

Vergütungsvereinbarung für 2019 und 2020

zwischen

der Kassenzahnärztlichen Vereinigung im Lande Bremen

und

der AOK Bremen/Bremerhaven

**dem BKK Landesverband Mitte,
Eintrachtweg 19. 4, 30171 Hannover**

der IKK gesund plus,

handelnd als IKK-Landesverband für das Land Bremen

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau – SVLFG,
Geschäftsstelle Hannover, Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover**

handelnd als Landesverband für das Land Bremen

auf der Grundlage der §§ 71, 82 Abs. 2, 83 und 85 SGB V.

Abschnitt I.

- 1.1 Das Ausgabevolumen für die vertragszahnärztlichen Leistungen nach den BEMA-Teilen
- A. 1 – konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen ohne die vertragszahnärztlichen Leistungen nach den §§ 22, 24d Satz 3 und 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V und die BEMA-Positionen 107a, 171 a/b, 172 a/b, 173 a/b sowie 174 a/b
 - B. 2 – Behandlungen von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels ohne Material- und Laboratoriumskosten und „Sonstige Kosten“,
 - C. 3 – kieferorthopädische Behandlung ohne Material- und Laboratoriumskosten,
 - D. 4 – systematische Behandlung von Parodontopathien einschl. Material- und Laboratoriumskosten und „Sonstigen Kosten“

beträgt für die beteiligten Krankenkassen insgesamt

für das Jahr 2019: 41.112.264 €

und verteilt sich auf die beteiligten Krankenkassen gemäß der Anlagen 1 bis 4.

Für das Jahr 2020 erhöhen sich die Gesamtvergütungen der beteiligten Krankenkassen gemäß der Anlagen 1 bis 4 um die für das Jahr 2020 durch das Bundesministerium für Gesundheit bekanntgegebene Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied nach § 71 Abs. 3 SGB V.

Veränderungen der Zahl der Versicherten der beteiligten Krankenkassen in den Jahren 2019 und 2020 (ohne Anspruchsberechtigte nach § 264 SGB V) sind zu beachten.

Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 SGB V und auf Grund der Mehrkostenregelung nach § 28 Abs. 2 Satz 3 SGB V sind auf das Ausgabevolumen gemäss der Anlagen 1 bis 4 anzurechnen.

Die Vergütungen für Anspruchsberechtigte nach § 264 SGB V erfolgen außerhalb der vorstehend aufgeführten Gesamtvergütungen.

- 1.2 Berechnung der Gesamtvergütung für die Allgemeinen Ortskrankenkassen

Gemäß der Vereinbarung zur Umsetzung des Wohnortprinzips gemäß § 83 SGB V vom 05.08.2014 erfolgt für die beteiligten AOKen keine Differenzierung nach Kassen. Die vor-

läufige Gesamtvergütung (ohne Leistungen für Anspruchsberechtigte nach § 264 Abs. 6 SGB V) für das Jahr 2019 wird gemäß Anlage 1 berechnet.

1.3 Berechnung der Gesamtvergütungen für die Betriebskrankenkassen

1.3.1 Die Berechnung der Gesamtvergütungen erfolgt für beteiligte Betriebskrankenkassen mit mehr als 4.000 Versicherten mit Wohnort im KZV-Bereich Bremen (Stichtag: 01.01.2019 für 2019 / 01.01.2020 für 2020) je Krankenkasse (jeweils ohne Anspruchsberechtigte nach § 264 Abs. 6 SGB V). Die vorläufigen Gesamtvergütungen je Betriebskrankenkasse für das Jahr 2019 werden gemäß Anlage 2 berechnet.

1.3.2 Für beteiligte Betriebskrankenkassen mit einer geringeren Versichertenzahl (ohne Anspruchsberechtigte nach § 264 Abs. 6 SGB V) als nach Ziff. 1.3.1 erfolgt keine Differenzierung nach Kassen. Die vorläufige Gesamtvergütung für das Jahr 2019 wird gemäß Anlage 2a berechnet.

