

Anlage 1

Behandlungsplanung und Erstellung der Abrechnung

Vereinbarung zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

In der Fassung vom 25.04.2018, Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

Zuletzt geändert am 18.12.2024, mit Wirkung ab dem 19.12.2024

1. Bestimmungen über die EDV-mäßige Erstellung der Abrechnung

¹Die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen erfolgt im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.

²Die Verwendung eines Datenverarbeitungssystems, mit dem der Vertragszahnarzt Leistungen zum Zwecke der Abrechnung erfasst, speichert und verarbeitet, bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV). ³Der Vertragszahnarzt gibt der KZV das eingesetzte Programmsystem und die jeweils verwendete Programmversion bekannt, damit die KZV überprüfen kann, ob ein Programmsystem verwendet wird, das für die vertragszahnärztliche Abrechnung geeignet ist. ⁴Bei elektronischer Abrechnung wird die vom Vertragszahnarzt verwendete Programmversion automatisch übermittelt.

⁵Ein System ist für die vertragszahnärztliche Abrechnung geeignet, wenn feststeht, dass programmierte Abrechnungsregeln den jeweils gültigen Bestimmungen des BMV-Z entsprechen und dass befund- und leistungsorientierte Abrechnungsautomatismen keine Verwendung finden. ⁶Über die Eignung befindet die Prüfstelle der KZBV. ⁷Die Abrechnung mittels EDV auf maschinell verwertbaren Datenträgern und die elektronische Übermittlung der Abrechnung ist zulässig, wenn die Prüfstelle der KZBV festgestellt hat, dass die Voraussetzungen hierfür vorliegen.

⁸Die KZV widerruft die Genehmigung, wenn die Voraussetzungen hierfür nicht oder nicht mehr vorliegen. ⁹Von der Genehmigung und dem Widerruf der Genehmigung erhalten die Landesverbände der Krankenkassen Mitteilung.

2. Konservierende und chirurgische Leistungen (BEMA-Teil 1)

2.1 Behandlungsfall im Sinne des Vertrages ist bei Leistungen nach Teil 1 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (BEMA) die gesamte von demselben Vertragszahnarzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres vorgenommene Behandlung.

2.2 Die Abrechnung konservierender und chirurgischer Leistungen zwischen Vertragszahnarzt und KZV erfolgt im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.

2.3 ¹Überweisungen erfolgen auf dem Arzneiverordnungsblatt, das aufgrund des Bundesmantelvertrags-Ärzte vereinbart wird. ²Die Überweisung muss die in Anlage 14b BMV-Z vorgegebenen Angaben zum Personalienfeld sowie zum Grund der Überweisung enthalten. ³Die Überweisung ist mit Unterschrift und Stempel des Vertragszahnarztes zu versehen. ⁴Überweisungen können unter Beachtung der Angaben nach Satz 2 individuell mittels EDV gestaltet werden.

2.4 Ergänzende Inhalte der elektronischen Abrechnung

2.4.1 ¹Zu jeder Leistung ist der Behandlungstag anzugeben. ²Sofern mehrere Sitzungen an einem Tag stattfinden, sind diese durch eine Kennzeichnung zu unterscheiden.

2.4.2 ¹Der Datensatz umfasst die Angabe des behandelten Zahnes bzw. der behandelten Zähne unter Verwendung des zweiziffrigen FDI-Gebisschemas. ²Sofern die Behandlung keinen Bezug zu bestimmten Zähnen aufweist, ist die Zahnangabe entbehrlich. ³Dies gilt z. B. auch bei den Geb.-Nrn. 8, 10, 105, 106, 107 und IP4.

⁴Bei Röntgenaufnahmen ist die Zahnangabe entbehrlich, wenn sie sich aus den Zahnangaben für die anderen eingetragenen Leistungen ergibt.

2.4.3 ¹Der Datensatz umfasst die Angabe der Gebührennummer des BEMA.

