

**Gemeinsames Rundschreiben
zum Bundesmantelvertrag – BMV-Z (neu)**

**Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
GKV-Spitzenverband**

Vorwort

Am 1. Juli 2018 tritt der neue Bundesmantelvertrag für die vertragszahnärztliche Versorgung im Sinne von § 82 Abs. 1 SGB V in Kraft. Nach dieser gesetzlichen Vorschrift vereinbart die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge in Bundesmantelverträgen. Der Inhalt der Bundesmantelverträge ist Bestandteil der Gesamtverträge.

Diese Aufgabe ist im Zuge des gesetzlichen Aufgabenübergangs durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von den Spitzenverbänden der jeweiligen Krankenkassen aus dem Primärkassenbereich (AOK-Bundesverband, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, IKK-Bundesverband, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, See-Krankenkasse, Knappschaft) und dem Ersatzkassenbereich (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./vDAK sowie dem AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.) auf den GKV-Spitzenverband übertragen worden. Mit dem gesetzlichen Aufgabenübergang ist zugleich bestimmt worden, dass die bestehenden Bundesmantelverträge im Primär- und Ersatzkassenbereich solange und soweit weiterhin Bestand haben, bis diese durch neue vertragliche Bestimmungen zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband abgelöst werden (§ 217f Abs. 5 SGB V). So sind in den zurückliegenden Jahren verschiedene Vereinbarungen zu einzelnen Bereichen der vertragszahnärztlichen Versorgung getroffen worden, die einheitlich für alle Kassenarten gelten. Ein Beispiel dafür sind die Regelungen zum Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren für vertragszahnärztliche Leistungen einschließlich der Regelungen zum Gutachterwesen, die inhaltlich identisch in die noch getrennten Grundvertragswerke Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z) und Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte (EKVZ) aufgenommen worden sind. Durch den Aufgabenübergang konnte der GKV-Spitzenverband Änderungen in den bestehenden Verträgen der Primär- und der Ersatzkassen mit der KZBV als deren Vertragspartner vornehmen.

Nunmehr haben die Bundesmantelvertragspartner mit Wirkung ab dem 1. Juli 2018 die bislang noch unterschiedlichen Bestimmungen des BMV-Z einerseits und des EKVZ andererseits insgesamt zusammengeführt, sodass es ab diesem Zeitpunkt nur noch ein einheitliches Gesamtvertragswerk geben wird, das in den folgenden Ausführungen als BMV-Z (neu) bezeichnet wird und gleichermaßen für alle Kassenarten gilt. Dem neuen Vertrag ist im Wesentlichen der EKVZ zu Grunde gelegt worden, da es sich dabei im Vergleich zum BMV-Z um das jüngere Regelwerk handelt.

Der neue Vertrag besteht aus einem Paragrafenteil und einem Anlagenteil. Der Paragrafenteil ist in thematische Abschnitte gegliedert und enthält die grundlegenden, allgemeinen Bestimmungen, die von gewisser Beständigkeit sind und keinen regelmäßigen Änderungen in kurzen zeitlichen Abständen unterliegen. Die Anlagen enthalten jeweils eigenständige Vereinbarungen zu spezifischen Themenbereichen. Für diese Vereinbarungen können gemäß § 33 Abs. 3 BMV-Z (neu) gesonderte Kündigungsmöglichkeiten und -fristen gelten, da sie in Teilen fortlaufend an aktuelle Entwicklungen angepasst werden müssen. Einige der Anlagen, wie beispielsweise die Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte, sind auch gegenwärtig Gegenstand von Verhandlungen zwischen KZBV und GKV-Spitzenverband. Insgesamt ist es ein Anliegen des neuen Bundesmantelvertrages, in den Anlagen alle wesentlichen Vereinbarungen der Bundesmantelvertragspartner zusammenzufassen und damit für den Normadressaten kompakt abzubilden. Dennoch gibt es Vereinbarungen, die bewusst nicht unmittelbar Gegenstand des BMV-Z (neu) geworden sind, aber natürlich dennoch Geltung haben. Das gilt beispielsweise für die Richtlinien zur Zufälligkeitprüfung und die Richtlinien zur Abrechnungsprüfung. Zwar handelt es sich auch hierbei um Regelungen der Bundesmantelvertragspartner, ihnen kommt aber wegen der Vorlagepflicht gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit gemäß den §§ 106a Abs. 3, 106d Abs. 6 SGB V ein besonderer Charakter zu.

In den nachfolgenden Ausführungen werden der Regelungsgegenstand und die wesentlichen Neuerungen der jeweiligen Vorschriften im Einzelnen dargestellt. Da die Regelungen des Paragrafenteiles auf dem EKVZ aufsetzen, wird auf die entsprechenden Primärkasernenregelungen besonders hingewiesen. Für den schnellen Abgleich EKVZ und BMV-Z (neu) soll die beigefügte Synopse helfen.

Mit dem Inkrafttreten der Neuregelungen treten die bisherigen Regelungen des BMV-Z und des EKVZ außer Kraft.

Kommentierung §§ 1-33 BMV-Z (neu)

Abschnitt 1

Regelungs- und Geltungsbereich

§ 1 - Vertragsgegenstand

Die bisherigen Regelungen zum Vertragsgegenstand in § 1 Abs. 1 EKVZ sind nun in § 1 Abs. 1 BMV-Z (neu) enthalten. Die Regelung, dass die Anlagen Bestandteil des Vertrages sind, war bisher in § 1 Abs. 5 EKVZ enthalten und ist nun in § 1 Abs. 2 geregelt. Im Primärkassenbereich war bislang in § 1 BMV-Z der Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages abgebildet.

§ 2 - Geltungsbereich

§ 1 Abs. 4 Satz 1 EKVZ ist in § 2 BMV-Z (neu) verortet worden.

Abschnitt 2

Gegenstand und Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung

§ 3 - Umfang und Inhalt der vertragszahnärztlichen Versorgung

§ 3 BMV-Z (neu) regelt den Umfang und Inhalt der vertragszahnärztlichen Versorgung. Im Primärkassenbereich fand sich bislang in § 2 BMV-Z und im Ersatzkassenbereich in § 2 Abs. 1 EKVZ hierzu eine Regelung. Im Gegensatz zu den Altfassungen wird in § 3 Abs. 1 BMV-Z (neu) ausdrücklich keine abschließende Regelung getroffen (siehe hierzu den neuen Zusatz „insbesondere“).

Die Regelung, dass die vertragszahnärztliche Versorgung keine Leistungen umfasst, für die die Krankenkassen nicht leistungspflichtig sind, war bisher in § 2 Abs. 5 EKVZ bzw. im Primärkassenbereich in § 3 BMV-Z abgebildet und ist in angepasster Form übernommen worden.

Da die Vertragspartner soweit wie möglich auf Paragrafenverweise generell verzichten wollten, ist der in § 2 Abs. 5 Satz 2 EKVZ rein deklaratorische Verweis auf § 92 SGB V in § 3 Abs. 6 Nr. 1 BMV-Z (neu) gestrichen worden.

§ 4 - Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren für vertragszahnärztliche Leistungen, Gutachterwesen

Die Regelung des § 4 ersetzt § 22 EKVZ und § 2a BMV-Z. Absatz 9 ist neu gefasst worden. Die Krankenkassen können für die Durchführung einer Begutachtung entweder das vertraglich vereinbarte Gutachterverfahren oder das Begutachtungsverfahren des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) wählen. Von der rechtlichen Zulässigkeit des vertraglichen Gutachterverfahrens wird ausgegangen. Die beiden unterschiedlichen Begutachtungsverfahren dürfen nicht vermengt werden, sodass beispielsweise die Einholung eines vertraglichen Obergutachtens zur Überprüfung eines MDK-Gutachtens nicht zulässig ist. Im Sinne der Erhaltung planbarer Verhältnisse für alle am Begutachtungswesen Beteiligten können die Vertragspartner auf Landesebene vereinbaren, dass sich die Krankenkassen regelhaft für das eine oder das andere Verfahren entscheiden.

§ 5 - Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung

§ 5 Abs. 1 BMV-Z (neu) war bislang in § 3 EKVZ geregelt. Die KZVen und die KZBV stellen die vertragszahnärztliche Behandlung der Versicherten der Krankenkassen sicher. In § 5 Abs. 2 BMV-Z (neu) werden Regelungen zum gesetzlich normierten Zurückbehaltungsrecht gem. § 75 Abs. 1 SGB V getroffen, die von den Bundesmantelvertragspartnern gem. § 75 Abs. 1 Satz 3 SGB V auszugestalten sind. Damit werden detaillierte Regelungen zu den Voraussetzungen und dem einzuhaltenden Verfahren getroffen. Die Bestimmungen entsprechen im Wesentlichen denjenigen aus dem ärztlichen Bereich, soweit sie auf den zahnärztlichen Bereich übertragbar sind. Das Zurückbehaltungsrecht setzt eine schuldhaft, noch andauernde und erhebliche Verletzung des Sicherstellungsauftrages voraus. Die Verletzung ist konkret von den Krankenkassen zu benennen. Hat die Krankenkasse die Absicht, Teile der Gesamtvergütung zurückzubehalten, hat sie dies der KZV anzukündigen und ihr eine Frist von vier Wochen einzuräumen, dazu Stellung zu nehmen bzw. Abhilfe zu schaffen. Wird das Zurückbehaltungsrecht unrechtmäßig ausgeübt, stehen der KZV für die unzulässig zurückbehaltenen Vergütungen Verzugszinsen zu.

Abschnitt 3

Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung

§ 6 - Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung

§ 5 EKVZ findet sich nun in § 6 BMV-Z (neu) wieder. Zusätzlich aufgenommen worden sind in § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 BMV-Z (neu) zugelassene medizinische Versorgungszentren, die nach § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V auch an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen.

§ 7 - Ermächtigung von Zahnärzten aus Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) zur Erbringung von Dienstleistungen

In § 7 BMV-Z (neu) sind die Regelungen aus § 6 EKVZ und die bislang im Primärkassenbereich geltende Regelung in § 10b BMV-Z bzgl. ermächtigter Zahnärzte zur vorübergehenden Erbringung von Dienstleistungen aufgrund europarechtlicher Bestimmungen übernommen worden.

Abschnitt 4

Allgemeine Grundsätze der vertragszahnärztlichen Versorgung

§ 8 - Rechte und Pflichten der Vertragszahnärzte

Die Regelung zu der Dokumentationspflicht des Vertragszahnarztes in § 7 Abs. 3 Satz 1 EKVZ findet sich nun in § 8 Abs. 3 Satz 2 BMV-Z (neu) in modifizierter Form wieder, mit der Maßgabe, dass die Dokumentation auch durch geeignete Verfahren in elektronischer Form erfolgen kann.

Die Aufbewahrungsfrist von ursprünglich vier Jahren in § 7 Abs. 3 Satz 2 EKVZ ist auf grundsätzlich 10 Jahre, soweit nicht andere Aufbewahrungsfristen vorgeschrieben sind, in § 8 Abs. 3 Satz 3 BMV-Z (neu) entsprechend der gesetzlichen Vorgabe in § 630f Abs. 3 BGB angepasst worden.

Zudem ist in § 8 Abs. 3 Satz 4 BMV-Z (neu) eine ausdrückliche Möglichkeit zur elektronischen Aufbewahrung der zahnärztlichen Aufzeichnungen aufgenommen worden. Dabei soll gesichert sein, dass die Aufzeichnungen innerhalb der Aufbewahrungszeit jederzeit sichtbar und ggf. körperlich verfügbar gemacht werden können.

In § 8 Abs. 3 Satz 3 BMV-Z (neu) ist im Gegensatz zu § 7 Abs. 3 Sätze 3 und 4 EKVZ auf Verweise auf konkrete Gebührenpositionen des BEMA verzichtet worden. Bloße Arbeitsmodelle sind von der Aufbewahrungspflicht ausgenommen.

Bei § 8 Abs. 5 Satz 2, 2. Halbsatz ist der Ersatz der Portokosten aufgenommen worden. Zudem ist in § 8 Abs. 5 Satz 3 die Anwendung des Formularvordruckes Nr. 4c nach Anlage 14a auf den Abbruch der KFO-Behandlung ausgedehnt worden.

In Kombination der Regelungen aus § 7 Abs. 7 EKVZ und der bislang geltenden Regelung im Primärkassenbereich in § 4 Abs. 5d) BMV-Z ist § 8 Abs. 7 BMV-Z (neu) entstanden, der die Möglichkeit eine Privatvergütung zu vereinbaren, an das ausdrückliche Verlangen des Versicherten auf eigene Kosten behandelt werden zu wollen, knüpft. Diesen Wunsch des Versicherten soll sich der Vertragszahnarzt bestätigen lassen.

§ 9 - Persönliche Leistungserbringung

Die Bestimmungen des § 8 EKVZ zur persönlichen Leistungserbringung sind unverändert in § 9 BMV-Z (neu) übernommen worden. In § 4 Abs. 1 BMV-Z in seiner bislang geltenden Fassung war die inhaltsgleiche Bestimmung abgebildet.

§ 10 - Zweigpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft

Die Bestimmung des § 8a EKVZ zur Zweigpraxis und Berufsausübungsgemeinschaft findet sich nun in § 10 BMV-Z (neu) wieder. Im Primärkassenbereich war sie bislang in § 6 Abs. 6 bis 8 BMV-Z zu finden.

§ 11 - Überweisungen

Der Anwendungsbereich der Regelung § 11 BMV-Z (neu) ist im Vergleich zu § 14 Abs. 8 EKVZ im Hinblick auf den Kreis der Überweisungsempfänger klarstellend erweitert worden. Insbesondere ist hier das Medizinische Versorgungszentrum mit aufgenommen worden. Des Weiteren ist der § 11 BMV-Z (neu) redaktionell überarbeitet worden. Im Primärkassenbereich war die Überweisung bislang in § 10 BMV-Z geregelt.

Abschnitt 5

Veranlasste Leistungen

§ 12 - Verordnung von Arzneimitteln

Die Regelung zur Verordnung von Arzneimitteln war bisher in § 9 EKVZ enthalten und ergänzt die Regelungen über Arzneimittel in Abschnitt C der Behandlungsrichtlinien. Bislang war im Primärkassenbereich zur Verordnung von Arzneimitteln § 15 Abs. 1 BMV-Z maßgebend. In § 12 Abs. 1 BMV-Z (neu) ist der Verweis auf § 31 Abs. 1 SGB V entfallen, da dieser als höherrangige Norm ohnehin Geltung entfaltet und Verweise im Vertragstext,

insbesondere wegen der besseren Lesbarkeit, weitestgehend im gesamten Vertragstext beschränkt werden sollten. Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln. Die Verordnung liegt in der Verantwortung des Vertragszahnarztes. Die Verordnung ist jeweils auf dem dafür vorgesehenen Verordnungsvordruck vorzunehmen, s. Anlage 14a - Muster 16. Zu beachten sind auch die Ausfüllhinweise in Anlage 14b.

Neu ist die Formulierung in Abs. 3. Der Hinweis auf die Preisvergleichslisten nach § 92 Abs. 2 SGB V in § 9 Abs. 3 Satz 1 EKVZ ist durch die abstrakte neue Formulierung in § 12 Abs. 3 Satz 1, dass der Vertragszahnarzt auf eine wirtschaftliche Verordnungsweise von Arzneimitteln zu achten hat, ersetzt worden. Da Vertragszahnärzte nur den Wirkstoff verordnen, ist die neue Formulierung in § 12 Abs. 3 Satz 1 und 2 klarstellend erneuert worden. Denn durch das Ankreuzen des Aut-idem-Feldes kann ausgeschlossen werden, dass die Apotheke ein preisgünstigeres, wirkstoffgleiches Arzneimittel an Stelle des verordneten Mittels abgibt.

Neu ist die Formulierung in § 12 Abs. 5, die § 34 Abs. 1 Sätze 1, 2 und 5 SGB V abbildet. Die Absätze 2 bis 4 und 6 bis 8 in einer neuen Nummerierung sind identisch mit den Altregelungen in § 9 EKVZ.

§ 13 - Verordnung von Sprechstundenbedarf

Die Regelung zur Verordnung von Sprechstundenbedarf war in § 10 EKVZ enthalten, wobei der Verweis auf die damalige Anlage 7 EKVZ „Richtlinien für die Verordnung von Arzneimitteln“ als auch die Anlage selbst nicht übernommen worden sind. Die Verordnung von Sprechstundenbedarf obliegt dem Gestaltungsspielraum der Vertragspartner auf Gesamtvertragsebene - KZVen, Landesverbände der Krankenkassen bzw. Ersatzkassen - wie es bei den Primärkassen bislang in § 15 Abs. 2 BMV-Z vorgesehen war.

§ 14 - Verordnung von Heilmitteln

Neu eingeführt ist die Regelung in § 14 zur Verordnung von Heilmitteln. Seit dem 1. Juli 2017 ist die Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte des Gemeinsamen Bundesausschusses in Kraft getreten, die es zu beachten gilt. Zwar war es den Vertragszahnärzten auch bereits zuvor möglich, Heilmittel zu verordnen, soweit die Verordnung als Bestandteil der Ausübung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde anzusehen war. Das Fehlen konkreter Vorgaben hat jedoch zu Unsicherheiten und Nachfragen geführt, denen nun durch die Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte und den dort geregelten Verordnungsmöglichkeiten Abhilfe geschaffen worden ist. Zu beachten sind Anlage 14a - Vordruck 9 - und die Ausfüllhinweise in Anlage 14b.

§ 15 - Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit

Eine Regelung im Paragrafenteil existierte im EKVZ nicht; das Ausstellen einer Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit war im EKVZ über Anlage 2 Nr. 7 Vertragsbestandteil. § 15 ist angelehnt an die im Primärkassenbereich bislang geltende Regelung in § 12 Abs. 1 BMV-Z. Klarstellend ist eingeführt worden, dass die Beurteilung, die Festlegung der voraussichtlichen Dauer und die Ausstellung der Bescheinigung nur aufgrund einer zahnärztlichen Untersuchung erfolgen dürfen. Zu beachten sind Anlage 14a - Muster 1a - d - sowie die Ausfüllhinweise in Anlage 14b.

§ 16 - Verordnung von Krankenhausbehandlung

§ 14 Abs. 9 EKVZ und § 11 BMV-Z bislang enthielten eine Regelung zur Verordnung von Krankenhausbehandlung, die durch § 16 BMV-Z (neu) ersetzt wird. Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhauseinweisungs-Richtlinie/KE-RL) gilt gem. § 1 Abs. 3 nicht für die Verordnung von Krankenhausbehandlung durch Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte, sodass eine Krankenhausbehandlung - mithin eine Behandlung - nur verordnet werden darf, wenn eine ambulante Versorgung der Versicherten zur Erzielung des Heil- und Linderungserfolges nicht ausreicht. Zu beachten sind ferner der Verordnungsvordruck in Anlage 14a - Muster 2 - sowie die Ausfüllhinweise in Anlage 14b.

In § 16 Satz 3 wird klarstellend darauf hingewiesen, dass im Zusammenhang mit der Verordnung von Krankenhausbehandlung die gesetzlichen Vorschriften zu beachten sind, insbesondere § 39 SGB V und § 60 SGB V.

Ergänzender Hinweis zur Verordnung von Krankenfahrten:

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die für den vertragsärztlichen Bereich geltende Richtlinie über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummer 12 SGB V (Krankentransport-Richtlinie) vom 1. Januar 2004 im Jahr 2017 überarbeitet und die Vertragszahnärzte in den Anwendungsbereich aufgenommen. Diese Änderungen sind am 23. Dezember 2017 in Kraft getreten. Somit regelt die Krankentransport-Richtlinie auch die Verordnung von Krankentransport durch Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte. KBV und GKV-Spitzenverband haben sich auf ein neues Muster 4 verständigt, das ab dem 1. April 2019 für den vertragsärztlichen Bereich Anwendung findet. Für den vertragszahnärztlichen Bereich werden GKV-Spitzenverband und KZBV die Übernahme des neuen Musters 4 noch vereinbaren. Bis ein neuer Vordruck verabschiedet wird, sind Anlage 14a - Muster 4 - sowie die Ausfüllhinweise in Anlage 14b zu beachten.

Abschnitt 6

Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen

§ 17 - Pflichten der Krankenkassen

Die Regelung zu den Pflichten der Krankenkassen war zuvor in § 11 EKVZ abgebildet.

Den Krankenkassen obliegen folgende Pflichten gegenüber den Versicherten, die weitestgehend inhaltsgleich überführt worden sind:

- Unterrichtung über den Umfang der Ansprüche aus diesem Vertrag nach Abs. 1 Satz 1,
- unaufgeforderte Vorlage der eGK bzw. Nachreichmöglichkeiten bei Nichtvorlage nach Abs. 1 Satz 2,
- Unterrichtung über Behandlungspflichten im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Behandlungen bzw. systematischen Behandlungen von Parodontopathien nach Abs. 2,
- auf Wunsch des Zahnarztes Unterstützung durch die Krankenkasse bei der nachträglichen Vorlage der eGK durch den Versicherten nach Abs. 4 sowie
- die Unterrichtung über das Erlöschen des Leistungsanspruches nach Abs. 6.

Modifiziert sind die Regelungen zur Verwendung der eGK in § 17 Abs. 3 BMV-Z (neu) dahingehend, dass der Versicherte nur bei Vorliegen eines triftigen Grundes den Vertragszahnarzt innerhalb eines Kalendervierteljahres wechseln soll. Der Zusatz „bei kieferorthopädischer Behandlung oder der Behandlung von Parodontopathien bis zu deren Abschluss“ ist in Satz 1 entfallen. Bei Behandlungen von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und bei Kiefergelenkserkrankungen, bei der kieferorthopädischen Behandlung, der Behandlung von Parodontopathien und der prothetischen Behandlung gilt dies für den kompletten Zeitraum bis zum Abschluss der Behandlung. Diesbezüglich war § 8 Abs. 3 im BMV-Z maßgebend.

