

Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (Paragrafenteil)

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

In der Fassung vom 25.04.2018, Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

Zuletzt geändert am 07.02.2022, mit Wirkung ab dem 01.01.2023

Abschnitt 1 – Regelungs- und Geltungsbereich

§ 1 – Vertragsgegenstand

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

§ 2 – Geltungsbereich

Der Vertrag erstreckt sich auf den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches.

Abschnitt 2 – Gegenstand und Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung

§ 3 – Umfang und Inhalt der vertragszahnärztlichen Versorgung

- (1) Die vertragszahnärztliche Versorgung umfasst insbesondere:
 1. die zahnärztliche Behandlung gemäß § 28 Absatz 2 Satz 1 SGB V,
 2. die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen einschließlich Suprakonstruktionen, soweit sie § 56 Absatz 2 SGB V entspricht,
 3. die kieferorthopädische Behandlung gemäß §§ 28 Absatz 2 und 29 SGB V,
 4. implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion gemäß § 28 Absatz 2 Satz 9 SGB V,
 5. Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) gemäß § 22 SGB V,
 6. Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gemäß § 26 Absatz 1 Sätze 2 und 3 SGB V,
 7. die zahnärztliche Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, von Krankentransporten, von Krankenhausbehandlung,
 8. die zahnärztliche Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit,
 9. die Ausstellung von Bescheinigungen und die Erstellung von Berichten, welche die Krankenkasse oder der Medizinische Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder welche die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen,
 10. die in Notfällen ambulant ausgeführten zahnärztlichen Leistungen durch nicht an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende Zahnärzte,

11. die Versorgung mit zahntechnisch individuell angefertigten adjustierbaren Unterkieferprotrusionsschienen im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung einer obstruktiven Schlafapnoe.
- (2) Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört auch die Versorgung der Versicherten außerhalb der Praxisräume des Zahnarztes, insbesondere die aufsuchende Versorgung von Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind, Eingliederungshilfe erhalten und die die Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder Einschränkung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können (§ 87 Absatz 2i SGB V) sowie die aufsuchende Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines Kooperationsvertrags (§ 87 Absatz 2j SGB V).
- (3) Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung sind auch die zahntechnischen Leistungen.
- (4) Vertragsleistungen sind die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen – BEMA – (Anlage A) aufgeführten Leistungen.
- (5) ¹Die Vertragsleistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. ²Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Vertragszahnärzte im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.
- ³Der Vertragszahnarzt hat insbesondere darauf zu achten, dass der Behandlungsaufwand in einem sinnvollen Verhältnis zur Prognose und zur erreichbaren Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten steht.
- ⁴Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.
- ⁵Die zahnärztlichen Leistungen müssen angemessen vergütet werden.
- (6) ¹Die vertragszahnärztliche Versorgung umfasst keine Leistungen, für die die Krankenkassen nicht leistungspflichtig sind. ²Nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehören insbesondere:
1. Leistungen, die nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallen,
 2. Leistungen, die von anderen Leistungserbringern (z. B. Vertragsärzten oder Heil- und Hilfsmittelerbringern) erbracht werden; dazu gehören vor allem die Behandlung von Mund- und Kieferkrankheiten durch die als Vertragsärzte zugelassenen Ärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, soweit diese über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden, von Vertragsärzten gelegentlich vorgenommene einfache Verrichtungen (z. B. Zahnextraktion) sowie die Leistungen, die auf Veranlassung von Vertragszahnärzten durch an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene bzw. ermächtigte ärztliche Leistungserbringer ausgeführt werden,
 3. Reihen-, Einstellungs- und Tauglichkeitsuntersuchungen, auch wenn sie in Betrieben oder Schulen erfolgen oder für Angehörige bestimmter Berufsgruppen vorgeschrieben sind,
 4. Leistungen, für die andere Kostenträger (z. B. Träger der Unfall- oder Rentenversicherung, Sozialhilfeträger) zuständig sind,
 5. die Ausstellung von Bescheinigungen, die nicht zur Durchführung von Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung und nicht für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts erforderlich sind (z. B. sonstige Bescheinigungen für den Arbeitgeber, Bescheinigungen für private Versicherungen).

- (7) ¹Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind Bestandteil des Vertrages. ²Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten, die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (im Folgenden KZVen genannt) die Vertragszahnärzte, die Vertragszahnärzte im Einzelfall die Versicherten über den durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelten Umfang des Versorgungsanspruchs.