²Jede abrechnungsfähige Gebührennummer ist gesondert anzugeben. ³Werden in einer Sitzung Leistungen nach den Nrn. 28, 32, 35, 54 an einem Zahn oder Nr. 62 mehrfach erbracht, ist die Anzahl anzugeben.

2.4.4 ¹Bei Füllungen nach Nr. 13 ist die Füllungslage zu übermitteln. ²Für die Bezeichnung der Füllungslage sind folgende Buchstaben bzw. Ziffern zu verwenden:

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

³Sofern Füllungen den Zahnhalsbereich erfassen, ist der Bezeichnung der Füllungslage der folgende Buchstabe bzw. die folgende Ziffer anzufügen:

z	=	7	=	zervikal
---	---	---	---	----------

⁴Amalgamfüllungen werden zusätzlich mit dem Buchstaben „A“ gekennzeichnet.

2.4.5 ¹Bei Röntgenaufnahmen sind Begründungen anzugeben. ²Hierfür sind folgende Ziffern zu verwenden:

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

2.4.6 Bei Anästhesien sind die PAR-Behandlung mit Ziffer „4“ und die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen mit Ziffer „5“ zu kennzeichnen.

2.4.7 ¹Geldbeträge für abrechnungsfähige Auslagen sind in Cent in den Datensatz aufzunehmen. ²Die Spezifizierung der Geldbeträge erfolgt mit folgenden 600er Ordnungsnummern:

601	Materialkosten bei der Verwendung von Stiften
602	Telefon-, Versand-, Portokosten
603	Laborkosten Zahnarztlabor
604	Laborkosten Fremdlabor

³Es bleibt den Gesamtvertragspartnern vorbehalten, Änderungen oder Ergänzungen dieser Liste vorzunehmen.

2.5 Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sowie Abrechnung von Wegegeldern und Reiseentschädigungen nach § 8 Absatz 2 und 3 Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

2.5.1 ¹Leistungen aus der GOÄ vom 12.11.1982 werden nach Maßgabe der Nr. 3 der Allgemeinen Bestimmungen des BEMA mit vierstelligen Gebührennummern abgerechnet. ²Soweit die GOÄ vierstellige Nummern vorsieht, werden diese bei der Abrechnung verwendet.

³Soweit die GOÄ dreistellige Nummern vorsieht, wird die Ziffer 8 vorangestellt. ⁴Für die Abrechnung der übrigen GOÄ-Leistungen einschließlich möglicher Zuschläge, des Wegegeldes und der Reiseentschädigung gelten die folgenden Nrn. 2.5.2 und 2.5.3.

2.5.2 ¹Bei der Abrechnung von Leistungen der Abschnitte B IV bis B VI der GOÄ wird der zweistelligen GOÄ-Nummer die Ziffer 7 vorangestellt und die Ziffer 0 angefügt. ²Werden Zuschläge nach Abschnitt B V zusätzlich zu den Leistungen nach den Nrn. 55, 56, 61, 62 abgerechnet, wird die Ziffer 0 durch folgende Ziffern ersetzt:

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

³Der Zuschlag K2 wird bei Abrechnung der Nrn. 55 oder 56 als Nr. 7003 angegeben.

2.5.3 ¹Die Abrechnung von Wegegeldern (§ 8 Absatz 2 GOZ) und Reiseentschädigungen (§ 8 Absatz 3 GOZ) erfolgt nach folgenden Nrn.

<u>Nr.</u>	<u>Erläuterung</u>
------------	--------------------

- | | |
|------|---|
| 7810 | Wegegeld für eine Entfernung bis zu 2 Kilometern |
| 7811 | Wegegeld für eine Entfernung bis zu 2 Kilometern bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) |
| 7820 | Wegegeld für eine Entfernung von mehr als 2 Kilometern und bis zu 5 Kilometern |
| 7821 | Wegegeld für eine Entfernung von mehr als 2 Kilometern und bis zu 5 Kilometern bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) |
| 7830 | Wegegeld für eine Entfernung von mehr als 5 Kilometern und bis zu 10 Kilometern |
| 7831 | Wegegeld für eine Entfernung von mehr als 5 Kilometern und bis zu 10 Kilometern bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) |
| 7840 | Wegegeld für eine Entfernung von mehr als 10 Kilometern und bis zu 25 Kilometern |
| 7841 | Wegegeld für eine Entfernung von mehr als 10 Kilometern und bis zu 25 Kilometern bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) |
| 7928 | Reiseentschädigung bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern und Abwesenheit von bis zu 8 Stunden je Tag |
| 7929 | Reiseentschädigung bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern und Abwesenheit von mehr als 8 Stunden je Tag |
| 7930 | Kosten für notwendige Übernachtungen |