1.3.3 Eine Veränderung der Versichertenzahlen der beteiligten Betriebskrankenkassen (ohne Anspruchsberechtigte nach § 264 Abs. 6 SGB V) hat für 2019 nach dem 01.01.2019 und für 2020 nach dem 01.01.2020 keinen Einfluss auf die Zuordnung gemäß Ziff. 1.3.1 und 1.3.2. in dem jeweiligen Jahr.

1.4 Berechnung der Gesamtvergütungen der Innungskrankenkassen

1.4.1 Für die IKK gesundplus wird die vorläufige Gesamtvergütung (ohne Leistungen für Anspruchsberechtigte nach § 264 Abs. 6 SGB V) für das Jahr 2019 gem. Anlage 3 berechnet.

1.4.2 Für die weiteren einstrahlenden IKKs werden die vorläufigen Gesamtvergütungen (jeweils ohne Leistungen für Anspruchsberechtigte nach § 264 Abs. 6 SGB V) je Krankenkasse für das Jahr 2019 gemäß Anlage 3a berechnet.

1.5 Berechnung der Gesamtvergütungen der SVLFG

Die vorläufige Gesamtvergütung (ohne Leistungen für Anspruchsberechtigte nach § 264 Abs. 6 SGB V) für das Jahr 2019 wird gemäß Anlage 4 berechnet.

2. Die Punktwerte für die vertragszahnärztlichen Leistungen betragen für die beteiligten Krankenkassen für Leistungen nach Ziff. 1.1 einschließlich der BEMA-Positionen 107a, 171 a/b, 172 a/b, 173 a/b sowie 174 a/b

KCH / PAR / KBR / KFO		AOK- Landesverband	BKK- Landesverband	IKK- Landesverband	SVLFG
Buchstaben a), b) und d) (KCH/PAR/KBR)	vereinbarte Ausgangsbasis für 2019	1,0311 €	1,0311 €	1,0311 €	1,0311 €
	Punktwert vom 01.01. bis 31.12.2019 (= Basis für 2020)	1,0584 €	1,0584 €	1,0584 €	1,0584 €
Buchstabe c) (KFO)	vereinbarte Ausgangsbasis für 2019	0,8708 €	0,8708 €	0,8708 €	0,8708 €
	Punktwert vom 01.01. bis 31.12.2019 (= Basis für 2020)	0,8939 €	0,8939 €	0,8939 €	0,8939 €

Die jahresdurchschnittlichen Punktwerte 2019 werden mit Wirkung ab dem 01.01.2020 um die für das Jahr 2020 durch das Bundesministerium für Gesundheit bekanntgegebene Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied nach § 71 Abs. 3 SGB V erhöht.

Die so berechneten Punktwerte bilden die Ausgangsbasis für die Vergütungsverhandlungen 2021.

3. Leistungen nach den §§ 22, 24d Satz 3 SGB V und 26 Abs.1 Satz 2 SGB V (Individualprophylaxe-Leistungen und Früherkennungsuntersuchungen)

Der Punktwert für diese vertragszahnärztlichen Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (BEMA-Teil 1, Geb.-Nrn. IP 1, IP 2, IP 4 und IP 5 sowie FU) beträgt:

IP/FU	AOK-Landesverband	BKK-Landesverband	IKK-Landesverband	SVLFG
vereinbarte Ausgangsbasis für 2019	1,0913 €	1,0913 €	1,0913 €	1,0913 €
Punktwert vom 01.01. bis 31.12.2019 (= Basis für 2020)	1,1213 €	1,1213 €	1,1213 €	1,1213 €

Der jahresdurchschnittliche Punktwert 2019 wird mit Wirkung ab dem 01.01.2020 um die für das Jahr 2020 durch das Bundesministerium für Gesundheit bekanntgegebene Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied nach § 71 Abs. 3 SGB V zuzügl. 0,1 % erhöht.

Der so berechnete Punktwert bildet die Ausgangsbasis für die Vergütungsverhandlungen 2021.

