

Vergütungsvereinbarung für 2017 und 2018

zwischen

der Kassenzahnärztlichen Vereinigung im Lande Bremen

und

der AOK Bremen/Bremerhaven

**dem BKK Landesverband Mitte,
Siebstr. 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

- 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 171 a/b sowie 172 a-d,
 - 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 2017: 37.513.740 €

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

Für das Jahr 2018 erhöhen sich die Gesamtvergütungen der beteiligten Krankenkassen gemäß der Anlagen 1 bis 4 um die für das Jahr 2018 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 2017 und 2018 (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 Abs. 1 SGB V vom 05.08.2014 erfolgt für die beteiligten AOKen keine Differenzierung nach Kassen. Die vorläufige Gesamtvergütung (ohne Leistungen für Anspruchsberechtigte nach § 264 SGB V) für das Jahr 2017 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 - § 83 Satz 1 SGB V – bzw. mit mehr als 4.000 Versicherten – § 83 Satz 2 SGB V – (Stichtag: 01.01.2017 für 2017 / 01.01.2018 für 2018) je Krankenkasse (jeweils ohne Anspruchsberechtigte nach § 264 Abs. 6 SGB V). Die vorläufigen Gesamtvergütungen je Betriebskrankenkasse für das Jahr 2017 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 2017 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 2017 nach dem 01.01.2017 und für 2018 nach dem 01.01.2018 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 SGB V) für das Jahr 2017 gemäß Anlage 3 berechnet
- 1.4.2 Für die weiteren einstrahlenden IKKs werden die vorläufigen Gesamtvergütungen (jeweils ohne Leistungen für Anspruchsberechtigte nach § 264 SGB V) je Krankenkasse für das Jahr 2017 gemäß Anlage 3a berechnet.

1.5 Berechnung der Gesamtvergütungen der SVLFG

Die vorläufige Gesamtvergütung (ohne Leistungen für Anspruchsberechtigte nach § 264 SGB V) für das Jahr 2017 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 171 a/b und 172 a-d

		AOK- Landesverband	BKK- Landesverband	IKK- Landesverband	SVLFG
Buchstaben a), b) und d) (KCH/PAR/KBR)	Ausgangsbasis für 2017	0,9770 €	0,9770 €	0,9770 €	0,9770 €
	Punkt看wert vom 01.01. bis 31.03.2017	0,9770 €	0,9770 €	0,9770 €	0,9770 €
	Punkt看wert vom 01.04. bis 31.12.2017	1,0095 €	1,0095 €	1,0095 €	1,0095 €
	jahresdurchschnittlicher Punkt看wert 2017 (= Basis für 2018)	1,0014 €	1,0014 €	1,0014 €	1,0014 €
Buchstabe c) (KFO)	Ausgangsbasis für 2017	0,8251 €	0,8251 €	0,8251 €	0,8251 €
	Punkt看wert vom 01.01. bis 31.03.2017	0,8251 €	0,8251 €	0,8251 €	0,8251 €
	Punkt看wert vom 01.04. bis 31.12.2017	0,8526 €	0,8526 €	0,8526 €	0,8526 €
	jahresdurchschnittlicher Punkt看wert 2017 (= Basis für 2018)	0,8457 €	0,8457 €	0,8457 €	0,8457 €

Die jahresdurchschnittlichen Punktwerte 2017 werden mit Wirkung ab dem 01.01.2018 um die für das Jahr 2018 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 2019.

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:

	AOK- Landesverband	BKK- Landesverband	IKK- Landesverband	SVLFG
Ausgangsbasis für 2017	1,0320 €	1,0320 €	1,0320 €	1,0320 €
Punktwert vom 01.01. bis 31.03.2017	1,0320 €	1,0320 €	1,0320 €	1,0320 €
Punktwert vom 01.04. bis 31.12.2017	1,0677 €	1,0677 €	1,0677 €	1,0677 €
jahresdurchschnittlicher Punktwert 2017 (= Basis für 2018)	1,0588 €	1,0588 €	1,0588 €	1,0588 €

Der jahresdurchschnittliche Punktwert 2017 wird mit Wirkung ab dem 01.01.2018 um die für das Jahr 2018 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 2019.

4. Mit den vereinbarten Punktwerten ist die Vergütung des Sprechstundenbedarfs abgegolten.

5. Abrechnung und Sicherstellung der gleichmäßigen Verteilung der Gesamtvergütung auf das gesamte Jahr

5.1 Abrechnung der vertragszahnärztlichen Leistungen

Die vertragszahnärztlichen Leistungen nach Ziff. 1.1a) 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.

