

RUNDSCHREIBEN

› NR. 7 VOM 25. JUNI 2020



INHALT

1. Ergebnisse der KCH-Testabrechnungen bis zum 15.06.2020
2. Vertragsverhandlungen
3. HVM-Einbehalte für III/2020
4. Änderung der eGK-Vereinbarung tritt zum 01.07.2020 in Kraft
5. Corona: Verlängerung der Gültigkeit der Heil und Kostenpläne bei Zahnersatz
6. Notwendige Unterschriften auf Heil- und Kostenplänen
7. Übersendung notwendiger Unterlagen an den Gutachter – Besonderheiten bei Begutachtung nach Aktenlage
8. Elektronische Daten sicher austauschen
9. Ausfüllhinweise zum Formular für die Verordnung von Krankbeförderungen (Muster 4)
10. Brexit – Europäische Krankenversicherungskarten (EHIC) aus dem Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland
11. Abrechnungsmodule für die DTA-Abrechnung aller Abrechnungsbereiche
12. In eigener Sache: erweiterte Servicezeiten der Hotline für die Abrechnung II/2020 und Juni 2020
13. Punktwertübersichten II + III. Quartal 2020
14. Fortbildungsveranstaltungen des Philipp-Pfaff-Instituts



1. Ergebnisse der KCH-Testabrechnungen bis zum 15.06.2020

Stichtage	Zeitraum 2019 zu 2020	Berück- sichtigte Praxen in %	Veränderung Fallzahl in %	Veränderung Ge- samtpunktmenge (KCH inkl. IP) in %	Veränderung Ge- samthonorar (KCH inkl. IP) in %
30.04.2020	01.04.-30.04.	66,80	-38,97	-31,65	-29,20
15.05.2020	01.04.-15.05.	66,89	-33,97	-28,15	-25,55
29.05.2020	01.04.-29.05.	66,94	-31,46	-27,53	-24,89
15.06.2020	01.04.-15.06.	66,95	-26,64	-23,18	-20,37

KCH-Abrechnung bis 15.06.	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8
Punktmenge bis 15.06.2020 Anteil Punkte in %	16,70	28,36	9,09	7,24	0,77	0,19	22,18	6,28
Punktmenge bis 15.06.2019 Anteil Punkte in %	17,01	28,97	8,34	6,84	1,15	0,14	22,23	6,30
Veränderung Anteile Punkte von 2019 zu 2020 in %	-1,84	-2,11	8,97	5,74	-33,00	30,36	-0,22	-0,39
Veränderung Punktmenge von 2019 zu 2020 in %	-24,60	-24,81	-16,29	-18,77	-48,54	0,14	-23,36	-23,48

G1= Kontrolle | Ä1

G2= Füllungen inkl. bMF, Cp, P

G3= WK/WF

G4= chirurgische Leistungen

G5= aufsuchende Betreuung

G6= Notfallbehandlungen (03)

G7= Mu | sK | Zst | Rö | OPG

G8= Anästhesie

Dank Ihrer zahlreichen Teilnahme an der KCH-Testabrechnung ist es gelungen, uns einen Überblick über die Entwicklung der Leistungserbringung in den Berliner Zahnarztpraxen zu verschaffen. Natürlich bildet KCH nur einen Teil der Tätigkeit einer Zahnarztpraxis ab. Als Leistungsindikator kann dieser BEMA-Bereich jedoch sehr gut herangezogen werden. Rückschlüsse lassen sich nicht nur auf den Umfang der Praxistätigkeit ziehen, sondern auch auf die Situation in den Praxen.

Zunächst ist festzustellen, dass die Fallzahlen noch immer geringer sind, jedoch die Punkte pro Fall höher. Mit Blick allein auf die Fallzahlen und die Gesamtpunktmenge ist eine kontinuierliche Steigerung ablesbar. Unter genauer Betrachtung ist aber zu erkennen, dass sich die zunächst anteilig deutliche Zunahme von Behandlungen zur akuten Schmerzeseitigung dann von Mitte Mai bis Mitte Juni deutlich reduziert hat. Dass bedeutet, dass die Patienten wieder rechtzeitig beim Zahnarzt vorstellig werden. Folglich reduziert sich, ebenfalls anteilig, die Zahl der Wurzelkanalbehandlungen (G3 = 8,97 %).

Während nach wie vor die Füllungen mit ihren Begleitleistungen einen relativ gleichbleibenden Anteil an der Gesamtpunktmenge haben, bleibt die aufsuchende Betreuung (G5 = -33 %) ein Sorgenkind. Auch die Kontroll- und Beratungspositionen entwickeln sich wieder in Richtung Normalität (G1 = -1,84 %), also wurde die Vorsorge nicht mehr in dem Maße aufgeschoben wie noch vor vier Wochen.

Zusammengefasst können wir einen Trend zu mehr Praxistätigkeit feststellen und davon ausgehen, dass sich dieser Trend auch fortsetzen wird, sofern sich das Infektionsgeschehen auf einem weiterhin erfreulich niedrigen Niveau bewegt.

Vielen Dank für Ihre bisherige Teilnahme, auf die wir auch weiterhin setzen. Wir bitten Sie, zum 31.07. und 31.08. erneut eine KCH-Testabrechnung an die KZV Berlin zu übermitteln.

2. Vertragsverhandlungen

Sicher warten Sie schon länger auf die Punktwerte 2020 für die BKKen. Doch der Landesverband der BKKen zeichnet sich wieder einmal durch besondere Hartleibigkeit bei den Vertragsverhandlungen aus. Er meinte, auf die verschiedenen Kompromissangebote der KZV Berlin nicht eingehen zu können, mit dem Ergebnis: **Die Verhandlungen sind gescheitert. Wir, der Vorstand der KZV Berlin, haben deshalb das Schiedsamt angerufen!**

Unter den gegebenen Bedingungen von Honorareinbrüchen in den Zahnarztpraxen nicht nur in Berlin, sondern auch bundesweit, ist das Verhalten des Landesverbandes Mitte der BKK nicht nachvollziehbar. Eine besondere Wertschätzung der Berliner Zahnärzteschaft ist jedenfalls nicht zu erkennen, zumal in Sachsen und Thüringen durchaus hohe Vertragsabschlüsse getätigt worden sind.

3. HVM-Einbehalte für III/2020

Mit den von Ihnen übermittelten Zahlen der Testabrechnungen für das Quartal II/2020 – immerhin nahmen 66 % (!) der Berliner Praxen teil, danke dafür – konnten wir eine relativ gute Prognose für das Gesamtjahr entwickeln. Genauere Zahlen wird die Endabrechnung des Quartals II/2020 ergeben. Wir können Ihnen aber bereits jetzt mitteilen, dass auch im Quartal III/2020 eine Belastung Ihres Honorarkontos über vorläufige Honorareinbehalte gemäß HVM **nicht** erfolgen wird!