²Bei der Abrechnung von Reiseentschädigungen sind 42 Cent je Kilometer sowie zusätzlich ein Betrag von 56,00 EUR bei Abwesenheit bis zu 8 Stunden und bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden 112,50 EUR je Tag abzurechnen. ³Die Zahl der zurückgelegten Kilometer ist anzugeben.

3. Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe) und obstruktiver Schlafapnoe (Unterkieferprotrusionsschiene) (BEMA Teil 2)

3.1 Behandlungsplanung bei Verletzung und Erkrankungen im Bereich des Gesichtsschädels

3.1.1 Behandlungsplanung bei Kiefergelenkserkrankungen

¹Vor Beginn der Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen erstellt der Vertragszahnarzt anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen einen Behandlungsplan mit den nach § 8 der Anlage 15 BMV-Z erforderlichen Angaben und übermittelt ihn an die Krankenkasse. ²Die Krankenkasse sendet einen Antwortdatensatz an den Vertragszahnarzt mit dem Vermerk, ob der Antrag genehmigt oder abgelehnt wird. ³Mit der Behandlung soll erst nach Genehmigung des Behandlungsplans begonnen werden. ⁴Hier von ausgenommen sind Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen sowie zahnmedizinisch unaufschiebbare Maßnahmen. ⁵Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Behandlungsplan begutachten lassen. ⁶Die Gesamtvertragspartner auf Landesebene können Näheres vereinbaren. ⁷Ist auf Landesebene ein Genehmigungsverzicht vereinbart, entfällt die Übermittlung der Behandlungsplanung an die Krankenkasse.

3.1.2 Behandlungsplanung bei Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels

¹Vor Beginn der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels erstellt der Vertragszahnarzt anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen einen Behandlungsplan mit den nach § 7 der Anlage 15 BMV-Z erforderlichen Angaben. ²Die geplante Behandlung ist vom Vertragszahnarzt der Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen; die Anzeige umfasst auch die Leistungen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der durchzuführenden Behandlung erfolgen und unter „Vorgesehene Behandlung“ einzutragen sind (z. B. Verbandsplatten, Schienungen oder Aufbissbehelfe, die für die Behandlung erforderlichen konservierend-chirurgischen Leistungen).

3.2 Abrechnung

3.2.1 Die Abrechnung von Leistungen bei der Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe) und obstruktiver Schlafapnoe (Unterkieferprotrusionsschiene) zwischen Vertragszahnarzt und KZV erfolgt im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.

3.2.2 ¹Die Material- und Laborkosten können gesondert berechnet werden.

²Hierzu übermitteln die Vertragszahnärzte je Behandlungsfall die abgerechneten zahn-technischen Leistungen einschließlich deren Preise jeweils für das Eigen- und/oder Fremdlabor sowie die abgerechneten Materialien einschließlich Materialbezeichnung und Preis.

³Pro Abformung bei der Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels oder Kiefergelenkserkrankungen kann ein Pauschalbetrag in Höhe von 3,00 EUR abgerechnet werden

⁴Für Versandkosten der Praxis an das gewerbliche Labor kann je Versandgang zwischen Zahnarztpraxis und Labor der von der Deutschen Post AG für ein Päckchen (Inland, max. 2 kg) festgelegte Preis der Onlinefrankierung in der jeweils aktuellen Höhe abgerechnet werden. ⁵Bei praxiseigenen Laboratorien können keine Versandkosten berechnet werden.

