setzen die Höhe des zu kürzenden oder zu erstattenden Betrages fest, der sich aus den Feststellungen nach Abs. 1 ergibt.

(3) Bei Verstößen von geringer Bedeutung kann die Kürzung oder die Festsetzung des zu erstattenden Betrages unterbleiben; dem betreffenden Kassenzahnarzt ist eine Belehrung zu erteilen.

## **§ 6 - Grundlagen für die Entscheidungen der Prüfungsausschüsse**

(1) Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit sind die gesamte Tätigkeit des Zahnarztes und die besonderen Verhältnisse seiner Praxis zu berücksichtigen.

(2) Soweit die Prüfung anhand einzelner Behandlungsfälle ohne unverhältnismäßige Schwierigkeiten und Aufwendungen durchgeführt werden kann, haben die Prüfungseinrichtungen die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Kassenzahnärztlichen Behandlung grundsätzlich in dieser Weise zu prüfen. Im übrigen können sie den Umfang der Unwirtschaftlichkeit auf Grund eines Vergleichs schätzen, den sie ziehen

- a) zwischen unterschiedlichen Berechnungen des Kassenzahnarztes in verschiedenen Abrechnungszeiträumen oder
- b) zu den Abrechnungen anderer Kassenzahnärzte mit gleichartiger Praxis in demselben Abrechnungsbezirk.

(3) Eine unwirtschaftliche Behandlungsweise ist insbesondere zu vermuten, wenn sich Fälle häufen, in denen

- a) Untersuchungen und Beratungen (Pos. 1 des Bema) neben anderen Leistungen oder
  - b) wiederholt Füllungen an derselben Stelle oder
  - c) vor Wurzelbehandlungen Maßnahmen gegen caries profunda oder
  - d) vor Extraktionen Wurzelbehandlungen oder
  - e) Röntgenaufnahmen vitaler Zähne
- berechnet werden.

(4) Über die Höhe der zu kürzenden oder zu erstattenden Beträge gem. § 5 Abs. 2 entscheidet der Prüfungsausschuss unter Würdigung aller in Betracht kommenden Umstände nach freier Überzeugung.

## **§ 7 - Allgemeine Beweismittel**

(1) Die Prüfungsausschüsse erheben die notwendigen Beweise von Amts wegen oder auf Antrag.

(2) Beweismittel sind insbesondere

- a) die zur Abrechnung eingereichten Behandlungsausweise des Kassenzahnarztes und gegebenenfalls sonstige Abrechnungsunterlagen,
- b) die Arznei-Verordnungen des Kassenzahnarztes,
- c) die vom Kassenzahnarzt ausgestellten Bescheinigungen,
- d) die Aufzeichnungen des Kassenzahnarztes gem. § 5 Abs. 1 BMV-Z,
- e) die vom Kassenzahnarzt abgerechneten Röntgenaufnahmen,
- f) das aus den Behandlungsausweisen zusammengestellte Zahlenmaterial (§ 27 BMV-Z) und

g) das aus den Arznei-Verordnungen, Krankenhauseinweisungen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen der Kassenzahnärzte zusammengestellte Zahlenmaterial.

(3) Die in Abs. 2 a-c bezeichneten Beweismittel sind auf Anforderung des Vorsitzenden des Prüfungsausschusses zu den Akten des Prüfungsausschusses zu geben; die unter d und e genannten Beweismittel hat der Kassenzahnarzt auf Anforderung vorzulegen. Die unter f genannten Beweismittel stellen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen oder ihre Abrechnungsstellen und die unter g) genannten die Krankenkassen oder ihre Verbände zur Verfügung.

## **§ 8 - Kontrolluntersuchungen**

(1) Zur Sicherung ihrer Entscheidung über Umfang, Art und Sorgfalt der Behandlung eines Kassenzahnarztes können die Prüfungseinrichtungen Kontrolluntersuchungen anordnen. Eine Kontrolluntersuchung soll insbesondere dann durchgeführt werden, wenn der Verdacht auf Abrechnung nicht erbrachter Leistungen besteht oder wenn der der Prüfung unterworfenen Kassenzahnarzt oder die Krankenkassen, deren Versicherten von ihm behandelt wurden, es beantragt haben.

(2) Die Vorladung der Patienten zur Kontrolluntersuchung erfolgt durch ihre Krankenkasse.

(3) Der der Prüfung unterworfenen Kassenzahnarzt und die zahnärztlichen Mitglieder der Prüfungseinrichtungen haben das Recht auf Teilnahme an der Kontrolluntersuchung. Sie sind rechtzeitig von Ort und Zeitpunkt der Kontrolluntersuchung zu verständigen.

(4) Die Kosten der Kontrolluntersuchung haben die Prüfungseinrichtungen in ihren Entscheidungen ganz oder teilweise aufzuerlegen:

- a) dem der Prüfung unterworfenen Kassenzahnarzt, wenn die Kontrolluntersuchung Beanstandungen ergab, oder
- b) der die Kontrolluntersuchung beantragenden Krankenkassen, wenn sich keine Beanstandungen ergaben.

(5) Die vorstehenden Vorschriften gelten nur insoweit, als ihnen keine Vereinbarungen gem. § 20 Abs. 5 Satz 2 BMV-Z entgegenstehen.

## **§ 9 - Verfahren vor dem Prüfungsausschuss**

(1) Beteiligte am Verfahren sind der Kassenzahnarzt und die Krankenkasse bzw. deren bevollmächtigte Verbände, soweit sie Anträge gestellt haben.

(2) Anträge der Beteiligten sollen in vierfacher Ausfertigung mit schriftlicher Begründung beim Prüfungsausschuss eingereicht werden.

(3) Der Vorsitzende des Prüfungsausschusses kann zur Vorbereitung des Verfahrens Anträge und Stellungnahmen den Beteiligten zur Stellungnahme zuleiten. Er kann für Stellungnahmen eine Frist setzen. Für Stellungnahmen der Beteiligten gilt § 9 Abs. 2 entsprechend.

(4) Der Vorsitzende hat die Beteiligten mit einer Frist von mindestens zwei Wochen zur Sitzung zu laden; er hat in der Ladung darauf hinzuweisen, dass auch in Abwesenheit der Beteiligten entschieden werden kann. Die Ladung des Kassenzahnarztes kann unterbleiben, wenn eine ihn beschwerende Entscheidung nicht zu erwarten ist. Die Kosten ihrer Teilnahme tragen die Beteiligten selbst.

(5) Über die Sitzungen der Prüfungsausschüsse sind Niederschriften zu fertigen, die die Entscheidungen sowie die wichtigsten Erklärungen und Feststellungen enthalten und vom Vorsitzenden zu unterzeichnen sind. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen erhalten je eine Ausfertigung der Niederschriften.

(6) Der Prüfungsausschuss entscheidet mit Stimmenmehrheit; Stimmenenthaltungen sind unzulässig. Die Entscheidungen der Prüfungsausschüsse sind so zu begründen, dass aus ihnen die Gründe für die Vornahme oder das Unterbleiben von Kürzungen oder für die Festsetzung von Erstattungsbeträgen unter Berücksichtigung der Grundsätze des § 6 klar erkennbar sind. Sie sind mit Rechtsmittelbelehrung zu versehen, vom Vorsitzenden zu unterzeichnen und den Betroffenen (§ 22 Abs. 6 BMV-Z) möglichst innerhalb eines Monats nach der Entscheidung zuzusenden.

## **§ 10 - Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss**

(1) Die Kassenzahnärzte und Krankenkassen, die durch die Entscheidungen des Prüfungsausschusses beschwert sind, bzw. die bevollmächtigten Verbände dieser Krankenkassen, haben das Recht, Beschwerde gegen die Entscheidungen des Prüfungsausschusses einzulegen. Die Beschwerde ist binnen eines Monats nach Zugang der Entscheidung dem Beschwerdeausschuss schriftlich oder zur Niederschrift einzureichen. Die Beschwerde soll in vierfacher Ausfertigung eingereicht werden und Angaben darüber enthalten, inwieweit und aus welchen Gründen die Entscheidung angefochten wird.

(2) Der Vorsitzende des Beschwerdeausschusses setzt alsbald einen Termin zur Verhandlung an und leitet Durchschriften der Beschwerdeschrift den am Verfahren Beteiligten zu. Die Beteiligten können vor dem Termin zur Beschwerde schriftlich Stellung nehmen.

