

2. Telematik-Infrastruktur

Die gematik hat am 22.06.2018 die Zulassung für einen weiteren Konnektor erteilt.

Neben der KoCo-BoxMED+ der Firma CGM ist jetzt auch der

- Konnektor der T-Systems International GmbH

auf dem Markt verfügbar.

Zugelassen wurden auch folgende mobile Kartenterminals:

- Ingenico Healthcare GmbH (ORGA 930 M)
- Cherry GmbH (Cherry ST-1530)
- Zemo EDV Handels GmbH (ZEMO VML-GK2)

Die Refinanzierung von mobilen Kartenlesegeräten ist unter bestimmten Voraussetzungen möglich, die von der Anzahl der Besuchsbehandlungen bzw. den Abschluss von Kooperationsverträgen abhängen.

5. Digitale Planungshilfe für Festzuschüsse (DPF) Update Version 3.0.

Die KZBV stellt das aktuelle Update zur Digitalen Planungshilfe auf Version 3.0. auf ihrer Website unter www.kzbv.de/dpf zum Download zur Verfügung.

Das Update enthält die ab 01.07.2018 geltenden neuen Festzuschussbeträge.

3. Neuer Bundesmantelvertrag Zahnärzte (BMV-Z)

Praxisrelevante Änderungen

Mit **ZAHNARZT – aktuell** 6/2018 hatten wir Sie über den neuen Bundesmantelvertrag Zahnärzte (BMV-Z) informiert und Ihnen das Vertragswerk zur Verfügung gestellt. In vielen Teilen stellt der neue BMV-Z eine redaktionelle Überarbeitung der bislang in den getrennten Verträgen mit den Primärkassen einerseits und den Ersatzkassen andererseits getroffenen Vereinbarungen dar. Allerdings ergeben sich durch die Zusammenführung der Verträge auch einige inhaltliche Änderungen mit Bedeutung für die tägliche Praxis:

Änderungen im Paragrafenteil des BMV-Z:

- **Gutachterverfahren (§ 4 Abs. 9):** Die Krankenkassen können seit dem 01.07.2018 auch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Begutachtung geplanter oder ausgeführter Leistungen beauftragen und das Begutachtungsergebnis des MDK zur Grundlage einer Entscheidung über die Leistungspflicht machen. Das vertragszahnärztliche Gutachterverfahren und der MDK erfahren also eine Gleichstellung. Allerdings ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen die Beauftragung der Gutachten nur in wenigen Einzelfällen auf den MDK umstellen werden.

Praxishinweis: Sie sind also auch bei einer Beauftragung des MDK gehalten, die für das Gutachten relevanten Behandlungsunterlagen dem Gutachter zur Verfügung zu stellen. Eine gesonderte Schweigepflichtentbindungserklärung des Patienten benötigen Sie in diesen Fällen nicht.

- **Aufbewahrungsfristen (§ 8 Abs. 3):** *"... zahnärztliche Aufzeichnungen, z. B. Heil- und Kostenpläne, Modelle zur diagnostischen Auswertung und Planung, Fotografien und vertragsärztliche Befunde, deren Einholung der Vertragszahnarzt veranlasst hat, sind grundsätzlich 10 Jahre nach Abschluss des Jahres, in dem die Behandlung abgerechnet wurde, aufzubewahren ..."*. Erfolgt eine elektronische Dokumentation, ist dafür Sorge zu tragen, dass die Unterlagen innerhalb der Aufbewahrungsfrist in geeigneter Form verfügbar gemacht werden können.

Ausdrücklich ausgenommen von den Aufbewahrungsfristen sind Arbeitsmodelle.

Praxishinweis: Damit finden die bekannten Regelungen des Patienten-Rechtegesetzes (§ 630 f des BGB) Eingang in den BMV-Z.

- **Möglichkeiten der Privatvereinbarung (§ 8 Abs. 7):** Der Vertragszahnarzt kann vom Versicherten in bestimmten Fällen eine Vergütung fordern.

Neben den Mehrkostenvereinbarungen nach § 28 SGB V, den Eigenanteilen bei Zahnersatz nach § 55 SGB V und den Fällen, in denen der Versicherte keine Versichertenkarte oder einen anderen Anspruchsnachweis beibringen kann, betrifft das alle Behandlungen, die die Versicherten auf ausdrücklichen, eigenen Wunsch abweichend von der Kassenleistung erhalten (also z. B. Funktionsanalytische Leistungen, Endodontie außerhalb der GKV-Richtlinien, private Zusatzleistungen ...).