⁶Abweichende bzw. ergänzende gesamtvertragliche Regelungen zum Pauschalbetrag der Abformung, zur Höhe der Versandkosten sowie zu den Praxismaterialien sind zulässig.

- 3.2.3 Behandlungen, die aufgrund von Überweisungen erfolgen, sind im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern abzurechnen.
- 3.3 Ergänzende Inhalte der elektronischen Abrechnung
- 3.3.1 ¹Zu jeder Leistung ist der Behandlungstag anzugeben. ²Sofern mehrere Sitzungen an einem Tag stattfinden, sind diese durch eine Kennzeichnung zu unterscheiden.
- 3.3.2 ¹Der Datensatz umfasst die Angabe des behandelten Zahnes bzw. der behandelten Zähne unter Verwendung des zweiziffrigen FDI-Gebisschemas. ²Sofern die Behandlung keinen Bezug zu bestimmten Zähnen aufweist, ist die Zahnangabe entbehrlich.
- 3.3.3 ¹Der Datensatz umfasst die Angabe der Gebührennummer des BEMA.
²Jede abrechnungsfähige Gebührennummer ist gesondert anzugeben. ³Für die Abrechnung von Pauschalbeträgen für Abformmaterial sowie für Telefon-, Versand- und Portokosten sind die folgenden 600er-Ordnungsnummern anzugeben:
- 602 Telefon-, Versand- und Portokosten
605 Pauschalbetrag Abformmaterial
- ⁴Der Pauschalbetrag ist in Cent zu übermitteln.
- 3.3.4 Für die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen nach der GOÄ gilt Ziffer 2.5 dieser Bestimmungen.

4. Planung und Abrechnung von Leistungen bei kieferorthopädischen Behandlungen (BEMA-Teil 3)

- 4.1 Behandlungsfall im Sinne des Vertrages ist bei Leistungen nach dem BEMA-Teil 3 die gesamte, von demselben Vertragszahnarzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres vorgenommene Behandlung.
- 4.2 Behandlungsplanung
Für die Planung von Leistungen bei kieferorthopädischer Behandlung (BEMA-Teil 3) gilt Anlage 4 zum BMV-Z.
- 4.3 Abrechnung
- 4.3.1 Die Abrechnung von innerhalb eines Kalendervierteljahres durchgeführten kieferorthopädischen Leistungen sowie von Leistungen nach BEMA-Teil 1, die im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Leistungen anfallen, erfolgt im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.
- 4.3.2 ¹Die Material- und Laborkosten können, außer bei Röntgenaufnahmen und Fotografien, gesondert berechnet werden.
²Hierzu übermitteln die Vertragszahnärzte je Behandlungsfall die abgerechneten zahn-technischen Leistungen einschließlich deren Preise jeweils für das Eigen- und/oder Fremdlabor sowie die abgerechneten Materialien einschließlich Materialbezeichnung und Preis.
³Daneben sind die besonderen Kosten für Abformmaterial mit einem Pauschalbetrag in Höhe von 2,80 EUR je Abformung berechnungsfähig.
⁴Für Versandkosten der Praxis an das gewerbliche Labor können je Versandgang zwischen Zahnarztpraxis und Labor der von der Deutschen Post AG für ein Päckchen (Inland, max. 2 kg) festgelegte Preis der Onlinefrankierung in der jeweils aktuellen Höhe abgerechnet werden. ⁵Bei praxiseigenen Laboratorien können keine Versandkosten berechnet werden. ⁶Abweichende bzw. ergänzende gesamtvertragliche Regelungen zum Pauschalbetrag der Abformung, zur Höhe der Versandkosten sowie zu den Praxismaterialien sind zulässig.

4.3.3 Ergänzende Inhalte zur elektronischen Abrechnung

¹Bei der Frühbehandlung nach Nr. 5 der Abrechnungsbestimmung zu den Nrn. 119 und 120 von BEMA-Teil 3 ist die Nummer der Abschlagszahlung mit „F“ zu kennzeichnen. ²Bei der Abrechnung von Verlängerungszahlungen ist die Nummer der Abschlagszahlung mit „V“ zu kennzeichnen. ³Fallen die Gebühren-Nrn. 126a, 126b, 127a, 128b, 130 oder 131a bis c bei Ersatzanfertigungen von Behandlungsgeräten an, sind diese als außerplanmäßig zu kennzeichnen.