Die Kostentragung der Krankenkasse in dem Fall, dass eine falsche eGK vorgelegt wurde, ist in § 17 Abs. 5 redaktionell angepasst worden. Diese Regelung war bislang in § 8 Abs. 5 BMV-Z abgebildet.

§ 18 - Anspruchsberechtigung und Zahnarztwahl

Diese Regelung war zuvor in § 12 EKVZ abgebildet und hat redaktionelle, aber keine inhaltlichen Änderungen erfahren. Im Primärkassenbereich waren in § 8 Abs. 1 und 2 BMV-Z bislang Regelungen zur Krankenversichertenkarte abgebildet, welche inhaltlich weitestgehend denen des EKVZ entsprachen. Behandelt wird die Anspruchsberechtigung aus

diesem Vertrag (Abs. 1), die Vorlage der eGK und die Folgen der Nichtvorlage (Abs. 2), die freie Zahnarztwahl (Abs. 3), die Bekanntgabe der Vertragszahnärzte durch die Krankenkasse an die Versicherten (Abs. 4) sowie der Hinweis auf das Wahlrecht des Versicherten auf Kostenerstattung (Abs. 5).

§ 19 - Schriftliche Bestätigung

Neu eingeführt worden ist § 19 - Schriftliche Bestätigung, der eine Klarstellung enthält, dass die dort genannten Bestätigungen Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung sind, ohne einen gesonderten Vergütungsanspruch auszulösen.

Abschnitt 7

Vordrucke, Vertragszahnarztstempel

§ 20 - Vordrucke

Neu aufgenommen worden ist § 20, der bestimmt, dass die zur Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung erforderlichen Vordrucke von den Bundesmantelvertragspartnern vereinbart werden. Diese haben sich im neuen Vertragswerk auf die Vorgehensweise verständigt, die Vordrucke des vertragszahnärztlichen Bereiches sowie die Muster des vertragsärztlichen Bereiches, die in der vertragszahnärztlichen Versorgung Anwendung finden, in Anlage 14a zusammenhängend abzubilden sowie in Anlage 14b Ausfüllhinweise zu verankern. Die Aufzählung der geltenden Vordrucke und die Verweise auf die dazugehörigen Anlagen, wie sie in § 14 Abs. 10 EKVZ erfolgt sind, war damit entbehrlich.

§ 21 - Vertragszahnarztstempel

Neu eingeführt worden ist § 21, eine Regelung zum Vertragszahnarztstempel. Bislang war der Vertragszahnarztstempel in § 17 Abs. 3, 5 und 6 BMV-Z geregelt, wobei die nähere Ausgestaltung der Ebene der Gesamtvertragspartner oblag. Ein Pendant im EKVZ gab es nicht. Der Vertragszahnarztstempel ist zu verwenden. Unter den genannten Voraussetzungen nach Abs. 2 Satz 1 kann bei der Ausstellung der Vordrucke darauf verzichtet werden, das gilt dann, wenn dessen Inhalt an der für die Stempelung vorgesehenen Stelle bereits aufgedruckt ist. Auch weiterhin ist gem. § 21 Abs. 2 Satz 2 das Nähere im Gesamtvertrag zu vereinbaren. In § 21 Abs. 3 wird auf die sorgfältige Aufbewahrung zur Verhütung missbräuchlicher Nutzung hingewiesen.

Abschnitt 8

Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen

§ 22 - Vergütung der Vertragsleistungen

Diese Regelung war zuvor in § 15 EKVZ abgebildet und hat keine Änderungen erfahren. In § 26 BMV-Z waren bislang im Primärkassenbereich Regelungen zur kassenzahnärztlichen Vergütung enthalten, die sich im Wesentlichen auf allgemeine Aussagen beschränkt und für die Einzelheiten auf die Gesamtverträge in den Ländern verwiesen haben. Auf Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen wird die Vergütung zahnärztlicher Leistungen durch die Gesamtverträge auf Länderebene festgelegt (Abs. 1). Der Vergütungsanspruch des Vertragszahnarztes richtet sich gegen die KZV, soweit die Krankenkassen Kosten übernehmen; in den Leistungen nach den BEMA-Teilen 1, 2 und 4 wird die gesamte Vergütung übernommen (Abs. 2), bei den BEMA-Teilen 3 und 5 der zu tragende Anteil der Krankenkasse (Abs. 3).

§ 23 - Abrechnung zwischen Vertragszahnarzt und Kassenzahnärztlicher Vereinigung

Diese Regelung zur Abrechnung des Vertragszahnarztes gegenüber seiner KZV war zuvor in § 16 EKVZ abgebildet und hat einige Änderungen, insbesondere in der Struktur, erfahren.

Der Hinweis auf die unterschiedlichen Abrechnungszeiträume für die einzelnen Abrechnungsbereiche des BEMA in § 23 Abs. 1 Satz 1 BMV-Z (neu) ist unverändert übernommen worden. Satz 2 ist mit dem Hinweis, dass die Abrechnung grundsätzlich auf Datenträgern oder im Wege der elektronischen Datenübertragung erfolgt, aktualisiert worden, da das Beifügen von Abrechnungsvordrucken seit der Umstellung des Abrechnungsverfahrens über den DTA-Vertrag aus den Jahren 2010 und 2013 sowie der Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung aus dem Jahr 2012 überholt ist. In Satz 3 ist unverändert übertragen worden, dass die Abrechnung für jede Krankenkasse gesondert und getrennt nach den Personenkreisen aufgestellt werden muss.

§ 16 Abs. 2 Satz 1 EKVZ - u. a. zur Bestätigung der persönlichen Leistungserbringung - ist nach redaktioneller Anpassung des Verweises in § 23 Abs. 2 Satz 1 BMV-Z (neu) abgebildet.

§ 16 Abs. 2 Satz 3 und 4 EKVZ sind modifiziert in Abs. 3 übertragen worden. Übernommen worden ist der Grundsatz, dass nur abgeschlossene Leistungen abgerechnet werden dürfen. Als Ausnahme von diesem Grundsatz als nähere Bestimmung der Abrechenbarkeit

ist vorgesehen, dass es sich um Gründe handeln muss, bei denen der Vertragszahnarzt die Nichtvollendung der Leistung nicht zu vertreten hat. Es ist ein anderes bzw. neues Tatbestandsmerkmal gewählt worden als zuvor im EKZV, wo das Ausbleiben oder die Weigerung der Versicherten als Ausnahmetatbestände normiert waren. Das Ausbleiben und die Weigerung des Versicherten sind weiterhin unter § 23 Abs. 3 Satz 1 zu subsumieren, sofern es sich um Fälle handelt, die der Vertragszahnarzt nicht zu vertreten hat. Die Regelung in § 23 Abs. 3 Satz 2, dass Leistungen, die entsprechend der Abrechnungszeiträume für die einzelnen Abrechnungsbereiche der BEMA-Teile nach Abs. 1 nicht abgeschlossen worden sind, in einem der nächsten Abrechnungszeiträume abgerechnet werden können, entspricht sinngemäß der Altregelung in § 16 Abs. 2 Satz 4 EKVZ und ist lediglich redaktionell angepasst worden.

In § 23 Abs. 4 BMV-Z (neu) ist eine neue Strukturierung zu Teilleistungen vorgenommen worden. Die für die Bereiche KFO und PAR existierenden Sonderregelungen in § 16 Abs. 3 bis 6 EKVZ für Fälle, in denen die Behandlung nicht zur Durchführung kommt bzw. abgebrochen wird, sind nun im Wege einer Klarstellung in § 23 Abs. 4 zusammengeführt worden. Zudem ist eine Ausweitung auf ZE und KBR erfolgt, sodass der Vertragszahnarzt die Kosten für durchgeführte diagnostische Leistungen, für die Erstellung eines Behandlungsplanes für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch, für die Erstellung eines KFO-Behandlungsplanes, für die Erstellung eines Parodontalstatus, Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen und Material- und Laborkosten abrechnen kann, auch wenn die Behandlung abgebrochen wird oder die Leistungspflicht der Krankenkasse entfällt. Nach § 87 Abs. 1a Satz 2 SGB V hat der Vertragszahnarzt auch weiterhin einen kostenfreien Heil- und Kostenplan für ZE zu erstellen.

Des Weiteren ist eine Umstrukturierung von § 16 Abs. 7 und 8 EKVZ in § 23 Abs. 5, 6 und 7 BMV-Z (neu) vorgenommen worden. Die Vertragspartner haben hier eine Veränderung vorgenommen, weil deutlicher herausgestellt werden sollte, wann einerseits eine Ergänzung bzw. Änderung der Abrechnung noch möglich und andererseits die nachträgliche Abrechnung von Leistungen ausgeschlossen ist. Die Regelung in § 23 Abs. 5, wonach der Vertragszahnarzt die bei der KZV eingereichte Abrechnung nur so lange ergänzen oder ändern kann, als sie nicht bereits von der KZV an die Krankenkasse weitergeleitet worden ist, ist inhaltsgleich nach redaktioneller Überarbeitung mit der Regelung in § 16 Abs. 8 EKVZ. Die Regelung in § 23 Abs. 6 für den Fall, dass der Vertragszahnarzt die Abrechnungszeiträume für die vertragszahnärztlichen Leistungen versäumt, entspricht der Rege-

lung in § 16 Abs. 7 Satz 1 EKVZ. Die KZV kann die Abrechnung bis zum nächsten Abrechnungstermin zurückstellen. § 16 Abs. 7 Satz 2 EKVZ ist in § 23 Abs. 7 aufgenommen worden, um den Ausschluss der nachträglichen Abrechnung von Leistungen deutlicher herauszustellen. Erläuternd ist eine Protokollnotiz aufgenommen worden, wonach die Überprüfung von Abrechnungen, für die gegenüber den Krankenkassen bereits Rechnung gelegt worden ist, im Rahmen von Verfahren zur Umsetzung der gesetzlichen Aufgaben der KZVen und Krankenkassen zu deren Änderung und/oder Ergänzung führen kann.

Die Regelung in § 23 Abs. 8 BMV-Z (neu) entspricht der Regelung in § 16 Abs. 9 EKVZ. Nicht ordnungsgemäß erstellte Abrechnungen können von der laufenden Abrechnung ausgeschlossen werden.

Die Regelung in § 23 Abs. 9 BMV-Z (neu) entspricht weitestgehend der Regelung in § 16 Abs. 10 EKVZ. In Satz 2 ist ein „insbesondere“ ergänzt worden, als Hinweis auf eine nicht abschließende Darstellung der gesetzlich vorgegebenen Prüfverfahren.

Die Regelung in § 23 Abs. 10 BMV-Z (neu) entspricht der Regelung in § 16 Abs. 11 EKVZ. Die KZV wird ermächtigt und verpflichtet, unter den genannten Voraussetzungen (Tod des Zahnarztes, Verzug und Aufgabe der Praxis) Zahlungen an den Vertragszahnarzt bzw. dessen Erben ganz oder teilweise auszusetzen, bis festgestellt wird, ob Prüfverfahren anhängig oder Schadensersatzforderungen geltend gemacht worden sind. In diesen Fällen ist der Abschluss der Prüfungen oder die Feststellung einer Schadensersatzforderung abzuwarten.

Damit die auf der Ebene der Gesamtvertragspartner getroffenen Regelungen zur Abrechnung zwischen Vertragszahnarzt und Kassenzahnärztlicher Vereinigung von den in § 23 getroffenen Regelungen unberührt bleiben, wird in § 23 Abs. 11 BMV-Z (neu) von „abweichenden“ statt wie bisher in § 16 Abs. 12 EKVZ von „ergänzenden“ Regelungen gesprochen. Dadurch haben abweichende Regelungen in den Gesamtverträgen weiterhin Bestand, was insbesondere im Primärkassenbereich Bedeutung haben dürfte, da § 16 EKVZ für den Primärkassenbereich nicht maßgebend war. Darüber hinaus ist auch künftig die Vereinbarung abweichender Regelungen möglich.

Im Primärkassenbereich waren bislang in § 27 BMV-Z Regelungen zur Zusammenstellung der Abrechnungsergebnisse durch die KZVen sowie in § 28 BMV-Z Regelungen zur Prüfung der Abrechnungsunterlagen enthalten, die im Wesentlichen auf allgemeine Aussagen

beschränkt waren und für die Einzelheiten auf die Gesamtverträge in den Ländern verwiesen haben.

§ 24 - Abrechnung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen

Der Regelungsgegenstand des § 24 BMV-Z (neu) war bislang in § 17 EKVZ enthalten. Die Bestimmungen sind aufgrund gesetzlicher und vertraglicher Änderungen sowie durch Aufnahme klarstellender Aussagen angepasst worden. Im Primärkassenbereich ist die Regelung neu, hier waren bislang die §§ 19, 26, 27 und 28 BMV-Z maßgebend, die sich im Wesentlichen auf allgemeine Aussagen beschränkt und für die Einzelheiten auf die Gesamtverträge in den Ländern verwiesen haben. Erheblicher Anpassungsbedarf wird sich insofern jedoch nicht ergeben. Denn die obligatorischen Absätze 1 bis 4 BMV-Z (neu) enthalten in erster Linie Bestimmungen, die ohnehin bereits aufgrund höherrangigen Rechts (SGB V) zu beachten sind. Von den darüber hinausgehenden Vorgaben der Absätze 6 und 7 kann in den Gesamtverträgen abgewichen werden, bestehende anderslautende Regelungen bleiben weiterhin gültig (vgl. die in Absatz 5 enthaltene Öffnungsklausel).

In Absatz 2 wird hinsichtlich der für die Abrechnungsprüfung geltenden rechtlichen Grundlagen ergänzend und deklaratorisch auf die zwischen KZBV und GKV-Spitzenverband vereinbarten Richtlinien gemäß § 106d Abs. 6 Satz 1 SGB V (§ 106a Abs. 6 Satz 1 SGB V a. F.) verwiesen.

Absatz 4 stellt klar, dass die Abrechnungen in elektronischer Form nach den Regelungen des DTA-Vertrages an die Krankenkasse übermittelt werden.

Absatz 5 enthält die angesprochene - bislang in § 17 Abs. 6 EKVZ geregelte - Öffnungsklausel zu Gunsten der Vertragspartner auf Landesebene. Danach können in den Gesamtverträgen von den Absätzen 6 und 7 abweichende Bestimmungen getroffen werden. Das bedeutet auch, dass bereits bestehende anderslautende Bestimmungen weiterhin Bestand haben, was gerade für Primärkassenverträge von Bedeutung sein dürfte, für die § 17 EKVZ nicht galt.

In Absatz 6 sind die bislang in § 17 Abs. 1 EKVZ enthaltenen Regelungen hinsichtlich des Verfahrens zur Bearbeitung von Berichtigungsanträgen der Krankenkassen durch die KZV an die gesetzliche Regelung des § 106d Abs. 4 Satz 4 SGB V angepasst worden. Diese Vorschrift sieht vor, dass dann, wenn ein Antrag der Krankenkasse von der KZV nicht innerhalb von sechs Monaten bearbeitet wird, die Krankenkasse einen Betrag in Höhe der sich unter Zugrundelegung des Antrages ergebenden Honorarberichtigung auf die zu zahlende Gesamtvergütung anrechnen kann. Die Protokollnotiz zu Absatz 6 verweist darauf, dass es bei Sammelanträgen sachgerecht sein kann, Musterverfahren zu vereinbaren und die übrigen Verfahren derweil ruhend zu stellen. Dies bedeutet, dass bei einer Vielzahl

von Anträgen mit der gleichen Fragestellung für einen Antrag ein Musterverfahren durchgeführt werden kann und dessen Ausgang abgewartet wird, bevor über die weiteren Anträge entschieden wird. Über die Frage, in welchen Fällen solche Musterverfahren durchgeführt werden, müssen sich die jeweiligen Gesamtvertragspartner verständigen.

In Absatz 7 ist das Bezugsquartal für die Berechnung der zu leistenden Abschlagszahlung geändert worden: Bislang betrug die Abschlagszahlung gemäß § 17 Abs. 3 EKVZ 25 v. H. der gesamten Rechnungssumme des vorletzten, dem Abrechnungsquartal vorangegangenen Quartals. Nach der Neuregelung sind 25 v. H. des entsprechenden Vorjahresquartals anzusetzen. Die Gesamtverträge können gemäß Absatz 5 abweichende Regelungen vorsehen. Die in den Sätzen 4 und 5 vorgesehene Zahlungsfrist für die Krankenkassen von 10 Tagen knüpft sprachlich nicht mehr an den Eingang der Abrechnungen, sondern an den Eingang der zahlungsbegründenden Unterlagen an. Die Verlängerung der Zahlungsfrist bei Teilleistungen nach BEMA-Teil 5 ist ersatzlos gestrichen worden. Die Regelung zu Verzugszinsen in Satz 6 ist unverändert aus dem EKVZ übernommen worden.

§ 25 - Abrechnungsunterlagen und Datenträgeraustausch

Die Regelung verweist für die Aufbereitung und die Übermittlung der Abrechnungsunterlagen auf den schon heute für alle Kassenarten geltenden DTA-Vertrag. Sie ist inhaltlich unverändert aus § 18 EKVZ übernommen und lediglich sprachlich präzisiert worden.

Abschnitt 9

Prüfung der Abrechnung und Wirtschaftlichkeit

§ 26 - Wirtschaftlichkeitsprüfung

Für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ist die Regelung des § 19 EKVZ übernommen und um einen deklaratorischen Hinweis auf die Richtlinien von KZBV und GKV-Spitzenverband in einem neuen Absatz 3 ergänzt worden. Da das Nähere zur Wirtschaftlichkeitsprüfung in den Prüfvereinbarungen auf Landesebene geregelt ist, werden im neuen Vertrag auf Bundesebene über diese allgemeinen Aussagen hinausgehende Regelungen bewusst nicht getroffen.

§ 27 - Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfung

In Anlehnung an § 26 zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit erfolgt in § 27 ein entsprechender deklaratorischer Hinweis für die Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfung.

Abschnitt 10

Vertragsverletzungen und Forderungen

§ 28 - Vertragsverletzungen

Die Regelung zum Disziplinarverfahren bei Verstößen gegen vertragszahnärztliche Pflichten ist im Wesentlichen unverändert aus § 20 EKVZ übernommen worden und verweist auf die von den KZVen auf Grundlage des § 81 Abs. 5 SGB V erlassenen Disziplinarbestimmungen. Gemäß Absatz 2 der Neuregelung können die Krankenkassen und deren Landesverbände bei der zuständigen KZV die Eröffnung eines Disziplinarverfahrens anregen, wie dies bereits in § 29 BMV-Z vorgesehen war. Im Ersatzkassenvertrag kam diese Möglichkeit dem vdek zu.

§ 29 - Forderungen von Krankenkassen

Die Vorschrift setzt auf § 21 EKVZ auf, ist aber grundlegend überarbeitet worden.

Satz 1:

Hinsichtlich des Zeitpunktes der Abwicklung von durch die KZV oder das sonst zuständige Gremium festgestellten Forderungen beschränkt sich die Neuregelung auf die Aussage, dass diese dann, wenn sie bestandskräftig geworden sind, bei der nächsten Abrechnung von der Krankenkasse gegenüber der KZV abgesetzt werden. Im Verhältnis der KZV zum Vertragszahnarzt wird im Hinblick auf den Regelungsgegenstand, der die Geltendmachung von Forderungen im Verhältnis von Krankenkasse und KZV betrifft, auf eine entsprechende Aussage verzichtet.

Satz 2:

In § 21 EKVZ werden Rechtsgründe für Forderungen nicht explizit benannt. Nach § 21 Abs. 2 EKVZ werden Ansprüche aufgrund mangelhafter prothetischer und kieferorthopädischer Leistungen durch die KZV festgestellt. Zur Klarstellung, welche Rechtsgründe eine Forderung einer Krankenkasse gegenüber einer KZV auslösen können, werden diese nun beispielhaft und nicht abschließend in Satz 2 aufgeführt.

Satz 3:

Satz 3 regelt die Fälle, in denen die KZV nicht mehr für Forderungen der Krankenkassen haftet, wenn der betroffene Zahnarzt nicht mehr in Regress genommen werden kann. Die KZV hat hier folglich die Möglichkeit zur Exkulpation gegenüber der Krankenkasse, wie sie ihr auch schon in § 21 Abs. 1 Satz 2 EKVZ oder auch in § 24 BMV-Z eingeräumt war. In

diesen Fällen geht das Recht, die Forderung gegenüber dem Vertragszahnarzt geltend zu machen, auf die Krankenkasse über.

Satz 4:

Satz 4 regelt die Fälle, in denen die KZV keine Möglichkeit der Exkulpation gegenüber der Krankenkasse hat. Grundsätzlich haftet die KZV für Forderungen aufgrund sachlich-rechnerischer Unrichtigkeit oder unwirtschaftlicher Leistungserbringung aus der Gesamtvergütung, soweit nach Maßgabe der Gesamtverträge ein Erstattungsanspruch für Forderungen aus sachlich-rechnerischer Richtigstellung und Wirtschaftlichkeitsprüfung besteht. Hierbei trägt die KZV das Ausfallrisiko, wenn sie ihrerseits die Forderung gegenüber dem Vertragszahnarzt nicht durchsetzen kann.

Satz 5:

Nach Satz 5 besteht eine Haftung der KZV jedoch nicht, soweit die Gesamtvergütung überschritten wird oder Pauschalvergütung vereinbart ist.