Die ursprünglichen Bezugnahmen für derartige Vereinbarungen (§ 5 Abs. 4 BMV-Z und § 7 Abs. 7 EKV-Z) sind hinfällig und werden formal ersetzt durch eine Vereinbarung nach § 8 Abs. 7 BMV-Z.

Praxishinweis: Inhaltlich ergeben sich keine Änderungen. Eine zu schließende Vereinbarung wird lediglich einen neuen rechtlichen Bezug (§ 8 Abs. 7 BMV-Z) aufweisen.

- **Verordnung von Krankenhausbehandlung (§ 16):** Die Verordnung einer Krankenhausbehandlung durch den Zahnarzt ist zulässig, *wenn eine "ambulante Versorgung zur Erzielung des Heil- und Linderungserfolges nicht ausreichend ist."*

Praxishinweis: Zukünftig muss ein entsprechender Verordnungsvordruck genutzt werden. (Bislang konnten Zahnärzte eine formlose Einweisung in ein Krankenhaus vornehmen.). Die Vordrucke können Sie über die KZV Hamburg anfordern. In unserer Internetrubrik "Abrechnungsfragen A-Z" finden Sie entsprechende [Ausfüllhinweise für die Verordnung einer Krankenhausbehandlung](#).

- **Fristen zur Abrechnung (§ 23 Abs. 7)** Der neue BMV-Z nimmt die Regelungen des bisherigen EKV-Z auf: *"Die Abrechnung von vertragszahnärztlichen Leistungen ist nach Ablauf eines Jahres vom Ende des Kalendervierteljahres angerechnet, in dem sie erbracht worden sind, ausgeschlossen."*

Praxishinweis: Damit entfallen die bislang für den Primärkassenbereich genutzten großzügigeren Fristenregelungen. Bitte achten Sie daher darauf, zeitnah abzurechnen.

- **Sicherheitseinbehalt (§23 Abs. 10)** Die KZVen sind nun auch nach dem BMV-Z verpflichtet, bei Beendigung der Praxistätigkeit Zahlungen an den Vertragszahnarzt ganz oder teilweise auszusetzen bis festgestellt worden ist, ob Prüfverfahren oder Rückforderungen anhängig sind.

Praxishinweis: Ein solcher Sicherheitseinbehalt wird durch die KZV Hamburg satzungsgemäß bereits seit Jahren vorgenommen.

Änderungen im Anlagenteil des BMV-Z:

Der Anlagenteil des neuen BMV-Z enthält eine Reihe von eigenständigen Vereinbarungen mit den Krankenkassen zu unterschiedlichen Themenbereichen wie z. B. die Vereinbarungen über die Versorgung mit Zahnersatz, zur Individualprophylaxe, zum Antrags-/ Genehmigungsverfahren, zum Gutachterwesen der verschiedenen Behandlungsbereiche, zur eGK etc.

- **Abformpauschalen KBR und KFO (Anlagen 1, 3.2.2 und 4.3.2):** Für beide Kassengruppen gelten ab 01.07.2018 einheitliche Abformpauschalen:

- ▶ Abformpauschale KBR: 3,00 Euro pro Abformung
- ▶ Abformpauschale KFO: 2,80 Euro pro Abformung

Die Abrechnung der Anzahl der Abformungen muss unter strikter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes erfolgen.

Praxishinweis: Bislang wurde die Abrechnung der Abformkosten für verschiedene Kassen und Bundesländer unterschiedlich gehandhabt. Jetzt liegt eine bundesmantelvertragliche Regelung vor, die für alle Kassen gleichermaßen Gültigkeit hat. Lediglich für AOKn mit Sitz in Bayern und BKKn/IKKn mit WOP in Bayern sind die Gespräche zur Übernahme der Regelungen des BMV-Z noch nicht abgeschlossen.

- **Übermittlung des KFO-Behandlungsplanes (Anlage 4):** Erstmals mit der Abrechnung III/2018 müssen im Rahmen der kieferorthopädischen Abrechnung gegenüber der KZV auch die Daten des kieferorthopädischen Behandlungsplanes mit dem Genehmigungsdatum elektronisch übermittelt werden.

Praxishinweis: Die Übermittlung dieser Daten wird durch Ihr Praxisverwaltungssystem umgesetzt.

- **Änderungen Formulare [Anlage \(14a/b\)](#):** Eine Reihe vertragszahnärztlicher Formulare (u. a. Behandlungspläne KBR und KFO, Parodontalstatus, Heil- und Kostenplan) wurde redaktionell überarbeitet. Geändert wurde im Wesentlichen das Personalienfeld.