(3) Allen Beteiligten ist im Termin Gelegenheit zu geben, ihre Auffassung persönlich oder durch einen Vertreter vorzutragen. Der beteiligte Kassenzahnarzt kann sich durch einen Kassenzahnarzt oder durch einen Rechtsanwalt vertreten lassen. Die beteiligten Krankenkassen lassen sich in der Regel durch ihren Landesverband vertreten.

(4) Der Beschwerdeausschuss entscheidet mit einfacher Stimmenmehrheit; bei Stimmengleichheit gilt eine Beschwerde als zurückgewiesen. Die Entscheidungen sind entsprechend § 9 Abs. 6 Satz 2 zu begründen und vom Vorsitzenden sowie einem Vertreter der Krankenkassen zu unterzeichnen.

(5) Die Entscheidungen des Beschwerdeausschusses sind den Betroffenen (§ 22 Abs. 6 BMV-Z) zuzustellen. Die Betroffenen sind hierbei über die Zulässigkeit der Klage, das Gericht, bei dem die Klage zu erheben ist, den Sitz des zuständigen Gerichts und die Frist zur Erhebung der Klage zu belehren (§§ 85 Abs. 3, 66, 87 und 90 des Sozial-

gerichtsgesetzes). Zugestellt wird nach den §§ 2 bis 15 des Verwaltungszustellungsgesetzes vom 3. Juli 1952 (Bundesgesetzblatt I Seite 379).

(6) Soweit sich aus den Abs. 1 bis 5 nicht etwas anderes ergibt, gelten die Vorschriften des § 9 für das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss entsprechend.

### **§ 11 - Gemeinsame Vorschriften für die Prüfungseinrichtungen**

(1) Die Amtsdauer der Mitglieder der Prüfungseinrichtungen beträgt vier Jahre.

(2) Ein Mitglied kann aus einem wichtigen Grunde durch die Stelle abberufen werden, von der es bestellt ist.

(3) Die Mitglieder der Ausschüsse haben Anspruch auf Erstattung ihrer baren Auslagen und auf eine Entschädigung für Zeitverlust nach den für die Mitglieder der Organe der bestellenden Körperschaften geltenden Grundsätzen. Der Anspruch richtet sich gegen die bestellenden Körperschaften.

(4) Die Mitglieder der Ausschüsse sind bei Ausübung ihrer Entscheidung an Weisungen nicht gebunden. Sie haben über den Hergang bei der Beratung sowie über die Person des von einem Prüfungsverfahren betroffenen Zahnarztes - soweit dienstliche Verpflichtungen nicht entgegenstehen - und über die Abstimmung Stillschweigen zu bewahren.

(5) Den Vorsitz des Beschwerdeausschusses hat ein Vertreter der Kassenzahnärztlichen Vereinigung.

(6) Stimmberechtigte Mitglieder der Prüfungsausschüsse können nicht Mitglieder der Beschwerdeausschüsse sein.

(7) Die am Verfahren Beteiligten haben das Recht, die gesamten Unterlagen eines Prüfungsverfahrens in den Räumen der Prüfungseinrichtung in Anwesenheit eines Beauftragten der Prüfungseinrichtung einzusehen.

### **§ 12 - Mitteilung gröblicher Verletzungen kassenzahnärztlicher Pflichten**

Werden den Prüfungseinrichtungen Tatsachen bekannt, die ein Verfahren vor den Disziplinar- oder Zulassungsinstanzen nach sich ziehen könnten, so unterrichten sie den Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung und den zuständigen Landesverband der Krankenkassen.

### **§ 13 - Inkrafttreten**

Diese Verfahrensordnung gilt ab 1. Juli 1962; sie ist auf alle Verfahren, die sich auf frühere Abrechnungszeiträume beziehen, sinngemäß anzuwenden, sofern nicht schon eine Sitzung in der jeweiligen Instanz vor dem 1. Juli 1962 stattgefunden hat.

**Vereinbarung über die  
Bildung einer Technischen Kommission**

§ 1

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Orts-, Betriebs-, Innungs- und Landwirtschaftlichen Krankenkassen bilden eine Technische Kommission. Sie hat die Aufgabe, Zweifelsfragen, die sich aus dem BMV-Z und seinen Anlagen, insbesondere aus den Positionen der Bewertungsmaßstäbe und ihren Erläuterungen ergeben, durch verbindliche Auslegung der in Frage kommenden Bestimmungen zu klären. Änderungen des BMV-Z und seiner Anlagen gehören nicht zu den Aufgaben der Kommission; sie bleiben der förmlichen Vereinbarung durch die Parteien des BMV-Z vorbehalten.

§ 2

Beschlüsse der Kommission, die Feststellungen gem. § 1 zum Gegenstand haben, werden Bestandteil des BMV-Z oder seiner Anlagen. Sie werden verbindlich, wenn nicht innerhalb eines Monats nach der Beschlussfassung eine der beteiligten Körperschaften eine erneute Beratung beantragt; der Antrag ist zu begründen.

§ 3

Die Kommission besteht aus sechs Vertretern der KZBV, drei Vertretern des BdO und je einem Vertreter des BdB, Bdl und BLK.

§ 4

Den Vorsitz in der Kommission führt abwechselnd ein Vertreter der KZBV und der Bundesverbände der Krankenkassen.

§ 5

Die Geschäftsführung liegt jeweils bei der Körperschaft, deren Vertreter den Vorsitz führt.

§ 6

Die Kommission tritt nach Bedarf zusammen. Soweit sie nicht über ihr nächstes Zusammentreten beschlossen hat, wird der Termin für die Sitzung durch die Geschäftsführung im Einvernehmen mit den übrigen Körperschaften festgelegt. Die Kommission ist innerhalb eines Monats einzuberufen, wenn eine der Körperschaften dies schriftlich beantragt.

## § 7

Die Kommission ist beschlussfähig, wenn mindestens zwei Drittel der Mitglieder anwesend sind. Die Beschlussfassung erfolgt mit einfacher Stimmenmehrheit; bei Stimmengleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt. An der Abstimmung darf sich jeweils nur die gleiche Zahl von Vertretern der KZBV und der Bundesverbände der Krankenkassen beteiligen.

## § 8

Anträge an die Kommission sind schriftlich formuliert der Geschäftsführung bis spätestens 14 Tage vor einer Sitzung einzureichen. Die Geschäftsführung stellt aus den Anträgen nach § 2, aus den unerledigten Anträgen der vergangenen Sitzung und den ihr rechtzeitig zugehenden Anträgen die Tagesordnung nach der Reihenfolge des Eingangs der Anträge zusammen und versendet sie mit ihrem vollen Wortlaut spätestens eine Woche vor der anstehenden Sitzung an die übrigen Körperschaften in der erforderlichen Zahl.

## § 9

Die Kommission beschließt zunächst über Anträge zu der von der Geschäftsführung vorgelegten Tagesordnung (Änderung der Reihenfolge, Aufnahme weiterer Sachanträge) und behandelt sodann die Anträge in der Reihenfolge der Tagesordnung.

## § 10

Ist ein Antrag durch Beschluss der Kommission abgelehnt worden, so kann ein Antrag gleichen Inhalts in der laufenden und für die darauffolgende Sitzung der Kommission nicht gestellt werden.

## § 11

Zu den Aufgaben der Geschäftsführung gehört es,

- a) die Beschlüsse der Kommission zu protokollieren und das Protokoll den übrigen Körperschaften zuzuleiten,
- b) die Feststellungen der Kommission gem. § 1 in einem Ergebnisprotokoll zusammenzustellen und den übrigen Körperschaften in ausreichender Zeit zur Weiterleitung an ihre Mitglieder zu übersenden.

## § 12

Diese Vereinbarung ist als Anlage 5 Bestandteil des Bundesmantelvertrags-Zahnärzte. Sie tritt am 1. Januar 1964 in Kraft.

Köln, den 18. November 1963

## **TK-Protokoll**

### **Protokollarische Feststellungen zu der Vereinbarung über die Bildung einer Technischen Kommission**

(Anlage 5 zum Bundesmantelvertrag-Zahnärzte vom 2. Mai 1962)

Zu § 3 besteht Übereinstimmung darüber, dass mit der hierin festgelegten Zahl der Mitglieder der Kommission die Teilnahme weiterer beratender Vertreter der Körperschaften nicht ausgeschlossen ist; die in § 3 festgelegte Mitgliederzahl der Kommission hat nur für die Beschlussfassung Bedeutung.