4. Mit den vereinbarten Punktwerten ist die Vergütung des Sprechstundenbedarfs abgegolten.
5. Abrechnung der vertragszahnärztlichen Leistungen
Die vertragszahnärztlichen Leistungen nach Ziff. 1.1 A. bis D. und 3 werden von der KZV Bremen nach rechnerischer und gebührenordnungsmäßiger Prüfung den beteiligten Krankenkassen

- kalendervierteljährlich getrennt nach den Leistungsarten
 - A. konservierende/chirurgische Leistungen, Röntgenleistungen, Individualprophylaxe-Leistungen und Früherkennungsuntersuchungen (BEMA-Teil 1) ohne kieferorthopädische Begleitleistungen,
 - C. kieferorthopädische Behandlungen (BEMA-Teil 3) sowie die Begleitleistungen hierzu aus BEMA-Teil 1 und
- sowie monatlich getrennt nach den Leistungsarten:
 - B. Behandlungen von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels (BEMA-Teil 2),
 - D. systematische Behandlungen von Parodontopathien (BEMA-Teil 4) und Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5)

übermittelt.

Der übrige Inhalt des § 11 Abs. 2 Gesamtvertrag ändert sich nicht.

6. Die Sicherstellung der gleichmäßigen Verteilung der Gesamtvergütung auf das gesamte Jahr sowie die Regelungen zur Zahlungen der Vergütungen sind Gegenstand von Abschnitt II. dieser Vereinbarung.

7. Jahresabrechnung

- 7.1 Nach Feststellung der Entwicklung der Zahl der Versicherten der beteiligten Krankenkassen in 2019 bzw. 2020 erfolgt die Ermittlung der Höhe der Gesamtvergütungen nach den Ziffern 1.1 und 1.2 bis 1.5 je Kassenart für das jeweilige Jahr.

Nach der Abrechnung für das Quartal IV/ 2019 bzw. IV/2020 erfolgt zeitnah ein Ausgleich der einvernehmlich festgestellten Überschreitungen der Gesamtvergütungen für die beteiligten Krankenkassen nach den Ziffern 1.2 bis 1.5 unter Berücksichtigung von Zif-

fer 2 der Protokollnotiz. Sofern für die beteiligten Krankenkassen nach Ziffer 1.2 und/oder 1.3.2 Überschreitungen der einvernehmlich festgestellten Gesamtvergütungen vorliegen, teilt der jeweils zuständige Landesverband der KZV Bremen den Verteilungsschlüssel für die Rückzahlungen an die beteiligten Krankenkassen mit.

7.2 Sollten nach der Abrechnung für das Quartal IV/2019 bzw. IV/2020 einvernehmlich Überschreitungen von Gesamtvergütungen festgestellt werden, gilt Ziffer 2 der Protokollnotiz.

8. Anlage

Die Anlage „Protokollnotiz“ ist Gegenstand dieser Vereinbarung.

Abschnitt II.

1. Die beteiligten Krankenkassen leisten bis zum 10. jeden Monats Teilzahlungen in Höhe von 30 % der durchschnittlichen Quartals-Rechnungssumme des vorhergehenden Abrechnungsjahres für Leistungen nach den BEMA-Teilen

A. 1 – konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen ohne die vertragszahnärztlichen Leistungen nach den §§ 22, 22a, 24d Satz 3 und 26 Abs. 1 Satz 5 SGB V und ohne die BEMA-Positionen 171 a/b und 172 a/b.

B. 2 – Behandlungen von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels ohne Material- und Laboratoriumskosten und „Sonstige Kosten“,

C. 3 – kieferorthopädische Behandlung ohne Material- und Laboratoriumskosten,

D. 4 – systematische Behandlung von Parodontopathien einschl. Material- und Laboratoriumskosten und „Sonstigen Kosten“

Die erstmalige Auszahlung der auf diese Weise berechneten Teilzahlungen erfolgt mit der ersten Teilzahlung für das zweite Quartal des laufenden Abrechnungsjahres. Für das erste Quartal werden noch die vorherigen Teilzahlungen in grundsätzlich unveränderter Höhe fortgezahlt.

Berechnete Teilzahlungen von weniger als 500 € pro Monat / Krankenkassen kommen nicht zur Auszahlung.

Eine Veränderung der Zahl der Versicherten ist zu beachten.