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

- (1) Für das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterverfahren gelten:
- a) bei der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und Kiefergelenkserkrankungen (BEMA-Teil 2) Anlage 1 Nr. 3 zum BMV-Z,
 - b) bei kieferorthopädischen Maßnahmen (BEMA-Teil 3) Anlage 4 zum BMV-Z,
 - c) bei der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen (BEMA-Teil 4) Anlage 5 zum BMV-Z,
 - d) bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5) Anlage 6 zum BMV-Z,
 - e) für implantologische Maßnahmen bei Ausnahmeindikationen gemäß § 28 Absatz 2 Satz 9 SGB V Anlage 7 zum BMV-Z.
- (2) ¹Die KZVen, die Landesverbände der Krankenkassen bzw. die Ersatzkassen können Vertragszahnärzte als Gutachter für die Durchführung von vertraglich vereinbarten Gutachten vorschlagen. ²Die vorgeschlagenen Personen müssen die in Absatz 5 normierten Qualifikationskriterien erfüllen.
- (3) ¹Im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Ersatzkassen bestellt jede KZV Gutachter und Zahnersatz-Obergutachter in der erforderlichen Anzahl. ²Die Obergutachter für kieferorthopädische und parodontologische Behandlungsfälle sowie Gutachter und Obergutachter für implantologische Leistungen bestellt die KZBV im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband. ³Das Einvernehmen kann aus wichtigem Grund verweigert werden.
- ⁴Die Bestellung der Gutachter und Obergutachter erfolgt jeweils für vier Jahre und kann – außer im Falle der erstmaligen Bestellung – nur einvernehmlich widerrufen werden.
- ⁵Auf der Gesamtvertragsebene können abweichende Amtsperioden für die dort bestellten Gutachter vereinbart werden. ⁶Bei erstmaliger Bestellung des Gutachters kann das Einvernehmen innerhalb des ersten Jahres von jeder Seite widerrufen werden. ⁷Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können hierbei nur gemeinsam und einheitlich handeln. ⁸Sofern das Widerrufsrecht nicht ausgeübt wird, gilt der erstmalig bestellte Gutachter für seine laufende Amtsperiode als bestellt.
- (4) Zahnärzte, die vor dem 17.10.2006 hauptamtlich bei den Krankenkassen und deren Verbänden als Gutachter für Zahnersatz und Zahnkronen tätig waren, gelten weiterhin als einvernehmlich bestellt.
- (5) ¹Die Gutachter sollen über eine zum Beststellungszeitpunkt mindestens seit vier Jahren ununterbrochen bestehende vertragszahnärztliche Zulassung verfügen. ²Sie sollen in dem Leistungsbereich, für den sie bestellt werden, über eine ausreichende Erfahrung verfügen und eine angemessene Anzahl an Behandlungsfällen vorweisen können. ³Gutachter und Obergutachter für Kieferorthopädie sollen die Anerkennung als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie besitzen. ⁴Die Gutachter sind verpflichtet, an den Gutachter- bzw. Obergutachtertagungen der sie bestellenden KZV/KZBV teilzunehmen und gegenüber dieser jährlich die Teilnahme an fachbezogenen Fortbildungsmaßnahmen in dem jeweiligen Leistungsbereich nachzuweisen. ⁵Die Gutachter haben bei der Bestellung zu versichern, dass sie ihre Tätigkeit fachlich unabhängig und weisungsgebunden ausüben werden. ⁶Im ersten Jahr der

Tätigkeit als Gutachter werden die erstellten Gutachten der KZV bzw. dem von ihr bestellten Fachberater zur Beratung hinsichtlich einer kontinuierlichen Qualitätssicherung vorgelegt.

- (6) ¹Die Tätigkeit der Gutachter und Zahnersatz-Obergutachter soll in der Regel auf den jeweiligen KZV-Bereich beschränkt sein. ²In Ausnahmefällen, z. B. bei Wohnortwechsel des Versicherten oder in grenznahen Gebieten, kann hiervon abgewichen werden. ³Bei der Auswahl der Gutachter und Obergutachter sollen die Ortsnähe zum Versicherten und der jeweilige KZV-Bereich berücksichtigt werden. ⁴Dabei soll auf eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Gutachtenfälle auf alle Gutachter für eine schnellstmögliche Erledigung der Gutachten geachtet werden.
- (7) ¹An den Gutachter- und Obergutachtertugungen auf der Bundesebene können Vertreter des GKV-Spitzenverbandes teilnehmen. ²Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen bzw. Vertreter der Ersatzkassen und ggf. Vertreter des GKV-Spitzenverbandes können an den Gutachtertugungen auf der Landesebene teilnehmen.
- (8) Das Nähere über die Bestellung der Gutachter und Zahnersatz-Obergutachter vereinbaren die KZVen mit den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Ersatzkassen.
- (9) ¹Die Krankenkasse kann auch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit der Begutachtung geplanter Behandlungen und ausgeführter Leistungen beauftragen und das Begutachtungsergebnis zur Grundlage ihrer Leistungsentscheidung machen. ²Erteilt die Krankenkasse einen Begutachtungsauftrag an einen nach diesem Vertrag bestellten Gutachter oder an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, ist zum selben Behandlungsfall, auch im Fall des Widerspruchs, ein späterer Begutachtungsauftrag an das jeweils andere Begutachtungsverfahren ausgeschlossen.

Protokollnotiz:

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

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

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

Protokollnotiz:

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

§ 5 – Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung

- (1) ¹Die KZVen und die KZBV stellen die vertragszahnärztliche Behandlung der Versicherten der Krankenkassen sicher. ²Die Sicherstellung umfasst auch die vertragszahnärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst).
- (2) ¹Kommt die KZV ihrem Sicherstellungsauftrag im Sinne des § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V aus Gründen, die sie zu vertreten hat, nicht nach, können die Krankenkassen die in den Gesamtverträgen nach § 85 SGB V vereinbarten Vergütungen unter den nachstehenden Vo-