5.2 Zahlung der Vergütungen

5.2.1 Die beteiligten Krankenkassen nach Ziffern 1.2 und 1.3.2 leisten bis zum 10. jeden Monats Teilzahlungen in Höhe von 30 % der durchschnittlichen Quartals-Rechnungssumme des vorhergehenden Abrechnungsjahres für Leistungen nach den

- Ziff. 1.1a) einschl. „Sonstiger Kosten“; ohne die BEMA-Positionen 171 a/b und 172 a-d
- Ziff. 1.1b) ohne Material- und Laboratoriumskosten und „Sonstige Kosten“
- Ziff. 1.1c) ohne Material- und Laboratoriumskosten
- Ziff. 1.1d) einschl. Material- und Laboratoriumskosten und „Sonstige 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.

5.2.2 Die beteiligten Krankenkassen nach Ziffern 1.3.1, 1.4 und 1.5 leisten bis zum 10. jeden Monats für den abgelaufenen Monat Teilzahlungen in Höhe von 1/12 der Gesamtvergütung nach den Ziff. 1a) bis d) .

Eine Veränderung der Zahl der Versicherten in den Jahren 2017 und 2018 ist zu beachten.

5.2.3 Die Vergütungen für

- die Individualprophylaxe-Leistungen und die Früherkennungsuntersuchungen nach Ziff. 3,
- die Leistungen nach den BEMA-Positionen 171 a/b und 172 a-d nach Ziff. 1.1a),
- die Material- und Laboratoriumskosten einschl. „Sonstiger Kosten“ nach Ziff. 1.1b),
- die Material- und Laboratoriumskosten ohne „Sonstige Kosten“ zu den Leistungen nach Ziff. 1.1c) sowie für
- 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.

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

5.2.5 Wird nach den Quartalsabrechnungen für die vertragszahnärztlichen Leistungen nach Ziff. 1a) bis d) und 3 sowie 5.2.3 festgestellt, dass die geleisteten Teilzahlungen die Höhe der abgerechneten Vergütungen überstiegen haben, kann eine entsprechende Kürzung bei der nächstfälligen Zahlung erfolgen.

Dieser Differenzbetrag steht unabhängig von einer Kürzung der nächstfälligen Zahlung zum Ausgleich/Teilausgleich von Quartalsabrechnungen zur Verfügung, die über die Teilzahlungen nach Ziff. 5.2.1, 5.2.2 bzw. 5.2.3 hinausgehen.

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

6. Jahresabrechnung

6.1 Nach Feststellung der Entwicklung der Zahl der Versicherten der beteiligten Krankenkassen in 2017 bzw. 2018 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 IV. Quartal 2017 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 Ziffer 2.1 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.

6.2 Sollten nach der Abrechnung für das IV. Quartal 2018 einvernehmlich Überschreitungen von Gesamtvergütungen festgestellt werden, gilt Ziffer 2.2 der Protokollnotiz.

7. Anlage

Die Anlage „Protokollnotiz“ ist Gegenstand dieser Vereinbarung.

Anlagen

Bremen, im Juli 2017

Kassenzahnärztliche Vereinigung
im Lande Bremen

AOK Bremen/Bremerhaven

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Bremen

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

der SVLFG, handelnd als Landesverband für
das Land Bremen

Protokollnotiz
zu der Vergütungsvereinbarung für 2017 und 2018
von Juli 2017

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 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

2.1 Abrechnung von Überschreibungsbeträgen 2017

Sofern die für 2017 vereinbarten Gesamtvergütungen gemäß Ziffer 1.1 der Vergütungsvereinbarung überschritten werden, gehen Überschreitungen zu 50 % zu Lasten der KZV Bremen.

Die Rückzahlung der abgestimmten Überschreibungsbeträge erfolgt unter Berücksichtigung der von den beteiligten Krankenkassen jeweils geleisteten Zahlungen zeitnah nach der Jahresabrechnung gemäß Ziffer 6.1 der Vergütungsvereinbarung.

2.2 Überschreibungsbeträge 2018

Sollte es für 2018 zu Überschreitungen der vereinbarten Gesamtvergütungen gemäß 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 und 172 a-d

Die Vertragspartner sind sich grundsätzlich einig darüber, dass BEMA-Leistungen, die zusammen mit Fällen nach den BEMA-Nrn. 171 a/b oder 172 a-d abgerechnet werden, bei der Abrechnung der Gesamtvergütung nach 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 2017 auf Grundlage der Werte des Jahres 2016 unter Berücksichtigung der vertraglich vereinbarten Steigerungsrate von 2,5 % für 2017 sowie der Entwicklung der jahresdurchschnittlichen Versichertenzahlen der beteiligten Krankenkassen in 2017 (ohne Anspruchsberechtigte nach § 264 SGB V) fortgeschrieben.
- für das Jahr 2018 auf Grundlage der Werte des Jahres 2017 unter Berücksichtigung der vertraglich vereinbarten Steigerungsrate in Höhe der für das Jahr 2018 durch das Bun-

desministerium 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 2018 (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 Juli 2017

Kassenzahnärztliche Vereinigung
im Lande Bremen

AOK Bremen/Bremerhaven

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

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Bremen

SVLFG, handelnd als Landesverband für das
Land Bremen

**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