1.a) Restzahlung

Für die ersten drei Quartale des Jahres leisten die beteiligten Krankenkassen die jeweiligen Quartals-Restzahlungen (abgerechnete Vergütungen abzügl. bereits geleisteter Teilzahlungen) innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Eingang der Abrechnungen bei den Krankenkassen.

1.b) Überzahlung

Wird nach den Quartalsabrechnungen für die vorstehend genannten Leistungen festgestellt, dass die geleisteten Teilzahlungen die Höhe der abgerechneten Vergütungen überstiegen haben, erfolgt innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Feststellung der Überzahlungen durch die KZV Bremen die Rückzahlung der überzahlten Beträge.

1.c) Jahresabrechnung

Nach Feststellung der Entwicklung der Zahl der Versicherten der beteiligten Krankenkassen im zuletzt abgeschlossenen Jahr erfolgt die Ermittlung der Höhe der Gesamtvergütungen gemäß der in der geltenden Vergütungsvereinbarung getroffenen Regelungen je Kassenart für das jeweilige Jahr.

Nach der Abrechnung für das IV. Quartal erfolgt zeitnah ein Ausgleich der einvernehmlich festgestellten Überschreitungen der Gesamtvergütungen für die beteiligten Krankenkassenarten unter Berücksichtigung von Ziffer 2. der Protokollnotiz.

Die beteiligten Krankenkassen leisten die jeweiligen Quartals-Restzahlungen (abgerechnete Vergütungen abzügl. bereits geleisteter Teilzahlungen) bis maximal zur jeweiligen Obergrenze der höchstzulässigen Gesamtvergütungen innerhalb von 4 Wochen nach einvernehmlicher Abstimmung der vereinbarten höchstzulässigen Gesamtvergütungen.

2. Die Vergütungen für

- A. Leistungen nach den §§ 22, 24d Satz 3 SGB V und 26 Abs.1 Satz 2 SGB V (Individualprophylaxe-Leistungen und Früherkennungsuntersuchungen)
- B. die Leistungen nach den BEMA-Positionen 107a, 171 a/b, 172 a/b, 173 a/b und 174 a/b,
- C. die Material- und Laboratoriumskosten einschl. „Sonstiger Kosten“ zu Behandlungen von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels (BEMA-Teil 2),
- D. die Material- und Laboratoriumskosten ohne „Sonstige Kosten“ zu kieferorthopädischen Behandlungen (BEMA-Teil 3) sowie für
- E. sämtliche Leistungen für Anspruchsberechtigte nach § 264 Abs. 6 SGB V

werden von allen beteiligten Krankenkassen nach Einzelleistungen vergütet und in voller Höhe gezahlt.

Die beteiligten Krankenkassen leisten bis zum 10. jeden Monats Teilzahlungen in Höhe von 30 % der durchschnittlichen Quartals-Rechnungssumme des vorhergehenden Abrechnungsjahres für die vorstehend genannten Leistungen.

Die erstmalige Auszahlung der auf diese Weise berechneten Teilzahlungen erfolgt mit der ersten Teilzahlung für das zweite Quartal des laufenden Abrechnungsjahres. Für das erste Quartal werden noch die vorherigen Teilzahlungen in grundsätzlich unveränderter Höhe fortgezahlt.

Berechnete Teilzahlungen von weniger als 500 € pro Monat / Krankenkassen kommen nicht zur Auszahlung.

Eine Veränderung der Zahl der Versicherten ist zu beachten.

2.a) Restzahlung

Die beteiligten Krankenkassen leisten die jeweiligen Quartals-Restzahlungen (abgerechnete Vergütungen abzügl. bereits geleisteter Teilzahlungen) innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Eingang der Abrechnungen bei den Krankenkassen.

2.b) Überzahlung

Wird nach den Quartalsabrechnungen für die vorstehend genannten Leistungen festgestellt, dass die geleisteten Teilzahlungen die Höhe der abgerechneten Vergütungen überstiegen haben, erfolgt innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Feststellung der Überzahlungen durch die KZV Bremen die Rückzahlung der überzahlten Beträge.