raussetzungen teilweise zurückbehalten. ²Das Zurückbehaltungsrecht setzt eine schuldhaft, noch andauernde und erhebliche Verletzung des Sicherstellungsauftrags voraus. ³Die Krankenkasse hat konkret zu benennen, in welcher Weise und in welchem Umfang die KZV ihrem Sicherstellungsauftrag nicht nachgekommen ist und in welcher Höhe sie beabsichtigt, die vereinbarte Vergütung teilweise zurückzubehalten. ⁴Die Höhe der zurückbehaltenen Gesamtvergütung hat dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu entsprechen. ⁵Hat die Krankenkasse die Absicht, Teile der Gesamtvergütung zurückzubehalten, hat sie dies der KZV anzukündigen und ihr eine Frist von vier Wochen einzuräumen, dazu Stellung zu nehmen bzw. Abhilfe zu schaffen. ⁶Abweichend hiervon ist eine kürzere Frist zur Stellungnahme bzw. Abhilfe zulässig, wenn die Versorgung des überwiegenden Teils der betroffenen Versicherten der Krankenkasse gefährdet ist. ⁷Hilft die KZV der angezeigten Verletzung des Sicherstellungsauftrags ab, entfällt das Recht zur Ausübung der Zurückbehaltung. ⁸Ist keine Abhilfe erfolgt und liegt auch unter Berücksichtigung der Stellungnahme der KZV eine schuldhaft Pflichtverletzung vor, kann die Krankenkasse Teile der Gesamtvergütung in der angezeigten Höhe einbehalten. ⁹Nach Abstellung der Verletzung des Sicherstellungsauftrags sind die zurückbehaltenen Beträge an die KZV auszuzahlen. ¹⁰Bei unrechtmäßiger Ausübung des Zurückbehaltungsrechts zahlt die Krankenkasse ab dem Zeitpunkt der Zurückbehaltung Verzugszinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz; es können abweichende gesamtvertragliche Regelungen getroffen werden. ¹¹Soweit der Krankenkasse aufgrund der Pflichtverletzung Schäden entstanden sind, können sich daraus ergebende Ansprüche mit den auszuzahlenden Beträgen aufgerechnet werden; es können abweichende gesamtvertragliche Regelungen getroffen werden.

Abschnitt 3 – Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung

§ 6 – Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung

(1) ¹An der vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten der Krankenkassen nehmen teil:

1. zugelassene Zahnärzte und Kieferorthopäden (Vertragszahnärzte) sowie zugelassene medizinische Versorgungszentren (MVZ)
2. ermächtigte Zahnärzte und zahnärztlich geleitete Einrichtungen gemäß § 31 Absätze 1 und 3 und § 31a der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (Zahnärzte-ZV)
3. ermächtigte Zahnärzte und Kieferorthopäden gemäß § 31 Absatz 2 der Zahnärzte-ZV
4. nach § 311 Absatz 2 Sätze 1 und 2 SGB V zugelassene Einrichtungen (neue Bundesländer)
5. ermächtigte Zahnärzte zur vorübergehenden Erbringung von Dienstleistungen auf Grund europarechtlicher Bestimmungen (siehe § 7)

²Die für Vertragszahnärzte getroffenen Regelungen gelten auch für zugelassene Einrichtungen sowie ermächtigte Zahnärzte und ermächtigte zahnärztlich geleitete Einrichtungen, soweit nichts anderes bestimmt ist.

(2) Über Ermächtigungen gemäß Absatz 1 Nr. 3 entscheiden die Zulassungsausschüsse.

(3) Alle nach § 311 Absatz 2 SGB V zugelassenen Einrichtungen, die am 31.12.2003 noch bestanden, nehmen in dem Umfang an der vertragszahnärztlichen Versorgung teil, in welchem sie zu diesem Zeitpunkt Leistungen im Sinne von § 2 dieses Vertrages erbracht haben.

(4) ¹Die Rechtsstellung der Vertragszahnärzte, die vor dem 01.01.1977 an der vertragszahnärztlichen Versorgung der Ersatzkassenversicherten beteiligt waren, bleibt unberührt. ²Die Rechtsstellung der Vertragszahnärzte, die am 31.12.1992 nach § 2 Nr. 2 des Zahnarzt-

/Krankenkassenvertrages in der am 31.12.1992 geltenden Fassung für den Bereich der Kieferorthopädie beteiligt waren, bleibt unberührt.

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

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

Abschnitt 4 – Allgemeine Grundsätze der vertragszahnärztlichen Versorgung

§ 8 – Rechte und Pflichten der Vertragszahnärzte

- (1) Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, die Versorgung der Versicherten nach den Bestimmungen dieses Vertrages durchzuführen.
- (2) ¹Dem Vertragszahnarzt steht die Wahl der therapeutischen Mittel frei. ²Er hat bei seiner zahnärztlichen Tätigkeit die Regeln der zahnärztlichen Kunst und den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu berücksichtigen und hierauf seine Behandlungs- und Ordnungsweise einzurichten.
- (3) ¹Der Vertragszahnarzt hat die Befunde, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassenden Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung mit Zahnbezug fortlaufend in geeigneter Weise zu dokumentieren. ²Die Dokumentation kann auch durch geeignete Verfahren in elektronischer Form erfolgen.

³Die zahnärztlichen Aufzeichnungen oder sonstigen Behandlungsunterlagen, z. B. Heil- und Kostenpläne, Modelle zur diagnostischen Auswertung und Planung, Fotografien und ver-

tragsärztliche Befunde, deren Einholung der Vertragszahnarzt veranlasst hat, sind grundsätzlich 10 Jahre nach Abschluss des Jahres, in dem die Behandlung abgerechnet wurde, aufzubewahren, soweit nicht andere Vorschriften – z. B. die Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen (Röntgenverordnung – RöV) eine abweichende Aufbewahrungszeit vorschreiben.

⁴Soweit die zahnärztlichen Aufzeichnungen oder sonstigen Behandlungsunterlagen elektronisch dokumentiert worden sind, hat der Vertragszahnarzt insbesondere dafür Sorge zu tragen, dass sie innerhalb der Aufbewahrungsfrist in geeigneter Form verfügbar gemacht werden können.