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

4.3.5 Abrechnung bei Therapieänderung

¹Im Falle einer Therapieänderung sind diejenigen Leistungen, die innerhalb des laufenden Quartals vor dem Datum der Genehmigung der Therapieänderung erbracht wurden, auf den ursprünglichen Behandlungsplan hin abzurechnen. ²Auf den Therapieänderungsplan hin sind diejenigen Leistungen abzurechnen, die innerhalb des laufenden Quartals ab dem Datum der Genehmigung der Therapieänderung erbracht wurden. ³Leistungen nach den BEMA-Nrn. 119/120, die innerhalb des laufenden Quartals der Genehmigung der Therapieänderung erbracht wurden, können entweder auf den ursprünglichen Behandlungsplan oder den Therapieänderungsplan hin abgerechnet werden.

4.3.6 Abrechnung bei einem Vertragszahnarztwechsel mit Einstieg in die Behandlung

¹Bei einem Vertragszahnarztwechsel rechnet der vorherige Vertragszahnarzt alle kieferorthopädischen Leistungen ab, die bis zum Zeitpunkt des Vertragszahnarztwechsels bei dem jeweiligen Versicherten erbracht wurden. ²Der neue Vertragszahnarzt rechnet alle Leistungen ab, die ab dem Einstieg in die Behandlung bei dem jeweiligen Versicherten erbracht wurden. ³Die Abrechnung eines Abschlags nach den BEMA-Nrn. 119/120 darf bezogen auf einen Versicherten nur einmal gegenüber der Krankenkasse erfolgen.

5. Planung und Abrechnung von Leistungen bei der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen (BEMA-Teil 4)

5.1 Behandlungsplanung

¹Für die Planung der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen (BEMA-Teil 4) gilt Anlage 5 zum BMV-Z. ²Ab der Einführung des elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens gewährleistet die unveränderliche Antragsnummer die Erzeugung sog. Parodontalfälle.

5.2 Abrechnung

5.2.1 ¹Die Abrechnung der parodontologischen Leistungen erfolgt im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern. ²Die erste Abrechnung erfolgt frühestens nach Abschluss der antiinfektiösen Therapie (AIT) über die Monatsabrechnung. ³Ab diesem Zeitpunkt ist jede weitere Leistung monatlich abrechenbar. ⁴Zu jeder Leistung ist der Behandlungstag anzugeben. ⁵Der Zwei-Jahres-Zeitraum der UPT beginnt am Tag der Erbringung der ersten UPT-Leistung. ⁶Im Falle einer Verlängerung der UPT können die Leistungen abgerechnet werden, die innerhalb des genehmigten Verlängerungszeitraums erbracht wurden. ⁷Bei der Abrechnung ist der am Tag der jeweiligen Leistungserbringung gültige Punktwert für die Leistung anzusetzen. ⁸Leistungen, die zur Behandlung von Parodontitis außerhalb der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen bei den anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V erbracht werden, sind mit dem Buchstaben „S“ zu kennzeichnen. ⁹Leistungen der UPT, die im Rahmen der Verlängerung erbracht werden, sind mit dem Buchstaben „V“ zu kennzeichnen.

5.2.2 Abrechnung bei einem Vertragszahnarztwechsel mit Einstieg in die Behandlung

¹Bei einem Vertragszahnarztwechsel rechnet der vorherige Vertragszahnarzt alle parodontologischen Leistungen ab, die bis zum Zeitpunkt des Vertragszahnarztwechsels bei dem jeweiligen Versicherten erbracht wurden. ²Der neue Vertragszahnarzt rechnet alle Leistungen ab, die ab dem Einstieg in die Behandlung bei dem jeweiligen Versicherten erbracht wurden.