4. Änderung der eGK-Vereinbarung tritt zum 01.07.2020 in Kraft

Auf folgende Änderungen wollen wir Sie aufmerksam machen:

Bisher durfte in den Abrechnungsmodulen der Inhalt der Felder 16 (Datum der Vorlage des Anspruchsnachweises) und 17 (Art des Anspruchsnachweises) auch bei nachträglichem Einlesen der eGK **nicht verändert werden**.

Neu ab 01.07.2020:

Die Vorlage eines schriftlichen Anspruchsnachweises wird zukünftig als Ersatzverfahren betrachtet. Die eGK ist die Grundlage für die Abrechnung und es wird mit der neuen eGK-Vereinbarung festgelegt, dass bei nachträglichem Einlesen einer eGK die Felder 16 und 17 überschrieben werden.

Das bedeutet:

Legt der Versicherte von sich aus im weiteren Verlauf des Quartals eine gültige eGK vor und kann diese eingesehen werden, **ist die Abrechnung auf der Basis dieser Daten vorzunehmen**.

Die Daten des vorher genutzten Ersatzverfahrens oder eines anderen Anspruchsnachweises ist dann nicht mehr maßgebend, sondern das Einlesedatum der gültigen eGK und das damit verbundene eGK-Kennzeichen („3“) werden in der Abrechnung übermittelt. Der Zahnarzt ist **nicht verpflichtet**, den Versicherten im weiteren Verlauf des Quartals nach seiner eGK zu fragen, wenn bei erster Leistungsanspruchnahme im Quartal ein gültiger Anspruchsnachweis vorgelegt wurde.

Weitere Neuerungen:

- Aufnahme der Regelung zu einer „Ersatznummer“, welche die Krankenkasse neuen Versicherten für eine Übergangszeit bis zum Vorliegen der eGK zuteilt und dem schriftlichen Anspruchsnachweis zu entnehmen ist (vgl. § 4 Absatz 2 Satz 4 eGK-Vereinbarung)
- Aufnahme der Regelungen zum Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) und zur Online-Prüfung (vgl. Ziffer 1.3 der Änderungsvereinbarung)
- Ergänzung der Regelung zu den Datenangaben beim Ersatzverfahren aus technischen Gründen bezüglich der Unterschrift des Versicherten (vgl. Ziffer 2.1 Satz 3 der Änderungsvereinbarung)

Die Änderungsvereinbarung zum BMV-Z der Neufassung der Vereinbarung zur eGK fügen wir diesem Rundschreiben als Anlage I bei.

Weitere Informationen zu diesem Thema finden Sie auf unserer Internetseite unter dem Webcode [W00282](#).

Ihre Ansprechpartner erreichen Sie unter

Hotline	Telefon	E-Mail
KCH	89004-401	kch@kzv-berlin.de

5. Corona: Verlängerung der Gültigkeit der Heil und Kostenpläne bei Zahnersatz

Für genehmigte Versorgungen, die angesichts der Covid-19-Pandemie teilweise nicht innerhalb der vertraglich vorgesehenen 6-Monats-Frist eingegliedert werden konnten, wurde Folgendes vereinbart:

- Heil- und Kostenpläne, die im Zeitraum vom **30.09.2019 bis zum 31.03.2020** genehmigt wurden, behalten ihre Gültigkeit bis einschließlich zum **30.09.2020**.
- Für Versorgungen, die nicht bis zum 30.09.2020 durchgeführt werden können, ist rechtzeitig eine Verlängerung durch die Krankenkasse einzuholen oder ein erneuter Heil- und Kostenplan auszustellen.
- Vergessen Sie bitte nicht, dass ab dem 01.10.2020 höhere Festzuschüsse gelten (siehe MBZ Nr. 7, Seite 57).

Sie werden bei diesen Fällen einen Infohinweis durch das ZE-Abrechnungsmodul erhalten:

"559 Info: Zwischen der Zuschussfestsetzung und der Eingliederung sind mehr als 6 Monate vergangen – siehe Erläuterung im Feld „KZV-intern“.

Trotzdem ist eine Abrechnung möglich und der Fall kann online übermittelt werden.

Sollten Sie dennoch Unterstützung bei der Abrechnung benötigen, wenden Sie sich bitte einfach an unsere ZE-Hotline.

Ihre Ansprechpartner erreichen Sie unter

Hotline	Telefon	E-Mail
ZE	89004-405	ze@kzv-berlin.de

6. Notwendige Unterschriften auf Heil- und Kostenplänen

Wie uns die AOK Nordost mitteilte, fehlt auf rund 5 % der zur Zuschussfestsetzung eingereichten Heil- und Kostenpläne die Unterschrift des Vertragszahnarztes. Das führt jeweils zur Rücksendung des ohne Unterschrift ungültigen Heil- und Kostenplans, somit zu einer unnötigen Verzögerung der Bearbeitung.

Bitte achten Sie daher unbedingt darauf, den HKP im Abschnitt III. Kostenplanung zu unterzeichnen:

III. Kostenplanung		1 Fortsetzung	Anz.	1 Fortsetzung	Anz.		
1 BEMA-Nrn.	Anz.					Euro	Ct
		2 Zahnärztliches Honorar BEMA:					
		3 Zahnärztliches Honorar GOZ: (geschätzt)					
		4 Material- und Laborkosten: (geschätzt)					
		5 Behandlungskosten insgesamt: (geschätzt)					
		Datum/Unterschrift des Zahnarztes					

Darüber hinaus stellen Sie bitte im eigenen Interesse sicher, dass der HKP auch vom Patienten im entsprechenden Feld unterschrieben wird:

Erklärung des Versicherten

Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kosten der Regel-, der gleich- und andersartigen Versorgung sowie über den voraussichtlichen Herstellungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsland des Zahnersatzes _____ aufgeklärt worden und wünsche die Behandlung entsprechend dieses Kostenplanes.

Datum/Unterschrift des Versicherten

Mit dieser Unterschrift ist im Streitfall sichergestellt, dass der Versicherte nach Aufklärung in die gewählte Versorgung eingewilligt hat.

Ihre Ansprechpartner erreichen Sie unter

Hotline	Telefon	E-Mail
ZE	89004-405	ze@kzv-berlin.de

7. Übersendung notwendiger Unterlagen an den Gutachter – Besonderheiten bei Begutachtung nach Aktenlage

Gemäß § 2 Satz 4 der Anlage 6 zum BMV-Z sind Sie verpflichtet, dem beauftragten Gutachter die erforderlichen Behandlungs- und Befundunterlagen unverzüglich zuzuleiten.

Wir beobachten derzeit in Folge der Covid-19-Pandemie die häufigere Beauftragung von Planungsbegutachtungen nach Aktenlage, also **ohne Patientenuntersuchung**, durch die AOK Nordost.