Zu § 8 besteht Übereinstimmung, dass die schriftliche Formulierung der Anträge so zu verstehen ist, dass die Anträge soweit möglich in Form von Beschlussvorschlägen gestellt und hierzu kurz Begründungen gegeben werden.

Zu § 11 besteht die Übereinstimmung, dass die Beschlüsse der Kommission in derselben Sitzung zu formulieren und schriftlich festzuhalten sind.

## **Beschlüsse der Technischen Kommission<sup>1</sup>**

### **Beschluss Nr. 1**

#### **Zu § 8 Abs. 1 Satz 2 BMV-Z:**

Behandlungsausweise, die nicht den Bestimmungen in § 8 Abs. 1 Satz 2 BMV-Z entsprechen, können von der Abrechnung und Honorierung nur dann zurückgewiesen werden, wenn der behandelte Patient keinen Anspruch auf die abgerechneten Leistungen hatte.

### **Beschluss Nr. 2**

#### **Zu Nr. 3 Abs. 1 VerfO:**

Werden bei der Prüfung erhebliche Mängel festgestellt und besteht begründeter Anlass zu der Vermutung, dass solche Mängel auch in früheren Abrechnungen vorgekommen sind, hat der Prüfungsausschuss in entsprechender Anwendung des § 3 Abs. 2 Verfahrensordnung auch zurückliegende Quartale zu prüfen.

### **Beschluss Nr. 10**

#### **Zu Nrn. 23, 43, 44, 45 und 47:**

Eine Abrechnung der Nr. 23 mit nachfolgender Abrechnung der Nrn. 43, 44, 45 oder 47 für denselben Zahn ist in besonderen Fällen möglich.

### **Beschluss Nr. 16**

#### **Zu § 2:**

Erscheint ein Patient nicht oder nicht zur vereinbarten Zeit, so kann der Zahnarzt Nr. 24 Bugo-Ä nicht zu Lasten der Krankenkassen abrechnen.

---

<sup>1</sup> Diese Beschlüsse sind am 1. Januar 1966 in Kraft und an die Stelle aller vorangegangenen Beschlüsse getreten.

**Vereinbarung  
über das Gutachterverfahren bei kieferorthopädischen Maßnahmen**

§ 1<sup>1</sup>  
**Einleitung des Verfahrens**

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

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

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

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

*Zu § 1 Absätze 2-4 wird folgende Protokollnotiz vereinbart:*

*Mit der Beschlussfassung zum Inkrafttreten des Kieferorthopädischen Indikationssystems haben sich die Partner des BMV-Z darauf verständigt, nach einer Erprobungsphase bis zum 31.12.2003 dessen Auswirkungen zu überprüfen mit dem Ziel einer eventuell erforderlichen Korrektur des KIG.*

*Zu diesem Zweck vereinbaren die Vertragspartner, dass die KZVen die erforderlichen Unterlagen (Kfo-Behandlungsplan bzw. Mitteilung an den Versicherten – Muster 8a) für zwei Jahre sammeln und für eine Auswertung auf Bundesebene bereit halten.*

*Nach Ablauf des Zwei-Jahres-Zeitraumes werden die Vertragspartner darüber beraten, ob die Erfassung fortgeführt werden soll.*

<sup>1</sup>) Geändert aufgrund einer Vereinbarung vom 25.10.2001, gültig ab 01.01.2002

## § 2

### **Kostenregelung, Behandlungsbeginn**

- (1) Bei Kostenübernahme bzw. Bezuschussung sendet die Krankenkasse in der Regel innerhalb von 4 Wochen ein Exemplar des Behandlungsplanes an den Zahnarzt zurück.
- (2) Mit der Behandlung soll erst nach Rücksendung des Behandlungsplanes an den Zahnarzt begonnen werden.
- (3) Behandlungen, für die die Krankenkasse auf Grund eines Behandlungsplanes die Kosten übernommen oder einen Zuschuss gewährt hat, unterliegen nicht mehr der Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit.

## § 3

### **Bestimmungen für den Fall der Begutachtung**

- (1) Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Behandlungsplan begutachten lassen. In diesem Falle sendet sie den Behandlungsplan in doppelter Ausfertigung in der Regel innerhalb von 4 Wochen an den Zahnarzt zurück mit der Bitte, dem von ihr benannten Gutachter beide Ausfertigungen des Behandlungsplanes zusammen mit den Befundunterlagen (Kiefermodelle, Rö-Aufnahmen, ggf. Fotografie, Fernröntgenaufnahme und HNO-Befund) zuzuleiten. Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung der Anlage 13 a zum BMV-Z.
- (2) Der Gutachter kann der Krankenkasse anheim stellen, weitere Unterlagen sowie Nachbefunde zu verlangen. Die Kosten hierfür sind dem Zahnarzt unter Berücksichtigung des § 16 Abs. 1 BMV-Z nach dem Bema von der Kasse zu vergüten.
- (3) Die Begutachtung einschließlich der Kostenregelung richtet sich nach den Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter (siehe Anhang).
- (4) Der Gutachter nimmt zum Behandlungsplan Stellung. Befürwortet er ihn, so sendet er beide Exemplare des Behandlungsplanes der Krankenkasse zu. Die übrigen Unterlagen sendet er dem Zahnarzt zurück. Befürwortet er ihn nicht, so sendet er mit seiner schriftlichen Stellungnahme ein Exemplar des Behandlungsplanes der Krankenkasse, das 2. Exemplar und die übrigen Unterlagen dem Zahnarzt zurück. Der Gutachter erstellt das Gutachten unter Verwendung des Vordrucks „Gutachten“ (Anlage 13c). Der Vordruck „Gutachten“ (Anlage 13c) kann individuell mittels EDV erstellt werden. Hierbei dürfen Inhalt, Aufbau und Struktur nicht verändert werden. § 1 Abs. 3 Satz 3 gilt entsprechend.<sup>1</sup>
- <sup>1</sup>) Sätze 5 bis 7 eingefügt durch Vereinbarung vom 25.10.2001, gültig ab 01.01.2002.
- (5) Die Verlängerung der kieferorthopädischen Behandlung über das 16. Behandlungsquarteljahr hinaus ist nach Maßgabe der Abrechnungsbestimmungen zu den Nrn. 119 und 120 unter Verwendung des Vordrucks Kfo-Behandlungsplan (Anlage 8 zum BMV-Z) zu beantragen. Die Abs. 1 bis 4 gelten entsprechend.

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

#### § 4 **Obergutachten**

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

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

#### § 5 **Bestellung der Gutachter**

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

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

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

#### § 6 **Kosten der Begutachtung**

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

## **Anhang zur Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei kieferorthopädischen Maßnahmen**

Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter

1. Der behandelnde Zahnarzt, dem die Wahl der therapeutischen Mittel freisteht, hat darauf zu achten, dass der Behandlungsaufwand in einem sinnvollen Verhältnis zur Prognose und zur erreichbaren Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten steht.
2. Der Gutachter nimmt zu dem Behandlungsplan nach fachlichen Gesichtspunkten und unter Berücksichtigung der Nr. 1 Stellung. Er empfiehlt Ergänzungen und Änderungen des Behandlungsplanes, wenn die diagnostischen Unterlagen oder die therapeutischen Vorschläge unzureichend sind. Meinungsverschiedenheiten über die Beurteilung des Behandlungsfalles sind in kollegialer Weise zu klären.
3. Der Gutachter ist verpflichtet, die eingehenden Anträge in der Regel innerhalb von vier Wochen zu bearbeiten. Modelle und Röntgenaufnahmen sind dem behandelnden Zahnarzt unmittelbar zurückzusenden.
4. Die Gutachter sind verpflichtet, an den von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung einberufenen Gutachtertagungen teilzunehmen. An den Gutachtertagungen können auch Vertreter der Bundesverbände der Krankenkassen teilnehmen.
5. Die Gebühren errechnen sich durch Multiplikation der nachstehend angegebenen Bewertungszahlen mit den jeweils gültigen Punktwerten. Centbeträge sind auf 10 Cent aufzurunden.

	Bewertungszahl
a) für die Begutachtung eines Behandlungsplanes oder eines Verlängerungsantrages	50
b) für die Begutachtung eines Nachbefundes (§ 3 Abs. 2 der Anlage 6 zum BMV-Z), soweit die Begutachtung durch denselben Gutachter, der das Erstgutachten erstellt hat, erfolgt, andererseits	20 50
c) für die Untersuchung des Patienten zusätzlich	10
d) Für Obergutachten wird die Gebühr jeweils vom Fachberater für Kieferorthopädie der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit dem zustän- digen Bundesverband der Krankenkassen festgesetzt.	

Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von EUR 10,70<sup>1</sup> je Gutachten abgegolten.

Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter/Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen zusätzlich abgerechnet werden. Die GOÄ-Nr. 70 oder 75<sup>1</sup> kann nicht zusätzlich berechnet werden.

<sup>1)</sup> geändert aufgrund einer Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004

**Vereinbarung über das Verfahren bei der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und Kiefergelenkserkrankungen <sup>1</sup>**

§ 1

**Behandlungsplanung**

Vor Beginn der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und von Kiefergelenkserkrankungen ist vom Zahnarzt an Hand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen ein Behandlungsplan zu erstellen. Hierfür ist der Vordruck "Behandlungsplan bei Kiefergelenkserkrankungen / Kieferbruch" (Muster 3a der Anlage 2) zu verwenden.

§ 2

**Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen**

- 1) Bei der Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen sendet der Zahnarzt den Behandlungsplan der Krankenkasse zu.
- 2) Bei Kostenübernahme sendet die Krankenkasse den Behandlungsplan an den Zahnarzt zurück.
- 3) Mit der Behandlung soll erst nach Rücksendung des Behandlungsplans begonnen werden. Hiervon ausgenommen sind Maßnahmen zur Beseitigung der Schmerzen sowie zahnmedizinisch unaufschiebbare Maßnahmen.
- 4) Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Behandlungsplan bei Kiefergelenkserkrankungen begutachten lassen.
- 5) Die Gesamtvertragspartner auf Landesebene können Näheres vereinbaren.

§ 3

**Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels**

Die Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels ist vom Zahnarzt der Krankenkasse auf dem Vordruck „Behandlungsplan Kiefergelenkserkrankungen / Kieferbruch“ (Muster 3a der Anlage 2) unverzüglich anzuzeigen.

<sup>1)</sup> *neu eingefügt durch Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004*



# Anlage 8 zum BMV-Z Kieferorthopädischer Behandlungsplan

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Versicherten \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Kassen-Nr. \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_ Status \_\_\_\_\_

Vertragszahnarzt-Nr. \_\_\_\_\_ VK gültig bis \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

**KFO-Behandlungsplan**

**KFO-Therapieänderung**

**KFO-Verlängerungsantrag**

Behandlungsbeginn Quartal \_\_\_\_\_ Beginn der Verlängerung Quartal \_\_\_\_\_ Voraussichtliche Dauer Quartale \_\_\_\_\_

**KIG-Einstufung** \_\_\_\_\_

---

**Anamnese**

---

**Diagnose**

OK \_\_\_\_\_

UK \_\_\_\_\_

Bisslage \_\_\_\_\_

---

**Therapie**      **Frühbehandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 a-c)**      **Frühe Behandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 d)**

OK \_\_\_\_\_

UK \_\_\_\_\_

Bisslage \_\_\_\_\_

---

**Verwend. Geräte**

---

**Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen** (Zahl eintragen, ggf. ankreuzen)

A 925 a	b	c	d	A 928	A 934 a	b	A 935 a	b	c	d	5	7 a	12	116
117	118	126 a	b	d	127 a	b	128 a	b	c	130	131 a	b	c	

| voraussichtl. Dauer der Behandlung Quartale

OK 119	I	II	III	IV	V	Summe	Buchst.
UK 119							
120				X			

**Sonstige Leistungen:**

Geb.-Nr.	Anz.

Geschätzte Material u. Laborkosten EUR \_\_\_\_\_

voraussichtl. Gesamtkosten EUR \_\_\_\_\_

---

Anschrift des **Mitgliedes**

Datum, Unterschrift und Stempel der **Krankenkasse**

Datum, Unterschrift und Stempel des **Zahnarztes**

---

**Entscheidung der Krankenkasse**

Der Zuschuss zu den aufgeführten Leistungen (Honorar- und Mat.- und Laborkosten) beträgt:      %      |      Anspruch besteht ab Quartal \_\_\_\_\_

**MUSTER** SCHÜTZDRUCK 30159 Hannover, Marktstr. 49, Tel. (0511) 32 73 44

SCHÜTZDRUCK 30159 Hannover, Marktstr. 49, Tel. (0511) 32 73 44  
Wahl-Nr. Z 01 104

## Anlage 8 a zum BMV-Z

Name der Krankenkasse		
Name, Vorname des Versicherten		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragszahnarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

### Mitteilung an den Patienten nach § 29 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V. Buch (SGB V)

#### Behandlungsbedarf nach der Indikationsgruppe (KIG)     /

Sehr geehrte/r

nach § 29 Sozialgesetzbuch, V. Buch haben Versicherte Anspruch auf Übernahme von 80 bzw. 90 v. H. der Kosten der im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durchgeführten kieferorthopädischen Behandlung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht. Krankenkassen und Zahnärzte haben gemeinsam in den vom Gesetzgeber geforderten Richtlinien die Indikationsgruppen festgelegt, bei denen eine Behandlungsbedürftigkeit zu Lasten der Krankenkassen zu bejahen ist.

Die klinische Untersuchung hat ergeben, dass bei Ihrem Kind eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung vorliegt, für die Ihre Krankenkasse nicht leistungspflichtig ist. Bei Ihrem Kind habe ich den Behandlungsbedarfsgrad ...../..... gemäß der Kieferorthopädie-Richtlinien festgestellt. Ihre Krankenkasse darf Kosten erst ab Grad „3“ übernehmen. Eine Behandlung zu Lasten der Krankenkasse darf daher nicht erfolgen. Sollten Sie sich dennoch zu einer Behandlung entschließen, müssten Sie die Kosten selbst tragen.

Ihre Krankenkasse und die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung (*Ort, Strasse*) erhalten eine Kopie dieser Mitteilung.

Mit freundlichen Grüßen

---

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

**Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei Behandlungen  
von Parodontopathien**

**§ 1<sup>1</sup>**

**Einleitung des Verfahrens**

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

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

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

<sup>1)</sup> *Geändert aufgrund einer Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004*

**§ 2**

**Kostenregelung, Behandlungsbeginn**

(1) Bei Kostenübernahme sendet die Krankenkasse den Parodontalstatus an den Zahnarzt zurück.

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

(3)<sup>1</sup> Die Abrechnung der parodontologischen Leistungen erfolgt nach dem Abschluss der geplanten Leistungen auf dem Vordruck „Parodontalstatus (Blatt 2)“.

<sup>1)</sup> *Neu eingefügt aufgrund einer Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004*

**§ 3**

**Bestimmungen für den Fall der Begutachtung**

(1)<sup>1</sup> Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Parodontalstatus begutachten lassen. In diesem Falle sendet sie beide Blätter des Parodontalstatus an den Zahnarzt zurück mit der Bitte, dem von ihr benannten Gutachter den Parodontalstatus zusammen mit den Befundunterlagen (Rö-Aufnahmen) zuzuleiten. Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung der Anlage 13 a zum BMV-Z. Dies gilt für die Therapieergänzung gemäß § 1 Abs. 2 entsprechend.

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

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

(4)<sup>1</sup> Der Gutachter nimmt zum Parodontalstatus Stellung. Befürwortet er den Parodontalstatus, so vermerkt er dies auf dem Parodontalstatus (Blatt 1) und sendet Blatt 1 und 2 der Krankenkasse zu. Die übrigen Unterlagen sendet er dem Zahnarzt zurück. Befürwortet er den Parodontalstatus nicht, so sendet er Blatt 1 und 2 mit seiner schriftlichen Stellungnahme der Krankenkasse, die übrigen Unterlagen dem Zahnarzt zurück. Die Krankenkasse übersendet den Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) sowie ggf. die gutachterliche Stellungnahme dem Zahnarzt mit dem Vermerk, ob sie die Kosten übernimmt. Dies gilt für die Therapieergänzung gemäß § 1 Abs. 2 entsprechend.