Satz 6:

Die Partner der Gesamtverträge können ausgestaltende Regelungen treffen. Die Bundesmantelvertragspartner gehen davon aus, dass die Gesamtverträge in der Regel entsprechende Bestimmungen enthalten. Diese sollen weiterhin Bestand haben.

Im Primärkassenbereich waren Bestimmungen zur Abwicklung von Forderungen sowie eine Haftungsregelung, einschließlich einer Haftungsfreistellung der KZV, in § 24 BMV-Z geregelt. Dieser war nach der Rechtsprechung des BSG auf die Begleichung von Ansprüchen auf Schadensersatz begrenzt. Mit § 29 BMV-Z (neu) bestehen nun auch für die Primärkassen einheitliche Regelungen für sämtliche Forderungen der Krankenkassen im Sinne der Norm.

Abschnitt 11

Qualität der vertragszahnärztlichen Versorgung

§§ 30, 31 - Qualitätssicherung in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Hinsichtlich der zu beachtenden Vorschriften wird deklaratorisch auf die einschlägigen Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses hingewiesen.

§ 32 - Arbeitsgemeinschaften

KZBV und GKV-Spitzenverband haben in § 32 eine vertragliche Grundlage für die Bildung gemeinsamer Arbeitsgemeinschaften verankert. Von der Einrichtung einer statisch besetzten Arbeitsgemeinschaft im Bundesmantelvertrag selbst wurde abgesehen, vielmehr sollen diese bei Bedarf einberufen und die Besetzung am jeweils zu beratenden Gegenstand ausgerichtet werden.

Abschnitt 12

Inkrafttreten und Kündigung

§ 33 - Inkrafttreten und Kündigung

Absatz 1:

Der am 1. Juli 2018 in Kraft tretende Bundesmantelvertrag gilt einheitlich für alle Primär- und Ersatzkassen und ersetzt ab diesem Zeitpunkt die bisherigen Bestimmungen des BMV-Z und EKVZ.

Absatz 2:

Die Kündigungsfrist von einem Jahr zum Ende eines Kalenderjahres bringt die nachhaltige Beständigkeit zum Ausdruck, die die Vertragspartner den konsentierten Vertragsinhalten beimessen. Von diesen soll nicht kurzfristig einseitig Abstand genommen werden können. Dessen unbeschadet können regelmäßig erforderlich werdende Änderungen und Ergänzungen jederzeit einvernehmlich durch Vereinbarung vorgenommen werden.

Absatz 3:

Die Anlagen zum Bundesmantelvertrag bestehen im Wesentlichen aus Vereinbarungen mit eigenständigen Regelungsinhalten. Im Gegensatz zu den Bestimmungen des Paragrafenteils, die eher grundsätzlicher Natur sind, kann sich hier Änderungsbedarf ergeben, der auch von einem der Vertragspartner kurzfristig durchsetzbar sein soll. Aus diesem Grund können für Vereinbarungen, die als Anlage zum Bundesmantelvertrag genommen werden, abweichende Kündigungsfristen vorgesehen werden.

Kommentierung zu den Anlagen des BMV-Z (neu)

1. Einleitung

In dem zum 1. Juli 2018 in Kraft tretenden BMV-Z (neu) ist das Anlagenverzeichnis aus Gründen der Übersichtlichkeit neu geordnet worden. Sämtliche in der vertragszahnärztlichen Versorgung zu verwendenden Formulare einschließlich dazugehöriger Erläuterungen und Ausfüllhinweise sind jetzt in einer eigenen Anlage zusammengefasst. Weiterhin haben es die Vertragspartner aus Transparenzgründen für sinnvoll erachtet, wesentliche Vereinbarungen der Bundesmantelvertragspartner, die bisher im BMV-Z bzw. EKVZ nicht explizit als Anlagen verortet waren, nun als Anlagen in den BMV-Z (neu) aufzunehmen, wie z. B. die Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte oder die Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V über Anforderungen an eine kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen (Rahmenvereinbarung kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen). Die Vertragspartner haben im Zuge der Harmonisierung von BMV-Z und EKVZ auch die Inhalte der bis dato ausschließlich in einem der Vertragswerke enthaltenen Anlagen geprüft und diese entweder in den Anlagen harmonisiert oder an anderer Stelle, z. B. in den Paragrafenteil, aufgenommen.

2. Anlagen

Nachfolgend wird auf die wesentlichen Neuerungen bzw. Veränderungen bei den Anlagen im BMV-Z (neu) eingegangen.

Anlage 1

Behandlungsplanung und Erstellung der Abrechnung

In der Anlage 1 sind die Anlage 1 EKVZ (Abrechnung von Material- und Laboratoriumskosten), die Anlage 2 EKVZ/BMV-Z (Bestimmung über die Gestaltung und die Ausfüllung der Planungsvordrucke und die edv-mäßige Erstellung der Abrechnung) sowie die Anlage 3 EKVZ/Anlage 7a BMV-Z (Vereinbarung über das Verfahren bei der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und Kiefergelenkserkrankungen) zusammengefasst worden. Die in Anlage 3 EKVZ/Anlage 7a BMV-Z enthaltenen Regelungen zur

Behandlungsplanung von Leistungen bei der Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen im Bereich des Gesichtsschädels (BEMA-Teil 2) sind vollständig in die Anlage 1 überführt. Damit werden die Verfahren zur Planung und Abrechnung antragspflichtiger Leistungen für alle Leistungsbereiche in Anlage 1 beschrieben.

Die bis dato für die Ersatzkassen im EKVZ enthaltenen Regelungen zum Pauschalbetrag der Abformung, zur Höhe der Versandkosten und zu den Praxismaterialien bei der Abrechnung von Material- und Laborkosten für die Leistungsbereiche Kieferbruch und Kiefergelenkserkrankungen, Kieferorthopädie und Zahnersatz sind leicht modifiziert in die Anlage 1 überführt worden. Der Pauschalbetrag für die Abformung für den BEMA-Teil 2 (Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels [Kieferbruch], Kiefergelenkserkrankungen [Aufbissbehelfe]) beträgt 3,00 Euro und für den BEMA-Teil 3 (Kieferorthopädische Behandlung) 2,80 Euro je Abformung. In allen drei BEMA-Teilen kann für die Abrechnung von Versandkosten der Praxis an das gewerbliche Labor je Versandgang der von der Deutschen Post AG für ein Päckchen festgelegte Preis der Onlinefrankierung in der jeweils aktuellen Höhe abgerechnet werden. Bei praxiseigenen Laboratorien können keine Versandkosten berechnet werden.

Im BMV-Z waren dagegen keine Regelungen zur Abrechnung von Material- und Laborkosten enthalten, da die Abrechnung dieser Kosten in den Gesamtverträgen geregelt ist.

Dies ist auch insoweit weiterhin möglich, da abweichende bzw. ergänzende gesamtvertragliche Regelungen zum Pauschalbetrag der Abformung, zur Höhe der Versandkosten sowie zu den Praxismaterialien zulässig sind.

Zusätzlich wurden für die BEMA-Teile 4 (Systematische Behandlung von Parodontopathien) und 5 (Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen) in der Anlage 1 klarstellende Regelungen aufgenommen, wie im Falle von Punktwert-Änderungen bei der Abrechnung zu verfahren ist.

Anlage 2

Vereinbarung nach § 87 Abs. 1a SGB V über die Versorgung mit Zahnersatz

Die Vereinbarung nach § 87 Absatz 1a SGB V über die Versorgung mit Zahnersatz ist um die klarstellende Regelung, wie bei der Versorgung des Gesamtbefundes in Therapieschritten zu verfahren ist, ergänzt und ansonsten bis auf kleinere redaktionelle Änderungen unverändert in den BMV-Z (neu) übernommen worden.

Anlage 3

Vereinbarung über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)

In der Vereinbarung über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) ist die Protokollnotiz von 1993 entfallen, da sich die dort enthaltenen Regelungen zum größten Teil durch Zeitablauf erledigt haben bzw. umgesetzt sind. Die in der Protokollnotiz enthaltene Regelung zur Verordnung von Arzneimitteln zur lokalen Fluoridierung hat in modifizierter Weise Eingang in die Vereinbarung gefunden: Nach § 5 Satz 2 der Vereinbarung wird die Abgeltung von Aufwendungen für Arzneimittel zur lokalen Fluoridierung nach der BEMA-Nr. IP 4 durch die Gesamtvertragspartner geregelt.

Die bisherigen Regelungen zum Vordruck des Bonusheftes sind jetzt dahingehend erweitert, dass die KZVen die Vertragszahnärzte - bei gegebenem Anlass - zu einer wirtschaftlichen Verwendung der Bonushefte anhalten.

Anlage 4

Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der kieferorthopädischen Behandlung

In die Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der kieferorthopädischen Behandlung ist unter § 1 Abs. 3 folgender Satz 2 eingefügt worden:

„Der Vertragszahnarzt übermittelt die Daten des Behandlungsplans mit dem Genehmigungsdatum in grundsätzlich elektronischer Form an die zuständige KZV.“

Dadurch wird die KZV in die Lage versetzt, die vom Vertragszahnarzt abgerechneten Leistungen der konkreten, von der Krankenkasse genehmigten Behandlung zuzuordnen und im Rahmen der ihr gemäß § 106d Abs. 2 SGB V obliegenden Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit und Plausibilität zu überprüfen, ob sich die durchgeführte Behandlung und die Abrechnung in dem genehmigten Rahmen halten.

Die Regelung, dass der Gutachter für die Abrechnung der Gutachtergebühr einen bestimmten Vordruck zu verwenden hat, ist entfallen, da sich die zwingende Verwendung des Formulars aus § 8 Abs. 4 BMV-Z (neu) ergibt.

Anlage 5 - 7

Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei

- **der systematischen Behandlung von Parodontopathien**
- **der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen**
- **implantologischen Leistungen**

Die Anlagen 5 - 7 haben redaktionelle Anpassungen bei den jeweiligen Verweisen auf die zu verwendenden Vordrucke erhalten. Inhaltlich ist wie bei Anlage 4 die Regelung, dass der Gutachter für die Abrechnung der Gutachtergebühr einen bestimmten Vordruck zu verwenden hat, entfallen, da sich die zwingende Verwendung des Formulars aus § 8 Abs. 4 BMV-Z (neu) ergibt.

Anlage 8a - c

Anlage 8a: Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung (DTA-Vertrag)

Anlage 8b: Technische Anlage zum Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung (DTA-Vertrag)

Anlage 8c: Vereinbarung zur Technischen Anlage gemäß § 14 des DTA-Vertrages)

Diese drei Anlagen gehören inhaltlich zusammen, so dass sie mit den Buchstaben a, b und c gekennzeichnet sind.

Anlage 8a:

Im Vertrag über den Datenaustausch oder im Wege elektronischer Datenübertragung (DTA-Vertrag) wurde die Entscheidung des Bundessozialgerichtes vom 2. April 2014 nachvollzogen, nach der die Zahnarzt Nummer unverschlüsselt an die Krankenkassen im Rahmen der Abrechnung zu übermitteln ist. Aus diesem Grund wurde in den einzelnen Paragraphen die Bezeichnung „Zahnarzt Nummer (verschlüsselt)“ durch „Zahnarzt Nummer (unverschlüsselt)“ ersetzt. Außerdem sind jegliche Hinweise, nach denen die Kassenzahnärztliche Vereinigung die Verschlüsselung festlegt, entfallen.

Die Vorgaben, wie die Material- und Laborkosten für die Leistungsbereiche Kieferbruch, Kieferorthopädie und Zahnersatz zu übermitteln sind, entsprechen weitgehend den Formulierungen nach Anlage 1. Da in der Zwischenzeit die papierlose Abrechnung im Verhältnis KZV zur Krankenkasse flächendeckend eingeführt ist, konnten die Hinweise zur Einreichung von Kopien von Rechnungen über die zahntechnischen Leistungen entfallen.

Anlage 8b:

Die Technische Anlage ist gemäß § 12 Abs. 1 des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung (DTA-Vertrag) Bestandteil dieses Vertrages und wird daher neben diesem ebenfalls als Anlage zum BMV-Z (neu) aufgeführt. Die Technische Anlage ist im Gesamtvertragswerk aus Gründen der Praktikabilität allerdings nicht abgedruckt, da sie fortlaufenden Anpassungen in kurzen zeitlichen Abständen unterliegt.

Anlage 8c:

Die „Vereinbarung zur Technischen Anlage gemäß § 14 des DTA-Vertrages“ ist inhaltlich unverändert in den BMV-Z (neu) übernommen worden.

Anlage 9

Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung

Die Vereinbarung ist im Zuge der Zusammenführung der Bundesmantelverträge des Primär- und des Ersatzkassenbereiches als Anlage 9 inhaltlich unverändert in den neuen BMV-Z übernommen worden, da sie nach der Bewertung der Vertragspartner als „Altvereinbarung“ weiterhin Bestandteil des Bundesmantelvertrages sein soll. Die in der Vereinbarung enthaltenen Verweise können daher von der gegenwärtigen Rechtslage abweichen.

Anlage 10

Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte

Die Vereinbarung ist unverändert in den neuen BMV-Z übernommen worden. Die in der Vereinbarung enthaltenen Verweise können daher von der gegenwärtigen Rechtslage abweichen. Die Vertragspartner verhandeln zurzeit über die inhaltliche Aktualisierung und Erweiterung der Regelungen, sodass hier in absehbarer Zeit eine neue Fassung erscheinen wird.

Anlage 11

Grundsatzfinanzierungsvereinbarung zur Finanzierung der Maßnahmen nach § 291a Abs. 7b Satz 2 SGB V

Die Grundsatzfinanzierungsvereinbarung ist als Anlage 11 in das Gesamtvertragswerk des BMV-Z (neu) aufgenommen worden. In dieser Anlage ist der Ausgleich der Kosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattung, die den Leistungserbringern in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastuktur sowie der Kosten, die den Leistungserbringern im laufenden Betrieb der Telematikinfrastuktur entstehen, geregelt.

Anlage 12

Vereinbarung nach § 119b Absatz 2 SGB V über Anforderungen an eine kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen (Rahmenvereinbarung kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen)

Diese Vereinbarung ist zunächst unverändert in den BMV-Z (neu) übernommen worden. Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V und der zu deren Umsetzung ergangene Beschluss des Bewertungsausschusses zur Einführung neuer Leistungen in den BEMA, die jeweils am 1. Juli 2018 in Kraft treten, machen kurzfristig eine entsprechende Anpassung der Vereinbarung erforderlich.

Anlage 13

Beschluss des Bundesschiedsamtes für die vertragszahnärztliche Versorgung vom 13. Dezember 1993 zur Gewährleistung bei Füllungen und Zahnersatz

Als Anlage 13 ist der Beschluss des Bundesschiedsamtes für die vertragszahnärztliche Versorgung vom 13. Dezember 1993 abgebildet, der Regelungen zur Gewährleistung bei Füllungen und Zahnersatz enthält. Die Regelung zum Zahnersatz, nach der die Antragsfrist bei dem Prothetik-Einigungsausschuss bzw. der zuständigen Stelle 24 Monate beträgt, trifft nicht auf andersartige Versorgungen und sogenannte Mischfälle zu. Hier gilt die Protokollnotiz zu § 4 der Anlage 6 „Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen“.

Anlage 14a und 14b

Anlage 14a: Formulare für die vertragszahnärztliche Versorgung

Anlage 14b: Erläuterungen und Ausfüllhinweise zu den Formularen

Diese beiden Anlagen gehören inhaltlich zusammen, so dass sie mit den Buchstaben a und b gekennzeichnet worden sind.

Anlage 14a:

Bis dato sind im EKVZ und im BMV-Z Formulare entweder als eigene Anlage oder als Anlage einer Anlage aufgeführt, wie z. B. der Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch oder der Heil- und Kostenplan für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen. Zugunsten einer verbesserten Transparenz und Übersicht sind jetzt in Anlage 14a abschließend sämtliche Formulare abgebildet, die in der vertragszahnärztlichen Versorgung zur Anwendung kommen können. Zur besseren Unterscheidung werden Formulare, die ausschließlich im vertragszahnärztlichen Bereich anzuwenden sind, als „Vordruck“ und Formulare aus dem vertragsärztlichen Bereich, die auch für den vertragszahnärztlichen Bereich anzuwenden sind, als „Muster“ bezeichnet.

Die Formulare haben mit dem BMV-Z (neu) folgende Änderungen erfahren:

- Bei den Vordrucken 1, 2, 3a, 4a, 4b, 5a und 5b ist das Personalienfeld aktualisiert worden (z. B. „Kostenträgerkennung“ statt „Kassen-Nr.“, Wegfall des Feldes „VK gültig bis“, da die Angabe dieses Datums jetzt optional ist und wenn, dann in Zeile 5 zu erfolgen hat.)

- Sämtliche Felder des Vordruckes 3a (HKP Teil 1) sind maschinenlesbar gestaltet. Die bisherige Hinterlegung einiger Felder in grüner Farbe ist entfallen.
- Der Vordruck 4b (Mitteilung an den Patienten nach § 29 Abs. 1 SGB V) hat eine zusätzliche Zeile für die Adressenangabe der KZV erhalten. Eine Kopie der Mitteilung ist nun auch bei Versicherten von Ersatzkassen ebenfalls zusätzlich an die KZV zu übermitteln.
- Der Vordruck 4c (Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung) ist neu gestaltet worden.

Im EKVZ ist bereits ein Formular für die Mitteilung über den unplanmäßigen Verlauf der kieferorthopädischen Behandlung enthalten. Im BMV-Z (alt) gibt es hierfür keine Vorgaben in Form eines Vordruckes, sondern die Mitteilung über einen unplanmäßigen Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung kann - nichtstandardisiert - als Freitext erfolgen. In den BMV-Z (neu) ist nun ein neues Formular für die Mitteilung an die Krankenkasse über den planmäßigen Abschluss oder den unplanmäßigen Verlauf der kieferorthopädischen Behandlung sowie über einen Abbruch der kieferorthopädischen Behandlung aufgenommen worden (Vordruck 4c). Hinsichtlich des unplanmäßigen Verlaufes oder des Abbruches sind Standard-Begründungen aufgeführt, von denen im Einzelfall Zutreffendes anzukreuzen ist. Dieser Vordruck ist einheitlich für alle Versicherten zu verwenden.

- Im Vordruck 6a (Auftrag zur Begutachtung) ist in der Fußzeile der Verweis auf die Anlagen-Nr. angepasst worden.

Die Änderungen hinsichtlich der Formulare werden mit dem BMV-Z (neu) zum 1. Juli 2018 wirksam. Die Vertragspartner haben sich darüber verständigt, dass in einer Übergangszeit bis zum 31. August 2018 beim Leistungsnachweis gem. § 16 Abs. 3a SGB V bei Ruhen der Ansprüche, beim Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch, beim Heil- und Kostenplan Teil 1, beim KFO-Behandlungsplan, bei der Mitteilung an den Patienten nach § 29 Abs. 1 SGB V und beim Parodontalstatus Blatt 1 und 2 sowohl die neuen Vordrucke als auch die alten Vordrucke verwendet werden können. Ab dem 1. September 2018 sind dann nur noch die neuen Vordrucke mit neuem Personalienfeld zu verwenden.

Anlage 14b:

Die Erläuterungen und Ausfüllhinweise zu den jeweiligen Formularen sind in einer eigenständigen Anlage 14b enthalten, so dass man sich in Anlage 14a auf eine kompakte und

übersichtliche Formularsammlung beschränken konnte. In Anlage 14b wird unter **A. Allgemeines** der Umgang mit den Formularen näher erläutert. Die bis dato entweder im Paragrafenteil oder bei den jeweiligen Formularen aufgeführten Hinweise zur Bestellung, zur Erstellung per EDV und zur Kostentragung sind nun unter diesem Punkt einheitlich geregelt. Im Zusammenhang mit der EDV-Erstellung ist zu beachten, dass zukünftig neben Inhalt, Aufbau und Struktur die Zeilenabstände nicht geändert werden dürfen, um eine maschinelle Lesbarkeit zu gewährleisten. Wie bisher auch schon, können der Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch, der Heil- und Kostenplan für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Teil 1 und Teil 2/Vordruck 3a und 3b), der kieferorthopädische Behandlungsplan, der Parodontalstatus, die Vordrucke für das vertragszahnärztliche Gutachterwesen und der Vordruck für die zahnärztliche Heilmittelverordnung per EDV erstellt werden. Formulare aus dem vertragsärztlichen Bereich dürfen dagegen nicht nachgebaut bzw. dürfen nicht individuell mittels EDV erstellt werden.

Für die Bedruckung des Personalienfeldes gelten einheitliche Bedruckungsvorschriften, deren Einzelheiten ebenfalls in Anlage 14b aufgeführt sind. Hier hat es einige Änderungen bei der Bezeichnung der Datenfelder gegeben. Auch ist das bisherige Feld „VK gültig bis“ entfallen. Das Datum für „Versicherungsschutzende“ kann jetzt optional angegeben werden. Wenn es angegeben wird, ist es am Ende der Zeile 5 einzutragen. Die Bedruckung des Feldes „Datum“ ist unterschiedlich. Während bei zahnärztlicher Heilmittelverordnung und ärztlichen Mustern 1, 2, 4, 16 und 21 deren Ausstellungsdatum einzutragen ist, wird bei den anderen zahnärztlichen Vordrucken, die das abgebildete Personalienfeld enthalten, das Karteneinlesedatum aufgeführt. Die Vertragszahnarzt Nummer ist generell achtstellig einzutragen, die ersten beiden Stellen stehen für die jeweilige KZV, in der die Zahnarztpraxis ihren Sitz hat. Bei einstelligen KZV-Nummern oder bei Zahnarzt Nummern mit weniger als 6 Stellen ist die Nummer mit führenden Nullen zu ergänzen.