Das führt dazu, dass der beauftragte Gutachter Ihre Planung nur anhand der von Ihnen zur Verfügung gestellten Unterlagen bewerten kann. Die Zurverfügungstellung aussagekräftiger Unterlagen ist in diesen Fällen von besonderer Bedeutung. Bitte stellen Sie dem beauftragten Gutachter deshalb möglichst über das übliche Maß hinausgehende Unterlagen, z. B. Modelle und intraorale Fotografien, zur Verfügung.

Ob der Gutachter allerdings tatsächlich ein Gutachten nach Aktenlage erstellen kann, wird er selbst einschätzen (müssen).

Ihre Ansprechpartner erreichen Sie unter

Hotline	Telefon	E-Mail
Schlichtung	89004-406	schlichtung@kzv-berlin.de

8. Elektronische Daten sicher austauschen

Wenn Sie der KZV Berlin personenbezogene und sensible Daten per E-Mail zukommen lassen, müssen Sie dafür Sorge tragen, diese Daten nur verschlüsselt zu versenden.

Nur so genügen Sie den Anforderungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bzw. deren deutscher Umsetzung im neuen Bundesdatenschutzgesetz und im Berliner Datenschutzgesetz.

Auf unserer Website (Webcode: [W00450](#)) finden Sie hierzu wertvolle Informationen. Zudem zeigen wir Ihnen Lösungswege auf.

9. Ausfüllhinweise zum Formular für die Verordnung von Krankenförderungen (Muster 4)

Wir hatten bereits im letzten Rundschreiben Nr. 6/2020 über das neue Formular „Muster°4“ Verordnung einer Krankenförderung ab 01.07.2020 berichtet. Nun liegen uns die aktuellen Ausfüllhinweise hierzu vor. Die erforderliche Änderungsvereinbarung zum BMV-Z befindet sich allerdings noch im Unterschriftenverfahren, wird aber sicherlich bis 01.07.2020 erfolgen. Die PVS-Hersteller wurden ebenfalls von der KZBV darüber in Kenntnis gesetzt. Wir informieren Sie, sobald das Unterschriftenverfahren abgeschlossen ist.

Die Ausfüllhinweise finden Sie als Anlage II zu diesem Rundschreiben.

Wir weisen nochmals darauf hin, dass das neue Formular ab dem Stichtag 01.07.2020 einheitlich für den ärztlichen wie auch den zahnärztlichen Bereich zu verwenden ist und das bisherige Formular ersetzt. Das Formular wird von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt und kann über den PAV – Paul Albrechts Verlag bezogen werden.

Seit Längerem fordert die KZBV, dass die Möglichkeit zur Herstellung des KT-Formulars mittels EDV erfolgen kann, wie dies für die zahnärztlichen Formulare vereinbart ist.

Der GKV-Spitzenverband prüft zurzeit, wie weitgehend aus dortiger Sicht die erforderlichen Vorgaben für die Blankoformularbedruckung gestaltet werden müssen. Sobald hier eine klare Positionierung auf Krankenkassenseite vorliegt, werden wir Sie informieren.

Weitere Informationen zum Thema Krankenförderung finden Sie auf unserer Internetseite unter dem Webcode [W00252](#).

Ihre Ansprechpartner erreichen Sie unter

Hotline	Telefon	E-Mail
KCH	89004-401	kch@kzv-berlin.de

10. Brexit – Europäische Krankenversicherungskarten (EHIC) aus dem Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland

Im Rundschreiben Nr. 2 vom 28.02.2020 informierten wir Sie bereits über den Austritt des Vereinigten Königreiches aus der Europäischen Union zum 31.01.2020 und die weitere Verfahrensweise mit Patientinnen und Patienten, die dort versichert sind und in Deutschland behandelt werden möchten.

Nun hat die Regierung des Vereinigten Königreiches beschlossen, das Muster der seit dem 01.02.2020 neu beantragten Europäischen Krankenversicherungskarten (EHIC) zu verändern. Die Maßnahme trägt dem Status des Vereinigten Königreiches als einem am EHIC-System teilnehmenden Drittstaat Rechnung.

Die Änderungen umfassen die Entfernung des europäischen Emblems sowie eine Umgestaltung der Rückseite der EHIC. Europäische Gesundheitskarten, die vor dem 01.02.2020 ausgestellt worden sind, behalten weiterhin ihre Gültigkeit und werden nicht ersetzt. Für die provisorische Ersatzbescheinigung sind keine Änderungen geplant.

Der im Austrittsabkommen vereinbarte Anspruch auf Sachleistungsaushilfe für den versicherten Personenkreis bleibt in der Übergangsphase bis zum 31. Dezember 2020 weiterhin bestehen. Für die Versorgung von Patienten, die im vereinigten Königreich krankenversichert sind und in Deutschland behandelt werden möchten, verfahren Sie bitte weiterhin mit den bekannten Mustern 80 und 81.

Ihre Ansprechpartner erreichen Sie unter

Hotline	Telefon	E-Mail
BKV	89004-407	bkv@kzv-berlin.de

11. Abrechnungsmodule für die DTA-Abrechnung aller Abrechnungsbereiche

Folgende Modulversionen kommen für das II. Quartal 2019 zum Einsatz:

Abrechnungsart	Version	gültig
KCH-Abrechnungsmodul	4.5	bis II/2020
	4.6	ab III/2020
KFO-Abrechnungsmodul	4.7	bis II/2020
	4.8	ab III/2020
ZE-Abrechnungsmodul	5.1 / 5.2	bis 06/2020
	5.3	ab 07/2020
KB-Abrechnungsmodul	3.9	bis 06/2020
	4.0	ab 07/2020
PAR-Abrechnungsmodul	2.8	bis 06/2020
	2.9	ab 07/2020
Kn12-Modul	5.1	ab 01/2020

Die aktuellen Abrechnungsmodule können Sie auch auf unserer Webseite einsehen über den Webcode [W00384](#). Dort werden sie über den Link „Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung“ auf die KZBV-Internetseite geleitet.

Ihre Ansprechpartner erreichen Sie unter

Hotline	Telefon	E-Mail
BKV	89004-407	bkv@kzv-berlin.de

12. In eigener Sache: erweiterte Servicezeiten der Hotline für die Abrechnung II/2020 und Juni 2020

Zahlreiche Praxen werden ihre Quartalsabrechnungen zusammen mit den Monatsabrechnungen bei der KZV Berlin einreichen. Daher haben wir in diesem Quartal die erweiterte Servicezeit der Hotline auf

Dienstag, 30.06.2020, bis 18 Uhr

gelegt. Sie haben an diesem Tag die Möglichkeit, Ihre Abrechnungsfragen über unsere unten aufgeführten Hotline-Nummern zu stellen.

Wir empfehlen daher, bis Dienstag, 30.06.2020, Ihre Abrechnungen vorzubereiten und vorab einen Prüflauf zu starten. So können Sie die meisten Fehler bereits im Vorfeld klären und zu einem späteren Zeitpunkt die Abrechnungen hochladen.