<sup>1)</sup> *Geändert aufgrund einer Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004*

#### **§ 4 Obergutachten**

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

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

#### **§ 5 Bestellung der Gutachter**

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

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

#### **§ 6<sup>1</sup> Kosten der Begutachtung**

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

<sup>1)</sup> *Geändert aufgrund einer Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004*

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

### Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter

1. Der behandelnde Zahnarzt, dem die Wahl der therapeutischen Mittel freisteht, hat darauf zu achten, dass der Behandlungsaufwand in einem sinnvollen Verhältnis zur Prognose und zur erreichbaren Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten steht. Hierbei hat ihn der Gutachter beratend zu unterstützen.
2. Der Gutachter nimmt zu dem Parodontalstatus nach fachlichen Gesichtspunkten und unter Berücksichtigung der Nr. 1 Stellung. Er empfiehlt Ergänzungen und Änderungen, wenn die diagnostischen Unterlagen oder die therapeutischen Vorschläge unzureichend sind. Meinungsverschiedenheiten über die Beurteilung des Behandlungsfalles sind in kollegialer Weise zu klären.
3. Der Gutachter ist verpflichtet, die eingehenden Anträge innerhalb von zwei Wochen zu bearbeiten. Röntgenaufnahmen sind dem behandelnden Zahnarzt unmittelbar zurückzusenden.
4. Die Gutachter sind verpflichtet, an den von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung einberufenen Gutachtertägungen teilzunehmen. An den Gutachtertägungen können auch Vertreter der Bundesverbände der Krankenkassen teilnehmen.
5. Die Gebühren errechnen sich durch Multiplikation der nachstehend angegebenen Bewertungszahlen mit den jeweils gültigen Punktwerten. Centbeträge sind auf 10 Cent aufzurunden.

	Bewertungszahl
a) für die Begutachtung eines Parodontalstatus	50
b) für die Begutachtung eines Nachbefundes (§ 3 Abs. 2 der Anlage 9 zum BMV-Z), soweit die Begutachtung durch denselben Gutachter, der das Erstgutachten erstellt hat, erfolgt,	20
andererseits	50
c) für die Untersuchung des Patienten zusätzlich	10
d) Für Obergutachten wird die Gebühr jeweils vom Fachberater für Parodontologie der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit dem zuständigen Bundesverband der Krankenkassen festgesetzt.	

Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von EUR 10,70<sup>1</sup> je Gutachten abgegolten.

Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter/Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen zusätzlich abgerechnet werden. Die GOÄ-Nr. 70 oder 75<sup>1</sup> kann nicht zusätzlich berechnet werden.

<sup>1)</sup> *geändert aufgrund einer Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004*

**Anlage 10 a zum BMV-Z  
Parodontalstatus -Blatt 1-**

<p>Name der Krankenkasse</p> <hr/> <p>Name, Vorname des Versicherten</p> <p align="right">geb. am</p> <hr/> <p>Kassen-Nr.      Versicherten-Nr.      Status</p> <hr/> <p>Vertragszahnarzt-Nr.      VK gültig bis      Datum</p>	<h2 align="center">PARODONTALSTATUS Blatt 1</h2> <p><input type="checkbox"/> <b>Behandlungsplan</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Therapieergänzung</b></p>												
<p>Zutreffendes ankreuzen bzw. eintragen</p>													
<p><b>Allgemeine Vorgeschichte</b></p> <p>Diabetes mellitus <input type="checkbox"/></p> <p>Bluterkrankungen (z. B. Leukämie) <input type="checkbox"/></p> <p>HIV-Infektion <input type="checkbox"/></p> <p>Genetische Erkrankung (z. B. Down-Syndrom) <input type="checkbox"/></p> <p>Osteoporose <input type="checkbox"/></p> <p>Tabakkonsum <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstiges</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>Diagnose</b></p> <p>Chronische Parodontitis <input type="checkbox"/></p> <p>Aggressive Parodontitis <input type="checkbox"/></p> <p>Parodontitis als Manifestation von Systemerkrankungen <input type="checkbox"/></p> <p>Nekrotisierende Parodontalerkrankung <input type="checkbox"/></p> <p>Parodontalabszess <input type="checkbox"/></p> <p>Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen <input type="checkbox"/></p> <p>Gingivale Vergrößerungen <input type="checkbox"/></p> <p>Gingiva- und Weichgewebswucherung <input type="checkbox"/></p> <p>ergänzende Angaben zur Diagnose</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>												
<p><b>Familienvorgeschichte</b></p> <p>Eltern hatten Zahnfleischerkrankungen und ggf. dadurch Zähne verloren <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Therapieergänzung (ggf. eintragen):</b></p> <p>Behandlungsplan vom _____</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:10%;">Geb.-Nr.</th> <th style="width:10%;">Anz.</th> <th style="width:80%;">Zahnangabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>P202</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>P203</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>111</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	Geb.-Nr.	Anz.	Zahnangabe	P202	<input type="checkbox"/>	_____	P203	<input type="checkbox"/>	_____	111	<input type="checkbox"/>	_____
Geb.-Nr.	Anz.	Zahnangabe											
P202	<input type="checkbox"/>	_____											
P203	<input type="checkbox"/>	_____											
111	<input type="checkbox"/>	_____											
<p><b>Spezielle Vorgeschichte</b></p> <p>Zahnfleischbluten <input type="checkbox"/></p> <p>Entzündungen mit Anschwellen des Zahnfleischs <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnwanderungen <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnverlust durch Zahnlockerung <input type="checkbox"/></p> <p>Frühere Zahnfleischbehandlung <input type="checkbox"/></p> <p>Angabe des Jahres <input type="checkbox"/> ca. <input type="text"/></p>	<p>Datum, Unterschrift und Stempel des <b>Zahnarztes</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>												
<p><b>Befund</b></p> <p>Marginales Parodontium <input type="checkbox"/></p> <p>Bluten auf Sondieren <input type="checkbox"/></p> <p align="right">generell <input type="checkbox"/></p> <p align="right">lokalisiert <input type="checkbox"/></p> <p>Subgingivaler Zahnstein <input type="checkbox"/></p> <p>Taschensekretion <input type="checkbox"/></p> <p>Folgen von Parafunktionen <input type="checkbox"/></p> <p>Abrasionen / Schliff-Flächen <input type="checkbox"/></p> <p><b>Zahnersatz</b></p> <p>Festsitzend <input type="checkbox"/> Angabe des Jahres ca. <input type="text"/></p> <p>Herausnehmbar <input type="checkbox"/> Angabe des Jahres ca. <input type="text"/></p>	<p><b>Entscheidung der Krankenkasse</b></p> <p>Die Kosten der vorgesehenen systematischen Par-Behandlung werden übernommen <input type="checkbox"/> nicht übernommen. <input type="checkbox"/></p> <p>Datum, Unterschrift und Stempel der <b>Krankenkasse</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>												
<p><b>Anschrift Krankenkasse</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>													

Vordr.-Nr. Z 501 1.04



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

§ 1

**Einleitung des Verfahrens**

(1) Anhand der Diagnose stellt der Zahnarzt einen Heil- und Kostenplan (Anlage 3 zum BMV-Z) auf, der der Krankenkasse vorzulegen ist.

(2) Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Kronen, Brücken und Prothesen einschließlich Erweiterung (Nrn. 24, 95, 100 des Bema) können auch ohne vorherige Zuschussfestsetzung durch die Krankenkasse vorgenommen werden. Das gilt auch, wenn bei diesen Maßnahmen zusätzliche Leistungen nach den Nrn. 18, 19, 21, 98 f, g, h anfallen sowie für die Erneuerung des Primär- oder Sekundärteils einer Teleskop- oder Konuskronen. Hiervon bleibt das Recht, vor Beginn der Behandlung die Zuschussfestsetzung durch die Krankenkasse einzuholen, unberührt.

§ 2

**Kostenregelung, Behandlungsbeginn**

(1) Bei Kostenübernahme bzw. Bezuschussung gibt die Krankenkasse den Heil- und Kostenplan über den Patienten an den Zahnarzt zurück.

(2) Mit der prothetischen Behandlung soll erst nach Rückgabe des Heil- und Kostenplanes an den Zahnarzt begonnen werden. Ergibt sich im Laufe der Behandlung, dass die Leistung nicht nach dem anerkannten Heil- und Kostenplan ausgeführt werden kann, so ist er durch den Zahnarzt<sup>1</sup> zu berichtigen und der Krankenkasse zur Neufestsetzung des Zuschusses zuzuleiten.

(3) Behandlungen, für die die Krankenkassen aufgrund eines Heil- und Kostenplanes die Kosten übernommen oder einen Zuschuss gewährt hat, unterliegen nicht mehr der Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit.

<sup>1</sup> *geändert aufgrund einer Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004*

§ 3

**Bestimmungen für den Fall der Begutachtung**

(1) Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Heil- und Kostenplan begutachten lassen. In diesem Fall übersendet sie den Heil- und Kostenplan unverzüglich einem nach § 5 bestellten Gutachter und setzt den Zahnarzt hiervon in Kenntnis. Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung der Anlage 13 a zum BMV-Z.

