

---

## **Anlage 2 zum BMV-Z/EKVZ in der Fassung vom 01.01.2012**

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

#### **1. Bestimmungen über die edv-mäßige Erstellung der Abrechnung**

Mit der Umsetzung des DTA-Vertrages zum 01.01.2012 erfolgt die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.

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

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

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

#### **2. Abrechnung konservierender und chirurgischer Leistungen (Bema-Teil 1)**

2.1. Die Abrechnung konservierender und chirurgischer Leistungen zwischen Vertragszahnarzt und KZV erfolgt grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.

2.2. Überweisungen erfolgen auf dem Verordnungsblatt für Arznei, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, das aufgrund des Bundesmantelvertrages-Ärzte vereinbart wird. Der Grund der Überweisung ist anzugeben. Überweisungen können individuell mittels EDV erstellt werden. Dabei ist der Grund der Überweisung, der Name des Versicherten oder die Versichertennummer, der Name des Vertragszahnarztes und seine Anschrift anzugeben.

2.3. Ergänzende Inhalte der elektronischen Abrechnung

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

---

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

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

2.3.3. Der Datensatz umfasst die Angabe der Gebührennummer des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, soweit nicht die KZVen bestimmt haben, dass die numerischen Gebührennummern gem. Anlage B zum Bundesmantelvertrag zu übermitteln sind.

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

2.3.4. Bei Füllungen nach den Nrn. 13 a) bis g) ist die Füllungslage zu übermitteln. Für die Bezeichnung der Füllungslage sind folgende Buchstaben bzw. Ziffern zu verwenden:

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

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

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

2.3.5. Bei Röntgenaufnahmen sind Begründungen anzugeben. Hierfür sind folgende Ziffern zu verwenden:

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

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

2.3.7. Geldbeträge für abrechnungsfähige Auslagen sind in Cent in den Datensatz aufzunehmen. Die 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

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

2.3.8. Bei jeder Abrechnung ist zu kennzeichnen, dass eine Zuzahlungspflicht nicht besteht oder eine Zuzahlung gemäß § 13 Bundesmantelvertrag nicht geleistet wurde. Die Kennzeichnung erfolgt durch folgende Ziffern:

- 1 = Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- 2 = Inanspruchnahme auf Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr, im Rahmen der Vertretung, im Notfall, bei Kassenwechsel
- 3 = Zahnärztliche Untersuchung gemäß § 55 Abs. 1 Satz 4 und 5 SGB V
- 4 = Bescheinigung der Krankenkasse über eine Befreiung von der Zuzahlung
- 5 = Keine Zahlung des zuzahlungspflichtigen Versicherten bis zur Abrechnung des Kalendervierteljahres geleistet.

2.4. Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

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

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

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

Für die Abrechnung der übrigen GOÄ-Leistungen einschließlich möglicher Zuschläge, des Wegegeldes und der Reiseentschädigung gelten die folgenden Nrn. 2.4.2. und 2.4.3.

2.4.2. Bei der Abrechnung von Leistungen der Abschnitte B IV bis B VI der GOÄ wird der zweistelligen GOÄ-Nummer die Ziffer 7 vorangestellt und die Ziffer 0 angefügt. Werden Zuschläge nach Abschnitt B V zusätzlich zu den Leistungen nach den Nrn. 45 bis 62 abgerechnet, wird die Ziffer 0 durch folgende Ziffern ersetzt:

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

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

2.4.3 Die Abrechnung von Wegegeldern (§ 8 Abs. 1 GOÄ) und Reiseentschädigungen (§ 9 GOÄ) erfolgt nach folgenden Nrn.

Nr. Erläuterung

- 
- 7810 Wegegeld für Entfernung bis zu 2 Kilometern
  - 7811 Wegegeld für Entfernung bis zu 2 Kilometern bei Nacht zwischen 20 und 8 Uhr
  - 7820 Wegegeld von mehr als 2 bis zu 5 Kilometern
  - 7821 Wegegeld von mehr als 2 bis zu 5 Kilometern bei Nacht
  - 7830 Wegegeld von mehr als 5 bis zu 10 Kilometern
  - 7831 Wegegeld von mehr als 5 bis zu 10 Kilometern bei Nacht
  - 7840 Wegegeld von mehr als 10 bis zu 25 Kilometern
  - 7841 Wegegeld von mehr als 10 bis zu 25 Kilometern bei Nacht
  - 7928 Reiseentschädigung bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern und Abwesenheit 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