Die offiziellen Einreichungstermine bleiben davon unberührt:

Monatsabrechnung Juni 2020: **Dienstag, 30.06.2020**

Quartalsabrechnung II/2020: **Montag, 06.07.2020**

Ihre Ansprechpartner erreichen Sie unter

Hotline	Telefon	E-Mail
KCH	89004-401	kch@kzv-berlin.de
KB	89004-402	kb@kzv-berlin.de
KFO	89004-403	kfo@kzv-berlin.de
PAR	89004-404	par@kzv-berlin.de
ZE	89004-405	ze@kzv-berlin.de
BKV/Punktwerte	89004-407	bkv@kzv-berlin.de

13. Punktwertübersichten II + III. Quartal 2020

In den Anlagen III, IV, V, VI und VII erhalten Sie die aktuellen Punktwertübersichten für das II. und III. Quartal 2020. Diese können Sie auch auf unserer Website einsehen über den Webcode [W00327](#).

Ihre Ansprechpartner erreichen Sie unter

Hotline	Telefon	E-Mail
BKV	89004-407	bkv@kzv-berlin.de

14. Fortbildungsveranstaltungen des Philipp-Pfaff-Instituts

Zu Ihrer Information übermitteln wir Ihnen in der Anlage VI aktuelle Kursangebote. Bei Interesse melden Sie sich bitte schriftlich beim Philipp-Pfaff-Institut an:

Fax 4148967

E-Mail info@pfaff-berlin.de

Telefonisch erreichen Sie das Team des Instituts montags bis freitags von 8:00 bis 18:00 Uhr unter 41472540.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Jörg Meyer
Karsten Geist
Dr. Jörg-Peter Husemann

ANLAGE

- I. Änderungsvereinbarung zum BMV-Z der Vereinbarung zur eGK
- II. Ausfüllhinweise Krankentransport
- III. Punktwertübersicht
- IV. Punktwertübersicht
- V. Punktwertübersicht
- VI. Punktwertübersicht
- VII. Punktwertübersicht
- VIII. Kursangebote des Philipp-Pfaff-Instituts



14. Änderungsvereinbarung zum BMV-Z

Die **Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)**, K. d. ö. R., Köln
und der
Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), K. d. ö. R., Berlin

vereinbaren Folgendes:

**Neufassung der Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen
Gesundheitskarte vom 27.03.2015 (Anlage 10 BMV-Z)**

Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte

Diese Vereinbarung wird auf der Grundlage von § 291 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 291a Abs. 1 - 5a und 7, 7b und 8 SGB V getroffen.

§ 1 Vertragsgegenstand

¹Die nachstehenden Regelungen dienen der Anwendung und Weiterentwicklung der elektronischen Gesundheitskarte nach den §§ 15 und 291 SGB V. Sie dienen ferner der Beschreibung des Inhaltes der elektronischen Gesundheitskarte nach § 291 SGB V und regeln die Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte in der Zahnarztpraxis.

²Die Einzelheiten werden im Anhang geregelt, der Bestandteil dieses Vertrages ist.

§ 2 Vertragsgrundsätze

Der GKV-Spitzenverband und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung nehmen ihre Aufgabe der Anwendung und Weiterentwicklung der elektronischen Gesundheitskarte sowie der Schaffung der erforderlichen Telematikinfrastruktur (TI) gemäß § 291a Abs. 7 SGB V durch die Gesellschaft für Telematik, die gematik GmbH (gematik), nach § 291b SGB V wahr, die die Regelungen zur Telematikinfrastruktur trifft sowie deren Aufbau und Betrieb übernimmt.

§ 3 Elektronische Gesundheitskarte

- (1) ¹Die elektronische Gesundheitskarte enthält neben der Unterschrift und einem Lichtbild des Versicherten in einer für eine maschinelle Übertragung auf die für die vertragszahnärztliche Versorgung vorgesehenen Abrechnungsunterlagen und Vordrucke geeigneten Form die in § 291 Abs. 2 und 2a i. V. m. § 291a Abs. 2 und 3 SGB V genannten Daten und hat die dort genannten Anforderungen für die technische Verwendung zu gewährleisten. ²Der Versicherte soll entsprechend seiner Mitwirkungspflicht Änderungen seiner Versichertenstammdaten (VSD) seiner Krankenkasse mitteilen. ³Die Gestaltung und die technischen Eigenschaften der elektronischen Gesundheitskarte haben den geltenden Vorgaben der gematik zu entsprechen.
- (2) Die elektronische Gesundheitskarte muss geeignet sein, Angaben für die Übermittlungen (zahn)ärztlicher Verordnungen in elektronischer und maschinell verwertbarer Form sowie den Berechtigungsnachweis zur Inanspruchnahme von Leistungen in den Mitgliedsstaaten des EWR (einschließlich der Schweiz) in den jeweils geltenden Fassungen aufzunehmen und hat die nach § 291a Abs. 3 SGB V von der gematik gegebenenfalls beschlossenen weiteren Anwendungen zu unterstützen.
- (3) ¹Die im Zusammenhang mit der Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte eingesetzten Komponenten und Dienste der TI (z. B. Kartenterminals, Konnektoren, VPN-Zugangsdienst) haben allen geltenden Vorgaben der gematik zu entsprechen und müssen von der gematik zugelassen sein. ²Die von der gematik hierzu festgelegten Vorgaben sind in der jeweils gültigen Fassung (unter www.gematik.de) Bestandteil dieses Vertrages.
- (4) Spätestens bei der Versendung der elektronischen Gesundheitskarte hat die Krankenkasse die Versicherten umfassend und in allgemein verständlicher Form über deren Funktionsweise einschließlich der Art der auf der elektronischen Gesundheitskarte oder durch die elektronische Gesundheitskarte zu erhebenden, zu verarbeitenden oder zu nutzenden personenbezogenen Daten zu informieren.

-
- (5) ¹Vor der Erstaussgabe der elektronischen Gesundheitskarte an die Versicherten ist jede Krankenkasse verpflichtet, die gematik zu beauftragen, eine Personalisierungsvalidierung gemäß den geltenden gematik-Vorgaben durchzuführen. ²Diese Verpflichtung gilt auch, wenn die Krankenkasse den Kartenpersonalisierer wechselt.

³Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung stellt durch entsprechende Eignungsfeststellungsverfahren sicher, dass elektronische Gesundheitskarten, welche die Personalisierungsvalidierung bestanden haben, von den Praxisverwaltungssystemen akzeptiert werden.

- (6) Die Krankenkasse ist verpflichtet, bei Beendigung des Versicherungsschutzes oder bei einem Krankenkassenwechsel die elektronische Gesundheitskarte einzuziehen oder zu sperren.

§ 4

Ausstattung der Versicherten

- (1) ¹Versicherte, die bei Eintritt in die gesetzliche Krankenversicherung oder bei einem Wechsel der Krankenkasse eine (neue) elektronische Gesundheitskarte benötigen, sind zum Beginn der Leistungspflicht mit einer elektronischen Gesundheitskarte auszustatten. ²Die Krankenkassen informieren ihre Mitglieder über die Verpflichtung zur Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte in der Zahnarztpraxis sowie über die Folgen bei Nichtbeachtung.