(1a)<sup>1</sup>Die Krankenkasse soll nachstehende Versorgungen daraufhin begutachten lassen, ob sie nach diesen Richtlinien medizinisch notwendig sind und dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen:

- Versorgungen mit einem Befund, in dem mehr als zwei Zähne pro Kieferhälfte oder Frontzahnbereich als fehlend oder ersetzt gekennzeichnet sind, und wenn eine Brückenversorgung geplant wird,
- Versorgungen mit mehr als zwei Einzelkronen pro Kieferhälfte oder Frontzahnbereich,
- Kombinationsversorgungen

(1b)<sup>1</sup>Der Zahnarzt hat Fälle nach Abs. 1a auf dem Heil- und Kostenplan unter Bemerkungen medizinisch zu begründen.

(1c)<sup>1</sup>Die Krankenkasse kann zur Entscheidung über die leistungsrechtliche Abgrenzung Behandlungsplanungen außerhalb und innerhalb der Richtlinien auch dann begutachten lassen, wenn sie aufgrund einer Vereinbarung gem. § 30 Abs. 3 SGBV zwischen Zahnarzt und Versichertem durchgeführt werden sollen.

(1d)<sup>1</sup>In den Fällen von Abs. 1a und 1c gelten die Sätze 2 und 3 von Abs. 1 entsprechend.

<sup>1</sup> *geändert aufgrund einer Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004*

(2) Die Krankenkasse kann in begründeten Fällen ausgeführte prothetische Leistungen überprüfen lassen. In diesem Falle benachrichtigt sie den behandelnden Zahnarzt über die anberaumte Begutachtung und übersendet den Heil- und Kostenplan, der der prothetischen Versorgung zugrunde gelegen hat, einem nach § 5 bestellten Gutachter.

Der Patient wird durch die Krankenkasse nach Abstimmung mit dem Gutachter eingeladen. Der Zahnarzt ist berechtigt, bei der Untersuchung anwesend zu sein. Er wird hierzu von der Krankenkasse eingeladen.

Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung der Anlage 13 a zum BMV-Z.

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

(4) Die Begutachtung entsprechend den Abs. 1 und 2 einschl. der Kostenregelung richtet sich nach den Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter (s. Anhang).

(5) Der Gutachter nimmt zum Heil- und Kostenplan bzw. zu den ausgeführten Leistungen unter Verwendung der Anlage 13 b zum BMV-Z Stellung. Befürwortet er den Heil- und Kostenplan, so hat er dies auf dem Heil- und Kostenplan zu vermerken.

Seine schriftliche Stellungnahme leitet er der Krankenkasse zu. Befürwortet er den Heil- und Kostenplan nicht oder stellt er bei der Begutachtung von bereits ausgeführten prothetischen Leistungen Fehler oder Mängel fest, so übersendet er seine Stellungnahme auch dem Zahnarzt.

(6) Die Krankenkasse übersendet nach der Begutachtung im Falle des Abs. 1 den Heil- und Kostenplan dem Zahnarzt mit dem Vermerk, ob und inwieweit sie die Kosten übernimmt.

**Es wird folgende Protokollnotiz vereinbart:**

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

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

#### § 4

### **Einigungsverfahren**

(1) Mängelansprüche bei prothetischen Leistungen können innerhalb von 24<sup>1</sup> Monaten nach der Eingliederung bei einem Prothetik-Einigungsausschuss geltend gemacht werden. Die Anrufung des Gutachters unterbricht diese Frist.

(2) Das Nähere über den Prothetik-Einigungsausschuss regeln die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die landwirtschaftlichen Krankenkassen. Bis zu einer Regelung gelten für die Bestellung, die Zusammensetzung, das Verfahren des Prothetik-Einigungsausschusses und die Durchsetzung seiner Entscheidungen die Vorschriften des Bundesmantelvertrages und der Verfahrensordnung.

(3) Der Prothetik-Einigungsausschuss entscheidet auch über Einsprüche des Zahnarztes oder der Krankenkasse gegen die Stellungnahme des Gutachters. Über den Einspruch sollen sich Zahnarzt und Krankenkasse einigen. Einigen sie sich nicht, so haben die Kassenzahnärztliche Vereinigung und der für die Krankenkasse zuständige Landesverband bzw. die örtlich zuständige landwirtschaftliche Krankenkasse sich um eine Einigung zu bemühen. Auch im Falle des Abs. 1 soll ein Einigungsversuch unternommen werden.

#### § 5

### **Bestellung der Gutachter**

(1) Für die Bestellung der Gutachter ist das Einvernehmen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und der Landesverbände der Krankenkassen sowie der landwirtschaftlichen Krankenkassen erforderlich. Das Einvernehmen kann nur verweigert werden, wenn begründete Zweifel an der Eignung des vorgesehenen Gutachters bestehen.

(2) Das Nähere über die Bestellung der Gutachter vereinbaren die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den landwirtschaftlichen Krankenkassen. Für hauptamtliche Vertrauenszahnärzte und die von den

---

<sup>1</sup> Geändert aufgrund einer Entscheidung des Bundesschiedsamtes für die vertragszahnärztliche Versorgung vom 13.12.1993

Krankenkassen und ihren Verbänden hauptamtlich angestellten Zahnärzte gilt das Einvernehmen als hergestellt.

## Zur Anlage 12 zum BMV-Z

### Anhang gem. § 3 Abs. 4 der Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen - Anlage 12 zum BMV-Z -:

Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter

1. Dem behandelnden Zahnarzt bleibt die Wahl der prothetischen Versorgung unter Berücksichtigung der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche kassenzahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen vorbehalten. Gibt es verschiedene, den gleichen Erfolg versprechende Arten des Zahnersatzes, so soll der Zahnarzt diejenige Versorgung vorsehen, die auf die Dauer am wirtschaftlichsten ist.
2. Der Gutachter nimmt zum Heil- und Kostenplan nach fachlichen Gesichtspunkten unter Berücksichtigung der Nr. 1 Stellung. Er empfiehlt Ergänzungen oder Änderungen der vorgesehenen prothetischen Versorgung, wenn er sie für unzureichend hält. Meinungsverschiedenheiten über die Beurteilung des Behandlungsfalles sind in kollegialer Weise zu klären. Er erstellt das Gutachten unter Verwendung der Anlage 13b zum BMV-Z.
3. Stellt der Gutachter bei der Begutachtung von bereits ausgeführten prothetischen Leistungen Fehler oder Mängel fest, so hat er diese in einer schriftlichen Stellungnahme gegenüber der Krankenkasse und dem Zahnarzt ausführlich darzulegen.
4. Der Gutachter ist verpflichtet, die eingehenden Anträge innerhalb von zwei Wochen zu bearbeiten. Modelle und Röntgenaufnahmen sind dem behandelnden Zahnarzt unmittelbar zurückzusenden.
5. Die Gutachter sind verpflichtet, an den von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung oder den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen einberufenen Gutachtertagungen teilzunehmen. An den Gutachtertagungen können auch Vertreter der Krankenkassen teilnehmen.
6. Die Gebühren errechnen sich durch Multiplikation der nachstehend angegebenen Bewertungszahlen mit den jeweils gültigen Punktwerten. Centbeträge sind auf 10 Cent aufzurunden.

Bewertungszahl

- |                                                                                                  |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| a) für die Begutachtung eines Heil- und Kostenplanes sowie ausgeführter prothetischer Leistungen | 50 |
| b) für die Untersuchung des Patienten zusätzlich                                                 | 10 |

Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von EUR 10,70<sup>1</sup> je Gutachten abgegolten.

Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen (z. B. Nrn. 8, Ä 925 a-d) zusätzlich berechnet werden. Die GOÄ-Nr. 70 oder 75<sup>1</sup> kann nicht zusätzlich berechnet werden.

Für die hauptamtlichen Vertrauenszahnärzte und die von den Krankenkassen und ihren Verbänden hauptamtlich angestellten Zahnärzte können die Krankenkassen und ihre Verbände andere Vergütungsregelungen vorsehen.

Die Kosten der Begutachtung trägt grundsätzlich die Krankenkasse. Bei der Begutachtung ausgeführter prothetischer Leistungen entscheidet der Prothetik-Einigungsausschuss über die Kosten.