Wie schon in der Heilmittelverordnung entfällt z. B. das Feld "VK gültig bis". Dafür rückt das Feld "Vertragszahnarzt-Nr." entsprechend nach rechts. Dieses Feld wird bedruckt mit der zweistelligen KZV-Nummer (32) und der sechsstelligen Vertragszahnarzt Nummer. Alle Formulare sowie die Erläuterungen und Ausfüllhinweise zu den Formularen finden Sie auf unserer Website unter [Praxis | Formulare und Vordrucke](#).

Außerdem entfällt auf dem Heil- und Kostenplan der grüne "Kopierschutz", der bislang auf den Feldern der vertragszahnärztlichen Daten, der GOZ und der Material- und Laborkosten aufgebracht war.

[Praxishinweis:](#) Für alle geänderten Formulare gilt eine **Übergangsregelung bis zum 31.08.2018**. Bis zu diesem Zeitpunkt können noch die alten Formulare verwendet werden. Ab 01.09.2018 haben nur noch die neuen Formulare Gültigkeit, die Sie größtenteils auch als Vordrucke über die Praxisverwaltungssoftware erstellen können.

Auf der Website der KZBV finden Sie die Gesamtausgabe des BMV-Z inkl. aller Anlagen.

4. BEMA-Nrn. 13e-h: Erläuterungen

Mit **ZAHNARZT – aktuell** 6/2018 vom 21.06.2018 hatten wir Sie über den Beschluss des Bewertungsausschusses zu den BEMA-Nrn. 13e-h informiert. Zur Umsetzung der EU-Quecksilberverordnung hatte der Bewertungsausschuss die bisherigen BEMA-Nrn. 13e-g (Komposite-Füllungen im Seitenzahnbereich) und die neue Nr. 13h (mehr als dreiflächige Komposite-Füllung im Seitenzahnbereich) für folgende Patientengruppen geöffnet:

- Kinder bis 15 Jahre
- Schwangere und Stillende

Für diese Patientengruppen sind adhäsiv befestigte Komposite-Füllungen im Seitenzahnbereich vom Grundsatz her als **vertragszahnärztliche Leistung ohne Zuzahlung** zu erbringen. Es ist damit zu rechnen, dass der Beschluss des Bewertungsausschusses in den Medien und ggf. auch bei der Beratung durch die gesetzlichen Krankenkassen sehr pauschal und verkürzt im Sinne von: "*Kunststoff-Füllungen bei allen Kindern und Schwangeren/Stillenden jetzt kostenfrei*" wiedergegeben wird. Deshalb bitten wir Sie, in der Beratung gegenüber Ihren Patienten und in der Abrechnung Folgendes zu beachten:

Vertragszahnärztliche Versorgung: Ein gesetzlich versicherter Patient hat in jedem Fall Anspruch auf eine zuzahlungsfreie und medizinisch für den jeweiligen Einzelfall adäquate vertragszahnärztliche Füllungsversorgung. Die Einschränkung des Versorgungsangebotes einer Praxis auf ausschließlich zuzahlungspflichtige Füllungslösungen ist nicht statthaft und stellt einen Verstoß gegen die vertragszahnärztlichen Pflichten dar.

Amalgam: Auch für die o. g. Patientengruppen ist Amalgam als vertragszahnärztliche Füllungsalternative **nicht gänzlich ausgeschlossen**. Amalgam kann auch bei Patienten unter 15 Jahren, Schwangeren und Stillenden dann eingesetzt werden, wenn der Zahnarzt eine solche Behandlung wegen der spezifischen medizinischen Erfordernisse im Einzelfall als zwingend notwendig erachtet.

Solche Einzelfälle, die den zuzahlungsfreien Einsatz anderer, dauerhafter Füllungsmaterialien im Seitenzahngebiet erfordern, könnten z. B. durch Allergien gegen Kunststoffbestandteile, erschwerte Zugänglichkeit, unsichere marginale Abdichtung etc. bedingt sein. In solchen Einzelfällen ist die Amalgam-Versorgung wie bisher nach den BEMA-Nrn. 13a-d abzurechnen.