- (2) ¹Steht eine elektronische Gesundheitskarte bei Beginn der Leistungspflicht noch nicht zur Verfügung, ist dem Versicherten ein schriftlicher Anspruchsnachweis zur Verfügung zu stellen. ²Dieser hat die entsprechenden Daten gemäß § 291 Abs. 2 Satz 1 Nrn. 1 bis 10 SGB V zu enthalten. ³Die Krankenkasse erteilt einen schriftlichen Anspruchsnachweis nur im Ausnahmefall, beispielsweise zur Überbrückung von Übergangszeiten, bis der Versicherte eine elektronische Gesundheitskarte erhält. ⁴Ist den Versicherten noch keine Krankenversicherungsnummer zugeteilt worden, tritt an diese Stelle eine Ersatznummer, welche die Krankenkasse neuen Versicherten für eine Übergangszeit bis zum Vorliegen der elektronischen Gesundheitskarte zuteilt und dem schriftlichen Anspruchsnachweis zu entnehmen ist.

§ 5

Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte

- (1) ¹Die elektronische Gesundheitskarte ist von dem Zahnarzt bei jeder ersten Inanspruchnahme im Quartal einzulesen. ²Nur in den in §§ 6 bis 8 genannten Ausnahmefällen kann ein Ersatzverfahren durchgeführt werden.
- (2) Das Nähere zur Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte in der Zahnarztpraxis sowie zu den Verfahren, die bei Nichtvorlage oder Ungültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte Anwendung finden, werden im Anhang zu dieser Vereinbarung geregelt.

§ 6

Ersatzverfahren aus technischen Gründen

- (1) Kann die vorgelegte elektronische Gesundheitskarte aus technischen Gründen nicht eingelesen werden, kommt ein Ersatzverfahren zur Anwendung.
- (2) Technische Gründe im Sinne des Abs. 1 liegen vor, wenn

-
- (a) die vorgelegte elektronische Gesundheitskarte nicht eingelesen werden kann, weil zum Beispiel die elektronische Gesundheitskarte, das stationäre oder mobile Kartenterminal oder andere technische Komponenten, die im Einlesevorgang der elektronischen Gesundheitskarte Verwendung finden, funktional nicht nutzbar sind oder
- (b) für die aufsuchende Versorgung kein mobiles Kartenterminal zur Verfügung steht.
- (3) Ein Ersatzverfahren kommt nicht zur Anwendung, wenn im Rahmen der Online-Prüfung der elektronischen Gesundheitskarte festgestellt wird, dass die elektronische Gesundheitskarte ungültig bzw. gesperrt ist und damit kein gültiger Anspruchsnachweis vorliegt.

§ 7 Ersatzverfahren bei Vorlage eines schriftlichen Anspruchsnachweises

¹Ein Ersatzverfahren kommt auch zur Anwendung bei Vorlage eines schriftlichen Anspruchsnachweises, den die Krankenkasse anstelle der elektronischen Gesundheitskarte im Einzelfall gemäß § 4 Abs. 2 ausgegeben hat. ²In diesem Fall sind die unter Ziffer 3 des Anhangs aufgeführten Daten zu erheben und bei der Abrechnung und der Ausstellung von Vordrucken anzugeben.

³Legt der Versicherte im weiteren Verlauf des Quartals eine gültige elektronische Gesundheitskarte vor und kann diese eingelesen werden, ist die Abrechnung auf der Basis von deren Daten vorzunehmen.

§ 8 Ersatzverfahren in Sonderfällen

¹Ein Ersatzverfahren kommt ebenfalls zur Anwendung, wenn kein direkter Zahnarzt-Patientenkontakt (z. B. bei telefonischer Konsultation, telemedizinischem Zahnarzt-Patientenkontakt, beim Konsil) zustande kommt und die Versichertenstammdaten aus den vorhandenen Patientenstammdaten des Zahnarztes übernommen werden können. ²Dieses Ersatzverfahren ist nur zulässig, wenn im Vorquartal ein gültiger Anspruchsnachweis vorgelegt worden ist.

§ 9 Schlussbestimmungen

(1) ¹Diese Vereinbarung tritt am 01.07.2020 in Kraft und ersetzt die Vereinbarung vom 27.03.2015. ²Sie kann von jeder Vertragspartei unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. ³Im Falle der Kündigung gelten die bestehenden Regelungen bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung fort.

(2) ¹Die Partner dieser Vereinbarung verpflichten sich, die vereinbarten Vorschriften auf ihre Praktikabilität hin regelmäßig zu überprüfen und erforderlichenfalls einvernehmlich anzupassen.

²Bevor Beschlüsse zur Verschiebung von Teilen der Versichertenstammdaten in den geschützten Bereich der elektronischen Gesundheitskarte gefasst werden, treffen die Vertragspartner, falls erforderlich, zeitlich befristete Übergangsregelungen vor dem Hintergrund der Ausstattungsquote der onlinefähigen TI-Komponenten in den Zahnarztpraxen.

§ 10
Salvatorische Klausel

¹Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, wird hierdurch die Wirksamkeit der in diesem Vertrag getroffenen Vereinbarungen im Übrigen nicht berührt. ²Die unwirksame Bestimmung ist durch eine dem Zusammenhang der übrigen Regelungen und dem Willen der Parteien entsprechende wirksame Bestimmung zu ersetzen.

Köln/Berlin, den 03.03.2020



Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung



GKV-Spitzenverband



Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung



Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Anhang

Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)

¹Die eGK oder der in Einzelfällen stattdessen ausgegebene schriftliche Anspruchsnachweis dient dem Zahnarzt als Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von vertragszahnärztlichen Leistungen sowie der Abrechnung von Leistungen. ²Je nach Vorliegen der nachfolgend genannten Voraussetzungen ist eines der folgenden Verfahren anzuwenden:

1. Verfahren bei funktioneller Nutzbarkeit der eGK

- 1.1 ¹Der Versicherte ist verpflichtet, bei jedem Zahnarztbesuch die eGK oder einen Anspruchsnachweis gemäß § 4 Abs. 2 mitzuführen und auf Verlangen vorzulegen. ²Die eGK ist von dem Zahnarzt bei jeder ersten Inanspruchnahme im Quartal einzulesen.
- 1.2 ¹Der Zahnarzt überprüft die Identität des Versicherten anhand der auf der eGK aufgebrachten Identitätsdaten. ²Die Überprüfung beschränkt sich auf offensichtliche Unstimmigkeiten zwischen der vorgelegten eGK und der vorliegenden Person hinsichtlich des Alters, des Geschlechts und eines aufgebrachten Lichtbildes.
- 1.3 ¹Für den automatisierten Versichertenstammdatenabgleich gelten die Regelungen des § 291 Abs. 2b SGB V. ²Die Krankenkassen sind verpflichtet, Dienste anzubieten, mit denen der Zahnarzt die Gültigkeit und die Aktualität der Daten nach § 291 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V bei den Krankenkassen online überprüfen und auf der eGK aktualisieren kann (Versichertenstammdatenmanagement – VSDM). ³Die Dienste sind ab dem in § 291 Abs. 2b SGB V genannten Zeitpunkt zu nutzen. ⁴Die im Rahmen der Nutzung dieser Dienste aktualisierten, abrechnungsrelevanten Daten werden in das PVS übertragen.