3. Zahnersatz und Zahnkronen

Die beteiligten Krankenkassen zahlen die Vergütungen für Zahnersatz und Zahnkronen (Festzuschüsse) monatlich innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Eingang der Abrechnungen bei den Krankenkassen.

4. Verteilung der Gesamtvergütungen

Die KZV Bremen verteilt an die Vertragszahnärzte die Gesamtvergütungen nach Maßgabe des geltenden Honorarverteilungsmaßstabes.

5. Inkrafttreten

Abschnitt II. dieser Vereinbarung tritt mit Wirkung ab dem 01.01.2019 in Kraft und kommt gemäß Ziffer I. bzw. II. erstmalig für die Monatsabrechnungen April 2019 bzw. die Quartalsabrechnungen II/2019 zur Anwendung.

6. Kündigung

Abschnitt II. dieser Vereinbarung kann von der KZV Bremen und von jedem beteiligten Landesverband der Krankenkassen mit einer Frist von 3 Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres gekündigt werden.

Die Kündigung durch einen Landesverband berührt die Weitergeltung der Vereinbarung und der Anlagen für die übrigen Landesverbände nicht.

Die Kündigung hat durch eingeschriebenen Brief an alle Vertragspartner zu erfolgen.

Abschnitt III.

Sollten sich einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung z.B. aufgrund von Änderungen der gesetzlichen Vorgaben innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung als unwirksam erweisen, gelten die übrigen Bestimmungen fort. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen werden die Vertragspartner gemeinsam eine Regelung treffen, die der unwirksamen Bestimmung in ihrer Zielsetzung am nächsten kommt.

Anlagen

Bremen, im November 2018

Kassenzahnärztliche Vereinigung
im Lande Bremen

AOK Bremen/Bremerhaven

BKK Landesverband Mitte
Büro Bremen

IKK gesund plus, handelnd als IKK-
Landesverband für das Land Bremen

SVLFG als landwirtschaftliche Krankenkasse

Protokollnotiz
zu der Vergütungsvereinbarung für 2019 und 2020
von November 2018

1. Material- und Laborkosten sowie die „Sonstigen Kosten“ für Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels und Kiefergelenkserkrankungen (BEMA-Teil 2)

Die Vertragspartner stimmen darüber überein, dass die Material- und Laborkosten sowie die „Sonstigen Kosten“ für Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels und Kiefergelenkserkrankungen (BEMA-Teil 2) seit 2014 nicht mehr Bestandteil der Gesamtvergütungen gemäß Abschnitt I. Ziffer 1 der Vergütungsvereinbarung sind und als Einzelleistungen vergütet werden.

Die abgestimmten Gesamtvergütungen 2013 (SOLL) wurden dazu um die abgerechneten Material- und Laborkosten einschl. der „Sonstigen Kosten“ für Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels und Kiefergelenkserkrankungen (IST) bereinigt. Die auf diese Weise neu berechneten Werte bildeten die Ausgangsbasis zur Ermittlung der Gesamtvergütungen 2014 sowie der Folgejahre.

2. Abrechnung von Überschreibungsbeträgen 2019/2020

Sollte es für 2019 und/oder 2020 zu Überschreitungen der vereinbarten Gesamtvergütungen gemäß Abschnitt I. Ziffer 1.1 der Vergütungsvereinbarung kommen, so werden die KZV und die betroffenen Landesverbände bzw. Krankenkassen zeitnah bilaterale Gespräche über den Umgang mit diesen Überschreitungen aufnehmen.

3. Vergütung von „Begleitleistungen“ zu den BEMA-Nrn. 171 a/b, 172 a/b und 174 a/b

Die Vertragspartner sind sich grundsätzlich einig darüber, dass BEMA-Leistungen, die zusammen mit Fällen nach den BEMA-Nrn. 171 a/b, 172 a/b und 174 a/b abgerechnet werden, bei der Abrechnung der Gesamtvergütung nach Abschnitt I. Ziffer 1.1 der Vergütungsvereinbarung gesondert berücksichtigt werden sollen.