Im Paragrafenteil des neuen Bundesmantelvertrages ist unter § 21 die Verwendung des Vertragszahnarztstempels geregelt. Die dort enthaltenen Vorgaben werden unter A. Allgemeines der Anlage 14b spezifiziert.

Daneben enthält dieser Abschnitt Regelungen zur Aufbewahrung und zum Ausfüllen der Formulare. Es wird klargestellt, dass die Formulare außerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht verwendet werden dürfen.

Teil B der Anlage 14b enthält **Ausfüllhinweise** zu ausgewählten Formularen aus dem vertragszahnärztlichen Bereich. Dies betrifft den Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch, den Heil- und Kostenplan für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen Teil 1 und Teil 2 sowie die zahnärztliche Heilmittelverordnung.

Die Ausfüllhinweise für den Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch sind neu hinzugekommen, um insbesondere klarzustellen, welche Leistungen für die vorgesehene Behandlung gegenüber der Krankenkasse auf dem Behandlungsplan anzugeben sind.

Die Ausfüllhinweise zum Heil- und Kostenplan sind redaktionell angepasst worden, da der HKP-Teil 1 keine nichtmaschinenlesbaren Felder mehr enthält und sämtliche Vorgaben zur elektronischen Erstellung von zahnärztlichen Vordrucken in Teil A der Anlage 14b geregelt sind.

Für die zahnärztliche Verordnung von Heilmitteln haben die Vertragspartner zum 1. Juli 2017 einen Vordruck nebst Ausfüllhinweisen vereinbart. Die Ausfüllhinweise aus dieser Vereinbarung zur zahnärztlichen Heilmittelverordnung sind ohne Veränderungen in die Anlage 14b zum BMV-Z überführt worden.

Bis dato fehlten Ausfüllhinweise für die im vertragszahnärztlichen Bereich anzuwendenden Muster aus dem vertragsärztlichen Bereich. **Teil C der Anlage 14b** enthält daher erstmalig **Ausfüllhinweise** für die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, die Verordnung von Krankenhausbehandlung, die Verordnung einer Krankenförderung sowie für das Arzneiverordnungsblatt. Die Beschreibungen sollen helfen, die Formulare in der täglichen Praxis richtig auszufüllen.

Anlage A und B

Anlage A: Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA)

Anlage B: Zuordnung der Leistungs-Nummern von Teil 1 und 2 des BEMA

Auf den Abdruck des BEMA bzw. der Zuordnung wird verzichtet.

Nicht in den BMV-Z (neu) übernommene Vereinbarungen bzw. Anlagen aus dem EKVZ und dem BMV-Z

Folgende, in den Altverträgen bestehende Anlagen sind nicht in den BMV-Z (neu) überführt worden:

- Anlage 4 BMV-Z (alt): Verfahrensordnung (§ 22 Abs. 6 BMV-Z)
- Anlage 5 BMV-Z (alt): Vereinbarung über die Bildung einer Technischen Kommission
- Anlage 11 EKVZ: Beratungsverfahren bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen
- Anlage 12 EKVZ: Vereinbarung über die Sicherstellung der überbezirklichen zahnärztlichen Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen sowie als Rahmen zur Umsetzung von § 83 Satz 1 SGB V

Die Anlage 4 BMV-Z (alt) Verfahrensordnung (§ 22 Abs. 6 BMV-Z) von 1962 enthält Regelungen zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Das Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung wird jedoch schon seit längerem zwischen den Partnern der Gesamtverträge vereinbart, sodass die Inhalte dieser Anlage im BMV-Z (neu) nicht länger geregelt werden müssen.

Die gemäß Anlage 5 zum BMV-Z (alt) gebildete Technische Kommission 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. Die Arbeitsgemeinschaften Zahnärzte/Ersatzkassen nach § 29 EKVZ haben ähnliche Aufgaben. Die Vertragspartner haben diese Aufgaben in § 32 BMV-Z (neu) definiert und dort auch die Bildung von Arbeitsgemeinschaften geregelt, sodass die in Anlage 5 zum BMV-Z (alt) bzw. in § 29 EKVZ enthaltenen Regelungen ersatzlos entfallen sind.

Weiterhin haben die Vertragspartner die Fortführung des Beratungsverfahrens bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen nach Anlage 11 EKVZ für nicht notwendig gehalten, sodass diese Anlage ebenfalls entfallen ist.

Die Umsetzung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte gehört nicht zu den Aufgaben der Bundesmantelvertragspartner. Die in § 83 Satz 1 SGB V genannten Regelungen über die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung der Mitglieder richten sich an die Gesamtvertragspartner. Um eine einheitliche Umsetzung der Vorgaben aus

Gemeinsames Rundschreiben von KZBV und GKV-Spitzenverband

dem Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips für sämtliche Mitgliedskassen zu erreichen, hat ein Teil der damaligen Spitzenverbände der Krankenkassen (Rahmen-/Empfehlungs-)Vereinbarungen mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zur Umsetzung der Vorgaben aus diesem Gesetz getroffen. Nach gemeinsamer Auffassung der Vertragspartner gelten diese Vereinbarungen fort; sie sind jedoch nicht Bestandteil des BMV-Z (neu).

gez. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

gez. GKV-Spitzenverband

Abschnitt 1 - Regelungs- und Geltungsbereich**§ 1 Vertragsgegenstand**

- (1) ¹Dieser Vertrag regelt den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge über die vertragszahnärztliche Versorgung. ²Seine Regelungen sind Bestandteil der Gesamtverträge.
- (2) Die im Inhaltsverzeichnis gelisteten Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages.

§ 1 Abs. 1-3 Zweck, Träger und Geltungsbereich des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag regelt den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge über die vertragszahnärztliche Versorgung, die den Versicherten seitens der Ersatzkassen zusteht.
- (2) Vertragspartner sind:
Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung K.d.ö.R.
(im Folgenden KZBV genannt)
und
der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.
(im Folgenden VdAK genannt)
der AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.
(im Folgenden AEV genannt)
- (3) Dieser Vertrag gilt für die Ersatzkassen, die dem VdAK oder dem AEV als Mitglieder angehören. Der VdAK und der AEV teilen der KZBV die Ersatzkassen mit.

§ 2 Geltungsbereich

Der Vertrag erstreckt sich auf den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches.

§ 1 Abs. 4 Zweck, Träger und Geltungsbereich des Vertrages

- (4) Der Vertrag erstreckt sich auf den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches. Soweit sich Regelungen nur auf das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet beziehen, wird im Folgenden dafür der Begriff "neue Bundesländer" verwendet.

Abschnitt 2 - Gegenstand und Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung**§ 3 Umfang und Inhalt der vertragszahnärztlichen Versorgung**

- (1) Die vertragszahnärztliche Versorgung umfasst insbesondere:
1. die zahnärztliche Behandlung gemäß § 28 Absatz 2 Satz 1 SGB V,
 2. die Versorgung mit Zahnersatz, und Zahnkronen einschließlich Suprakonstruktionen, soweit sie § 56 Absatz 2 SGB V entspricht,
 3. die kieferorthopädische Behandlung gemäß §§ 28 Absatz 2 und 29 SGB V,
 4. implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion gemäß § 28 Absatz 2 Satz 9 SGB V,
 5. Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) gemäß § 22 SGB V,
 6. Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gemäß § 26 Absatz 1 Sätze 2 und 3 SGB V,
 7. die zahnärztliche Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, von Krankentransporten, von Krankenhausbehandlung,
 8. die zahnärztliche Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit,
 9. die Ausstellung von Bescheinigungen und die Erstellung von Berichten, welche die Krankenkasse oder der Medizinische Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder welche die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen,
 10. die in Notfällen ambulant ausgeführten zahnärztlichen Leistungen durch nicht an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende Zahnärzte.
- (2) Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört auch die Versorgung der Versicherten außerhalb der Praxisräume des Zahnarztes, insbesondere die aufsuchende Versorgung von Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind, Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten und die die Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder Einschränkung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können (§ 87 Absatz 2i SGB V) sowie die aufsuchende Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines Kooperationsvertrags (§ 87 Absatz 2j SGB V).

§ 2 Umfang und Inhalt der vertragszahnärztlichen Versorgung

- (1) Die vertragszahnärztliche Versorgung umfasst:
1. die zahnärztliche Behandlung gemäß § 28 Absatz 2 Satz 1 SGB V,
 2. die Versorgung mit Zahnersatz gemäß § 55 SGB V,
 3. die kieferorthopädische Behandlung gemäß §§ 28 Absatz 2 und 29 SGB V,
 4. implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion gemäß § 28 Absatz 2 Satz 9 SGB V,
 5. Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) gemäß § 22 SGB V,
 6. Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gemäß § 26 Absatz 1 Sätze 2 und 3 SGB V,
 7. die zahnärztliche Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, von Krankentransporten, von Krankenhausbehandlung,
 8. die zahnärztliche Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit,
 9. die Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, welche die Ersatzkassen oder der Medizinische Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder welche die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen,
 10. die in Notfällen ambulant ausgeführten zahnärztlichen Leistungen durch nicht an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende Zahnärzte.

- | | |
|--|---|
| <p>(3) Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung sind auch die zahntechnischen Leistungen.</p> <p>(4) Vertragsleistungen sind die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen – BEMA – (Anlage A) aufgeführten Leistungen.</p> <p>(5) ¹Die Vertragsleistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. ²Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Vertragszahnärzte im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.
 ³Der Vertragszahnarzt hat insbesondere darauf zu achten, dass der Behandlungsaufwand in einem sinnvollen Verhältnis zur Prognose und zur erreichbaren Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten steht.
 ⁴Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.
 ⁵Die zahnärztlichen Leistungen müssen angemessen vergütet werden.</p> <p>(6) ¹Die vertragszahnärztliche Versorgung umfasst keine Leistungen, für die die Krankenkassen nicht leistungspflichtig sind. ²Nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehören insbesondere:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Leistungen, die nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallen, 2. Leistungen, die von anderen Leistungserbringern (z. B. Vertragsärzten oder Heil- und Hilfsmittelerbringern) erbracht werden; dazu gehören vor allem die Behandlung von Mund- und Kieferkrankheiten durch die als Vertragsärzte zugelassenen Ärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, soweit diese über die Kassenzahnärztliche Vereinigung abgerechnet werden, von Vertragsärzten gelegentlich vorgenommene einfache Verrichtungen (z. B. Zahnextraktion) sowie die Leistungen, die auf Veranlassung von Vertragszahnärzten durch an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene bzw. ermächtigte ärztliche Leistungserbringer ausgeführt werden, | <p>(2) Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung sind auch die zahntechnischen Leistungen.</p> <p>(3) Vertragsleistungen sind die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen - BEMA - (Anlage A) aufgeführten Leistungen. <i>(Siehe auch Feststellung Nr. 92 der Arbeitsgemeinschaft gem. {jetzt: § 29 EKVZ vom 31.07.1980})</i></p> <p>(4) Die Vertragsleistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Vertragszahnärzte im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht bewirken und die Ersatzkassen nicht bewilligen.
 Der Vertragszahnarzt hat insbesondere darauf zu achten, dass der Behandlungsaufwand in einem sinnvollen Verhältnis zur Prognose und zur erreichbaren Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten steht. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Die zahnärztlichen Leistungen müssen angemessen vergütet werden.</p> <p>(5) Die vertragszahnärztliche Versorgung umfasst keine Leistungen, für welche die Ersatzkassen nicht leistungspflichtig sind. Dies gilt insbesondere für Leistungen, die nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 92 SGB V) nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallen. Nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehören Leistungen, für die andere Kostenträger (z. B. Träger der Unfallversicherung) zuständig sind. Die vertragszahnärztliche Versorgung umfasst auch keine Leistungen, die von anderen Leistungserbringern (z. B. Vertragsärzten oder Heil- und Hilfsmittelerbringern) erbracht werden.</p> |
|--|---|

<p>3. Reihen-, Einstellungs- und Tauglichkeitsuntersuchungen, auch wenn sie in Betrieben oder Schulen erfolgen oder für Angehörige bestimmter Berufsgruppen vorgeschrieben sind,</p> <p>4. Leistungen, für die andere Kostenträger (z. B. Träger der Unfall- oder Rentenversicherung, Sozialhilfeträger) zuständig sind,</p> <p>5. 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).</p> <p>(7) ¹Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind Bestandteil des Vertrages. ²Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten, die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (im Folgenden KZVen genannt) die Vertragszahnärzte, die Vertragszahnärzte im Einzelfall die Versicherten über den durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelten Umfang des Versorgungsanspruchs.</p>	<p>(6) Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind Bestandteil des Vertrages. Die Ersatzkassen informieren ihre Versicherten, die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Vertragszahnärzte, die Vertragszahnärzte im Einzelfall die Versicherten über den durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelten Umfang des Versorgungsanspruchs.</p>
--	--

§ 4 Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren für vertragszahnärztliche Leistungen, Gutachterwesen

- (1) Für das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterverfahren gelten:
- bei der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und Kiefergelenkserkrankungen (BEMA-Teil 2) Anlage 1 Nr. 3 zum BMV-Z,
 - bei kieferorthopädischen Maßnahmen (BEMA-Teil 3) Anlage 4 zum BMV-Z,
 - bei der Behandlung von Parodontopathien (BEMA-Teil 4) Anlage 5 zum BMV-Z,
 - bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5) Anlage 6 zum BMV-Z,
 - für implantologische Maßnahmen bei Ausnahmeindikationen gemäß § 28 Absatz 2 Satz 9 SGB V Anlage 7 zum BMV-Z.
- (2) ¹Die KZVen, die Landesverbände der Krankenkassen bzw. die Ersatzkassen können Vertragszahnärzte als Gutachter für die Durchführung von vertraglich vereinbarten Gutachten vorschlagen. ²Die vorgeschlagenen Personen müssen die in Absatz 5 normierten Qualifikationskriterien erfüllen.
- (3) ¹Im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Ersatzkassen bestellt jede KZV Gutachter und Zahnersatz-Obergutachter in der erforderlichen Anzahl. ²Die Obergutachter für kieferorthopädische und parodontologische Behandlungsfälle sowie Gutachter und Obergutachter für implantologische Leistungen bestellt die KZBV im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband. ³Das Einvernehmen kann aus wichtigem Grund verweigert werden. ⁴Die Bestellung der Gutachter und Obergutachter erfolgt jeweils für vier Jahre und kann – außer im Falle der erstmaligen Bestellung – nur einvernehmlich widerrufen werden. ⁵Auf der Gesamtvertragsebene können abweichende Amtsperioden für die dort bestellten Gutachter vereinbart werden. ⁶Bei erstmaliger Bestellung des Gutachters kann das Einvernehmen innerhalb des ersten Jahres von jeder Seite widerrufen werden. ⁷Die Landesverbände der Krankenkassen

§ 22 Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren für vertragszahnärztliche Leistungen, Gutachterwesen

- (1) Für das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterverfahren gelten:
- bei der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und Kiefergelenkserkrankungen (BEMA-Teil 2) Anlage 7a zum BMV-Z/Anlage 3 zum EKV-Z,
 - bei kieferorthopädischen Maßnahmen (BEMA Teil 3) Anlage 15 zum BMV-Z/Anlage 15 zum EKV-Z,
 - bei der Behandlung von Parodontopathien (BEMA-Teil 4) Anlage 16 zum BMV-Z/Anlage 16 zum EKV-Z,
 - bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA Teil 5) Anlage 17 zum BMV-Z/Anlage 17 zum EKV-Z,
 - für implantologische Maßnahmen bei Ausnahmeindikationen gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V Anlage 18 zum BMV-Z/Anlage 18 zum EKV-Z.
- (2) ¹Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen bzw. die Ersatzkassen können Vertragszahnärzte als Gutachter für die Durchführung von vertraglich vereinbarten Gutachten vorschlagen. ²Die vorgeschlagenen Personen müssen die in Abs. 5 normierten Qualifikationskriterien erfüllen.
- (3) ¹Im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Ersatzkassen bestellt jede KZV Gutachter und Zahnersatz-Obergutachter in der erforderlichen Anzahl. ²Die Obergutachter für kieferorthopädische und parodontologische Behandlungsfälle sowie Gutachter und Obergutachter für implantologische Leistungen bestellt die KZBV im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband. ³Das Einvernehmen kann aus wichtigem Grund verweigert werden. ⁴Die Bestellung der Gutachter und Obergutachter erfolgt jeweils für vier Jahre und kann – außer im Falle der erstmaligen Bestellung – nur einvernehmlich widerrufen werden. ⁵Auf der Gesamtvertragsebene können abweichende Amtsperioden für die dort bestellten Gutachter vereinbart werden. ⁶Bei erstmaliger Bestellung des Gutachters kann das Einvernehmen innerhalb des ersten Jahres von jeder Seite widerrufen werden. ⁷Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen

und die Ersatzkassen können hierbei nur gemeinsam und einheitlich handeln. ⁸Sofern das Widerrufsrecht nicht ausgeübt wird, gilt der erstmalig bestellte Gutachter für seine laufende Amtsperiode als bestellt.

- (4) Zahnärzte, die vor dem 17.10.2006 hauptamtlich bei den Krankenkassen und deren Verbänden als Gutachter für Zahnersatz und Zahnkronen tätig waren, gelten weiterhin als einvernehmlich bestellt.
- (5) ¹Die Gutachter sollen über eine zum Beststellungszeitpunkt mindestens seit vier Jahren ununterbrochen bestehende vertragszahnärztliche Zulassung verfügen. ²Sie sollen in dem Leistungsbereich, für den sie bestellt werden, über eine ausreichende Erfahrung verfügen und eine angemessene Anzahl an Behandlungsfällen vorweisen können. ³Gutachter und Obergutachter für Kieferorthopädie sollen die Anerkennung als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie besitzen. ⁴Die Gutachter sind verpflichtet, an den Gutachter- bzw. Obergutachtertägungen der sie bestellenden KZV/KZBV teilzunehmen und gegenüber dieser jährlich die Teilnahme an fachbezogenen Fortbildungsmaßnahmen in dem jeweiligen Leistungsbereich nachzuweisen. ⁵Die Gutachter haben bei der Bestellung zu versichern, dass sie ihre Tätigkeit fachlich unabhängig und weisungsungebunden ausüben werden. ⁶Im ersten Jahr der Tätigkeit als Gutachter werden die erstellten Gutachten der KZV bzw. dem von ihr bestellten Fachberater zur Beratung hinsichtlich einer kontinuierlichen Qualitätssicherung vorgelegt.
- (6) ¹Die Tätigkeit der Gutachter und Zahnersatz-Obergutachter soll in der Regel auf den jeweiligen KZV-Bereich beschränkt sein. ²In Ausnahmefällen, z. B. bei Wohnortwechsel des Versicherten oder in grenznahen Gebieten, kann hiervon abgewichen werden. ³Bei der Auswahl der Gutachter und Obergutachter sollen die Ortsnähe zum Versicherten und der jeweilige KZV-Bereich berücksichtigt werden. ⁴Dabei soll auf eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Gutachtenfälle auf alle Gutachter für eine schnellstmögliche Erledigung der Gutachten geachtet werden.
- (7) ¹An den Gutachter- und Obergutachtertägungen auf der Bundesebene können Vertreter des GKV-Spitzenverbandes teilnehmen. ²Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen bzw. Vertreter der Ersatzkassen und ggf. Vertreter des GKV-Spitzenverbandes können an den Gutachtertägungen auf der Landesebene teilnehmen.

können hierbei nur gemeinsam und einheitlich handeln. ⁸Sofern das Widerrufsrecht nicht ausgeübt wird, gilt der erstmalig bestellte Gutachter für seine laufende Amtsperiode als bestellt.

- (4) Zahnärzte, die vor dem 17.10.2006 hauptamtlich bei den Krankenkassen und deren Verbänden als Gutachter für Zahnersatz und Zahnkronen tätig waren, gelten weiterhin als einvernehmlich bestellt.
- (5) ¹Die Gutachter sollen über eine zum Beststellungszeitpunkt mindestens seit vier Jahren ununterbrochen bestehende vertragszahnärztliche Zulassung verfügen. ²Sie sollen in dem Leistungsbereich, für den sie bestellt werden, über eine ausreichende Erfahrung verfügen und eine angemessene Anzahl an Behandlungsfällen vorweisen können. ³Gutachter und Obergutachter für Kieferorthopädie sollen die Anerkennung als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie besitzen. ⁴Die Gutachter sind verpflichtet, an den Gutachter- bzw. Obergutachtertägungen der sie bestellenden KZV/KZBV teilzunehmen und gegenüber dieser jährlich die Teilnahme an fachbezogenen Fortbildungsmaßnahmen in dem jeweiligen Leistungsbereich nachzuweisen. ⁵Die Gutachter haben bei der Bestellung zu versichern, dass sie ihre Tätigkeit fachlich unabhängig und weisungsungebunden ausüben werden. ⁶Im ersten Jahr der Tätigkeit als Gutachter werden die erstellten Gutachten der KZV bzw. dem von ihr bestellten Fachberater zur Beratung hinsichtlich einer kontinuierlichen Qualitätssicherung vorgelegt.
- (6) ¹Die Tätigkeit der Gutachter und Zahnersatz-Obergutachter soll in der Regel auf den jeweiligen KZV-Bereich beschränkt sein. ²In Ausnahmefällen, z. B. bei Wohnortwechsel des Versicherten oder in grenznahen Gebieten, kann hiervon abgewichen werden. ³Bei der Auswahl der Gutachter und Obergutachter sollen die Ortsnähe zum Versicherten und der jeweilige KZV-Bereich berücksichtigt werden. ⁴Dabei soll auf eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Gutachtenfälle auf alle Gutachter für eine schnellstmögliche Erledigung der Gutachten geachtet werden.
- (7) ¹An den Gutachter- und Obergutachtertägungen auf der Bundesebene können Vertreter des GKV-Spitzenverbandes teilnehmen. ²Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen bzw. Vertreter der Ersatzkassen und ggf. Vertreter des GKV-Spitzenverbandes können an den Gutachtertägungen auf der Landesebene teilnehmen.