Bei der Abrechnung von Reiseentschädigungen sind 26 Cent je Kilometer sowie zusätzlich ein Betrag von 51,13 Euro abzurechnen. Die Zahl der zurückgelegten Kilometer ist anzugeben.

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

### **3. Planung und Abrechnung von Leistungen bei der Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen im Bereich des Gesichtsschädels (Bema-Teil 2)**

- 3.1 Die Planung von Leistungen bei der Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen im Bereich des Gesichtsschädels erfolgt auf dem Vordruck Muster 3a. Der Behandlungsplan kann individuell mittels EDV erstellt werden. Hierbei dürfen Inhalt, Aufbau und Struktur nicht verändert werden. Die Änderung der Zeilenabstände ist mit Ausnahme des Krankenversicherten – Kartenfeldes zulässig.
- 3.2 Die Abrechnung von Leistungen bei der Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels zwischen Vertragszahnarzt und KZV erfolgt grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.
- 3.3 Behandlungen, die aufgrund von Überweisungen erfolgen, sind grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern abzurechnen.
- 3.4 Ergänzende Inhalte der elektronischen Abrechnung
  - 3.4.1 Zu jeder Leistung ist der Behandlungstag anzugeben. Sofern mehrere Sitzungen an einem Tag stattfinden, sind diese durch eine Kennzeichnung zu unterscheiden.

---

3.4.2 Der Datensatz umfasst die Angabe des behandelten Zahnes bzw. der behandelten Zähne unter Verwendung des zweiziffrigen FDI-Gebisschemas. Sofern die Behandlung keinen Bezug zu bestimmten Zähnen aufweist, ist die Zahnangabe entbehrlich.

3.4.3 Der Datensatz umfasst die Angabe der Gebührennummer des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, soweit nicht die KZVen bestimmt haben, dass die numerischen Gebührennummern gem. Anlage B zum Bundesmantelvertrag zu übermitteln sind.

Jede abrechnungsfähige Gebührennummer ist gesondert anzugeben.

Für die Abrechnung von Pauschbeträgen für Abformmaterial sowie für Telefon-, Versand- und Portokosten sind die folgenden 600er Ordnungsnummern anzugeben:

602 Telefon-, Versand- und Portokosten

605 Pauschbetrag Abformmaterial

Der Pauschbetrag ist in Cent zu übermitteln.

3.4.4 Für die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen nach der GOÄ gilt Ziffer 2.4. dieser Bestimmungen.

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

4.1.

(a) Vor Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung sowie bei einem Behandlerwechsel oder bei einer Therapieänderung stellt der Vertragszahnarzt persönlich und eigenverantwortlich einen Behandlungsplan (Anlage 8 a) in zweifacher Ausfertigung auf und leitet beide Exemplare der Krankenkasse zu. Satz 1 gilt nicht für Leistungen nach den Nrn. 121 bis 125 von BEMA-Teil 3. Über das 16. Behandlungsquartaljahr hinausgehende, noch erforderliche Leistungen sind nach Maßgabe der Abrechnungsbestimmungen zu den Nrn. 119 und 120 von BEMA-Teil 3 schriftlich unter Verwendung des Verlängerungsantrages (Anlage 8 a) in zweifacher Ausfertigung zu beantragen. Behandlungsfall im Sinne des Vertrages ist bei Leistungen nach dem BEMA-Teil 3 die gesamte, von demselben Vertragszahnarzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres vorgenommene Behandlung.