Die KZV strebt hierzu eine gleichlautende Regelung mit allen Krankenkassen im Lande Bremen im Rahmen von Ergänzungsvereinbarungen zu den Vergütungsvereinbarungen an.

4. Feststellung der Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 SGB V

Die auf das Ausgabevolumen gemäß der Anlagen 1 bis 4 anzurechnenden Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 SGB V werden

- für das Jahr 2019 auf Grundlage der Werte des Jahres 2018 unter Berücksichtigung der vertraglich vereinbarten Steigerungsrate von 2,65 % für 2019 sowie der Entwicklung der jahresdurchschnittlichen Versichertenzahlen der beteiligten Krankenkassen in 2019 (ohne Anspruchsberechtigte nach § 264 SGB V) fortgeschrieben.
- für das Jahr 2020 auf Grundlage der Werte des Jahres 2019 unter Berücksichtigung der vertraglich vereinbarten Steigerungsrate in Höhe der für das Jahr 2020 durch das Bundesministerium für Gesundheit bekanntgegebenen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied nach § 71 Abs. 3 SGB V sowie der Entwicklung der jahresdurchschnittlichen Versichertenzahlen der beteiligten Krankenkassen in 2020 (ohne Anspruchsberechtigte nach § 264 SGB V) fortgeschrieben.

Bei wesentlichen Abweichungen im Vergleich zu den Ausgangsbeträgen erfolgt eine Anpassung im Rahmen der Folgevereinbarung.

5. Punktwert für die Erstellung von Gutachten

Mit Wirkung vom 01.04.2007 ist für die Erstellung von Gutachten der jeweilige Punktwert gemäß Ziffer 2 der Vergütungsvereinbarung für die zu begutachtende Leistung anzusetzen.

6. Zu § 14 Abs. 6 Gesamtvertrag

Eine Berichtigung der Abrechnung nach Abs. 4 des Gesamtvertrages ist nicht auszuführen, wenn sich je Vertragszahnarzt und Fall ein Betrag bis zu € 7,50 ergibt. Dies gilt für Berichtigungen sowohl zugunsten als auch zuungunsten des Zahnarztes. Diese Regelung gilt nicht bei erkennbaren systematischen Abrechnungsfehlern.

7. Wiederherstellungsmaßnahmen bei Zahnersatz/Zahnkronen (Bema-Teil 5)

Die Landesverbände der Krankenkassen verzichten auf eine Genehmigung von Wiederherstellungsmaßnahmen bei Zahnersatz/Zahnkronen vor Behandlungsbeginn und lassen eine Abrechnung auch ohne Genehmigung zu. Dem entsprechenden Heil- und Kostenplan ist die Rechnung über die Material- und Laborkosten beizufügen. Der Vertragszahnarzt ermittelt nach dem ihm vorgelegten Bonusheft die Höhe des Festzuschusses gemäß § 55 Abs. 1 SGB V. Bei lückenhaftem Nachweis oder Nichtvorlage des Bonusheftes gilt der einfache Festzuschuss, bei vollständigem Nachweis nur der letzten 5 Jahre erhöht sich der Festzuschuss um 20 % und bei vollständigem Nachweis der letzten 10 Jahre um 30 %. In Zweifelsfällen erfolgt eine telefonische Klärung mit der Krankenkasse oder eine Genehmigung per Telefax. Ein nachträgliches Berichtigungsverfahren wegen irrtümlich fehlerhaft festgesetzter Zuschusshöhe scheidet grundsätzlich aus.

Härtefallzuschüsse fallen nicht unter diese Regelung. Für alle Härtefälle gilt, dass dem Heil- und Kostenplan die Rechnung über die Material- und Laborkosten beizufügen ist.

8. Genehmigungsverzicht bei der Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen

Die Vertragspartner haben mit Wirkung ab dem 01.01.2016 einen Genehmigungsverzicht bei der Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen vereinbart.

9. Abrechnungsbetrag für Dentallegierungen (nur noch relevant für Härtefälle bei Regelversorgungen und ggf. anteilig bei gleich- bzw. andersartigen Versorgungen)

Es besteht Einigkeit, dass alle beteiligten Krankenkassen sich an die Vereinbarung vom 24.07.1995 (geändert mit Datum vom 16.10.2003) über die Abrechnung der Kosten (Anlage zum BMV-Z) halten müssen.