(8) Das Nähere über die Bestellung der Gutachter und Zahnersatz-Obergutachter vereinbaren die KZVen mit den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Ersatzkassen.

(9) ¹Die Krankenkasse kann auch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit der Begutachtung geplanter Behandlungen und ausgeführter Leistungen beauftragen und das Begutachtungsergebnis zur Grundlage ihrer Leistungsentscheidung machen. ²Erteilt die Krankenkasse einen Begutachtungsauftrag an einen nach diesem Vertrag bestellten Gutachter oder an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, ist zum selben Behandlungsfall, auch im Fall des Widerspruchs, ein späterer Begutachtungsauftrag an das jeweils andere Begutachtungsverfahren ausgeschlossen.

Protokollnotiz:

Die Bundesmantelvertragspartner gehen davon aus, dass eine Begutachtung durch das bundesmantelvertraglich vereinbarte Begutachtungswesen auf Basis von § 82 Abs. 1 SGB V und § 13 Abs. 3a Satz 4 SGB V rechtmäßig ist.

Die Begutachtung im Rahmen des bundesmantelvertraglich geregelten Begutachtungsverfahrens und die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Abs. 1 SGB V sind gleichberechtigt.

Die Partner des Bundesmantelvertrages streben die Erhaltung planbarer Verhältnisse an. In diesem Zusammenhang können die Gesamtvertragspartner vereinbaren, dass die Krankenkassen in der Regel das vereinbarte gutachterliche Verfahren oder das MDK-Verfahren wahrnehmen.

Protokollnotiz:

Die Partner der Bundesmantelverträge werden zeitnah über die Einführung eines elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahrens vertragszahnärztlicher Leistungen sowie über den Austausch elektronischer Dokumente in Verhandlungen eintreten. Sofern entsprechende Verfahren seitens der Krankenkassen bereits vor Abschluss einer einschlägigen Vereinbarung praktiziert werden, haben die Krankenkassen die Verwendung qualifizierter elektronischer Signaturen i. S. d. Signaturgesetzes sicherzustellen.

(8) Das Nähere über die Bestellung der Gutachter und Zahnersatz-Obergutachter vereinbaren die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Ersatzkassen.

(9) ¹Wenn und solange die in den Anlagen beschriebenen Gutachterverfahren in einem KZV-Bereich nach übereinstimmender Bewertung der Gesamtvertragspartner aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen nicht praktiziert werden, sind die Krankenkassen berechtigt, andere sachverständige Zahnärzte mit der Erstellung entsprechender Gutachten zu beauftragen. ²Die Bestimmungen der §§ 275, 276 SGB V und § 100 SGB X bleiben durch das vertraglich geregelte Gutachterverfahren unberührt.

Protokollnotiz:

¹Die Partner der Bundesmantelverträge werden zeitnah über die Einführung eines elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahrens vertragszahnärztlicher Leistungen sowie über den Austausch elektronischer Dokumente in Verhandlungen eintreten. ²Sofern entsprechende Verfahren seitens der Krankenkassen bereits vor Abschluss einer einschlägigen Vereinbarung praktiziert werden, haben die Krankenkassen die Verwendung qualifizierter elektronischer Signaturen i.S.d. Signaturgesetzes sicherzustellen.

§ 5 Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung

- (1) ¹Die KZVen und die KZBV stellen die vertragszahnärztliche Behandlung der Versicherten der Krankenkassen sicher. ²Die Sicherstellung umfasst auch die vertragszahnärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst).
- (2) ¹Kommt die KZV ihrem Sicherstellungsauftrag im Sinne des § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V aus Gründen, die sie zu vertreten hat, nicht nach, können die Krankenkassen die in den Gesamtverträgen nach § 85 SGB V vereinbarten Vergütungen unter den nachstehenden Voraussetzungen teilweise zurückbehalten. ²Das Zurückbehaltungsrecht setzt eine schuldhaft, noch andauernde und erhebliche Verletzung des Sicherstellungsauftrags voraus. ³Die Krankenkasse hat konkret zu benennen, in welcher Weise und in welchem Umfang die KZV ihrem Sicherstellungsauftrag nicht nachgekommen ist und in welcher Höhe sie beabsichtigt, die vereinbarte Vergütung teilweise zurückzubehalten. ⁴Die Höhe der zurückbehaltenen Gesamtvergütung hat dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu entsprechen. ⁵Hat die Krankenkasse die Absicht, Teile der Gesamtvergütung zurückzubehalten, hat sie dies der KZV anzukündigen und ihr eine Frist von vier Wochen einzuräumen, dazu Stellung zu nehmen bzw. Abhilfe zu schaffen. ⁶Abweichend hiervon ist eine kürzere Frist zur Stellungnahme bzw. Abhilfe zulässig, wenn die Versorgung des überwiegenden Teils der betroffenen Versicherten der Krankenkasse gefährdet ist. ⁷Hilft die KZV der angezeigten Verletzung des Sicherstellungsauftrags ab, entfällt das Recht zur Ausübung der Zurückbehaltung. ⁸Ist keine Abhilfe erfolgt und liegt auch unter Berücksichtigung der Stellungnahme der KZV eine schuldhaft Pflichtverletzung vor, kann die Krankenkasse Teile der Gesamtvergütung in der angezeigten Höhe einbehalten. ⁹Nach Abstellung der Verletzung des Sicherstellungsauftrags sind die zurückbehaltenen Beträge an die KZV auszusahlen. ¹⁰Bei unrechtmäßiger Ausübung des Zurückbehaltungsrechts zahlt die Krankenkasse ab dem Zeitpunkt der Zurückbehaltung Verzugszinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz; es können abweichende gesamtvertragliche Regelungen getroffen werden. ¹¹Soweit der Krankenkasse aufgrund der Pflichtverletzung Schäden entstanden sind, können sich daraus ergebende Ansprüche mit den auszusahlenden Beträgen aufgerechnet werden; es können abweichende gesamtvertragliche Regelungen getroffen werden.

§ 3 Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung

- (1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (im Folgenden KZVen genannt) und die KZBV stellen die vertragszahnärztliche Behandlung der Versicherten der Ersatzkassen sicher. Die Sicherstellung umfasst auch einen ausreichenden Notdienst.
- (2) Die KZBV und die KZVen übernehmen gegenüber den Ersatzkassen und ihren Verbänden die Gewähr dafür, dass die vertragszahnärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht.

Abschnitt 3 - Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung**§ 6 Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung**

- (1) ¹An der vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten der Krankenkassen nehmen teil:
1. zugelassene Zahnärzte und Kieferorthopäden (Vertragszahnärzte) sowie zugelassene medizinische Versorgungszentren (MVZ)
 2. ermächtigte Zahnärzte und zahnärztlich geleitete Einrichtungen gemäß § 31 Absätze 1 und 3 und § 31a der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (Zahnärzte-ZV)
 3. ermächtigte Zahnärzte und Kieferorthopäden gemäß § 31 Absatz 2 der Zahnärzte-ZV
 4. nach § 311 Absatz 2 Sätze 1 und 2 SGB V zugelassene Einrichtungen (neue Bundesländer)
 5. ermächtigte Zahnärzte zur vorübergehenden Erbringung von Dienstleistungen auf Grund europarechtlicher Bestimmungen (siehe § 7)
- ²Die für Vertragszahnärzte getroffenen Regelungen gelten auch für zugelassene Einrichtungen sowie ermächtigte Zahnärzte und ermächtigte zahnärztlich geleitete Einrichtungen, soweit nichts anderes bestimmt ist.
- (2) Über Ermächtigungen gemäß Absatz 1 Nr. 3 entscheiden die Zulassungsausschüsse.
- (3) Alle nach § 311 Absatz 2 SGB V zugelassenen Einrichtungen, die am 31.12.2003 noch bestanden, nehmen in dem Umfang an der vertragszahnärztlichen Versorgung teil, in welchem sie zu diesem Zeitpunkt Leistungen im Sinne von § 2 dieses Vertrages erbracht haben.
- (4) ¹Die Rechtsstellung der Vertragszahnärzte, die vor dem 01.01.1977 an der vertragszahnärztlichen Versorgung der Ersatzkassenversicherten beteiligt waren, bleibt unberührt. ²Die Rechtsstellung der Vertragszahnärzte, die am 31.12.1992 nach § 2 Nr. 2 des Zahnarzt-/Krankenkassenvertrages in der am 31.12.1992 geltenden Fassung für den Bereich der Kieferorthopädie beteiligt waren, bleibt unberührt.

§ 5 Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung

- (1) An der vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen nehmen teil:
1. zugelassene Zahnärzte und Kieferorthopäden (Vertragszahnärzte),
 2. ermächtigte Zahnärzte und Kieferorthopäden gemäß § 31 Absatz 2 der Zulassungsverordnung für Zahnärzte,
 3. ermächtigte Zahnärzte und zahnärztlich geleitete Einrichtungen gemäß § 31 Absätze 1 und 3 und § 31a der Zulassungsverordnung für Zahnärzte,
 4. nach § 311 Absatz 2 Sätze 1 und 2 SGB V zugelassene Einrichtungen (neue Bundesländer),
 5. ermächtigte Zahnärzte zur vorübergehenden Erbringung von Dienstleistungen auf Grund europarechtlicher Bestimmungen (siehe § 6 dieses Vertrages).
- Die für Vertragszahnärzte getroffenen Regelungen gelten auch für zugelassene Einrichtungen sowie ermächtigte Zahnärzte und ermächtigte zahnärztlich geleitete Einrichtungen, soweit nichts Anderes bestimmt ist.
- (2) Über Ermächtigungen gemäß § 5 Absatz 1 Nr. 2 entscheiden die Zulassungsausschüsse.
- (3) Alle nach § 311 Absatz 2 SGB V zugelassenen Einrichtungen, die am 31.12.2003 noch bestanden, nehmen in dem Umfang an der vertragszahnärztlichen Versorgung teil, in welchem sie zu diesem Zeitpunkt Leistungen im Sinne von § 2 dieses Vertrages erbracht haben.
- (4) Die Rechtsstellung der Vertragszahnärzte, die vor dem 01.01.1977 an der vertragszahnärztlichen Versorgung der Ersatzkassenversicherten beteiligt waren, bleibt unberührt.
Die Rechtsstellung der Vertragszahnärzte, die am 31.12.1992 nach § 2 Nr. 2 des Zahnarzt-/Ersatzkassenvertrages in der am 31.12.1992 geltenden Fassung für den Bereich der Kieferorthopädie beteiligt waren, bleibt unberührt.

§ 7 Ermächtigung von Zahnärzten aus Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) zur Erbringung von Dienstleistungen

- (1) Zahnärzte, die als Angehörige eines der anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union nach Maßgabe der europarechtlichen Bestimmungen zahnärztliche Leistungen ohne Begründung einer Niederlassung in der Bundesrepublik Deutschland (Dienstleistungen) erbringen wollen, werden auf ihren Antrag gemäß § 31 Absatz 5 Zahnärzte-ZV von den Zulassungsausschüssen, in deren Bereich die Leistungen durchgeführt werden sollen, hierzu ermächtigt, wenn
1. der Antragsteller auf Grund einer Anzeige an die zuständige Behörde in der Bundesrepublik Deutschland berechtigt ist, als Dienstleistungserbringer vorübergehend den zahnärztlichen Beruf im Geltungsbereich des Zahnheilkundegesetzes auszuüben,
 2. der Antragsteller die persönlichen Voraussetzungen erfüllt, die ein Vertragszahnarzt nach seinem Berufsrecht, den Bestimmungen dieses Vertrages und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses erfüllen muss, um die gleichen Leistungen zu erbringen,
 3. in der Person des Antragstellers keine Gründe vorliegen, die bei einem Vertragszahnarzt den Entzug der Zulassung zur Folge haben würden, und
 4. die Dienstleistungen, welche der Antragsteller erbringen will, Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung nach § 2 dieses Vertrages sind.
- (2) Die Ermächtigung berechtigt den Vertragszahnarzt zur Erbringung der zahnärztlichen Leistungen nach Maßgabe der für Vertragszahnärzte geltenden Bestimmungen.
- (3) ¹Für die Erbringung von Dienstleistungen in Notfällen durch Zahnärzte aus anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union finden die für die Behandlung im Notfall durch nicht an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende Zahnärzte geltenden Bestimmungen Anwendung. ²Der Dienstleistungserbringer hat die Notfallbehandlung unverzüglich der KZV anzuzeigen, in deren Bereich die Behandlung durchgeführt worden ist.

§ 6 Ermächtigung von Zahnärzten aus Mitgliedsstaaten der Europäischen Gemeinschaften (EG) zur Erbringung von Dienstleistungen

- (1) Zahnärzte, die als Angehörige eines der anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Gemeinschaften nach Maßgabe der europarechtlichen Bestimmungen zahnärztliche Leistungen ohne Begründung einer Niederlassung in der Bundesrepublik Deutschland (Dienstleistungen) erbringen wollen, werden auf ihren Antrag gemäß § 31 Absatz 5 Zahnärzte-ZV von den Zulassungsausschüssen, in deren Bereich die Leistungen durchgeführt werden sollen, hierzu ermächtigt, wenn
1. der Antragsteller auf Grund einer Anzeige an die zuständige Behörde in der Bundesrepublik Deutschland berechtigt ist, als Dienstleistungserbringer vorübergehend den zahnärztlichen Beruf im Geltungsbereich des Zahnheilkundegesetzes auszuüben.
 2. der Antragsteller die persönlichen Voraussetzungen erfüllt, die ein Vertragszahnarzt nach seinem Berufsrecht, den Bestimmungen dieses Vertrages und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses erfüllen muss, um die gleichen Leistungen zu erbringen.
 3. in der Person des Antragstellers keine Gründe vorliegen, die bei einem Vertragszahnarzt den Entzug der Zulassung zur Folge haben würden, und
 4. die Dienstleistungen, welche der Antragsteller erbringen will, Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung nach § 2 dieses Vertrages sind.
 5. die Dienstleistungen in einem nicht gesperrten Planungsbereich erbracht werden sollen.
- (2) Die Ermächtigung berechtigt den Vertragszahnarzt zur Erbringung der zahnärztlichen Leistungen nach Maßgabe der für Vertragszahnärzte geltenden Bestimmungen.
- (3) 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 vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende Zahnärzte geltenden Bestimmungen Anwendung. Der Dienstleistungserbringer hat die Notfallbehandlung unverzüglich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung anzuzeigen, in deren Bereich die Behandlung durchgeführt worden ist.

Abschnitt 4 - Allgemeine Grundsätze der vertragszahnärztlichen Versorgung**§ 8 Rechte und Pflichten der Vertragszahnärzte**

- (1) Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, die Versorgung der Versicherten nach den Bestimmungen dieses Vertrages durchzuführen.
- (2) ¹Dem Vertragszahnarzt steht die Wahl der therapeutischen Mittel frei. ²Er hat bei seiner zahnärztlichen Tätigkeit die Regeln der zahnärztlichen Kunst und den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu berücksichtigen und hierauf seine Behandlungs- und Verordnungsweise einzurichten.
- (3) ¹Der Vertragszahnarzt hat die Befunde, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung mit Zahnbezug fortlaufend in geeigneter Weise zu dokumentieren. ²Die Dokumentation kann auch durch geeignete Verfahren in elektronischer Form erfolgen.
³Die zahnärztlichen Aufzeichnungen oder sonstigen Behandlungsunterlagen, z. B. Heil- und Kostenpläne, Modelle zur diagnostischen Auswertung und Planung, Fotografien und vertragsärztliche Befunde, deren Einholung der Vertragszahnarzt veranlasst hat, sind grundsätzlich 10 Jahre nach Abschluss des Jahres, in dem die Behandlung abgerechnet wurde, aufzubewahren, soweit nicht andere Vorschriften – z. B. die Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen (Röntgenverordnung – RöV) eine abweichende Aufbewahrungszeit vorschreiben.
⁴Soweit die zahnärztlichen Aufzeichnungen oder sonstigen Behandlungsunterlagen elektronisch dokumentiert worden sind, hat der Vertragszahnarzt insbesondere dafür Sorge zu tragen, dass sie innerhalb der Aufbewahrungsfrist in geeigneter Form verfügbar gemacht werden können.
- (4) ¹Die vertraglich vereinbarten Vordrucke sind zu verwenden und vollständig auszufüllen. ²Eine gesonderte Gebühr ist nur abrechenbar, wenn dies vereinbart ist. ³Im Übrigen gilt der BEMA.

§ 7 Rechte und Pflichten der Vertragszahnärzte

- (1) Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, die Versorgung der Versicherten nach den Bestimmungen dieses Vertrages durchzuführen.
- (2) Dem Vertragszahnarzt steht die Wahl der therapeutischen Mittel frei. Er hat bei seiner zahnärztlichen Tätigkeit die Regeln der zahnärztlichen Kunst und den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu berücksichtigen und hierauf seine Behandlungs- und Verordnungsweise einzurichten.
- (3) Der Vertragszahnarzt hat die Befunde, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung mit Zahnbezug fortlaufend in geeigneter Weise zu dokumentieren. Die zahnärztlichen Aufzeichnungen und sonstigen Behandlungsunterlagen, Kiefermodelle, ggf. Fotografien, und bei kieferorthopädischen Maßnahmen HNO-Befund, dessen Einholung der Vertragszahnarzt bei Mundatmung veranlassen kann, sind vier Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht andere Aufbewahrungsfristen vorgeschrieben sind.
Kiefermodelle nach Nr. 7 von Teil 2 des BEMA sind von der Aufbewahrungspflicht ausgenommen, wenn diese Modelle aus Gründen der Wirtschaftlichkeit auch zur Herstellung von Behandlungsgeräten Verwendung finden.
Kiefermodelle für die Anwendung von Analysen, insbesondere in Verbindung mit der Nr. 117 von Teil 3 BEMA, sowie Anfangsmodelle unterliegen jedoch ausnahmslos der Aufbewahrungspflicht.
- (4) Die vertraglich vereinbarten Vordrucke sind zu verwenden und vollständig auszufüllen. Eine gesonderte Gebühr ist nur abrechenbar, wenn dies vereinbart ist. Im Übrigen gilt der BEMA.

- | | |
|--|--|
| <p>(5) ¹Der Vertragszahnarzt unterrichtet die Krankenkasse schriftlich, wenn die kieferorthopädische Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen wurde bzw. einen unplanmäßigen Verlauf nimmt. ²Über den Abbruch einer kieferorthopädischen Behandlung ist die Krankenkasse unter Angabe der Gründe ebenfalls schriftlich und kostenfrei zu unterrichten; die Portokosten sind abrechenbar. ³Die Unterrichtung nach den Sätzen 1 und 2 erfolgt auf dem Vordruck Nr. 4c nach Anlage 14a.</p> <p>(6) ¹Der Vertragszahnarzt darf die Behandlung eines Versicherten nur in begründeten Fällen ablehnen. ²Er ist berechtigt, die Krankenkasse unter Mitteilung der Gründe zu informieren.</p> <p>(7) ¹Der Vertragszahnarzt rechnet gegenüber dem Versicherten die Eigenanteile an den Kosten der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen und der kieferorthopädischen Behandlung sowie die Mehrkosten für Zahnfüllungen nach § 28 Absatz 2 Satz 2 SGB V und für Zahnersatz und Zahnkronen nach § 55 Absatz 4 und 5 SGB V ab.
²Im Übrigen darf der Vertragszahnarzt von einem Versicherten eine Vergütung nur fordern, solange der Versicherte die gültige elektronische Gesundheitskarte (eGK) nicht vorlegt oder die Anspruchsberechtigung nicht auf andere Weise nachweist oder wenn und soweit der Versicherte ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden. ³Verlangt der Versicherte eine Behandlung auf eigene Kosten, soll hierüber vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Vertragszahnarzt und dem Versicherten getroffen werden; darin soll sich der Vertragszahnarzt den Wunsch des Versicherten, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen, bestätigen lassen.</p> | <p>(5) Der Vertragszahnarzt unterrichtet die Ersatzkasse schriftlich, wenn die kieferorthopädische Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen wurde bzw. einen unplanmäßigen Verlauf nimmt (Anlage 8 c). Über den Abbruch einer kieferorthopädischen Behandlung ist die Ersatzkasse unter Angabe der Gründe ebenfalls schriftlich zu unterrichten.
<i>(Siehe auch Beschluss Nr. 65 der Arbeitsgemeinschaft gem. [jetzt: § 29 EKVZ vom 15.06.1977; gültig ab 01.08.1997, geändert mit Wirkung vom 01.01.1981)</i></p> <p>(6) Der Vertragszahnarzt darf die Behandlung eines Versicherten nur in begründeten Fällen ablehnen. Er ist berechtigt, die Ersatzkasse unter Mitteilung der Gründe zu informieren.</p> <p>(7) Der Vertragszahnarzt rechnet gegenüber dem Versicherten die Eigenanteile an den Kosten der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sowie der kieferorthopädischen Behandlung ab.
Darüber hinaus darf der Vertragszahnarzt von einem Versicherten eine Vergütung für Leistungen, die im BEMA enthalten sind, nur fordern, wenn der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich wünscht, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen. Der Vertragszahnarzt soll sich den Wunsch des Versicherten, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen, schriftlich bestätigen lassen. Die gesetzlichen Mehrkostenregelungen bleiben unberührt.</p> |
|--|--|

§ 9 Persönliche Leistungserbringung

- (1) ¹Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, die vertragszahnärztliche Tätigkeit gemäß § 3 Absatz 1 dieses Vertrages persönlich auszuüben. ²Persönliche Leistungen sind auch zahnärztliche Leistungen durch genehmigte Assistenten und angestellte Zahnärzte gemäß §§ 32 Absatz 4 bzw. 32b Zahnärzte-ZV.
- (2) Für die Tätigkeit eines Assistenten, angestellten Zahnarztes oder Vertreters trägt der Vertragszahnarzt die Verantwortung.
- (3) ¹Der Vertragszahnarzt kann im Rahmen der allgemeinen zulassungsrechtlichen Bestimmungen Zahnärzte zur Tätigkeit an seinem Vertragszahnarztsitz anstellen. ²Der Vertragszahnarzt ist auch in diesem Falle weiterhin zur persönlichen Praxisführung verpflichtet. ³Die von angestellten Zahnärzten erbrachten Leistungen gegenüber Versicherten stellen Leistungen des Vertragszahnarztes dar, die er als eigene gegenüber der KZV abzurechnen hat. ⁴Der Vertragszahnarzt hat die angestellten Zahnärzte bei der Leistungserbringung persönlich anzuleiten und zu überwachen. ⁵Unter diesen Voraussetzungen können am Vertragszahnarztsitz 2 vollzeitbeschäftigte Zahnärzte bzw. bis zu 4 halbezeitbeschäftigte Zahnärzte angestellt werden. ⁶Bei Teilzulassung gem. § 19a Absatz 2 Zahnärzte-ZV können entweder 1 vollzeitbeschäftigter Zahnarzt, 2 halbezeitbeschäftigte Zahnärzte oder 4 Zahnärzte mit insgesamt höchstens vollzeitiger Beschäftigungsdauer angestellt werden.