5.3. Abrechnung chirurgische Parodontitistherapie (CPT) bei Überweisung

¹In Fällen, in denen der Versicherte zur Durchführung der CPT an eine andere Praxis überwiesen wird, rechnet der die chirurgische Parodontitistherapie durchführende Vertragszahnarzt die erbrachten Leistungen nach den BEMA-Nrn. CPT a und CPT b ab. ²Bei der Abrechnung ist zusätzlich die Zahnarzt Nummer des überweisenden Vertragszahnarztes anzugeben. ³Die Abrechnung der BEMA-Nr. BEV durch den die Überweisung annehmenden Vertragszahnarzt ist ausgeschlossen.

6. Planung und Abrechnung von Leistungen bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5)

6.1 Behandlungsplanung

Für die Planung von Leistungen bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5) gilt Anlage 6 zum BMV-Z.

6.2 Abrechnung

6.2.1 Rechnungsbeträge/Erstellung der Abrechnung

¹Die Abrechnung der Festzuschüsse für Regel- und/oder gleichartige Versorgungsleistungen erfolgt über die KZV im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern. ²Dabei ist der Datensatz unter Berücksichtigung der vertraglichen Bestimmungen, insbesondere des § 6 zum DTA-Vertrag (Anlage 8a zum BMV-Z) vollständig zu erstellen und an die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) zu übermitteln. ³Die KZV bestimmt das Verfahren der Datenlieferung gem. § 4 der Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung vom 12.07.2011 (Anlage 9 zum BMV-Z).

6.2.2 Zahnarzthonorar (BEMA)

¹Die im Heil- und Kostenplan unter „Kostenplanung“ aufgeführte Summe des BEMA-Honorars für die Regelleistungen ist in EUR und Cent anzugeben. ²Wurden nur Teilleistungen erbracht, zum Beispiel, weil der Versicherte verstorben ist, werden diese mit einem „T“ für Teilleistungen gekennzeichnet und mit der Erklärung versehen, warum es nicht zur Vollendung der vorgesehenen Leistungen gekommen ist.

³Für die Abrechnung des Vertragszahnarztes gelten bei der Neufestsetzung der Gebühren die geänderten Gebührensätze bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen für alle vom Tag des Inkrafttretens an ausgestellten Heil- und Kostenpläne.

6.2.3 Zahnarzthonorar zusätzliche Leistungen BEMA

¹Das Zahnarzthonorar für BEMA-Leistungen, die im Laufe der Behandlung zusätzlich angefallen sind (beispielsweise das Wiederbefestigen oder die Neuherstellung eines Provisoriums) ist in EUR und Cent zu übermitteln. ²Das umfasst auch das Honorar für nachträgliche Befunde, soweit diese der Regelversorgung zuzuordnen sind.

6.2.4 Zahnarzthonorar GOZ

Es ist die Gesamtsumme der angefallenen GOZ-Gebühren bei gleich- und andersartigen Versorgungsleistungen in EUR und Cent zu übermitteln.

6.2.5. Material- und Laborkosten Gewerblich

Es sind je Behandlungsfall alle im gewerblichen Labor angefallenen zahntechnischen Leistungen nach BEL (Leistungsnummer und Leistungsinhalt) und BEB (Leistungsinhalt) einschließlich deren Preise sowie die abgerechneten Materialien einschließlich Materialbezeichnung und Preis in EUR und Cent zu übermitteln.

6.2.6 Material- und Laborkosten Praxis

Es sind je Behandlungsfall alle im Praxislabor angefallenen zahntechnischen Leistungen nach BEL (Leistungsnummer und Leistungsinhalt) und BEB (Leistungsinhalt) einschließlich deren Preise sowie die abgerechneten Materialien einschließlich Materialbezeichnung und Preis in EUR und Cent zu übermitteln.