<sup>1)</sup> *geändert aufgrund einer Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004*

Zwischen der  
Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, Köln  
und  
dem Bundesverband der Ortskrankenkassen, Bonn-Bad Godesberg,  
dem Bundesverband der Innungskrankenkassen, Bergisch Gladbach,  
dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel,  
dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen<sup>1</sup>

wird als Teil der Anlage 12 nachstehende Vereinbarung geschlossen:

1. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ermitteln pro Quartal die Zahnärzte, deren Abrechnung auf ein unausgewogenes Verhältnis zwischen den Bereichen konservierende Behandlung und Zahnersatz und Zahnkronen bzw. zwischen Versorgungsarten im Bereich Zahnersatz und Zahnkronen schließen läßt, und führen diese einem Beratungsgespräch zu. Die Kriterien der Unausgewogenheit werden mit den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbart.
2. Auf Veranlassung eines Vertragspartners oder einer Krankenkasse ist unabhängig von der Auswahl nach Ziffer 1 zu prüfen, ob noch weitere Zahnärzte, bei denen Auffälligkeiten festzustellen sind, in das Beratungsverfahren einzubeziehen sind. Soll eine Einbeziehung in das Beratungsverfahren stattfinden, sind die Gründe hierzu zu nennen.
3. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen teilen den Landesverbänden der Krankenkassen die Anzahl der ausgewählten und die Anzahl der einem Beratungsgespräch zugeführten Zahnärzte mit.
4. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung klärt die zur Beratung anstehenden Zahnärzte unter Berücksichtigung ihrer Abrechnungsergebnisse individuell über die Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit bei der Planung und Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen auf.
5. Die Abrechnungen der Kassenzahnärzte, die von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung beraten wurden, werden im Anschluss an die Beratung bis zu vier Quartale beobachtet.
6. Zahnärzte, bei denen die Beratung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung keine ausreichende Verhaltensänderung bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen bewirkt hat, werden den Krankenkassen benannt, um den Krankenkassen die Möglichkeit zu eröffnen, diese einem besonderen Gutachterverfahren zuzuführen. Dieses Gutachterverfahren besteht darin, dass Heil- und Kostenpläne vor der Bezuschussung statt einem Einzelgutachter einem Gutachtergremium vorgelegt werden. Dem Gremium werden die Unterlagen des Beratungsverfahrens zur Verfügung gestellt. Das Gremium gibt für die Krankenkassen eine Empfehlung zu der vorgeschlagenen Versorgung ab. Das Gutachtergremium soll bei Ablehnung der

---

<sup>1</sup> *Die Vereinbarung zwischen der KZBV und dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen und dem Bundesverband der Innungskrankenkassen wurde durch Entscheidung des Bundesschiedsamtes vom 14. März 1984 festgesetzt.*

vorgesehenen prothetischen Versorgung eine Begründung geben und Alternativvorschläge machen, die der Zahnarzt bei seiner Behandlung beachten soll.

Das Gutachtergremium besteht aus drei Zahnärzten, von denen einer von den Krankenkassen benannt wird, sowie einem weiteren Vertreter der Krankenkassen. Den Vorsitz führt einer der von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung benannten Zahnärzte. Die Empfehlungen werden mit Stimmenmehrheit gefasst. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. Untersuchungen werden nur von den Zahnärzten durchgeführt. Die Kosten tragen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, mit Ausnahme der Kosten für die von den Landesverbänden der Krankenkassen entsandten Vertreter.

7. Nach Ablauf einer angemessenen Frist prüfen die Vertragspartner, ob für die den Gutachtergremien zugeführten Zahnärzte das Verfahren nach Ziffer 5 beendet werden kann. Auch solche Zahnärzte können erneut in das Beratungsverfahren einbezogen werden.
8. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen können Änderungen und Ergänzungen dieser Vereinbarung vornehmen.
9. Diese Vereinbarung wird Teil der Anlage 12 zum BMV-Z. Sie kann mit einer Frist von 3 Monaten, frühestens zum 31. 12. 84, gekündigt werden. Die Anlage 6 und 9 werden wie bisher weiter praktiziert.
10. Über weitere Sachfragen, insbesondere über eine Veränderung der Gutachtergebühren, wird während der Laufzeit dieser Vereinbarung verhandelt.

*Anm. zu Ziffer 10:*

*Durch Vereinbarung vom 5. Juli 1984 wurden die Gutachtergebühren in den Anlagen 6, 9 und 12 verändert.*

Köln, 21. Januar 1983

## Auftrag zur Begutachtung

Name und Anschrift des Gutachters

(Name des Versicherten)	(Vorname)	(geb. am)
(Ehegatte / Kind / Sonst. Angeh.)	(Vorname)	(geb. am)
(Name des Zahnarztes)		
(Anschrift)		

### Wir bitten um Begutachtung der

Zutreffendes ankreuzen

vorgesehenen prothetischen Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan (Anlage 3 zum BMV-Z) vom \_\_\_\_\_

ZE	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

ausgeführten prothetischen Leistungen, eingegliedert am \_\_\_\_\_

Mä	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

vorgesehenen Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen nach dem Behandlungsplan (Muster 3 a der Anlage 2 zum BMV-Z) vom \_\_\_\_\_

KB	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

vorgesehenen kieferorthopädischen Behandlung nach dem Behandlungsplan vom \_\_\_\_\_

Kfo	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

nach dem Verlängerungsantrag vom \_\_\_\_\_

vorgesehenen PA-Behandlung nach dem Pa-Status vom \_\_\_\_\_

Pa	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Wir bitten um gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:

\_\_\_\_\_  
(Ort / Datum)

\_\_\_\_\_  
(Stempel der Krankenkasse und Unterschrift)

Durchschrift dieses Auftrages ist dem Zahnarzt übersandt worden.  
Er wurde darauf hingewiesen, dass die erforderlichen Unterlagen (Röntgenaufnahmen, Modelle usw.) dem Gutachter rechtzeitig, spätestens jedoch eine Woche nach Erhalt dieser Benachrichtigung, zur Verfügung zu stellen sind.

**Auftrag zur Begutachtung**

Name und Anschrift des Gutachters

(Name des Versicherten)	(Vorname)	(geb. am)
(Ehegatte / Kind / Sonst. Angeh.)	(Vorname)	(geb. am)
(Name des Zahnarztes)		
(Anschrift)		

**Wir bitten um Begutachtung der**

Zutreffendes ankreuzen

vorgesehenen prothetischen Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan (Anlage 3 zum BMV-Z) vom \_\_\_\_\_  ZE

ausgeführten prothetischen Leistungen, eingegliedert am \_\_\_\_\_  Mä

vorgesehenen Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen nach dem Behandlungsplan (Muster 3 a der Anlage 2 zum BMV-Z) vom \_\_\_\_\_  KB

vorgesehenen kieferorthopädischen Behandlung nach dem Behandlungsplan vom \_\_\_\_\_  Kfo

nach dem Verlängerungsantrag vom \_\_\_\_\_  Pa

vorgesehenen PA-Behandlung nach dem Pa-Status vom \_\_\_\_\_  Pa

Wir bitten um gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:

\_\_\_\_\_  
(Ort / Datum)\_\_\_\_\_  
(Stempel der Krankenkasse und Unterschrift)**Hinweis an den Zahnarzt**

Sie werden gebeten, die erforderlichen Unterlagen (Röntgenaufnahmen, Modelle usw.) dem Gutachter rechtzeitig, spätestens jedoch eine Woche nach Erhalt dieser Benachrichtigung, zur Verfügung zu stellen.

### Auftrag zur Begutachtung

Name und Anschrift des Gutachters

(Name des Versicherten)	(Vorname)	(geb. am)
(Ehegatte / Kind / Sonst. Angeh.)	(Vorname)	(geb. am)
(Name des Zahnarztes)		
(Anschrift)		

### Wir bitten um Begutachtung der

Zutreffendes ankreuzen

vorgesehenen prothetischen Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan (Anlage 3 zum BMV-Z) vom \_\_\_\_\_

ZE	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

ausgeführten prothetischen Leistungen, eingegliedert am \_\_\_\_\_

Mä	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

vorgesehenen Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen nach dem Behandlungsplan (Muster 3 a der Anlage 2 zum BMV-Z) vom \_\_\_\_\_

KB	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

vorgesehenen kieferorthopädischen Behandlung nach dem Behandlungsplan vom \_\_\_\_\_

nach dem Verlängerungsantrag vom \_\_\_\_\_

Kfo	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

vorgesehenen PA-Behandlung nach dem Pa-Status vom \_\_\_\_\_

Pa	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Wir bitten um gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:

\_\_\_\_\_  
(Ort / Datum)

\_\_\_\_\_  
(Stempel der Krankenkasse und Unterschrift)

Durchschrift dieses Auftrags ist dem Zahnarzt übersandt worden.  
Es wurde darauf hingewiesen, dass die erforderlichen Unterlagen (Röntgenaufnahmen, Modelle usw.) dem Gutachter rechtzeitig, spätestens jedoch eine Woche nach Erhalt dieser Benachrichtigung, zur Verfügung zu stellen sind.