§ 8 Persönliche Leistungserbringung

- (1) Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, die vertragszahnärztliche Tätigkeit gemäß § 2 Absatz 1 des Vertrages persönlich auszuüben. Persönliche Leistungen sind auch zahnärztliche Leistungen durch genehmigte Assistenten und angestellte Zahnärzte gemäß § 32 b Zahnärzte-ZV.
- (2) Für die Tätigkeit eines Assistenten oder Vertreters trägt der Vertragszahnarzt die Verantwortung.
- (3) Der Vertragszahnarzt kann im Rahmen der allgemeinen zulassungsrechtlichen Bestimmungen Zahnärzte zur Tätigkeit an seinem Vertragszahnarztsitz anstellen. Der Vertragszahnarzt ist auch in diesem Falle weiterhin zur persönlichen Praxisführung verpflichtet. Die von angestellten Zahnärzten erbrachten Leistungen gegenüber Versicherten stellen Leistungen des Vertragszahnarztes dar, die er als eigene gegenüber der KZV abzurechnen hat. Der Vertragszahnarzt hat die angestellten Zahnärzte bei der Leistungserbringung persönlich anzuleiten und zu überwachen. Unter diesen Voraussetzungen können am Vertragszahnarztsitz 2 vollzeitbeschäftigte Zahnärzte, bzw. bis zu 4 halbezeitbeschäftigte Zahnärzte angestellt werden. Bei Teilzulassung gem. § 19a Abs. 2 ZV-Z können entweder 1 vollzeitbeschäftigter Zahnarzt, 2 halbezeitbeschäftigte Zahnärzte oder 4 Zahnärzte mit insgesamt höchstens vollzeitiger Beschäftigungsdauer angestellt werden.

§ 10 Zweigpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft

- (1) ¹Der Vertragszahnarzt darf außerhalb seines Vertragszahnarztsitzes Zweigpraxen an weiteren Orten betreiben, wenn und soweit
1. dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und
 2. die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragszahnarztsitzes nicht beeinträchtigt wird.

²Sofern die weiteren Orte im Bezirk der KZV liegen, in der der Vertragszahnarzt Mitglied ist, ist für die Tätigkeit in einer Zweigpraxis die vorherige Genehmigung der KZV erforderlich. ³Soweit die weiteren Orte außerhalb des Bezirks der KZV liegen, in der der Vertragszahnarzt Mitglied ist, ist für den Betrieb einer Zweigpraxis eine Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss erforderlich, in dessen Bezirk die Zweigpraxis liegt. ⁴Eine Verbesserung der Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten im Sinne von Satz 1 liegt insbesondere dann vor, wenn in dem betreffenden Planungsbereich eine bedarfsplanungsrechtliche Unterversorgung vorliegt.

⁵Eine Verbesserung ist in der Regel auch dann anzunehmen, wenn unabhängig vom Versorgungsgrad in dem betreffenden Planungsbereich regional bzw. lokal nicht oder nicht im erforderlichen Umfang angebotene Leistungen im Rahmen der Zweigpraxis erbracht werden und die Versorgung auch nicht durch andere Vertragszahnärzte sichergestellt werden kann, die räumlich und zeitlich von den Versicherten mit zumutbaren Aufwendungen in Anspruch genommen werden können. ⁶Dies gilt auch, wenn in der Zweigpraxis spezielle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angeboten werden, die im Planungsbereich nicht im erforderlichen Umfang angeboten werden. ⁷Die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragszahnarztsitzes wird in der Regel dann nicht beeinträchtigt, wenn die Dauer der Tätigkeit des Vertragszahnarztes in der oder den Zweigpraxen ein Drittel seiner Tätigkeit am Vertragszahnarztsitz nicht übersteigt.

⁸Soweit sich die Zweigpraxis im Bezirk einer anderen KZV als der befindet, bei der der Vertragszahnarzt Mitglied ist, kann der Vertragszahnarzt für die Tätigkeit an seinem Vertragszahnarztsitz angestellte Zahnärzte beschäftigen. ⁹Er kann außerdem Zahnärzte für die Tätigkeit in der Zweigpraxis nach Maßgabe der Vorschriften anstellen, die für ihn als Vertragszahnarzt gelten würden, wenn er an dem weiteren Ort zugelassen wäre. ¹⁰Die Dauer

§ 8 a Zweigpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft

- (1) Der Vertragszahnarzt darf außerhalb seines Vertragszahnarztsitzes Zweigpraxen an weiteren Orten betreiben, wenn und soweit
1. dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und
 2. die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragszahnarztsitzes nicht beeinträchtigt wird.

Sofern die weiteren Orte im Bezirk der KZV liegen, in der der Vertragszahnarzt Mitglied ist, ist für die Tätigkeit in einer Zweigpraxis die vorherige Genehmigung der KZV erforderlich. Soweit die weiteren Orte außerhalb des Bezirks der KZV liegen, in der der Vertragszahnarzt Mitglied ist, ist für den Betrieb einer Zweigpraxis eine Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss erforderlich, in dessen Bezirk die Zweigpraxis liegt.

Eine Verbesserung der Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten im Sinne von Satz 1 liegt insbesondere dann vor, wenn in dem betreffenden Planungsbereich eine bedarfsplanungsrechtliche Unterversorgung vorliegt. Eine Verbesserung ist in der Regel auch dann anzunehmen, wenn unabhängig vom Versorgungsgrad in dem betreffenden Planungsbereich regional bzw. lokal nicht oder nicht im erforderlichen Umfang angebotene Leistungen im Rahmen der Zweigpraxis erbracht werden und die Versorgung auch nicht durch andere Vertragszahnärzte sichergestellt werden kann, die räumlich und zeitlich von den Versicherten mit zumutbaren Aufwendungen in Anspruch genommen werden können. Dies gilt auch, wenn in der Zweigpraxis spezielle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angeboten werden, die im Planungsbereich nicht im erforderlichen Umfang angeboten werden. Die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragszahnarztsitzes wird in der Regel dann nicht beeinträchtigt, wenn die Dauer der Tätigkeit des Vertragszahnarztes in der oder den Zweigpraxen ein Drittel seiner Tätigkeit am Vertragszahnarztsitz nicht übersteigt.

Soweit sich die Zweigpraxis im Bezirk einer anderen Kassenzahnärztlichen Vereinigung als der befindet, bei der der Vertragszahnarzt Mitglied ist, kann der Vertragszahnarzt für die Tätigkeit an seinem Vertragszahnarztsitz angestellte Zahnärzte beschäftigen. Er kann außerdem Zahnärzte für die Tätigkeit in der Zweigpraxis nach Maßgabe der Vorschriften anstellen, die für ihn als Vertragszahnarzt gelten würden, wenn er an dem

der Tätigkeit der am Vertragszahnarztsitz angestellten Zahnärzte in der oder den Zweigpraxen darf ein Drittel der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit am Vertragszahnarztsitz nicht überschreiten. ¹¹Am Ort der Zweigpraxis kann ein Zahnarzt angestellt werden. ¹²Die Dauer dessen Tätigkeit in der Zweigpraxis darf die Dauer der Tätigkeit des Vertragszahnarztes in der Zweigpraxis um höchstens 100 v. H. überschreiten. ¹³§ 9 Absatz 3 dieses Vertrages gilt entsprechend.

¹⁴Im Falle der Ermächtigung zur Tätigkeit in einer Zweigpraxis in einem Ort außerhalb des Bezirkes der KZV, bei der der Vertragszahnarzt Mitglied ist, erfolgt die Abrechnung nach den gesamtvertraglichen Regelungen am Ort der Zweigpraxis. ¹⁵In diesem Fall hat sich der Vertragszahnarzt mit einer Übermittlung seiner Abrechnungsdaten hinsichtlich der Zweigpraxis durch die KZV, in deren Bezirk die Zweigpraxis liegt an diejenige KZV, bei der er Mitglied ist, für Zwecke der Leistungs- und Abrechnungskontrolle und der Honorarverteilung einverstanden zu erklären.

- (2) ¹Die gemeinsame Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit an einem gemeinsamen Vertragszahnarztsitz (örtliche Berufsausübungsgemeinschaft) oder an unterschiedlichen Vertragszahnarztsitzen (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft) bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses nach näherer Maßgabe des § 33 Absatz 2 und 3 Zahnärzte-ZV. ²Zur Durchführung des Genehmigungsverfahrens ist dem Zulassungsausschuss von den beteiligten Vertragszahnärzten der schriftliche Gesellschaftsvertrag der Berufsausübungsgemeinschaft vorzulegen. ³Der Zulassungsausschuss hat auf dieser Grundlage zu prüfen, ob eine gemeinsame Berufsausübung oder lediglich ein Anstellungsverhältnis bzw. eine gemeinsame Nutzung von Personal- und Sachmitteln vorliegt. ⁴Eine gemeinsame Berufsausübung setzt die auf Dauer angelegte berufliche Kooperation selbständiger, freiberuflich tätiger Zahnärzte voraus. ⁵Erforderlich ist hierfür eine Teilnahme aller Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft an deren unternehmerischem Risiko und an unternehmerischen Entscheidungen sowie eine gemeinschaftliche Gewinnerzielungsabsicht. ⁶Für die Genehmigung KZV-bezirksübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften ist die Abgabe einer schriftlichen Erklärung aller Mitglieder dieser Berufsausübungsgemeinschaft erforderlich, wonach sich diese allen Bestimmungen in Satzungen, Verträgen oder sonstigen Rechtsnormen der gem. § 33 Absatz 3 Zahnärzte-ZV gewählten KZV hinsichtlich der Vergütung, der Abrechnung sowie zu den Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen unterwerfen.

weiteren Ort zugelassen wäre. Die Dauer der Tätigkeit der am Vertragszahnarztsitz angestellten Zahnärzte in der oder den Zweigpraxen darf ein Drittel der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit am Vertragszahnarztsitz nicht überschreiten. Am Ort der Zweigpraxis kann ein Zahnarzt angestellt werden. Die Dauer dessen Tätigkeit in der Zweigpraxis darf die Dauer der Tätigkeit des Vertragszahnarztes in der Zweigpraxis um höchstens 100 v. H. überschreiten. § 8 Abs. 3 gilt entsprechend.

Im Falle der Ermächtigung zur Tätigkeit in einer Zweigpraxis in einem Ort außerhalb des Bezirkes der KZV, bei der der Vertragszahnarzt Mitglied ist, erfolgt die Abrechnung nach den gesamtvertraglichen Regelungen am Ort der Zweigpraxis. In diesem Fall hat sich der Vertragszahnarzt mit einer Übermittlung seiner Abrechnungsdaten hinsichtlich der Zweigpraxis durch die KZV, in deren Bezirk die Zweigpraxis liegt an diejenige KZV, bei der er Mitglied ist, für Zwecke der Leistungs- und Abrechnungskontrolle und der Honorarverteilung einverstanden zu erklären.

- (2) Die gemeinsame Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit an einem gemeinsamen Vertragszahnarztsitz (örtliche Berufsausübungsgemeinschaft) oder an unterschiedlichen Vertragszahnarztsitzen (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft) bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses nach näherer Maßgabe des § 33 Abs. 2 und 3 ZV-Z. Zur Durchführung des Genehmigungsverfahrens ist dem Zulassungsausschuss von den beteiligten Vertragszahnärzten der schriftliche Gesellschaftsvertrag der Berufsausübungsgemeinschaft vorzulegen. Der Zulassungsausschuss hat auf dieser Grundlage zu prüfen, ob eine gemeinsame Berufsausübung oder lediglich ein Anstellungsverhältnis bzw. eine gemeinsame Nutzung von Personal- und Sachmitteln vorliegt. Eine gemeinsame Berufsausübung setzt die auf Dauer angelegte berufliche Kooperation selbständiger, freiberuflich tätiger Zahnärzte voraus. Erforderlich ist hierfür eine Teilnahme aller Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft, an deren unternehmerischem Risiko und an unternehmerischen Entscheidungen sowie eine gemeinschaftliche Gewinnerzielungsabsicht. Für die Genehmigung KZV-bezirksübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften ist die Abgabe einer schriftlichen Erklärung aller Mitglieder dieser Berufsausübungsgemeinschaft erforderlich, wonach sich diese allen Bestimmungen in Satzungen, Verträgen oder sonstigen Rechtsnormen der gem. § 33 Abs. 3 ZV-Z gewählten KZV hinsichtlich der Vergütung, der Abrechnung sowie zu den Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen, unterwerfen.

(3) ¹Mitglieder überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften können ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit auch an den Vertragszahnarztsitzen der übrigen Mitglieder dieser Berufsausübungsgemeinschaft ausüben, wenn die Erfüllung der Versorgungspflicht des Mitgliedes an seinem Vertragszahnarztsitz unter Berücksichtigung der Mitwirkung angestellter Zahnärzte weiterhin im erforderlichen Umfang gewährleistet ist. ²Dies ist dann der Fall, wenn die Tätigkeit an anderen Vertragszahnarztsitzen der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft ein Drittel der Zeit der vertragszahnärztlichen Tätigkeit des Vertragszahnarztes an seinem Vertragszahnarztsitz nicht überschreitet. ³Dies gilt entsprechend für die Tätigkeit der am Vertragszahnarztsitz angestellten Zahnärzte des Vertragszahnarztes an anderen Vertragszahnarztsitzen der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft. ⁴Soweit überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften, die Mitglieder in mehreren KZVen haben, ihre Wahlentscheidung hinsichtlich desjenigen Vertragszahnarztsitzes, der maßgeblich für die auf die Leistungserbringung der Gemeinschaft anzuwendenden ortsgebundenen Regelungen gem. § 33 Absatz 3 Satz 3 Zahnärzte-ZV sein soll, ändern, ist dies nur zum Quartalsende durch schriftliche Erklärungen gegenüber allen beteiligten KZVen möglich, die diesen mindestens sechs Monate vor Wirksamkeit der geänderten Wahlentscheidung zuzugehen haben.

(3) Mitglieder überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften können ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit auch an den Vertragszahnarztsitzen der übrigen Mitglieder dieser Berufsausübungsgemeinschaft ausüben, wenn die Erfüllung der Versorgungspflicht des Mitgliedes an seinem Vertragszahnarztsitz unter Berücksichtigung der Mitwirkung angestellter Zahnärzte weiterhin im erforderlichen Umfang gewährleistet ist. Dies ist dann der Fall, wenn die Tätigkeit an anderen Vertragszahnarztsitzen der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft ein Drittel der Zeit der vertragszahnärztlichen Tätigkeit des Vertragszahnarztes an seinem Vertragszahnarztsitz nicht überschreitet. Dies gilt entsprechend für die Tätigkeit der am Vertragszahnarztsitz angestellten Zahnärzte des Vertragszahnarztes an anderen Vertragszahnarztsitzen der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft. Soweit überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften, die Mitglieder in mehreren KZVen haben ihre Wahlentscheidung hinsichtlich desjenigen Vertragszahnarztsitzes, der maßgeblich für die auf die Leistungserbringung der Gemeinschaft anzuwendenden ortsgebundenen Regelungen gem. § 33 Abs. 3 Satz 3 ZV-Z sein soll, ändern, ist dies nur zum Quartalsende durch schriftliche Erklärungen gegenüber allen beteiligten KZVen möglich, die diesen mindestens sechs Monate vor Wirksamkeit der geänderten Wahlentscheidung zuzugehen haben.

§ 11 Überweisungen

¹Der Vertragszahnarzt kann, wenn erforderlich, den Versicherten zur Durchführung bestimmter ärztlicher oder zahnärztlicher Leistungen oder zur Weiterbehandlung an einen anderen Vertragszahnarzt, Vertragsarzt, eine nach § 311 Absatz 2 Sätze 1 und 2 SGB V zugelassene Einrichtung, ein medizinisches Versorgungszentrum, einen ermächtigten Arzt/Zahnarzt oder eine ermächtigte ärztlich/zahnärztlich geleitete Einrichtung schriftlich überweisen. ²Die Überweisung zur Weiterbehandlung an einen anderen Vertragszahnarzt ist nur in Ausnahmefällen zulässig.

³Eine Überweisung kann – von begründeten Ausnahmefällen abgesehen – nur dann vorgenommen werden, wenn der Versicherte dem überweisenden Vertragszahnarzt die gültige eGK vorlegt oder die Anspruchsberechtigung auf andere Weise nachweist. ⁴Die Pflicht zur Vorlage der eGK bzw. des Anspruchsnachweises beim Überweisungsempfänger bleibt unberührt. ⁵Für die Ausstellung der Überweisung gilt Anlage 1, Nr. 2.3.

§ 14 Abs. 8 Krankenversichertenkarte, Behandlungsausweise, Behandlungsplanung und Abrechnungsvordrucke

- (8) Der Vertragszahnarzt kann, wenn erforderlich, den Versicherten zur Durchführung bestimmter zahnärztlicher Leistungen oder zur Weiterbehandlung einem anderen Vertragszahnarzt, Vertragsarzt, einer nach § 311 Absatz 2 Sätze 1 und 2 SGB V zugelassenen Einrichtung, einem ermächtigten Zahnarzt oder einer ermächtigten zahnärztlich geleiteten Einrichtung schriftlich überweisen. Die Überweisung zur Weiterbehandlung an einen anderen Vertragszahnarzt ist nur in Ausnahmefällen zulässig. Eine Überweisung kann - von begründeten Ausnahmefällen abgesehen - nur dann vorgenommen werden, wenn dem überweisenden Vertragszahnarzt eine Krankenversichertenkarte entsprechend § 12 Absatz 1 dieses Vertrages vorgelegen hat. Für die Ausstellung der Überweisung gilt Anlage 2, Nr. 1.3.

Abschnitt 5 - Veranlasste Leistungen**§ 12 Verordnung von Arzneimitteln**

- (1) Die Verordnung von Arzneimitteln liegt in der Verantwortung des Vertragszahnarztes, sie ist auf dem dafür vorgesehenen Verordnungsvordruck vorzunehmen.
- (2) Die Genehmigung von Arzneimittelverordnungen durch die Krankenkassen ist unzulässig.
- (3) ¹Der Vertragszahnarzt hat auf eine wirtschaftliche Ordnungsweise von Arzneimitteln zu achten. ²Er kann auf dem Ordnungsblatt durch Ankreuzen des Aut-idem-Feldes ausschließen, dass die Apotheke ein preisgünstigeres wirkstoffgleiches Arzneimittel an Stelle des verordneten Mittels abgibt.
- (4) Verordnet der Vertragszahnarzt ein Arzneimittel, dessen Preis den Festbetrag nach § 35 SGB V überschreitet, hat er den Versicherten auf die Verpflichtung zur Übernahme der Mehrkosten hinzuweisen.
- (5) ¹Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind von der Verordnung ausgeschlossen. ²Satz 1 gilt nicht für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen. ³Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 SGB V fest, welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel ausnahmsweise verordnet werden dürfen.
- (6) ¹Arzneimittel, die von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen oder für die Behandlung nicht notwendig sind, dürfen zu Lasten der Krankenkasse nicht verordnet werden.
²Verlangt ein Versicherter die Verordnung von Arzneimitteln, die aus der Leistungspflicht der Krankenkasse ausgeschlossen oder für die Behandlung nicht notwendig sind, ist dafür ein Privatrezept zu verwenden.