10. Honorarberichtigungen

Honorarberichtigungen zu Lasten des Vertragszahnarztes, Regresse, Kürzungen aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen und sonstige Rückzahlungen der Vertragszahnärzte, ausgenommen Arzneimittelregresse, fließen in die Gesamtvergütungen zurück und stehen zur erneuten Verteilung zur Verfügung. Dies gilt nicht für Degressionskürzungen nach § 85 Abs. 4 b und 4 c SGB V.

11. Widersprüche gegen Honorarberichtigungen

Widersprüche gegen Honorarberichtigungen, Regresse und sonstige Rückzahlungsverpflichtungen sowie gegen die Belastungen des Punktekontos des Vertragszahnarztes (für die Degression) sind – wie bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung – entsprechend der letzten Entscheidung vor der Anrufung des Sozialgerichtes umzusetzen.

Bremen, im November 2018

Kassenzahnärztliche Vereinigung
im Lande Bremen

AOK Bremen/Bremerhaven

IKK gesund plus, handelnd als IKK-
Landesverband für das Land Bremen

BKK Landesverband Mitte
Büro Bremen

SVLFG als landwirtschaftliche Krankenkasse

**Vereinbarung über den
Genehmigungsverzicht bei der Behandlung von
Kiefergelenkserkrankungen**

zwischen

der Kassenzahnärztlichen Vereinigung im Lande Bremen

und

**der AOK Bremen/Bremerhaven
handelnd als AOK-Landesverband für das Land Bremen**

**dem BKK Landesverband Mitte,
Siebstr. 4, 30171 Hannover**

der IKK gesund plus

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau – SVLFG,
Geschäftsstelle Hannover, Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover
handelnd als Landesverband für das Land Bremen**

§ 1

Anwendungsbereich

Gemäß Anlage 7a des BMV-Z, § 2 Absatz 5 vereinbaren die Vertragspartner, dass für die Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen auf die Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse (Genehmigungsverfahren) verzichtet wird. Dies gilt für alle Leistungen, die unter den BEMA-Nr. K1 – K4 über den BEMA-Teil 2 abgerechnet werden. Diese Behandlungspläne gelten als genehmigt. Die Krankenkassen sind berechtigt, im Einzelfall eine Übersendung des von dem Vertragszahnarzt erstellten Behandlungsplanes nachträglich zu verlangen.

Das Verfahren bzw. die Ausfüllbestimmungen für den „Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch“ bei Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch) bleiben von dieser Vereinbarung unberührt. Dies gilt ebenso für Schienen, die aus anderen therapeutischen Ansätzen verordnet werden.

§ 2

Mengenentwicklung

Nach Ablauf eines jeden Kalenderjahres nehmen die Vertragspartner im ersten Quartal des Folgejahres eine gemeinsame Auswertung der bis dahin abgerechneten Fälle vor. Dabei wird insbesondere die Mengenentwicklung einer Prüfung unterzogen.

§ 3

Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die Möglichkeit der Wirtschaftlichkeitsprüfung für die Positionen K7 bis K9 weiterhin gewährleistet ist.

§ 4

Beitritt weiterer IKKen zu dieser Vereinbarung

IKKen mit im Lande Bremen wohnenden Versicherten haben die Möglichkeit, dieser Vereinbarung jeweils zu Beginn eines Quartals beizutreten.

Der Beitritt ist den Vertragspartnern mit einer Frist von mindestens einem Monat vorab schriftlich mitzuteilen (Beispiel: Beitritt zum 01.04. / Mitteilung spätestens zum 01.03.).

§ 5

Geltungsdauer und Kündigung

Die Vereinbarung tritt zum 01.01.2016 in Kraft. Die Vereinbarung kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden.

Bremen, den 10.12.2015

Kassenzahnärztliche Vereinigung
im Lande Bremen

AOK Bremen/Bremerhaven

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Bremen

der IKK gesund plus

der SVLFG, handelnd als Landesverband für
das Land Bremen