- (4) ¹Die Beantragung bzw. die Anzeige von Leistungen nach den BEMA-Teilen 2 bis 5 erfolgt gegenüber der Krankenkasse grundsätzlich in elektronischer Form. ²Dabei sind die Vorgaben der Grundsatzvereinbarung (Anlage 15 BMV-Z) zu beachten. ³Die vertraglich vereinbarten Formulare (eFormulare, Vordrucke und Muster) sind zu verwenden und vollständig auszufüllen. ⁴Eine gesonderte Gebühr ist nur abrechenbar, wenn dies vereinbart ist. ⁵Im Übrigen gilt der BEMA.
- (5) ¹Der Vertragszahnarzt unterrichtet die Krankenkasse in elektronischer Form oder schriftlich, wenn die kieferorthopädische Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen wurde bzw. einen unplanmäßigen Verlauf nimmt. ²Über den Abbruch einer kieferorthopädischen Behandlung ist die Krankenkasse unter Angabe der Gründe ebenfalls in elektronischer Form oder schriftlich und kostenfrei zu unterrichten; die Portokosten sind abrechenbar. ³Die Unterrichtung nach den Sätzen 1 und 2 erfolgt entsprechend den Vorgaben der Grundsatzvereinbarung über ein elektronisches Beantragungs- und Genehmigungsverfahren (Anlage 15 BMV-Z), im Papierverfahren über Vordruck 4c nach Anlage 14a des BMV-Z. ⁴Eine abgebrochene kieferorthopädische Behandlung kann innerhalb einer Frist von in der Regel sechs Monaten nach Übermittlung der Abbruchmitteilung wiederaufgenommen werden, falls das Behandlungsziel auf der Grundlage des ursprünglichen Behandlungsplans durch eine Wiederaufnahme der Behandlung erreicht werden kann. ⁵Der Vertragszahnarzt zeigt der Krankenkasse die Wiederaufnahme der Behandlung an, bei elektronischem Verfahren durch einen Mitteilungsdatensatz gemäß § 12 der Anlage 15 zum BMV-Z, bei Anwendung des Papierverfahrens durch ein formloses Schreiben.
- (6) ¹Der Vertragszahnarzt darf die Behandlung eines Versicherten nur in begründeten Fällen ablehnen. ²Er ist berechtigt, die Krankenkasse unter Mitteilung der Gründe zu informieren.
- (7) ¹Der Vertragszahnarzt rechnet gegenüber dem Versicherten die Eigenanteile an den Kosten der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen und der kieferorthopädischen Behandlung sowie die Mehrkosten für Zahnfüllungen nach § 28 Absatz 2 Satz 2 SGB V und für Zahnersatz und Zahnkronen nach § 55 Absatz 4 und 5 SGB V ab.

²Im Übrigen darf der Vertragszahnarzt von einem Versicherten eine Vergütung nur fordern, solange der Versicherte die gültige elektronische Gesundheitskarte (eGK) nicht vorlegt oder die Anspruchsberechtigung nicht auf andere Weise nachweist oder wenn und soweit der Versicherte ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden. ³Verlangt der Versicherte eine Behandlung auf eigene Kosten, soll hierüber vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Vertragszahnarzt und dem Versicherten getroffen werden; darin soll sich der Vertragszahnarzt den Wunsch des Versicherten, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen, bestätigen lassen.

§ 9 – Persönliche Leistungserbringung

- (1) ¹Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, die vertragszahnärztliche Tätigkeit gemäß § 3 Absatz 1 dieses Vertrages persönlich auszuüben. ²Persönliche Leistungen sind auch zahnärztliche Leistungen durch genehmigte Assistenten und angestellte Zahnärzte gemäß §§ 32 Absatz 4 bzw. 32b Zahnärzte-ZV.

- (2) Für die Tätigkeit eines Assistenten, angestellten Zahnarztes oder Vertreters trägt der Vertragszahnarzt die Verantwortung.
- (3) ¹Der Vertragszahnarzt kann im Rahmen der allgemeinen zulassungsrechtlichen Bestimmungen Zahnärzte zur Tätigkeit an seinem Vertragszahnarztsitz anstellen. ²Der Vertragszahnarzt ist auch in diesem Falle weiterhin zur persönlichen Praxisführung verpflichtet. ³Die von angestellten Zahnärzten erbrachten Leistungen gegenüber Versicherten stellen Leistungen des Vertragszahnarztes dar, die er als eigene gegenüber der KZV abzurechnen hat. ⁴Der Vertragszahnarzt hat die angestellten Zahnärzte bei der Leistungserbringung persönlich anzuleiten und zu überwachen. ⁵Unter diesen Voraussetzungen können am Vertragszahnarztsitz drei vollzeitbeschäftigte Zahnärzte bzw. teilzeitbeschäftigte Zahnärzte in einer Anzahl, welche im zeitlichen Umfang höchstens der Arbeitszeit von drei vollzeitbeschäftigten Zahnärzten entspricht, angestellt werden. ⁶Will der Vertragszahnarzt vier vollzeitbeschäftigte Zahnärzte anstellen, hat er dem Zulassungsausschuss vor der Erteilung der Genehmigung nachzuweisen, durch welche Vorkehrungen die persönliche Praxisführung gewährleistet wird; Satz 5 zweiter Halbsatz gilt entsprechend. ⁷Bei Teilzulassung gem. § 19a Abs. 2 Zahnärzte-ZV können ein vollzeitbeschäftigter Zahnarzt bzw. teilzeitbeschäftigte Zahnärzte in einer Anzahl, welche im zeitlichen Umfang höchstens der Arbeitszeit von einem vollzeitbeschäftigten Zahnarzt entspricht, angestellt werden. ⁸Will der Vertragszahnarzt mit Teilzulassung gem. § 19a Abs. 2 Zahnärzte-ZV zwei vollzeitbeschäftigte Zahnärzte bzw. teilzeitbeschäftigte Zahnärzte in einer Anzahl, welche im zeitlichen Umfang höchstens der Arbeitszeit von zwei vollzeitbeschäftigten Zahnärzten entspricht, anstellen, hat er dem Zulassungsausschuss vor der Erteilung der Genehmigung nachzuweisen, durch welche Vorkehrungen die persönliche Praxisführung gewährleistet wird.