§ 9 Verordnung von Arzneimitteln

- (1) Die Verordnung von apothekenpflichtigen Arzneimitteln nach § 31 Absatz 1 SGB V liegt allein in der Verantwortung des Vertragszahnarztes; sie ist auf dem jeweils dafür vorgesehenen Verordnungsvordruck vorzunehmen.
- (2) Die Genehmigung von Arzneimittelverordnungen durch die Ersatzkassen ist unzulässig.
- (3) Der Vertragszahnarzt soll bei der Verordnung von Arzneimitteln die Preisvergleichslisten nach § 92 Absatz 2 SGB V beachten. Er soll auf dem Verordnungsvordruck kenntlich machen, ob die Apotheke ein preisgünstigeres wirkstoffgleiches Arzneimittel an Stelle des verordneten Mittels abgeben darf.
- (4) Verordnet der Vertragszahnarzt ein Arzneimittel, dessen Preis den Festbetrag nach § 35 SGB V überschreitet, soll er den Versicherten auf die Verpflichtung zur Übernahme von Mehrkosten hinweisen.
- (5) Arzneimittel, die von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen oder für die Behandlung nicht notwendig sind, dürfen zu Lasten der Ersatzkassen nicht verordnet werden.
Verlangt ein Versicherter der Ersatzkassen die Verordnung von Arzneimitteln, die aus der Leistungspflicht der Ersatzkassen ausgeschlossen oder für die Behandlung nicht notwendig sind, ist dafür ein Privatrezept zu verwenden.

BMV-Z neu	EKVZ
<p>(7) Die Versicherten sind sowohl von der Krankenkasse allgemein als auch von dem verordnenden Vertragszahnarzt im konkreten Fall darüber aufzuklären, dass der Versicherte die Kosten für nicht verordnungsfähige Arzneimittel selbst zu tragen hat.</p> <p>(8) Bei der Anwendung von Medizinprodukten sind die Anforderungen des Medizinproduktgesetzes zu beachten.</p>	<p>(6) Die Versicherten sind sowohl von der Ersatzkasse allgemein als auch von dem verordnenden Vertragszahnarzt im konkreten Fall darüber aufzuklären, dass der Versicherte die Kosten für nicht verordnungsfähige Arzneimittel selbst zu tragen hat.</p> <p>(7) Bei der Anwendung von Medizinprodukten sind die Anforderungen des Medizinproduktegesetzes zu beachten.</p>

<p>§ 13 Verordnung von Sprechstundenbedarf</p> <p>Die Verordnung von Sprechstundenbedarf wird zwischen den KZVen und den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Ersatzkassen vereinbart.</p>	<p>§ 10 Verordnung von Sprechstundenbedarf</p> <p>Für die Verordnung von Sprechstundenbedarf gilt Anlage 7 dieses Vertrages. Die Vertragspartner werden über eine Änderung der Regelung verhandeln.</p>
---	--

<p>§ 14 Verordnung von Heilmitteln</p> <p>Bei der Verordnung von Heilmitteln sind die Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung zu beachten.</p>	<p>-- Kein Pendant</p>
---	---

§ 15 Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit

¹Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer voraussichtlichen Dauer sowie die Ausstellung der Bescheinigung dürfen nur auf Grund einer zahnärztlichen Untersuchung erfolgen. ²Näheres bestimmen die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

BMV-Z alt (kein Pendant im EKVZ)**§ 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.

§ 16 Verordnung von Krankenhausbehandlung

¹Krankenhausbehandlung darf nur verordnet werden, wenn eine ambulante Versorgung der Versicherten zur Erzielung des Heil- oder Linderungserfolgs nicht ausreicht. ²Die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ist bei der Verordnung zu begründen, wenn sich die Begründung nicht aus dem Befund oder den Symptomen ergibt. ³Die gesetzlichen Vorschriften sind zu beachten.

§ 14 Abs. 9 Krankenversichertenkarte, Behandlungsausweise, Behandlungsplanung und Abrechnungsvordrucke

(9) Für die Verordnung von Krankenhausbehandlung gilt Absatz 8 entsprechend. Krankenhausbehandlung 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. Die Kostenverpflichtungserklärung gegenüber dem Krankenhaus bleibt der Ersatzkasse vorbehalten. Veranlasst der Vertragszahnarzt in Notfällen ausnahmsweise von sich aus die Aufnahme in ein Krankenhaus, so hat er dieses in der Verordnung besonders zu begründen.

Abschnitt 6 - Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen**§ 17 Pflichten der Krankenkassen**

- (1) ¹Die Krankenkassen informieren die Versicherten über die Ansprüche aus diesem Vertrag in geeigneter Weise. ²Die Krankenkassen haben die Versicherten in geeigneter Weise zu verpflichten, dem Vertragszahnarzt bei Behandlungsbeginn und bei Fortdauer der Behandlung zu Beginn eines neuen Kalendervierteljahres unaufgefordert die eGK vorzulegen, in dringenden Fällen die eGK spätestens innerhalb einer Frist von 10 Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachzureichen, auf Verlangen des Vertragszahnarztes ihre Identität mit der auf der eGK benannten Person nachzuweisen.
- (2) Die Krankenkassen unterrichten im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Behandlungen bzw. systematischen Behandlungen von Parodontopathien die Versicherten über die mit der Behandlung übernommenen Pflichten.
- (3) ¹Der Versicherte soll den Vertragszahnarzt innerhalb eines Kalendervierteljahres nur bei Vorliegen eines triftigen Grundes wechseln. ²Bei der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und bei Kiefergelenkserkrankungen, bei der kieferorthopädischen Behandlung, der Behandlung von Parodontopathien und der prothetischen Behandlung gilt dies für den kompletten Zeitraum bis zum Abschluss der Behandlung.
- (4) Die Krankenkasse wird den Vertragszahnarzt auf dessen Wunsch dabei unterstützen, dass der Versicherte die eGK dem Vertragszahnarzt nachträglich vorlegt.
- (5) ¹Für Kosten einer Behandlung, die auf Grund einer vorgelegten falschen eGK oder der unrechtmäßigen Vorlage der eGK statt des Gebrauchs des Leistungsnachweises gem. § 16 Absatz 3a SGB V bei Ruhen der Ansprüche erfolgte, haftet die Krankenkasse dem Vertragszahnarzt gegen Abtretung seines Vergütungsanspruches. ²Das Nähere regeln die Partner der Gesamtverträge.

§ 11 Pflichten der Ersatzkassen

- (1) Die Ersatzkassen informieren die Versicherten über die Ansprüche aus diesem Vertrag in geeigneter Weise. Die Ersatzkassen haben die Versicherten in geeigneter Weise 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 10 Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachzureichen, auf Verlangen des Vertragszahnarztes ihre Identität mit der auf der Krankenversichertenkarte benannten Person nachzuweisen.
- (2) Die Ersatzkassen unterrichten im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Behandlungen bzw. systematischen Behandlungen von Parodontopathien die Versicherten über die mit der Behandlung übernommenen Pflichten.
- (3) Der Versicherte soll den Vertragszahnarzt innerhalb eines Kalendervierteljahres - bei kieferorthopädischer Behandlung oder der Behandlung von Parodontopathien bis zu deren Abschluss - nur bei Vorliegen eines triftigen Grundes wechseln.
- (4) Die Vertragskasse wird den Vertragszahnarzt auf dessen Wunsch dabei unterstützen, dass der Versicherte die Krankenversichertenkarte dem Vertragszahnarzt nachträglich vorlegt.
- (5) Für Kosten einer Behandlung, die auf Grund einer vorgelegten falschen Krankenversichertenkarte oder der unrechtmäßigen Vorlage der Krankenversichertenkarte statt des Gebrauchs des Leistungsnachweises gem. § 16 Abs. 3a SGB V bei Ruhen der Ansprüche erfolgte, haftet die Ersatzkasse dem Vertragszahnarzt gegen Abtretung seines Vergütungsanspruches. Das Nähere regeln die Partner der Gesamtverträge.

BMV-Z neu**EKVZ**

(6) Bei kieferorthopädischen Behandlungen bzw. systematischen Behandlungen von Parodontopathien wird der Vertragszahnarzt über das Erlöschen des Leistungsanspruchs unterrichtet.

(6) Bei kieferorthopädischen Behandlungen bzw. systematischen Behandlungen von Parodontopathien wird der Vertragszahnarzt über das Erlöschen des Leistungsanspruchs unterrichtet.

§ 18 Anspruchsberechtigung und Zahnarztwahl

- (1) ¹Anspruchsberechtigt nach diesem Vertrag sind alle Versicherten der Krankenkassen. ²Der Versicherte weist seinen Anspruch auf vertragszahnärztliche Versorgung durch Vorlage der eGK nach. ³Die Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der eGK in der jeweils geltenden Fassung ist Bestandteil des Vertrages.
- (2) ¹Solange der Versicherte die eGK nicht vorlegt oder die Anspruchsberechtigung auf andere Weise nicht nachweist, darf der Vertragszahnarzt eine Privatvergütung für die Behandlung verlangen. ²Wird die eGK oder die Anspruchsberechtigung innerhalb einer Frist von 10 Tagen nach der ersten Inanspruchnahme vorgelegt, so muss die entrichtete Vergütung zurückgezahlt werden.
- (3) ¹Die Versicherten haben die freie Wahl unter den Vertragszahnärzten und den weiteren in § 6 Absatz 1 dieses Vertrages genannten Leistungserbringern und dürfen hierbei nicht beeinflusst werden. ²Dies gilt auch, wenn der Vertragszahnarzt und der Versicherte Vereinbarungen nach § 8 Absatz 7 dieses Vertrages schließen.
- (4) Die Krankenkassen geben ihren Versicherten die Vertragszahnärzte in geeigneter Weise bekannt.
- (5) Versicherte können nach Maßgabe von § 13 Absatz 2 SGB V an Stelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen.

§ 12 Anspruchsberechtigung und Zahnarztwahl

- (1) Anspruchsberechtigt nach diesem Vertrag sind alle Versicherten der Ersatzkassen. Der Versicherte 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 Versicherten haben die freie Wahl unter den Vertragszahnärzten und den weiteren in § 5 Absatz 1 dieses Vertrages genannten Leistungserbringern und dürfen hierbei nicht beeinflusst werden. Dies gilt auch, wenn der Vertragszahnarzt und der Versicherte Vereinbarungen nach § 7 dieses Vertrages schließen.
- (4) Die Ersatzkassen geben ihren Versicherten die Vertragszahnärzte in geeigneter Weise bekannt.
- (5) Versicherte können nach Maßgabe von § 13 Absatz 2 SGB V an Stelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen.

§ 19 Schriftliche Bestätigung

Die Bestätigung (Stempel und Unterschrift) im Bonusheft für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne nach § 55 Absatz 1 Satz 3 bis 5 SGB V sowie für Nachweise von gesundheitsbewusstem Verhalten im Sinne des § 65a SGB V über die Inanspruchnahme einer einmal im Kalenderjahr durchgeführten zahnärztlichen Untersuchung nach Vollendung des 18. Lebensjahres, einer Untersuchung nach § 22 SGB V und einer Früherkennungsuntersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach § 26 Absatz 1 SGB V ist Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung; ein gesonderter Vergütungsanspruch besteht insoweit nicht.

--

Kein Pendant

Abschnitt 7 - Vordrucke, Vertragszahnarztstempel**§ 20 Vordrucke**

- (1) Die zur Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung erforderlichen Vordrucke – mit Ausnahme der von den KZVen zu schaffenden und von ihnen zu liefernden Vordrucke für die Abrechnung der Vertragszahnärzte – werden zwischen den Partnern dieses Vertrages vereinbart.
- (2) Für die Vordrucke sowie die im vertragszahnärztlichen Bereich anzuwendenden Muster aus dem vertragsärztlichen Bereich gelten Anlagen 14a und 14b.

§ 14 Abs. 10 Krankenversichertenkarte, Behandlungsausweise, Behandlungsplanung und Abrechnungsvordrucke

- (10) ¹Die zur Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung erforderlichen Vordrucke – mit Ausnahme der von den KZVen zu schaffenden und von ihnen zu liefernden Vordrucke für die Abrechnung der Vertragszahnärzte – werden zwischen den Partnern dieses Vertrages vereinbart.
- ²Für die Planungs- und Abrechnungsvordrucke gilt die Vordruckvereinbarung „Bestimmungen über die Gestaltung und die Ausfüllung der Planungs- und Abrechnungsvordrucke“ (Anlage 2).
- ³Für den Heil- und Kostenplan bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen gilt Anlage 4 (einschließlich der Muster 1 bis 3).
- ⁴Für den kieferorthopädischen Behandlungsplan gilt Anlage 8 a.
- ⁵Für den Parodontalstatus gelten Anlagen 10 a und 10 b.
- ⁶Der VdAK stellt den KZVen diese Vordrucke und die erforderlichen Verordnungsvordrucke zur Verfügung.
- ⁷Der Heil- und Kostenplan, der kieferorthopädische Behandlungsplan, der Parodontalstatus und die Vordrucke für das vertragszahnärztliche Gutachterwesen können individuell mittels EDV erstellt werden. ⁸Hierbei dürfen Inhalt, Aufbau und Struktur nicht verändert werden. ⁹Die Änderung der Zeilenabstände ist mit Ausnahme des Krankenversicherten-Kartenfeldes zulässig.
- ¹⁰Werden Vordrucke nach diesem Vertrag oder seinen Anlagen individuell mittels EDV erstellt, werden die Kosten von den Vertragskassen nicht übernommen.

§ 21 Vertragszahnarztstempel

- (1) Der Vertragszahnarzt hat einen Vertragszahnarztstempel zu verwenden.
- (2) ¹Bei der Ausstellung der Vordrucke kann auf die Verwendung des Vertragszahnarztstempels verzichtet werden, wenn dessen Inhalt an der für die Stempelung vorgesehenen Stelle bereits aufgedruckt ist. ²Das Nähere über den Vertragszahnarztstempel ist im Gesamtvertrag zu vereinbaren.
- (3) Der Vertragszahnarztstempel ist zur Verhütung missbräuchlicher Benutzung sorgfältig aufzubewahren.

BMV-Z alt (kein Pendant im EKVZ)**§ 17 Abs. 3, 5, 6 Abrechnung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen**

- (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.
- (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.

Abschnitt 8 - Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen**§ 22 Vergütung der Vertragsleistungen**

- (1) Die vertragszahnärztliche Versorgung wird auf der Grundlage der Gesamtverträge gemäß den §§ 82, 83 und 85 SGB V vergütet.
- (2) Der Vertragszahnarzt hat für Vertragsleistungen nach den BEMA-Teilen 1, 2 und 4 einen Vergütungsanspruch gegen die KZV.
- (3) Für Vertragsleistungen nach den BEMA-Teilen 3 und 5 hat der Vertragszahnarzt einen Vergütungsanspruch gegen die KZV in Höhe der Zuschussfestsetzung der Krankenkasse.

§ 15 Vergütung der Vertragsleistungen

- (1) Die vertragszahnärztliche Versorgung wird auf der Grundlage der Gesamtverträge gemäß den §§ 82, 83 und 85 SGB V vergütet.
- (2) Der Vertragszahnarzt hat für Vertragsleistungen nach den BEMA-Teilen 1, 2 und 4 einen Vergütungsanspruch gegen die KZV.
- (3) Für Vertragsleistungen nach den BEMA-Teilen 3 und 5 hat der Vertragszahnarzt einen Vergütungsanspruch gegen die KZV in Höhe der Zuschussfestsetzung der Ersatzkasse.

§ 23 Abrechnung zwischen Vertragszahnarzt und Kassenzahnärztlicher Vereinigung

- (1) ¹Leistungen nach BEMA-Teil 1 und Zuschüsse zur kieferorthopädischen Behandlung (BEMA-Teil 3) hat der Vertragszahnarzt vierteljährlich, Leistungen nach den BEMA-Teilen 2 und 4 und Festzuschüsse zu Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5) monatlich zu dem von der KZV bestimmten Termin, getrennt voneinander abzurechnen. ²Die Abrechnung erfolgt grundsätzlich auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung.
³Die Abrechnung muss für jede Krankenkasse gesondert und getrennt nach den Personenkreisen Mitglieder (M), Familienangehörige der Mitglieder (F) sowie Rentner und ihre Familienangehörigen (R) aufgestellt werden.
- (2) ¹Mit der Abrechnung der BEMA-Teile 1 bis 5 bestätigt der Vertragszahnarzt, dass die abgerechneten Leistungen nach Maßgabe des § 9 dieses Vertrages persönlich erbracht worden sind und dass die Abrechnung sachlich richtig ist.
²Die Bestätigung beinhaltet auch, dass
- die abgerechneten Material- und Laborkosten der gewerblichen Laboratorien tatsächlich entstanden sind und dass er Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten an die Krankenkasse weitergibt,
 - die zahntechnischen Leistungen des Zahnarztlabors tatsächlich von diesem erbracht worden sind.
- (3) ¹Grundsätzlich dürfen nur abgeschlossene Leistungen abgerechnet werden, es sei denn, Leistungen können aus Gründen, die der Vertragszahnarzt nicht zu vertreten hat, nicht abgeschlossen werden. ²Leistungen, die entsprechend den in Absatz 1 genannten Fristen nicht abgeschlossen worden sind, können in einem der nächsten Abrechnungszeiträume abgerechnet werden.

§ 16 Abrechnung zwischen Vertragszahnarzt und Kassenzahnärztlicher Vereinigung

- (1) Leistungen nach den BEMA-Teilen 1 und Zuschüsse zur kieferorthopädischen Behandlung (BEMA-Teil 3) hat der Vertragszahnarzt vierteljährlich, Leistungen nach den BEMA-Teilen 2 und 4 und Zuschüsse zu Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5) monatlich zu dem von der KZV bestimmten Termin, getrennt voneinander abzurechnen. Der Abrechnung sind die ordnungsgemäß ausgefüllten Abrechnungsvordrucke beizufügen. Die Abrechnung muss für jede Ersatzkasse gesondert und getrennt nach den Personenkreisen Mitglieder (M), Familienangehörige der Mitglieder (F) sowie Rentner und ihre Familienangehörigen (R) aufgestellt werden.
- (2) Mit der Abrechnung der BEMA-Teile 1 bis 5 bestätigt der Vertragszahnarzt, dass die abgerechneten Leistungen persönlich erbracht worden sind (§ 8 dieses Vertrages) und dass die Abrechnung sachlich richtig ist.
Die Bestätigung beinhaltet auch, dass
- die abgerechneten Material- und Laborkosten der gewerblichen Laboratorien tatsächlich entstanden sind, und dass er Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten an die Ersatzkasse weitergibt,
 - die zahntechnischen Leistungen des Zahnarztlabors tatsächlich von diesem erbracht worden sind.
- Es dürfen nur abgeschlossene Leistungen abgerechnet werden, außer Leistungen, die wegen Ausbleibens oder Weigerung des Versicherten nicht abgeschlossen werden konnten. Leistungen, die am Ende eines Kalendervierteljahres nicht abgeschlossen worden sind, werden im nächsten Kalendervierteljahr abgerechnet.
- (3) Bei kieferorthopädischer Behandlung sind die bis zum Ende eines Kalendervierteljahres durchgeführten Leistungen und angefallenen Material- und Laborkosten auf dem Abrechnungsvordruck (Anlage 9 a) abzurechnen.