6.2.7 Versandkosten Praxis

¹Es sind die Versandkosten der Praxis je Versandgang für die Versendung von Arbeitsunterlagen (Abformung, Modell u. Ä.) an das gewerbliche Labor zu übermitteln. ²Für Versandkosten der Praxis an das gewerbliche Labor können je Versandgang zwischen Zahnarztpraxis und Labor der von der Deutschen Post AG für ein Päckchen (Inland, max. 2 kg) festgelegte Preis der Onlinefrankierung in der jeweils aktuellen Höhe abgerechnet werden. ³Bei praxiseigenen Laboratorien können keine Versandkosten berechnet werden. ⁴Abweichende bzw. ergänzende gesamtvertragliche Regelungen zur Höhe der Versandkosten sowie zu den Praxismaterialien sind zulässig.

6.2.8 Gesamtsumme

Die Gesamtsumme bestehend aus der Addition der Rechnungsbeträge für das Zahnarzt Honorar nach BEMA bzw. GOZ, der Summe aller im Eigen- bzw. Fremdlabor entstandenen tatsächlichen Material- und Laborkosten sowie der Versandkosten, ist zu übermitteln.

6.2.9 Festzuschuss Kasse

¹Der Festzuschuss der Krankenkasse ist in EUR und Cent zu übermitteln. ²Er errechnet sich durch Addition des/der von der Krankenkasse bewilligten Festzuschusses/Festzuschüsse sowie ggf. Festzuschüsse für nachträgliche Befunde, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. ³Bei Teilleistungen sind die Beträge gemäß Befundklasse 8 einzutragen.

Härtefall:

⁴Versicherte, die gemäß § 55 Absatz 2 SGB V unzumutbar belastet würden und eine Regelversorgung wählen, erhalten grundsätzlich einen Festzuschuss in Höhe von 100 Prozent bzw. höchstens die tatsächlichen Kosten. ⁵Deckt der Festzuschuss in Höhe von 100 Prozent die tatsächlichen Kosten nicht ab, übernimmt die Krankenkasse auch die zusätzlichen Kosten.

⁶Wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- und/oder andersartigen Zahnersatz, erhalten sie maximal einen Festzuschuss in Höhe von 100 Prozent.

⁷Bei der Abrechnung des Festzuschusses ist zu prüfen, ob und in welcher Höhe Kosten für die Verwendung einer Edelmetalllegierung oder von Reinmetall angefallen sind. ⁸Die tatsächlichen Kosten bei der Regelversorgung und der Festzuschuss in Höhe von 100 Prozent bei gleich- und andersartigen Versorgungsarten werden von der Krankenkasse nur insoweit übernommen, als darin keine Mehrkosten für Edel- oder Reinmetall enthalten sind.

⁹Daher sind diese Mehrkosten von den tatsächlichen Gesamtkosten abzuziehen. ¹⁰Der sich daraus ergebende Betrag ist der anzusetzende Festzuschuss. ¹¹Der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI) hat zugesagt, gegenüber seinen Mitgliedern die

Empfehlung auszusprechen, dass ein gesonderter Ausweis der Edelmetallkosten erfolgen soll. ¹²Die Mehrkosten ergeben sich aus der Differenz der Kosten für die jeweils verwendete Edelmetalllegierung oder Reinmetall abzüglich der für die jeweilige Regelversorgung vorgesehenen NEM-Abrechnungsbeträge inkl. MwSt. ¹³Der errechnete Betrag ist als Kassenanteil zu übermitteln.

Beispiel:

Gesamtkosten	1.050,- EUR
Festzuschuss 100 %	1.000,- EUR
./. Mehrkosten (Edelmetallkosten ./.. fiktive NEM-Kosten)	100,- EUR

Festzuschuss der Krankenkasse	950,- EUR

6.2.10 Versichertenanteil

¹Der Versichertenanteil ist in EUR und Cent zu übermitteln. ²Er bildet die Differenz zwischen der Gesamtsumme und dem Festzuschuss der Krankenkasse.

6.2.11 Sonstige Angaben

¹Das Eingliederungsdatum des Zahnersatzes ist zu übermitteln. ²Als Herstellungsort wird für das Inland der Buchstabe „D“ dem Ortsnamen vorangestellt, bei Herstellung im Ausland ist der Landesname anzugeben.