**Gutachten**

Kfo-Behandlungsplan vom \_\_\_\_\_

Kfo-Verlängerungsantrag vom \_\_\_\_\_

Kfo-Therapieänderung vom \_\_\_\_\_

KIG-Einstufung vom \_\_\_\_\_

[  
  
  
  
]

Name des Zahnarztes	
Anschrift	
Name, Vorname des Mitglieds	geb. am
Name, Vorname des Familienangehörigen	geb. am

Untersuchung des Patienten

**Ergebnis**

1. Der Kfo-Behandlungsplan wird befürwortet  ja  mit Einschränkung  nein
2. Der Kfo-Verlängerungsantrag wird befürwortet  ja  mit Einschränkung Quartale \_\_\_\_\_  nein
3. Die Kfo-Therapieänderung wird befürwortet  ja  mit Einschränkung  nein
4. Die Einstufung nach der kieferorthopädischen Indikationsgruppe ist korrekt  ja  nein, welche \_\_\_\_\_
5. Die Material- und Laborkosten sind angemessen  ja  nein, Höhe \_\_\_\_\_

**Begründung** (falls Angaben des Zahnarztes nicht gefolgt wird, ggf. abweichende Gebühren-Nummern angeben)

\_\_\_\_\_  
(Ort / Datum)

\_\_\_\_\_  
Stempel des Gutachters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Gutachters

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

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

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

**Vereinbarung über das Gutachterverfahren  
für implantologische Leistungen**

**A. Gutachten**

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

struktion (Zahnersatz)“ (Anhang 1 zu dieser Vereinbarung) in zweifacher Ausfertigung.

3. Der Zahnarzt 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 Gesamtbehandlung beizufügen.
4. Der Gutachter soll die eingehenden Aufträge innerhalb von vier Wochen bearbeiten. Er nimmt sowohl zu der implantologischen als auch zu der prothetischen Behandlungsplanung - auch hinsichtlich der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit - Stellung. Der Gutachter kann vom behandelnden Zahnarzt weitere Auskünfte und Befundunterlagen verlangen.
5. Der Gutachter nimmt Stellung, ob eine Ausnahmeindikation für die Versorgung mit Implantaten nach Abschnitt VII der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen vorliegt, insbesondere auch ob bei den Ausnahmeindikationen eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist. Er kann Änderungen der Behandlungsplanung - auch hinsichtlich der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der geplanten Implantate - vorschlagen.
6. Der Gutachter übersendet dem Zahnarzt und der beauftragenden Krankenkasse das Gutachten. Die Krankenkasse trifft unter Berücksichtigung des Gutachtens ihre Leistungsentscheidung gegenüber dem Versicherten. Mit der Behandlung soll grundsätzlich erst begonnen werden, wenn die Leistungszusage der Krankenkasse vorliegt.
7. Die Kosten der Begutachtung trägt grundsätzlich die Krankenkasse. Die Gebühren für Gutachten sind im Anhang 2 geregelt.
8. Die KZBV und die Bundesverbände der Krankenkassen werten die Gutachten aus.

## **B. Obergutachten**

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

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

Bonn, Essen, Bergisch-Gladbach, Kassel, Bochum, 10.05.2000  
Köln

Kassenzahnärztliche  
Bundesvereinigung

AOK-Bundesverband

Dr. Karl-Horst Schirbort  
Vorsitzender

BKK-Bundesverband

Dr. Peter Kuttruff  
Stellv. Vorsitzender

IKK-Bundesverband

Bundesverband der  
landwirtschaftlichen Krankenkassen

Bundesknappschaft

**Auftrag zur Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)**

Name und Anschrift des Gutachters

┌

┐

Name der Krankenkasse	
Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Ehegatte/Kind/sonst. Angeh.	geb. am
Versicherten-Nr	

└

┘

Wir bitten um Begutachtung der laut anliegendem Behandlungsplan vorgesehenen implantologischen Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion mit dem Ziel festzustellen, ob eine Ausnahmeindikation gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V / Abschnitt B. VII. Nr. 2<sup>1</sup> der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung vorliegt.

<sup>1</sup> geändert aufgrund der Neufassung der Behandlungsrichtlinien zum 01.01.2004

Eine Durchschrift dieses Auftrages ist dem behandelnden Zahnarzt übersandt worden.

Weiterhin bitten wir um eine gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:

Name und Anschrift des Zahnarztes

┌

┐

Bitte stellen Sie die erforderlichen Unterlagen (Röntgenaufnahmen, Modelle, ausgefüllter Vordruck „Begutachtung von Implantaten“) dem Gutachter rechtzeitig, spätestens jedoch eine Woche nach Erhalt dieser Benachrichtigung zur Verfügung.

└

┘

Datum

Stempel der Krankenkasse und Unterschrift

**Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)**

**Hinweis für den Zahnarzt**

Bitte **in den Abschnitten 1 und 2** nur die fett umrandeten Felder **sowie den Abschnitt 3** ausfüllen und zusammen mit den Befundunterlagen (Modelle, Röntgenaufnahmen, Befundberichte) an den Gutachter senden.

1. Befundunterlagen und Vorbehandlung							
Vorbehandlung	Zahnarzt		Gutachter		Befundunterlagen	Gutachter	
	Ja	Nein	Ja	Nein		Ja	Nein
Konservierende Vorbehandlung abgeschlossen					Auswertbares Orthopantomogramm (ggf. Messaufnahme)		
Endodontische Vorbehandlung abgeschlossen					Auswertbare Zahnfilme		
Par-Behandlung abgeschlossen					Fixierte, auswertbare Modelle		
Chirurgische/kieferchirurgische Vorbehandlung abgeschlossen					Befundbericht über die medizinische Gesamtbehandlung		
					Untersuchung des Patienten hat stattgefunden		

2. Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen									
Größere Kiefer- und Gesichtsdefekte liegen vor, die ihre Ursache haben in:	Zahnarzt		Gutachter		Größere Kiefer- und Gesichtsdefekte liegen vor, die ihre Ursache haben in:	Zahnarzt		Gutachter	
	Ja	Nein	Ja	Nein		Ja	Nein	Ja	Nein
Tumoroperationen					Unfällen				
Entzündungen des Kiefers					Dauerhaft bestehende extreme Xerostomie (bei Tumorbehandlung)				
Operationen infolge von großen Zysten					Generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen				
Operationen infolge von Osteopathien					Nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktion (z. B. Spastiken)				
Angeborenen Fehlbildungen des Kiefers					Verankerung von Epithesen bei extraoralen Defekten				

3. Gesamtbeurteilung des Zahnarztes	Ja	Nein
Eine Ausnahmeindikation für implantologische Leistungen nach Abschnitt VII der Richtlinien liegt vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate ist möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Zahnarztes

4. Gesamtbeurteilung des Gutachters	Ja	Nein
Eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate ist möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Behandlungsplan wird befürwortet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Behandlungsplan wird mit Änderungen befürwortet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Begründung (ggf. auf gesondertem Blatt):

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Zahnstatus ausfüllen, falls von Angaben des Zahnarztes abgewichen wird

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Gutachters

## Anhang zur Vereinbarung über ein Gutachterverfahren

## für implantologische Leistungen vom 10.05.2000

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

- bei Gutachten ohne Untersuchung des Patienten EUR 77,00<sup>1</sup>
- bei Gutachten mit Untersuchung des Patienten EUR 97,00<sup>1</sup>
- bei Obergutachten ohne Untersuchung des Patienten EUR 164,00<sup>1</sup>
- bei Obergutachten einschließlich Untersuchung des Patienten EUR 184,00<sup>1</sup>

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

2. Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von EUR 10,70<sup>2</sup> je Gutachten und Obergutachten abgegolten.

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

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

<sup>1)</sup> *geändert aufgrund einer Vereinbarung vom 01.03.2001, gültig ab 01.01.2002*

<sup>2)</sup> *geändert aufgrund einer Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004*