- | | |
|---|---|
| <p>(4) ¹Kommt eine kieferorthopädische Behandlung, eine systematische Behandlung von Parodontopathien, eine prothetische Behandlung, eine Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels oder Kiefergelenkerkrankungen nach diesem Vertrag nicht zur Durchführung, so können die Kosten für diagnostische Leistungen, für die Erstellung eines Behandlungsplans, für die Erstellung eines Parodontalstatus und Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen nach den Vertragssätzen unabhängig von der Genehmigung des Behandlungsplans abgerechnet werden. ²Wird die Behandlung abgebrochen oder entfällt die Leistungspflicht der Krankenkasse, so erhält der Vertragszahnarzt die bis zum Zeitpunkt des Behandlungsabbruchs bzw. des Wegfalls der Leistungspflicht der Krankenkasse entstandenen Kosten, insbesondere die entstandenen Materialkosten und zahntechnischen Leistungen, in voller Höhe vergütet.</p> <p>(5) Der Vertragszahnarzt kann die bei der KZV eingereichte Abrechnung nur solange ergänzen oder ändern, als sie nicht bereits von der KZV an die Krankenkasse weitergeleitet worden ist.</p> <p>(6) Versäumt der Vertragszahnarzt den Abrechnungstermin für Leistungen nach den BEMA-Teilen 1 bis 5, so kann die KZV die Abrechnung bis zum nächsten Abrechnungstermin zurückstellen.</p> <p>(7) Die Abrechnung von vertragszahnärztlichen Leistungen ist nach Ablauf eines Jahres vom Ende des Kalendervierteljahres angerechnet, in dem sie erbracht worden sind, ausgeschlossen.</p> <p><i>Protokollnotiz:
Die Überprüfung von Abrechnungen, für die gegenüber den Krankenkassen bereits Rechnung gelegt worden ist, kann im Rahmen von Verfahren zur Umsetzung der gesetzlichen Aufgaben der KZVen und Krankenkassen zu deren Änderung und / oder Ergänzung führen.</i></p> <p>(8) Nicht ordnungsgemäß erstellte Abrechnungen können von der laufenden Abrechnung ausgeschlossen werden.</p> | <p>(4) Kommt eine kieferorthopädische Behandlung nach diesem Vertrag nicht zur Durchführung, so können die Kosten für diagnostische Leistungen nach den Vertragssätzen abgerechnet werden.</p> <p>(5) Kommt eine systematische Behandlung von Parodontopathien nach diesem Vertrag nicht zur Durchführung, so können die Kosten für diagnostische Leistungen und Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen nach den Vertragssätzen abgerechnet werden.</p> <p>(6) Wird die kieferorthopädische Behandlung abgebrochen oder entfällt die Leistungspflicht der Ersatzkasse, so erhält der Vertragszahnarzt die bis zum Zeitpunkt des Behandlungsabbruchs bzw. des Wegfalls der Leistungspflicht fällig gewordene Vergütung.</p> <p>(7) Versäumt der Vertragszahnarzt den Abrechnungstermin für Leistungen nach den BEMA-Teilen 1 bis 5, so kann die KZV die Abrechnung bis zum nächsten Abrechnungstermin zurückstellen.
Die Abrechnung von vertragszahnärztlichen Leistungen ist nach Ablauf eines Jahres vom Ende des Kalendervierteljahres an gerechnet, in dem sie erbracht worden sind, ausgeschlossen.</p> <p>(8) Der Vertragszahnarzt kann die Abrechnung nur solange ergänzen oder ändern, als sie nicht bereits von der KZV an die Ersatzkasse weitergeleitet worden ist.</p> <p>(9) Nicht ordnungsgemäß erstellte Abrechnungen können von der laufenden Abrechnung ausgeschlossen werden.</p> |
|---|---|

- | | |
|---|---|
| <p>(9) ¹Die KZV erteilt dem Vertragszahnarzt vierteljährlich einen Bescheid über seinen Honoraranspruch. ²Der Honorarbescheid steht unter dem Vorbehalt rechtswirksamer Prüfungen insbesondere auf Richtigkeit und Wirtschaftlichkeit. ³Bis zu diesem Zeitpunkt sind die Zahlungen der KZV an den Vertragszahnarzt aufrechnungsfähige und ggf. rückzahlungspflichtige Vorschüsse.</p> <p>(10) ¹Bei Tod, Verzug und Aufgabe der Praxis ist die KZV verpflichtet, weitere Zahlungen an den Vertragszahnarzt bzw. dessen Erben ganz oder teilweise so lange auszusetzen, bis festgestellt wird, ob Prüfungen auf Richtigkeit und Wirtschaftlichkeit anhängig oder Schadenersatzforderungen geltend gemacht worden sind. ²Ist dies der Fall, so hat die KZV den rechtswirksamen Abschluss der Prüfungen oder die Feststellung einer Schadenersatzforderung abzuwarten und nach dem Ergebnis dieser Verfahren die Abrechnung mit dem Vertragszahnarzt bzw. dessen Erben durchzuführen.</p> <p>(11) Abweichende Regelungen in den Gesamtverträgen sind zulässig.</p> | <p>(10) Die KZV erteilt dem Vertragszahnarzt vierteljährlich einen Bescheid über seinen Honoraranspruch. Der Honorarbescheid steht unter dem Vorbehalt rechtswirksamer Prüfungen auf Richtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bis zu diesem Zeitpunkt sind die Zahlungen der KZV an den Vertragszahnarzt aufrechnungsfähige und ggf. rückzahlungspflichtige Vorschüsse.</p> <p>(11) Bei Tod, Verzug und Aufgabe der Praxis ist die KZV verpflichtet, weitere Zahlungen an den Vertragszahnarzt bzw. dessen Erben ganz oder teilweise solange auszusetzen, bis festgestellt wird, ob Prüfungen auf Richtigkeit und Wirtschaftlichkeit anhängig oder Schadenersatzforderungen gemäß § 21 dieses Vertrages geltend gemacht worden sind. Ist dies der Fall, so hat die KZV den rechtswirksamen Abschluss der Prüfungen oder die Feststellung einer Schadenersatzforderung abzuwarten und nach dem Ergebnis dieser Verfahren die Abrechnung mit dem Vertragszahnarzt bzw. dessen Erben durchzuführen.</p> <p>(12) Ergänzende Regelungen in den Gesamtverträgen sind zulässig.</p> |
|---|---|

§ 24 Abrechnung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen

- (1) Die KZV überprüft die Abrechnungen der Vertragszahnärzte rechnerisch und gebührenordnungsmäßig und stellt sie richtig.
- (2) Neben den gesamtvertraglichen Regelungen gelten die Richtlinien der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen der KZVen und der Krankenkassen gemäß § 106d Absatz 6 Satz 1 SGB V in der jeweiligen gültigen Fassung.
- (3) Die KZV berichtigt die Honorarforderung des Vertragszahnarztes bei Fehlern hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit.
- (4) ¹Die KZV übersendet die Abrechnung entsprechend den Vorgaben des Vertrags über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung (DTA-Vertrag) an die Krankenkassen. ²Teilrechnungen und Vorbehaltsvermerke sind unzulässig.
- (5) Die in den nachfolgenden Absätzen 6 bis 7 aufgeführten Regelungen finden Anwendung, wenn sich aus den Gesamtverträgen bzw. den Vereinbarungen mit den Ersatzkassen keine abweichenden Regelungen ergeben.
- (6) ¹Berichtigungen von Fehlern bei der Anwendung des BEMA, von Rechenfehlern und sonstigen offenbaren Unrichtigkeiten sollen grundsätzlich binnen sechs Monaten nach Eingang der Rechnung bei der Krankenkasse von dieser bei der KZV geltend gemacht werden. ²Die Abrechnungsprüfung nach § 106d SGB V bleibt unberührt.
³Für den Fristbeginn ist der Eingang der Datenlieferungen im vertraglich vereinbarten Umfang bei der Datenannahmestelle der jeweiligen Krankenkasse maßgebend. ⁴Die Datenannahmestelle hat spätestens 8 Tage nach Eingang der Daten die Datenlieferung zu bestätigen (ggf. Quittierung der Mehrfertigung des Transportbegleitzettels), anderenfalls beginnt die Frist zwei Wochen nach Versand der Datenlieferung durch die KZV zu laufen.
⁵Wird von der KZV ein Antrag nach Satz 1 nicht innerhalb von sechs Monaten bearbeitet, kann die Krankenkasse einen Betrag in Höhe der sich unter Zugrundelegung des Antrags ergebenden Honorarberichtigung auf die zu zahlende Gesamtvergütung anrechnen.

§ 17 Abrechnung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen

- (1) Die KZV überprüft die Abrechnungen der Vertragszahnärzte rechnerisch und gebührenordnungsmäßig und stellt sie richtig. Danach übersendet die KZV die Abrechnungen an die Ersatzkassen. Teilrechnungen und Vorbehaltsvermerke sind unzulässig.
Berichtigungen von Fehlern bei der Anwendung des BEMA, von Rechenfehlern und sonstigen offenbaren Unrichtigkeiten sind binnen sechs Monaten nach Eingang der Rechnung bei der Ersatzkasse von dieser bei der KZV geltend zu machen. Berichtigungsanträge, die nicht innerhalb von sechs Monaten bearbeitet worden sind, berechtigen die Ersatzkasse zur Einbehaltung von 75 v.H. der mit den Berichtigungsanträgen geltend gemachten Forderungen. Berichtigungsanträge, die nicht innerhalb von weiteren zwölf Monaten bearbeitet worden sind, berechtigen die Ersatzkassen zur Einbehaltung von weiteren 25 v.H..
- (2) Die Abrechnungen sind nach den Personenkreisen Mitglieder (M), Familienangehörige der Mitglieder (F) sowie Rentner und ihre Familienangehörigen (R) aufzugliedern. Zusätzlich sind die Abrechnungen nach den BEMA-Teilen 2 bis 5 nach Honorar und Material- und Laborkosten aufzugliedern.
- (3) Im Falle einer vereinbarten Einzelleistungsvergütung zahlen die Ersatzkassen am Ersten jeden Monats an die KZVen eine Abschlagszahlung für die Leistungen des vorangegangenen Monats nach BEMA-Teilen 1 und 3. Die Abschlagszahlung beträgt 25 v.H. der gesamten Rechnungssumme des vorletzten, dem Abrechnungsquartal vorangegangenen Quartals. Sofern andere Vergütungssysteme vereinbart wurden, können die Gesamtvertragspartner abweichende Zahlungsmodalitäten vereinbaren.
Ergibt sich bei der Schlussabrechnung des Kalendervierteljahres dennoch eine Überzahlung zu Gunsten der Ersatzkasse, so erfolgt ihre Verrechnung bei der nächsten Abschlagszahlung. Die Ersatzkassen zahlen den Restbetrag der Vierteljahresabrechnung innerhalb von 10 Tagen nach Eingang der Abrechnungen an die KZVen.

Protokollnotiz:

Werden von einer Krankenkasse Sammelanträge eingereicht, kann es sachgerecht sein, Musterverfahren zu vereinbaren und die übrigen Verfahren derweil ruhend zu stellen.

- (7) ¹Im Falle einer vereinbarten Einzelleistungsvergütung zahlen die Krankenkassen am Ersten jeden Monats an die KZVen eine Abschlagszahlung für die Leistungen des vorangegangenen Monats nach BEMA-Teilen 1 und 3. ²Die Abschlagszahlung je Monat beträgt 25 v. H. der gesamten Rechnungssumme des entsprechenden Vorjahresquartals.

³Ergibt sich bei der Schlussabrechnung des Kalendervierteljahres dennoch eine Überzahlung zu Gunsten der Krankenkasse, so erfolgt ihre Verrechnung bei der nächsten Abschlagszahlung. ⁴Die Krankenkassen zahlen den Restbetrag der Vierteljahresabrechnung innerhalb von 10 Tagen nach Eingang der zahlungsbegründenden Unterlagen an die KZVen.

⁵Nach den BEMA-Teilen 2 und 4 abgerechnete Leistungen sowie befundbezogene Festzuschüsse im Rahmen von BEMA-Teil 5 zahlen die Krankenkassen innerhalb von 10 Tagen nach Eingang der zahlungsbegründenden Unterlagen an die KZVen.

⁶Bei Verzug können Verzugszinsen in Höhe von 4 v. H. (§ 246 BGB) gefordert werden.

- (4) Nach den BEMA-Teilen 2 und 4 abgerechnete Leistungen sowie Zuschüsse zu Leistungen nach BEMA-Teil 5 zahlen die Ersatzkassen innerhalb von 10 Tagen nach Eingang der Abrechnung an die KZV. Die Zahlungsfrist verlängert sich bei Teilleistungen nach BEMA-Teil 5 von 10 auf 30 Tage.
- (5) Bei Verzug können Verzugszinsen in Höhe von 4 v.H. (§ 246 BGB) gefordert werden.
- (6) Im Übrigen sind abweichende Regelungen in den Gesamtverträgen zulässig.

§ 25 Abrechnungsunterlagen und Datenträgeraustausch

Die Aufbereitung der Abrechnungsunterlagen sowie das Nähere über den Datenaustausch sind im Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung in seiner jeweils gültigen Fassung geregelt.

§ 18 Abrechnungsunterlagen und Datenträgeraustausch

Hinsichtlich der Aufbereitung der Abrechnungsunterlagen gilt der Vertrag zum Datenträgeraustausch in seiner jeweils gültigen Fassung.

Abschnitt 9 - Prüfung der Abrechnung und Wirtschaftlichkeit**§ 26 Wirtschaftlichkeitsprüfung**

- (1) Die vertragszahnärztliche Tätigkeit wird im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der vertragszahnärztlichen Versorgung durch Prüfungseinrichtungen nach § 106c SGB V überwacht.
- (2) Das Nähere regeln die Prüfungsvereinbarungen.
- (3) Neben den gesamtvertraglichen Regelungen gelten die Richtlinien der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbands nach § 106a Absatz 3 SGB V zum Inhalt und zur Durchführung der Zufälligkeitsprüfungen in der jeweils gültigen Fassung.

§ 19 Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Die vertragszahnärztliche Tätigkeit wird im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der vertragszahnärztlichen Versorgung durch Prüfungseinrichtungen nach § 106 SGB V überwacht.
- (2) Das Nähere regeln die Prüfungsvereinbarungen.

§ 27 Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfung

Die KZVen und die Krankenkassen führen Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfungen gemäß den Richtlinien der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbands nach § 106d Absatz 6 SGB V zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfungen nach § 106d Absatz 2 und 3 SGB V sowie nach den ergänzenden gesamtvertraglichen Regelungen durch.

-- Kein Pendant

Abschnitt 10 - Vertragsverletzungen und Forderungen**§ 28 Vertragsverletzungen**

- (1) ¹Bei Verstößen gegen vertragszahnärztliche Pflichten finden die Disziplinarbestimmungen der KZVen (§ 81 Absatz 5 SGB V) Anwendung.
²Die Möglichkeit des Zulassungsentzugs wegen gröblicher Vertragsverletzungen bleibt unberührt (§ 95 Absatz 6 SGB V).
- (2) ¹Die Krankenkassen bzw. Landesverbände der Krankenkassen sind berechtigt, bei der zuständigen KZV die Eröffnung eines Disziplinarverfahrens anzuregen.
²Die nach Satz 1 antragstellende Krankenkasse bzw. der antragstellende Landesverband ist über das Ergebnis, ggf. über die Nichteröffnung oder Einstellung des Verfahrens unter Angabe der Gründe zu benachrichtigen.
- (3) Die rechtskräftige Anordnung des Ruhens der Zulassung ist der antragstellenden Krankenkasse bzw. dem antragstellenden Landesverband der Krankenkasse binnen zwei Wochen nach Eintritt der Rechtskraft mitzuteilen.

§ 20 Vertragsverletzungen

- (1) Bei Verstößen gegen vertragszahnärztliche Pflichten finden die Disziplinarbestimmungen der KZVen (§ 81 Absatz 5 SGB V) Anwendung.
 Die Möglichkeit des Zulassungsentzugs wegen gröblicher Vertragsverletzungen bleibt unberührt (§ 95 Absatz 6 SGB V).
- (2) Der VdAK/AEV ist berechtigt, bei der zuständigen KZV die Eröffnung eines Disziplinarverfahrens anzuregen.
 Hat der VdAK/AEV ein Disziplinarverfahren gegen einen Vertragszahnarzt angeregt, so ist der VdAK/AEV über das Ergebnis, ggf. über die Nichteröffnung oder Einstellung des Verfahrens unter Angabe der Gründe zu benachrichtigen.
- (3) Die rechtskräftige Anordnung des Ruhens der Zulassung ist dem VdAK/AEV binnen zwei Wochen nach Eintritt der Rechtskraft mitzuteilen.

§ 29 Forderungen von Krankenkassen

¹Forderungen aus diesem Vertrag von Krankenkassen gegen einen Vertragszahnarzt, die durch die KZV bzw. durch das jeweilige Gremium bestandskräftig festgestellt worden sind, werden bei der nächsten Abrechnung von der Krankenkasse gegenüber der KZV abgesetzt.

²Forderungen in diesem Sinne können sich insbesondere ergeben aufgrund mangelhafter prothetischer oder kieferorthopädischer Leistung, sachlich rechnerischer Unrichtigkeit der Abrechnung, unwirtschaftlicher Leistungserbringung oder aufgrund eines sonstigen Schadens.

³Eine Befriedigung der Forderung über die KZV findet nicht statt, wenn diese belegt, dass sie ohne eigenes Verschulden die Forderung gegen den Vertragszahnarzt nicht durchsetzen kann; in diesen Fällen kann die Krankenkasse ihre Forderung unmittelbar gegenüber dem Vertragszahnarzt geltend machen.

⁴Abweichend davon haftet die KZV den Krankenkassen aus der Gesamtvergütung für Forderungen gegenüber einem Vertragszahnarzt aufgrund sachlich-rechnerischer Unrichtigkeit oder unwirtschaftlicher Leistungserbringung, soweit nach Maßgabe der Gesamtverträge ein Erstattungsanspruch für Forderungen aus sachlich-rechnerischer Richtigstellung und Wirtschaftlichkeitsprüfung besteht.

⁵Die KZV haftet nicht nach Satz 4, soweit die Gesamtvergütung überschritten wird oder ein Pauschalvergütungsvertrag vorliegt.

⁶Gesamtvertragliche Regelungen zur Ausgestaltung des Abwicklungsverfahrens sind zulässig.

§ 21 Forderungen von Ersatzkassen

(1) Forderungen aus diesem Vertrag von Ersatzkassen gegen einen Vertragszahnarzt, die durch die KZV oder die Prüfungseinrichtungen anerkannt worden sind, werden bei der nächsten Abrechnung von der KZV gegenüber dem Vertragszahnarzt und der Ersatzkasse gegenüber der KZV abgesetzt. Sie ist jedoch von der Ersatzkasse schadlos zu halten, wenn sie belegt, dass sie ohne eigenes Verschulden die Forderungen gegen den Vertragszahnarzt oder seiner Rechtsnachfolger nicht durchsetzen kann.

(2) Auch Ansprüche von Ersatzkassen gegen einen Vertragszahnarzt auf Grund mangelhafter prothetischer und kieferorthopädischer Leistungen werden von der KZV festgestellt. Absatz 1 gilt entsprechend.

(3) Sind auf Grund fehlerhafter Abrechnungen eines Vertragszahnarztes von den Ersatzkassen Leistungen vergütet worden, auf deren Vergütung ein Anspruch nicht bestand, so haftet die KZV auf Rückerstattung der Überzahlungen nach Maßgabe von Absatz 1.

Abschnitt 11 - Qualität der vertragszahnärztlichen Versorgung**§ 30 Qualitätssicherung in der vertragszahnärztlichen Versorgung**

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinien und Beschlüsse zu Qualitätssicherung und Qualitätsbeurteilung sind zu beachten.

§ 27 Qualitätssicherung in der vertragszahnärztlichen Versorgung

- (1) Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, wie in der Berufsordnung geregelt, sich beruflich fortzubilden und dadurch seine Kenntnisse dem jeweiligen Stand der zahnärztlichen Wissenschaft anzupassen.
- (2) Zahnärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die ihrer Eigenart nach besondere Kenntnisse und Erfahrungen voraussetzen, dürfen in der vertragszahnärztlichen Versorgung nur ausgeführt werden, wenn der Vertragszahnarzt die vorgeschriebenen Qualifikationserfordernisse erfüllt. Diese werden, unbeschadet der Regelung nach § 28 dieses Vertrages (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) unter Berücksichtigung des Weiterbildungsrechts von den Vertragspartnern anerkannt. Für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Sinne des § 135 Absatz 1 SGB V gelten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.
- (3) Die Qualifikation ist gegenüber der KZV nachzuweisen. Diese teilt dem VdAK/AEV mit, welcher Vertragszahnarzt die Qualifikation erfüllt.
- (4) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt durch Richtlinien Kriterien zur Qualitätsbeurteilung gemäß § 136 Absatz 2 SGB V sowie Verfahren zur Qualitätssicherung der vertragszahnärztlichen Versorgung gemäß § 136 b SGB V. Diese Richtlinien sind in der vertragszahnärztlichen Versorgung verbindlich.

§ 31 Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinien und Beschlüsse über die Einführung von neuen und die Überprüfung von bestehenden Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind zu beachten.

§ 28 Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 135 Absatz 1 SGB V dürfen als vertragszahnärztliche Leistung nur dann abgerechnet werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien deren Anerkennung empfohlen hat und sie in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen wurden (vgl. § 27 Absatz 3 dieses Vertrages).

§ 32 Arbeitsgemeinschaften

- (1) ¹Die Vertragspartner bilden bei Bedarf themenspezifische Arbeitsgemeinschaften. ²Die Arbeitsgemeinschaften haben die Aufgabe, Entscheidungen in grundsätzlichen Fragen, die für die Durchführung des Vertrages von Bedeutung sind, vorzubereiten.
- (2) Die Vertragspartner sollen für jede Arbeitsgemeinschaft eine Geschäftsordnung erstellen, in der insbesondere das Nähere über Zielsetzung, Aufgaben, Besetzung und Verfahren zu regeln ist.

§ 29 Arbeitsgemeinschaft Zahnärzte/Ersatzkassen

- (1) Die Vertragspartner bilden eine Arbeitsgemeinschaft, die aus sieben Vertretern der KZBV und aus sechs Vertretern des VdAK sowie einem Vertreter des AEV besteht. Jeder Partner ernennt Stellvertreter.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft hat die Aufgabe,
1. Bestimmungen des Vertrages verbindlich auszulegen sowie die sich aus der Durchführung des Vertrages ergebenden grundsätzlichen Fragen zu klären,
 2. die BEMA-Teile verbindlich auszulegen, wobei die Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu berücksichtigen sind,
 3. bis zur Beschlussfassung durch den Bewertungsausschuss über die Berechnungsfähigkeit solcher Leistungen zu entscheiden, die noch nicht im Einheitlichen Bewertungsmaßstab enthalten sind.
- (3) Die Arbeitsgemeinschaft entscheidet durch "Feststellungen" oder "Beschlüsse".
Feststellungen sind Auslegungen bestehender Regelungen und finden grundsätzlich auch für die Vergangenheit Anwendung. Beschlüsse gelten für die Zukunft vom Zeitpunkt des Inkrafttretens an.
- (4) Die Arbeitsgemeinschaft bestimmt den Zeitpunkt des Inkrafttretens ihrer Beschlüsse. Diese und die Feststellungen sind in "Zahnärztliche Mitteilungen" und in "Die Ersatzkasse" zu veröffentlichen.

Abschnitt 12 - Inkrafttreten und Kündigung**§ 33 Inkrafttreten und Kündigung**

- (1) ¹Dieser Vertrag tritt am 01.07.2018 in Kraft. ²Er ersetzt den BMV-Z vom 01.01.1986 und den Ersatzkassenvertrag Zahnärzte (EKVZ) vom 01.01.2005.
- (2) ¹Dieser Vertrag kann von jedem der Vertragspartner insgesamt oder in Teilen gekündigt werden. ²Die Kündigung hat schriftlich unter Einhaltung einer Frist von einem Jahr zum Schluss eines Kalenderjahres zu erfolgen.
- (3) Für Anlagen dieses Vertrages können jeweils gesonderte Kündigungsmöglichkeiten mit besonderen Kündigungsfristen vereinbart werden.

§ 30 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Diese Neufassung des Vertrages tritt am 01. Januar 2005 in Kraft.
- (2) Die Kündigung ist schriftlich unter Einhaltung einer Frist von einem Jahr zum Schluss eines Kalenderjahres zulässig.