§ 10 – Zweigpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft

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

²Sofern die weiteren Orte im Bezirk der KZV liegen, in der der Vertragszahnarzt Mitglied ist, ist für die Tätigkeit in einer Zweigpraxis die vorherige Genehmigung der KZV erforderlich. ³Soweit die weiteren Orte außerhalb des Bezirks der KZV liegen, in der der Vertragszahnarzt Mitglied ist, ist für den Betrieb einer Zweigpraxis eine Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss erforderlich, in dessen Bezirk die Zweigpraxis liegt. ⁴Eine Verbesserung der Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten im Sinne von Satz 1 liegt insbesondere dann vor, wenn in dem betreffenden Planungsbereich eine bedarfsplanungsrechtliche Unterversorgung vorliegt. ⁵Eine Verbesserung ist in der Regel auch dann anzunehmen, wenn unabhängig vom Versorgungsgrad in dem betreffenden Planungsbereich regional bzw. lokal nicht oder nicht im erforderlichen Umfang angebotene Leistungen im Rahmen der Zweigpraxis erbracht werden und die Versorgung auch nicht durch andere Vertragszahnärzte sichergestellt werden kann, die räumlich und zeitlich von den Versicherten mit zumutbaren Aufwendungen in Anspruch genommen werden können. ⁶Dies gilt auch, wenn in der Zweigpraxis spezielle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angeboten werden, die im Planungsbereich nicht im erforderlichen Umfang angeboten werden. ⁷Die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragszahnarztsitzes wird in der Regel dann nicht beeinträchtigt, wenn die Dauer der Tätigkeit des Vertragszahnarztes in der oder den Zweigpraxen ein Drittel seiner Tätigkeit am Vertragszahnarztsitz nicht übersteigt.

⁸Soweit sich die Zweigpraxis im Bezirk einer anderen KZV als der befindet, bei der der Vertragszahnarzt Mitglied ist, kann der Vertragszahnarzt für die Tätigkeit an seinem Vertragszahnarztsitz angestellte Zahnärzte beschäftigen. ⁹Er kann außerdem Zahnärzte für die

Tätigkeit in der Zweigpraxis nach Maßgabe der Vorschriften anstellen, die für ihn als Vertragszahnarzt gelten würden, wenn er an dem weiteren Ort zugelassen wäre. ¹⁰Die Dauer der Tätigkeit der am Vertragszahnarztsitz angestellten Zahnärzte in der oder den Zweigpraxen darf ein Drittel der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit am Vertragszahnarztsitz nicht überschreiten. ¹¹Am Ort der Zweigpraxis kann ein Zahnarzt angestellt werden. ¹²Die Dauer dessen Tätigkeit in der Zweigpraxis darf die Dauer der Tätigkeit des Vertragszahnarztes in der Zweigpraxis um höchstens 100 v. H. überschreiten. ¹³§ 9 Absatz 3 dieses Vertrages gilt entsprechend.

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

- (2) ¹Die gemeinsame Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit an einem gemeinsamen Vertragszahnarztsitz (örtliche Berufsausübungsgemeinschaft) oder an unterschiedlichen Vertragszahnarztsitzen (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft) bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses nach näherer Maßgabe des § 33 Absatz 2 und 3 Zahnärzte-ZV. ²Zur Durchführung des Genehmigungsverfahrens ist dem Zulassungsausschuss von den beteiligten Vertragszahnärzten der schriftliche Gesellschaftsvertrag der Berufsausübungsgemeinschaft vorzulegen. ³Der Zulassungsausschuss hat auf dieser Grundlage zu prüfen, ob eine gemeinsame Berufsausübung oder lediglich ein Anstellungsverhältnis bzw. eine gemeinsame Nutzung von Personal- und Sachmitteln vorliegt. ⁴Eine gemeinsame Berufsausübung setzt die auf Dauer angelegte berufliche Kooperation selbständiger, freiberuflich tätiger Zahnärzte voraus. ⁵Erforderlich ist hierfür eine Teilnahme aller Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft an deren unternehmerischem Risiko und an unternehmerischen Entscheidungen sowie eine gemeinschaftliche Gewinnerzielungsabsicht. ⁶Für die Genehmigung KZV-bezirksübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften ist die Abgabe einer schriftlichen Erklärung aller Mitglieder dieser Berufsausübungsgemeinschaft erforderlich, wonach sich diese allen Bestimmungen in Satzungen, Verträgen oder sonstigen Rechtsnormen der gem. § 33 Absatz 3 Zahnärzte-ZV gewählten KZV hinsichtlich der Vergütung, der Abrechnung sowie zu den Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen unterwerfen.
- (3) ¹Mitglieder überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften können ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit auch an den Vertragszahnarztsitzen der übrigen Mitglieder dieser Berufsausübungsgemeinschaft ausüben, wenn die Erfüllung der Versorgungspflicht des Mitgliedes an seinem Vertragszahnarztsitz unter Berücksichtigung der Mitwirkung angestellter Zahnärzte weiterhin im erforderlichen Umfang gewährleistet ist. ²Dies ist dann der Fall, wenn die Tätigkeit an anderen Vertragszahnarztsitzen der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft ein Drittel der Zeit der vertragszahnärztlichen Tätigkeit des Vertragszahnarztes an seinem Vertragszahnarztsitz nicht überschreitet. ³Dies gilt entsprechend für die Tätigkeit der am Vertragszahnarztsitz angestellten Zahnärzte des Vertragszahnarztes an anderen Vertragszahnarztsitzen der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft. ⁴Soweit überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften, die Mitglieder in mehreren KZVen haben, ihre Wahlentscheidung hinsichtlich desjenigen Vertragszahnarztsitzes, der maßgeblich für die auf die Leistungserbringung der Gemeinschaft anzuwendenden ortsgebundenen Regelungen gem. § 33 Absatz 3 Satz 3 Zahnärzte-ZV sein soll, ändern, ist dies nur zum Quartalsende durch schriftliche Erklärungen gegenüber allen beteiligten KZVen möglich, die diesen mindestens sechs Monate vor Wirksamkeit der geänderten Wahlentscheidung zuzugehen haben.