(b) Stellt der Vertragszahnarzt fest, dass die beabsichtigte kieferorthopädische Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört, hat er dies dem Versicherten schriftlich nach dem Muster der Anlage 8 b zum Bundesmantelvertrag mitzuteilen und der Krankenkasse eine zweite Ausfertigung zu übermitteln.

(c) Bei Kostenübernahme sendet die Krankenkasse in der Regel innerhalb von zwei Wochen nach Eingang bei der Krankenkasse ein Exemplar des Behandlungsplanes an den Vertragszahnarzt zurück.

(d) Mit der Behandlung soll erst begonnen werden, wenn die Krankenkasse eine Kostenübernahmeerklärung auf dem Behandlungsplan abgegeben hat.

4.2. Die Abrechnung von kieferorthopädischen Leistungen sowie von Leistungen, die im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Leistungen anfallen, erfolgt grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.

---

#### 4.3. Ergänzende Inhalte zur elektronischen Abrechnung

Bei 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. Bei der Abrechnung von Verlängerungszahlungen ist die Nummer der Abschlagszahlung mit „V“ zu kennzeichnen. Fallen die Gebühren- Nr. 126a, 126b, 127a, 128b, 130 oder 131 a bis c bei Ersatzanfertigungen von Behandlungsgeräten an, sind diese als außerplanmäßig zu kennzeichnen.

### 5. **Planung und Abrechnung von parodontologischen Leistungen (BEMA-Teil 4)**

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

Die Krankenkasse sendet den Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) mit einer Kostenübernahmeerklärung an den Vertragszahnarzt zurück, wenn sie der Übernahme der Behandlungskosten zustimmt. Mit der Behandlung soll erst nach Eingang dieser Mitteilung begonnen werden; hiervon ausgenommen sind Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen.

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

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

- 5.2. Die Abrechnung der parodontologischen Leistungen erfolgt nach dem Abschluss der geplanten Behandlung grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.

#### 5.3. Ergänzende Inhalte zur elektronischen Abrechnung

Wenn sich im Laufe der Durchführung einer systematischen PAR-Behandlung der Punktwert ändert, dann ist bei der Abrechnung des Behandlungsfalles durch den Vertragszahnarzt dem bisherigen Punktwert die Hälfte der Differenz zwischen diesem und dem neuen Punktwert hinzuzurechnen.

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

Die Abrechnung der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen erfolgt grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.

---

## 7. **Formulare für die Erbringung, Planung, Begutachtung, Genehmigung vertragszahnärztlicher Leistungen**

Muster 2

(Leistungsnachweis gem. § 16 Abs. 3a SGB V bei Ruhen der Ansprüche)

Muster 3a

(Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch)

Anlage 4

(Vereinbarung nach § 87 Abs. 1a SGBV über die Versorgung mit Zahnersatz)

Vereinbarung zum Heil- und Kostenplan

(Ausfüllhinweise)

Anlage 8a

(Kfo – Behandlungsplan)

Anlage 8b

(Mitteilung an den Patienten nach § 29 Abs. 1 SGB V, Kopie für die KK)

Anlage 8c

(Mitteilung über einen unplanmäßigen Verlauf der Kfo – Behandlung)

Anlage 10a Blatt 1 PA Plan und 10b Blatt 2 PA

Anhang 1 zur Vereinbarung über das Gutachterformular für implantologische Leistungen, (Rückseite) –Begutachtungsformular–

Anlage 6a (Blatt 1, 2, 3,) Auftrag zur Begutachtung

Anlage 6b (Blatt 1, 2, 3, 4, 5) Formulare für Begutachtung

Anlage 6c Formular Kfo Gutachten

Weitere Formulare aus dem vertragsärztlichen Bereich, die auch für den vertragszahnärztlichen Bereich anzuwenden sind:

Muster 1      Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Muster 2      Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 4      Verordnung einer Krankenförderung

Muster 16     Arznei – Verordnungsblatt

Muster 20     Stufenweise Wiedereingliederung

Muster 21     Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei der Erkrankung eines Kindes