2. Ersatzverfahren aus technischen Gründen

Für ein aus technischen Gründen erforderliches Ersatzverfahren zur Ausfüllung des Personalienfeldes gilt:

- 2.1 ¹In das PVS sind die optisch erkennbaren Angaben von der eGK – Nummer und Name der Krankenkasse, Name, Vorname, Geburtsdatum und Versichertennummer – sowie der Wohnort des Versicherten und nach Möglichkeit die Postleitzahl des Wohnortes aufzunehmen. ²Für eine mögliche Vervollständigung dieser Daten ist der Rückgriff auf die Patientenstammdatei (z. B. auch für das IK der Krankenkasse), wenn im Vorquartal eine gültige eGK oder ein gültiger Anspruchsnachweis vorgelegt worden ist, oder ggf. auf Angaben des Versicherten zulässig. ³Im Ersatzverfahren hat der Versicherte mit seiner Unterschrift zu bestätigen, dass er bei der genannten Krankenkasse versichert ist. ⁴Legt der Versicherte im weiteren Verlauf des Quartals eine gültige eGK vor und kann diese eingelesen werden, ist die Abrechnung auf der Basis von deren Daten vorzunehmen.
- 2.2 Diese Angaben gemäß Ziffer 2.1 sind auch zu erheben, wenn bei der aufsuchenden Versorgung kein mobiles Kartenterminal zur Verfügung steht.

3. Ersatzverfahren bei Vorlage eines schriftlichen Anspruchsnachweises

¹Wenn der Patient keine eGK, sondern einen schriftlichen Anspruchsnachweis vorlegt, sind Nummer und Name der Krankenkasse, Name, Vorname, Geburtsdatum und Versichertennummer, das Wohnortkennzeichen und der Wohnort des Versicherten sowie nach Möglichkeit die Postleitzahl des Wohnortes in das PVS aufzunehmen. ²Zusätzlich sind die Befristungsdaten des Anspruchsnachweises einzugeben, sofern vorhanden. ³Der Zahnarzt fertigt eine Kopie des Anspruchsnachweises, die er sich von dem Patienten unterschreiben lässt und die er 4 Jahre in der Praxis – ggf. auch durch geeignete

Verfahren in elektronischer Form – aufbewahrt. ⁴Legt der Versicherte im weiteren Verlauf des Quartals eine gültige eGK vor und kann diese eingesehen werden, ist die Abrechnung auf der Basis von deren Daten vorzunehmen.

4. Ersatzverfahren in Sonderfällen

¹In Fällen ohne direkten Zahnarzt und Patientenkontakt (z. B. telefonische Konsultation, telemedizinischer Zahnarzt-Patientenkontakt, Konsil) können aus den Patientendaten des Zahnarztes, wenn im Vorquartal eine gültige eGK oder ein gültiger Anspruchsnachweis vorgelegt worden ist, die Nummer und der Name der Krankenkasse, Name, Vorname, Geburtsdatum und Versichertennummer, das Wohnortkennzeichen und der Wohnort des Versicherten sowie nach Möglichkeit die Postleitzahl des Wohnortes übernommen werden. ²Zusätzlich sind die Befristungsdaten des Anspruchsnachweises zu übernehmen, sofern vorhanden.

5. Verfahren bei Nichtvorlage, ungültiger eGK oder fehlendem Nachweis eines Leistungsanspruches des Versicherten gegenüber der Krankenkasse

- 5.1 Solange der Versicherte die eGK oder einen Anspruchsnachweis nicht vorlegt oder die Überprüfung nach Nr. 1 ergibt, dass die vorgelegte eGK der vorliegenden Person offensichtlich nicht zugeordnet werden kann, finden die Regelungen nach § 18 BMV-Z entsprechende Anwendung.
- 5.2 ¹Für Kosten einer Behandlung, die auf der Grundlage einer vorgelegten und für den Zahnarzt nicht erkennbar (s. Nrn. 1.2 und 1.3) falschen bzw. ungültigen eGK oder der unrechtmäßigen Vorlage der eGK statt des Gebrauches des Leistungsnachweises gem. § 16 Abs. 3a SGB V¹ bei Ruhen der Ansprüche erfolgte, haftet die Krankenkasse dem Zahnarzt gegen Abtretung seines Vergütungsanspruches. ²Das Nähere regeln die Partner der Gesamtverträge. ³Wird eine eGK ohne Lichtbild vorgelegt, obwohl keiner der in § 291 Abs. 2 Satz 5 SGB V geregelten Ausnahmetatbestände erfüllt ist, und stellt sich heraus, dass die eGK für den Zahnarzt nicht erkennbar falsch war, so haftet die ausgebende Krankenkasse dem Vertragszahnarzt gegen Abtretung seiner Vergütungsansprüche für die Kosten der Behandlung. ⁴Eine vorgelegte eGK ohne Lichtbild ist für den Zahnarzt dann erkennbar falsch, wenn sich anhand der auf der eGK aufgetragenen sonstigen optisch erkennbaren Identitätsdaten ohne weitere Prüfung ergibt, dass die vorgelegte eGK der vorliegenden Person im Hinblick auf das Alter oder das Geschlecht offensichtlich nicht zugeordnet werden kann. ⁵Weist der Versicherte darauf hin, dass sich die zuständige Krankenkasse oder der Versichertenstatus geändert hat und wird dies von der eGK noch nicht berücksichtigt, finden die Regelungen nach § 18 Abs. 2 BMV-Z entsprechende Anwendung.
- 5.3 Kann im Falle der Notfallbehandlung vom Versicherten keine gültige eGK oder kein Anspruchsnachweis vorgelegt werden, finden die Regelungen nach § 18 Abs. 2 BMV-Z entsprechende Anwendung. Nr. 1.3 findet keine Anwendung.
- 5.4 Legt der Versicherte innerhalb eines Quartals, in dem die eGK bereits vorgelegen hat, nach Status- oder Kassenwechsel eine neue eGK oder einen Anspruchsnachweis vor, so ist für die konservierend-chirurgischen Leistungen eine gesonderte Datenübermittlung (neuer Fall) vorzunehmen.
- 5.5 Der Anwendungsbereich von Ziffer 5 liegt auch vor und es gilt kein Ersatzverfahren, wenn im Rahmen der Online-Prüfung festgestellt wird, dass die eGK ungültig ist und damit kein gültiger Anspruchsnachweis vorliegt.