§ 11 – Überweisungen

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

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

Abschnitt 5 – Veranlasste Leistungen

§ 12 – Verordnung von Arzneimitteln

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

§ 13 – Verordnung von Sprechstundenbedarf

Die Verordnung von Sprechstundenbedarf wird zwischen den KZVen und den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Ersatzkassen vereinbart.

§ 14 – Verordnung von Heilmitteln

Bei der Verordnung von Heilmitteln sind die Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung zu beachten.

§ 15 – Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit

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

§ 16 – Verordnung von Krankenhausbehandlung

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

Abschnitt 6 – Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen

§ 17 – Pflichten der Krankenkassen

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

§ 18 – Anspruchsberechtigung und Zahnarztwahl

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

§ 19 – Einträge im Bonusheft

- (1) ¹Das Bonusheft dient dem Versicherten als Nachweis eigener Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne im Sinne von § 55 Absatz 1 Satz 4 SGB V. ²Die Bestätigung durch Eintrag im Bonusheft ist Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung; ein gesonderter Vergütungsanspruch für einen Eintrag in das papiergeführte Bonusheft besteht insoweit nicht. ³Satz 2 gilt auch für die Bestätigung gesundheitsbewussten Verhaltens im Sinne des § 65a SGB V.
- (2) Die Krankenkassen informieren die Versicherten oder deren Erziehungsberechtigte darüber,
 - a) dass sie bei Wahl des Papierverfahrens dem Vertragszahnarzt das Bonusheft unaufgefordert vorzulegen und bei Wahl des elektronischen Verfahrens dem Vertragszahnarzt eine Zugriffsberechtigung zum eBonusheft zwecks Datenverarbeitung zu erteilen haben;
 - b) dass es sich empfiehlt, bei Wahl des elektronischen Verfahrens die Eintragungen im eBonusheft für den Fall einer unbeabsichtigten Löschung in geeigneter Form (z. B. PDF) zusätzlich in einem anderen Speichermedium zu sichern.
- (3) ¹Im Papierverfahren händigt der Vertragszahnarzt jedem Versicherten, der das 12. Lebensjahr vollendet hat, ein Bonusheft aus, im elektronischen Verfahren ist das eBonusheft als Medizinisches Informationsobjekt (MIO) Bestandteil der elektronischen Patientenakte (ePA). ²Die Ausgabe des Bonushefts bzw. die Entscheidung des Versicherten zur Führung eines eBonushefts ist in der Patientenakte der Praxis zu dokumentieren. ³Bei Versicherten, die das 12. Lebensjahr vollendet haben, trägt der Vertragszahnarzt für jedes Kalenderhalbjahr das Datum des Mundhygienestatus (Nr. IP 1) ein. ⁴Bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, trägt der Vertragszahnarzt jährlich das Datum einer zahnärztlichen Untersuchung im Sinne von § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V ein. ⁵Die Eintragungen sind im Papierverfahren mit Stempel und Unterschrift, im elektronischen Verfahren mit elektronischer Signatur der Praxis mittels Praxis-/Institutionskarte (SMC-B) zu versehen.
- (4) ¹Ist ein Zugriff auf das eBonusheft nicht möglich oder legt der Versicherte im Papierverfahren das Bonusheft nicht vor, kann der Eintrag beim nächsten Zahnarztbesuch nachgeholt oder dem Versicherten eine Ersatzbescheinigung über die Durchführung der zahnärztlichen Untersuchung im Sinne von § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V ausgestellt werden. ²In die

Ersatzbescheinigung sind Name, Vorname, Geburtsdatum und Krankenversicherungsnummer des Versicherten einzutragen.

- (5) Das papiergebundene Bonusheft hat die aus der Anlage 14a (Vordruck 8) zum BMV-Z ersichtliche Fassung.
- (6) Die Kosten der Formulare tragen die Krankenkassen.
- (7) Die KZVen halten – bei gegebenem Anlass – die Vertragszahnärzte zu einer wirtschaftlichen Verwendung des Papier-Bonushefts an.

