

Anlage 1 aufgehoben

Anlage 2

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

in der Fassung vom 18.12.2015, gültig ab 01.04.2016

1. Bestimmungen über die edv-mäßige Erstellung der Abrechnung

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

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

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

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

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

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

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

2.3. Ergänzende Inhalte der elektronischen Abrechnung

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

2.3.2. Der Datensatz umfasst die Angabe des behandelten Zahnes bzw. der behandelten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 2.3.7. Geldbeträge für abrechnungsfähige Auslagen sind in Cent in den Datensatz aufzunehmen. Die Spezifizierung der Geldbeträge erfolgt mit folgenden 600er Ordnungsnummern

601	Materialkosten bei der Verwendung von Stiften
602	Telefon-, Versand-, Portokosten
603	Laborkosten Zahnarztlabor
604	Laborkosten Fremdlabor

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

- 2.3.8. *aufgehoben zum 01.01.2013 durch Gesetz vom 20.12.2012, Vereinbarung vom 23.04.2013*

- 2.4¹ Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sowie Abrechnung von Wegegeldern und Reiseentschädigungen nach § 8 Abs. 2 und 3 GOZ
- 2.4.1 Leistungen aus der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 12.11.1982 werden nach Maßgabe der Allgemeinen Bestimmungen des Bewertungsmaßstabes Nr. 3 mit vierstelligen Gebührennummern abgerechnet.
Soweit die GOÄ vierstellige Nummern vorsieht, werden diese bei der Abrechnung verwendet.
Soweit die GOÄ dreistellige Nummern vorsieht, wird die Ziffer 8 vorangestellt. Für die Abrechnung der übrigen GOÄ-Leistungen einschließlich möglicher Zuschläge, des Wegegeldes und der Reiseentschädigung gelten die folgenden Nrn. 2.4.2. und 2.4.3.
- 2.4.2. Bei der Abrechnung von Leistungen der Abschnitte B IV bis B VI der GOÄ wird der zweistelligen GOÄ-Nummer die Ziffer 7 vorangestellt und die Ziffer 0 angefügt. Werden Zuschläge nach Abschnitt B V zusätzlich zu den Leistungen nach den Nrn. 45, 46, 52 bis 62 abgerechnet, wird die Ziffer 0 durch folgende Ziffern ersetzt:
- | | |
|---|-------------------|
| 1 | Zuschlag E |
| 2 | Zuschlag F |
| 3 | Zuschlag G |
| 4 | Zuschlag H |
| 5 | Zuschläge H und F |
| 6 | Zuschläge H und G |

Der Zuschlag K2 wird bei Abrechnung der Nrn. 45, 46, 55 oder 56 als Nr. 7003 angegeben.

- 2.4.3 Die Abrechnung von Wegegeldern (§ 8 Abs. 2 GOZ) und Reiseentschädigungen (§ 8 Abs. 3 GOZ) erfolgt nach folgenden Nrn.

Nr.	Erläuterung
7810	Wegegeld für eine Entfernung bis zu 2 Kilometern
7811	Wegegeld für eine Entfernung bis zu 2 Kilometern bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)
7820	Wegegeld für eine Entfernung von mehr als 2 Kilometern und bis zu 5 Kilometern
7821	Wegegeld für eine Entfernung von mehr als 2 Kilometern und bis zu 5 Kilometern bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)
7830	Wegegeld für eine Entfernung von mehr als 5 Kilometern und bis zu 10 Kilometern
7831	Wegegeld für eine Entfernung von mehr als 5 Kilometern und bis zu 10 Kilometern bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)
7840	Wegegeld für eine Entfernung von mehr als 10 Kilometern und bis zu 25 Kilometern
7841	Wegegeld für eine Entfernung von mehr als 10 Kilometern und bis zu 25 Kilometern bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)

Fußnote 1: 2.4 – 2.4.3 in der Fassung gültig ab 01.04.2013

7928 Reiseentschädigung bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern und Abwesenheit von bis zu 8 Stunden je Tag

7929 Reiseentschädigung bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern und Abwesenheit von mehr als 8 Stunden je Tag

7930 Kosten für notwendige Übernachtungen

Bei der Abrechnung von Reiseentschädigungen sind 42 Cent je Kilometer sowie zusätzlich ein Betrag von 56,00 Euro bei Abwesenheit bis zu 8 Stunden und bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden 112,50 Euro je Tag abzurechnen. Die Zahl der zurückgelegten Kilometer ist anzugeben.

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

3.1 Die Planung von Leistungen bei der Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen im Bereich des Gesichtsschädels erfolgt auf dem Vordruck Muster 3a. Der Behandlungsplan kann individuell mittels EDV erstellt werden. Hierbei dürfen Inhalt, Aufbau und Struktur nicht verändert werden. Die Änderung der Zeilenabstände ist mit Ausnahme des Krankenversicherten – Kartenfeldes zulässig.

3.2 Die Abrechnung von Leistungen bei der Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels zwischen Vertragszahnarzt und KZV erfolgt grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.

3.3 Behandlungen, die aufgrund von Überweisungen erfolgen, sind grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern abzurechnen.

3.4 Ergänzende Inhalte der elektronischen Abrechnung

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

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

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

Jede abrechnungsfähige Gebührennummer ist gesondert anzugeben.

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

602 Telefon-, Versand- und Portokosten

605 Pauschbetrag Abformmaterial

Der Pauschbetrag ist in Cent zu übermitteln.

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

4. Abrechnung von Leistungen bei kieferorthopädischen Behandlungen (BEMA-Teil 3)

- 4.1. Behandlungsfall im Sinne des Vertrages ist bei Leistungen nach dem BEMA-Teil 3 die gesamte, von demselben Vertragszahnarzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres vorgenommene Behandlung.
- 4.2. Die Abrechnung von kieferorthopädischen Leistungen sowie von Leistungen, die im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Leistungen anfallen, erfolgt grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.
- 4.3. Ergänzende Inhalte zur elektronischen Abrechnung
Bei der Frühbehandlung nach Nr. 5 der Abrechnungsbestimmung zu den Nrn. 119 und 120 von BEMA-Teil 3 ist die Nummer der Abschlagszahlung mit „F“ zu kennzeichnen. Bei der Abrechnung von Verlängerungszahlungen ist die Nummer der Abschlagszahlung mit „V“ zu kennzeichnen. Fallen die Gebühren- Nr. 126a, 126b, 127a, 128b, 130 oder 131 a bis c bei Ersatzanfertigungen von Behandlungsgeräten an, sind diese als außerplanmäßig zu kennzeichnen.

5. Abrechnung von parodontologischen Leistungen (BEMA-Teil 4)

- 5.1. Die Abrechnung der parodontologischen Leistungen erfolgt nach dem Abschluss der geplanten Behandlung grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.
- 5.2. Ergänzende Inhalte zur elektronischen Abrechnung
Wenn sich im Laufe der Durchführung einer systematischen PAR-Behandlung der Punktwert ändert, dann ist bei der Abrechnung des Behandlungsfalles durch den Vertragszahnarzt dem bisherigen Punktwert die Hälfte der Differenz zwischen diesem und dem neuen Punktwert hinzuzurechnen.

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

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

7. *-hier nicht abgebildet-*