¹ Im Bereich der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung gilt § 8 Abs. 2a KVLG 1989.

6. Verfahren bei Nutzung mobiler Kartenterminals

¹Bei der Nutzung von mobilen Kartenterminals (z. B. bei zahnärztlichen Haus- und Heimbefuchen) werden die Versichertendaten von der eGK eingelesen und später in das PVS des Zahnarztes übertragen. 1.3 findet keine Anwendung. ²Die mobilen Kartenterminals haben den geltenden Vorgaben der gematik zu entsprechen.

³Für mobile Kartenterminals, die durch die gematik mit der Ausprägung „VSDM“ zugelassen wurden und die Ausdrücke erzeugen, können die Angaben im Personalienfeld unverändert weiterverarbeitet werden.

17. Änderungsvereinbarung zum BMV-Z

Die **Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)**, K. d. ö. R., Köln
und der
Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), K. d. ö. R., Berlin

vereinbaren Folgendes:

**Änderung der Formulare für die vertragszahnärztliche Versorgung
(Anlagen 14a/14b BMV-Z),
hier: Muster 4 (Stand: 01.07.2020)**

- I. Das Muster 4 der vertragsärztlichen Versorgung in der ab dem 01.07.2020 geltenden Fassung wird auch in der vertragszahnärztlichen Versorgung angewendet. Das Formular erhält das Format DIN A5 hoch. Für das Formular wird blauer Flächendruck verwendet. Die Rückseite des Formulars erhält die Farbe der Vorderseite.

Das Formular „Muster 4 – Verordnung einer Krankenförderung“ gemäß Anlage 14a zum BMV-Z erhält ab dem 01.07.2020 folgende Fassung:

Zuzahlungspflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungsfrei	Name, Vorname des Versicherten		
			geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	

Verordnung einer Krankenförderung 4

- Unfall, Unfallfolge
- Arbeitsunfall, Berufskrankheit
- Versorgungsleiden (z.B. BVG)
- Hinfahrt Rückfahrt

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

- a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung vor-/nachstationäre Behandlung
- b) ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 **nur Taxi/Mietwagen** (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)
- c) anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: _____

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

- d) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)
- e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)
- f) anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 / x pro Woche, bis voraussichtlich

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Behandlungsstätte (Name, Ort)

3. Art und Ausstattung der Beförderung

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen | <input type="checkbox"/> Rollstuhl |
| <input type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen _____ | <input type="checkbox"/> Tragestuhl |
| <input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> NAW/NEF <input type="checkbox"/> andere _____ | <input type="checkbox"/> liegend |

4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7.2020)

Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!

Bestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten

Datum	Fahrtstrecke (von ... nach)	Hin-fahrt	Rück-fahrt	Unterschrift des Versicherten
T T M M J J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bestätigung des Transporteurs

Die Krankenbeförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.

Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis für den Zeitraum der Krankenbeförderung wurde vorgelegt

(Die Angabe ist nicht bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)

nein ja

Datum
T | T | M | M | J | J

Stempel/Unterschrift des Transporteurs

Abrechnungsdaten des Transporteurs

IK des Transporteurs	Belegnummer	Gesamt-Brutto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rechnungsnummer	Zuzahlung	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Positionsnummer	Anzahl	km
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Positionsnummer	Anzahl	km
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

II. Die Erläuterungen und Ausfüllhinweise zu Muster 4 gemäß Anlage 14b zum BMV-Z werden ab dem 01.07.2020 wie folgt gefasst:

Voraussetzung für die Verordnung einer Krankenförderung ist, dass die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig ist. Maßgeblich für die Auswahl des Beförderungsmittels ist die medizinische Notwendigkeit im Einzelfall unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Für die Auswahlentscheidung sind deshalb insbesondere der aktuelle Gesundheitszustand des Patienten und seine Gehfähigkeit zu berücksichtigen. Fahrten ohne zwingenden medizinischen Grund, z. B. zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden oder Abholen von Verordnungen, dürfen nicht verordnet werden. Nicht verordnungsfähig sind zudem Fahrten zu Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI, z. B. Fahrten von der Wohnung des Patienten zum Pflegeheim. Grundsätzlich ist die Verordnung vor der Beförderung auszustellen.

Grundlage der Verordnung einer Krankenförderung ist die Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (KT-RL).

Die Verordnung ist dem Versicherten auszuhändigen, der diese bei genehmigungsfreien Fahrten direkt an den Transporteur weiterreichen kann. Bei genehmigungspflichtigen Fahrten ist die Verordnung vom Versicherten vor Fahrtantritt an die Krankenkasse zu senden, damit diese eine datenschutzkonforme Genehmigung veranlassen kann.

Änderungen und Ergänzungen der Verordnung bedürfen einer erneuten Unterschrift des Vertragszahnarztes mit Stempel und Datumsangabe.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

Zuzahlpflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlfrei	Name, Vorname des Versicherten		
			geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	

Verordnung einer Krankenförderung 4

- Unfall, Unfallfolge
- Arbeitsunfall, Berufskrankheit
- Versorgungsleiden (z.B. BVG)
- Hinfahrt Rückfahrt

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

- a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung vor-/nachstationäre Behandlung
- b) ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 **nur Taxi/Mietwagen** (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)
- c) anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen:

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

- d) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)
- e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)
- f) anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

10 2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am / x pro Woche, bis voraussichtlich
 Behandlungsstätte (Name, Ort)

3. Art und Ausstattung der Beförderung

- Taxi/Mietwagen Rollstuhl
- KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen Tragestuhl
- legend
- RTW NAW/NEF andere

4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7.2020)

① Zuzahlungsfrei bzw. Zuzahlungspflicht

Hier ist anzugeben, ob der Versicherte Zuzahlungen zu leisten hat. Grundsätzlich ist die Krankenbeförderung zuzahlungspflichtig und damit das Feld „Zuzahlungspflicht“ anzukreuzen.

Das Feld „Zuzahlungsfrei“ ist nur anzukreuzen

- bei Verordnungen zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers (siehe ②),
- bei Verordnungen für Versicherte aufgrund eines Versorgungsleidens (siehe ②) sowie
- in den Fällen, in denen eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht vom Versicherten nachgewiesen wird.

② Unfall, Unfallfolge, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Versorgungsleiden (z. B. BVG)

Liegt ein Unfall, ein Arbeitsunfall, eine Berufskrankheit oder ein Versorgungsleiden vor, ist dies zu kennzeichnen.

Bei einem Arbeitsunfall (auch Schulunfall) oder einer anerkannten Berufskrankheit ist die Verordnung zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers auszustellen. Dafür ist im Personalienfeld der zuständige Unfallversicherungsträger zu benennen.