Abschnitt 7 – Vordrucke, Vertragszahnarztstempel, Zahnarztnummer

§ 20 – Formulare

- (1) Die zur Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung erforderlichen Formulare – mit Ausnahme der von den KZVen zu schaffenden und von ihnen zu liefernden Formulare für die Abrechnung der Vertragszahnärzte – werden zwischen den Partnern dieses Vertrags vereinbart.
- (2) Für die Formulare sowohl aus dem vertragszahnärztlichen als auch aus dem vertragsärztlichen Bereich gelten die Anlagen 14a und 14b (Vordrucke) sowie 14c und 14d (eFormulare) zum BMV-Z.

§ 21 – Vertragszahnarztstempel

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

§ 21a – Zahnarztnummer

- (1) ¹In den vorgeschriebenen Fällen hat der Vertragszahnarzt die ihm von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung zugewiesene Zahnarztnummer zu verwenden. ²In den zur Abrechnung gebrachten Behandlungsfällen werden die Zahnarztnummern aller am Behandlungsfall beteiligten Zahnärzte der Praxis (Zahnarztpraxis oder Einrichtung) angegeben.
- (2) ¹Wird der Zahnarzt außerhalb des Bereichs der Kassenzahnärztlichen Vereinigung tätig, die die Zahnarztnummer vergeben hat, hat er der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, in deren Bereich er die Tätigkeit aufnimmt, vor Aufnahme der Tätigkeit seine Zahnarztnummer mitzuteilen. ²Diese prüft die Richtigkeit der Angabe.
- (3) Das Nähere zur Vergabe der Zahnarztnummern und der Abrechnungsnummern regelt die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung in den Richtlinien nach § 75 Abs. 7 SGB V.

Protokollnotizen:

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass unter den Begriff „aller am Behandlungsfall beteiligten Zahnärzte“ i.S.v. § 21a Abs. 1 BMV-Z auch angestellte und ermächtigte Zahnärzte fallen.

Die Regelung über die Verwendung der Zahnarzt Nummer nach Maßgabe des § 21a Abs. 1 BMV-Z gilt für Medizinische Versorgungszentren sowie Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V entsprechend.

Abschnitt 8 – Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen

§ 22 – Vergütung der Vertragsleistungen

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

§ 23 – Abrechnung zwischen Vertragszahnarzt und Kassenzahnärztlicher Vereinigung

- (1) ¹Leistungen nach BEMA-Teil 1 und Zuschüsse zur kieferorthopädischen Behandlung (BEMA-Teil 3) hat der Vertragszahnarzt vierteljährlich, Leistungen nach den BEMA-Teilen 2 und 4 und Festzuschüsse zu Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5) monatlich zu dem von der KZV bestimmten Termin, getrennt voneinander abzurechnen. ²Die Abrechnung erfolgt grundsätzlich auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung.
³Die Abrechnung muss für jede Krankenkasse gesondert und getrennt nach den Personenkreisen Mitglieder (M), Familienangehörige der Mitglieder (F) sowie Rentner und ihre Familienangehörigen (R) aufgestellt werden.
- (2) ¹Mit der Abrechnung der BEMA-Teile 1 bis 5 bestätigt der Vertragszahnarzt, dass die abgerechneten Leistungen nach Maßgabe des § 9 dieses Vertrages persönlich erbracht worden sind und dass die Abrechnung sachlich richtig ist.
²Die Bestätigung beinhaltet auch, dass
 - a) die abgerechneten Material- und Laborkosten der gewerblichen Laboratorien tatsächlich entstanden sind und dass er Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten an die Krankenkasse weitergibt,
 - b) die zahntechnischen Leistungen des Zahnarztlabors tatsächlich von diesem erbracht worden sind.
- (3) ¹Grundsätzlich dürfen nur abgeschlossene Leistungen abgerechnet werden, es sei denn, Leistungen können aus Gründen, die der Vertragszahnarzt nicht zu vertreten hat, nicht abgeschlossen werden. ²Leistungen, die entsprechend den in Absatz 1 genannten Fristen nicht abgeschlossen worden sind, können in einem der nächsten Abrechnungszeiträume abgerechnet werden.
- (4) ¹Kommt eine kieferorthopädische Behandlung, eine systematische Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen, eine prothetische Behandlung, eine Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels oder Kiefergelenkerkrankungen nach diesem Vertrag nicht zur Durchführung, so können die Kosten für diagnostische Leistungen, für die Erstellung eines Behandlungsplans, für die Erstellung eines Parodontalstatus und Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen nach den Vertragssätzen unabhängig von der Genehmigung des Behandlungsplans abgerechnet werden. ²Wird die Behandlung abgebrochen oder entfällt die Leistungspflicht der Krankenkasse, so erhält der Vertragszahnarzt die bis zum Zeitpunkt des Behandlungsabbruchs bzw. des Wegfalls der

Leistungspflicht der Krankenkasse entstandenen Kosten, insbesondere die entstandenen Materialkosten und zahntechnischen Leistungen, in voller Höhe vergütet.

- (5) Der Vertragszahnarzt kann die bei der KZV eingereichte Abrechnung nur solange ergänzen oder ändern, als sie nicht bereits von der KZV an die Krankenkasse weitergeleitet worden ist.
- (6) Versäumt der Vertragszahnarzt den Abrechnungstermin für Leistungen nach den BEMA-Teilen 1 bis 5, so kann die KZV die Abrechnung bis zum nächsten Abrechnungstermin zurückstellen.
- (7) Die Abrechnung von vertragszahnärztlichen Leistungen ist nach Ablauf eines Jahres vom Ende des Kalendervierteljahres an gerechnet, in dem sie erbracht worden sind, abgeschlossen.

