

**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: Bisher 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 Formulareammlung 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