Milchmolaren: Die BEMA-Nrn. 13e-h differenzieren nicht zwischen dem Milchzahngewebis und dem bleibenden Gebiss und sind daher grundsätzlich auch bei Milchmolaren abrechenbar. Vor dem Hintergrund der bislang vorhandenen und praxiserprobten Materialien (z. B. GIZ-Füllungen, Kompomere) ist der vertragszahnärztliche **Einsatz von Komposite-Füllungen im Einzelfall kritisch auf das Wirtschaftlichkeitsgebot** hin zu überprüfen. Kriterien sind dabei z. B.:

- Mundhygienestatus: Adhäsiv befestigte Komposite-Füllungen können nur in einem Umfeld guter bis sehr guter Mundhygiene erbracht werden.
- Zahnschubstanz: Für die anzuwendende Ätztechnik bei der adhäsiven Befestigung muss ein adäquates Angebot an Zahnschubstanz vorhanden sein.
- Zahnwechsel: Die prognostizierbare Dauerhaftigkeit der Versorgung im Hinblick auf den Zahnwechsel muss unter dem Blickwinkel des Wirtschaftlichkeitsgebotes überprüft werden.
- Behandlungscompliance: Die aufwendigere Herstellung adhäsiver (ggf. mehrschichtiger), lichtgehärteter Komposite-Füllungen ist nur bei entsprechender Compliance während der Behandlung als wirtschaftlich einzustufen.

Milchzahn-Füllungen nach den BEMA-Nrn. 13e-h werden gegenüber den gängigen konventionellen GIZ-Füllungen oder Kompomeren nach den BEMA-Nrn. 13a-d (oder den vertragszahnärztlichen Möglichkeiten der BEMA-Nr. 14 – Kinderkrone) nur in besonderen Fällen dem Wirtschaftlichkeitsgebot der Sozialgesetzgebung entsprechen.

Sind jedoch die o. g. Kriterien bei den jeweiligen Patienten erfüllt bzw. durch entsprechende einzelne Maßnahmen (z. B. Herstellung einer entsprechenden Mundhygienesituation) erfüllbar, sind auch bei Milchmolaren adhäsiv befestigte Komposite-Füllungen als reine Vertragsleistung zu erbringen.

Mehrkostenvereinbarungen nach § 28 Abs. 2 SGB V: Mit der Abrechnung der Geb.-Nrn. 13e-h ist die Verwendung jedes erprobten und praxisüblichen plastischen Füllmaterials einschließlich der Anwendung der Ätztechnik und der Lichtaushärtung abgegolten.

Bedingt die Größe des Defektes einen mehrschichtigen Aufbau, um Polymerisations-schrumpfungen entgegen zu wirken, so ist auch diese Verfahrensweise Bestandteil der BEMA-Nrn. 13e-h.

Darüber hinausgehende Versorgungen (wie z. B. die Mehrfarbtechnik im Sinne einer ästhetischen Optimierung oder Inlays) sind nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung und über eine entsprechende Mehrkostenvereinbarung mit dem Patienten abzurechnen.

Für die Gegenrechnung im Rahmen einer Mehrkostenvereinbarung gilt bei den genannten Patientengruppen im Seitenzahnbereich:

- Im **bleibenden Gebiss:** Wählen Schwangere/Stillende und Jugendliche unter 15 Jahren mehrkostenfähige Leistungen (z. B. Mehrfarbfüllungen, Inlays etc.) erfolgt die **Gegenrechnung i. d. R. über die BEMA-Nrn. 13e-h**. In Einzelfällen wäre auch eine Gegenrechnung über die BEMA-Nrn. 13a-d denkbar, wenn z. B. der Patient eine Inlay-Versorgung wählt und gleichzeitig der Zahnarzt z. B. wegen Kunststoff-Allergien in diesem Behandlungsfall eine Amalgamversorgung als Kassenleistung einstuft.
- Im **Milchzahngebiss:** Da hier – wie oben beschrieben – in der Regel andere praxis-erprobte Füllungsmaterialien (z. B. GIZ, Kompomere) die kassenwirtschaftliche Versorgung darstellen, wird bei **Milchmolaren eine Gegenrechnung über die BEMA-Nrn. 13a-d** bei gleichzeitiger mehrkostenfähiger Versorgung mit Komposite-Füllungen erfolgen.

1%-Regelung: In einer Protokollnotiz, die bereits vor dem Beschluss des Bewertungsausschusses zu den Nrn. 13e-h Bestand hatte, ist festgehalten, der Bewertungsausschuss gehe davon aus, dass die Gesamtzahl der über die Nrn. 13e-h abgerechneten Füllungen nicht mehr als 1 % aller Füllungen beträgt. Zu dieser Protokollnotiz ist festzuhalten, dass ...

- es sich hierbei lediglich um eine Annahme handelt, die nach den ersten Leistungsquartalen zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss neu überprüft und ggf. angepasst werden muss.
- es eine Annahme ist, die sich auf die Gesamtzahl aller abgerechneten Füllungen bezieht und nicht auf einzelne Praxen.
- es keine Grenze für eine Wirtschaftlichkeitsprüfung o. Ä. darstellt.
- auch Praxen, die überwiegend Kinder und Jugendliche behandeln, auf der Grundlage dieser Annahme keine Kürzungen befürchten müssen.