Protokollnotiz:

Die Überprüfung von Abrechnungen, für die gegenüber den Krankenkassen bereits Rechnung gelegt worden ist, kann im Rahmen von Verfahren zur Umsetzung der gesetzlichen Aufgaben der KZVen und Krankenkassen zu deren Änderung und/oder Ergänzung führen.

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

§ 24 – Abrechnung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen

- (1) Die KZV überprüft die Abrechnungen der Vertragszahnärzte rechnerisch und gebührenordnungsmäßig und stellt sie richtig.
- (2) Neben den gesamtvertraglichen Regelungen gelten die Richtlinien der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen der KZVen und der Krankenkassen gemäß § 106d Absatz 6 Satz 1 SGB V in der jeweiligen gültigen Fassung.
- (3) Die KZV berichtigt die Honorarforderung des Vertragszahnarztes bei Fehlern hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit.
- (4) ¹Die KZV übersendet die Abrechnung entsprechend den Vorgaben des Vertrags über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung (DTA-Vertrag) an die Krankenkassen. ²Teilrechnungen und Vorbehaltsvermerke sind unzulässig.
- (5) Die in den nachfolgenden Absätzen 6 bis 7 aufgeführten Regelungen finden Anwendung, wenn sich aus den Gesamtverträgen bzw. den Vereinbarungen mit den Ersatzkassen keine abweichenden Regelungen ergeben.
- (6) ¹Berichtigungen von Fehlern bei der Anwendung des BEMA, von Rechenfehlern und sonstigen offenbaren Unrichtigkeiten sollen grundsätzlich binnen sechs Monaten nach Eingang

der Rechnung bei der Krankenkasse von dieser bei der KZV geltend gemacht werden. ²Die Abrechnungsprüfung nach § 106d SGB V bleibt unberührt.

³Für den Fristbeginn ist der Eingang der Datenlieferungen im vertraglich vereinbarten Umfang bei der Datenannahmestelle der jeweiligen Krankenkasse maßgebend. ⁴Die Datenannahmestelle hat spätestens 8 Tage nach Eingang der Daten die Datenlieferung zu bestätigen (ggf. Quittierung der Mehrfertigung des Transportbegleitzettels), anderenfalls beginnt die Frist zwei Wochen nach Versand der Datenlieferung durch die KZV zu laufen.

⁵Wird von der KZV ein Antrag nach Satz 1 nicht innerhalb von sechs Monaten bearbeitet, kann die Krankenkasse einen Betrag in Höhe der sich unter Zugrundelegung des Antrags ergebenden Honorarberichtigung auf die zu zahlende Gesamtvergütung anrechnen.

Protokollnotiz:

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

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

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

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

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

§ 25 – Abrechnungsunterlagen und Datenträgeraustausch

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

Abschnitt 9 – Prüfung der Abrechnung und Wirtschaftlichkeit

§ 26 – Wirtschaftlichkeitsprüfung

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

§ 27 – Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfung

Die KZVen und die Krankenkassen führen Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfungen gemäß den Richtlinien der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbands

nach § 106d Absatz 6 SGB V zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfungen nach § 106d Absatz 2 und 3 SGB V sowie nach den ergänzenden gesamtvertraglichen Regelungen durch.

Abschnitt 10 – Vertragsverletzungen und Forderungen

§ 28 – Vertragsverletzungen

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

§ 29 – Forderungen von Krankenkassen

- ¹Forderungen aus diesem Vertrag von Krankenkassen gegen einen Vertragszahnarzt, die durch die KZV bzw. durch das jeweilige Gremium bestandskräftig festgestellt worden sind, werden bei der nächsten Abrechnung von der Krankenkasse gegenüber der KZV abgesetzt.
- ²Forderungen in diesem Sinne können sich insbesondere ergeben aufgrund mangelhafter prothetischer oder kieferorthopädischer Leistung, sachlich rechnerischer Unrichtigkeit der Abrechnung, unwirtschaftlicher Leistungserbringung oder aufgrund eines sonstigen Schadens.
- ³Eine Befriedigung der Forderung über die KZV findet nicht statt, wenn diese belegt, dass sie ohne eigenes Verschulden die Forderung gegen den Vertragszahnarzt nicht durchsetzen kann; in diesen Fällen kann die Krankenkasse ihre Forderung unmittelbar gegenüber dem Vertragszahnarzt geltend machen.
- ⁴Abweichend davon haftet die KZV den Krankenkassen aus der Gesamtvergütung für Forderungen gegenüber einem Vertragszahnarzt aufgrund sachlich-rechnerischer Unrichtigkeit oder unwirtschaftlicher Leistungserbringung, soweit nach Maßgabe der Gesamtverträge ein Erstattungsanspruch für Forderungen aus sachlich-rechnerischer Richtigstellung und Wirtschaftlichkeitsprüfung besteht.
- ⁵Die KZV haftet nicht nach Satz 4, soweit die Gesamtvergütung überschritten wird oder ein Pauschalvergütungsvertrag vorliegt.
- ⁶Gesamtvertragliche Regelungen zur Ausgestaltung des Abwicklungsverfahrens sind zulässig.

Abschnitt 11 – Qualität der vertragszahnärztlichen Versorgung

§ 30 – Qualitätssicherung in der vertragszahnärztlichen Versorgung

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

§ 31 – Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

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

§ 32 – Arbeitsgemeinschaften

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

Abschnitt 12 – Inkrafttreten und Kündigung

§ 33 – Inkrafttreten und Kündigung

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