Unter Versorgungsleiden werden alle Krankheiten oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen verstanden, die wegen einer öffentlich angeordneten bzw. angeregten Maßnahme oder als Folge einer Straftat entstanden sind und vom Versorgungsamt anerkannt wurden. Hierunter sind z. B. folgende Ansprüche zu subsumieren:

- Bundesversorgungsgesetz (Kriegsschäden),
- Opferentschädigungsgesetz (z. B. Opfer von Gewalttaten),
- Infektionsschutzgesetz (z. B. Impfschäden, anderweitige Gesundheitsschäden durch Prophylaxe),
- Soldatenversorgungsgesetz.

③ Hinfahrt, Rückfahrt

Im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse sind in der Regel nur Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem Aufenthaltsort des Patienten und der nächst erreichbaren, geeigneten Behandlungsmöglichkeit verordnungsfähig.

Im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes prüft der Vertragszahnarzt die medizinische Notwendigkeit jeweils für die Hinfahrt und für die Rückfahrt. Ist beispielsweise nur die Rückfahrt nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln möglich, so ist nur diese verordnungsfähig. Bei Bedarf soll die für den Transporteur ggf. anfallende Wartezeit durch den Vertragszahnarzt unter ⑰ bestätigt werden.

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

④ a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung, vor-/nachstationäre Behandlung

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenbeförderung zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung oder zur vor- oder nachstationären Behandlung ist ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse zulässig. Bei vorstationären Behandlungen soll der voraussichtliche Beginn der stationären Behandlung unter ⑰ angegeben werden. Die Beförderung zur vor- oder nachstationären Behandlung darf dabei für nicht mehr als drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn bzw. grundsätzlich für nicht mehr als sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Behandlung stattfinden.

Dieser Beförderungsgrund ist für die vertragszahnärztliche Versorgung regelmäßig nicht relevant.

⑤ b) ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 (nur Taxi, Mietwagen; Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)

Die genehmigungsfreie Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenfahrt zur ambulanten Behandlung ist für Patienten möglich, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder einen Einstufungsbescheid in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 bei der Verordnung vorlegen. Bei Patienten mit einem Pflegegrad 3, die bis zum 31.12.2016 nicht mindestens in die Pflegestufe 2 eingestuft waren, muss zusätzlich wegen dauerhafter (mindestens über 6 Monate) körperlicher, kognitiver oder psychischer Beeinträchtigung ihrer Mobilität ein Unterstützungsbedarf bei der Beförderung bestehen, sodass sie nicht eigenständig (z. B. mit öffentlichen Verkehrsmitteln) zur ambulanten Behandlung fahren können. Dies ist im Einzelfall zu bewerten. Dabei kann sich der Vertragszahnarzt auf bereits vorliegende Feststellungen bezüglich der Mobilität des Versicherten stützen (z. B. Merkzeichen „G“ - erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr - im Schwerbehindertenausweis). Bei Patienten mit einem Pflegegrad 3, die bis zum 31.12.2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren, ist von einer entsprechenden dauerhaften Mobilitätsbeeinträchtigung auszugehen.

Verordnungsfähig sind Fahrten, die mittels Taxi oder Mietwagen durchgeführt werden müssen. Zu den Mietwagen gehören auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung, z. B. mit Trage, mit Tragestuhl oder zur Beförderung von nicht gehfähigen Patienten im eigenen Rollstuhl. Hierfür sind die Ankreuzfelder **11** und ggf. **13** zu nutzen. Ist ein Krankentransportwagen erforderlich, ist die Fahrt unter **9** zu verordnen.

6 c) anderer Grund, z. B. Fahrten zu Hospizen

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenförderung aus „anderen Gründen“ ist zulässig

für Fahrten zu anderen stationären Einrichtungen (Hospizen [§ 39a SGB V] und Kurzzeitpflegeeinrichtungen [§ 39c SGB V] als Leistung der Krankenkasse),

- für Fahrten zu einer stationsersetzenden ambulanten Operation gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus oder zu einer ambulanten Operation in der Vertragsarztpraxis sowie bei in diesem Zusammenhang erfolgender Vor- oder Nachbehandlung,
- bei einer aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlichen Verlegungsfahrt in ein anderes Krankenhaus während einer stationären Behandlung (Ausnahmefall) und
- bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus (auch ohne eine anschließende stationäre Behandlung).

Der Anlass ist in der Freitextzeile **6** zu erfassen.

Diese Beförderungsründe sind für die vertragszahnärztliche Versorgung regelmäßig nicht relevant.

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen

7 d) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie

In Ausnahmefällen kann eine Krankenfahrt zu diesen ambulanten Behandlungen verordnet werden, wenn diese zwingend medizinisch notwendig sind.

Dieser Beförderungsrund ist für die vertragszahnärztliche Versorgung regelmäßig nicht relevant.

7 vergleichbarer Ausnahmefall

Ein vergleichbarer Ausnahmefall ist anzunehmen, wenn Patienten mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt werden, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist und die Patienten durch die Behandlung oder dem zu dieser Behandlung führenden Krankheitsverlauf so beeinträchtigt sind, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist. Die Vergleichbarkeit ist unter **17** zu begründen, ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10.

Dieser Beförderungsrund ist für die vertragszahnärztliche Versorgung regelmäßig nicht relevant.

8 e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)

Bei vergleichbarer Beeinträchtigung der Mobilität nach den im Feld 5 genannten Kriterien (Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5) kommt eine Verordnung nur in Betracht, wenn der Patient einer ambulanten Behandlung mindestens 6 Monate bedarf. Die Vergleichbarkeit der Mobilitätsbeeinträchtigung ist ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10 unter 17 zu begründen.

9 f) anderer Grund für Fahrt mit KTW, z. B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

Andere Gründe als die vorgenannten können die Verordnung einer Krankenbeförderung mit einem Krankentransportwagen (KTW) erforderlich machen, wenn Patienten während der Fahrt einer medizinisch-fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtung eines KTW bedürfen oder zu erwarten ist, dass dies erforderlich wird (z. B. weil während der Fahrt wegen Dekubitus ein fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich ist) oder wenn dadurch die Übertragung schwerer, ansteckender Krankheiten der Patienten vermieden wird.

Das Ankreuzfeld ist auch zu nutzen, sofern für Versicherte mit einem Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 eine Fahrt im KTW erforderlich ist.

Angaben, weshalb eine fachliche Betreuung oder besondere Einrichtung benötigt wird, sind unter 12 zu machen.

Darüber hinaus sind über dieses Feld genehmigungspflichtige Verlegungsfahrten (Ausnahmefall), z. B. eine Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus, zu verordnen. Das medizinisch erforderliche Beförderungsmittel ist für Verlegungsfahrten unter 11 bis 15 anzugeben. Weiterhin ist unter 17 der Grund „Verlegung“ zu erfassen.

10 2. Behandlungstag/-frequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

Hier sind Angaben zum (voraussichtlichen) Behandlungstag bzw. zur Behandlungsfrequenz zu machen und die Behandlungsstätte (z. B. Name des Krankenhauses/Vertragszahnarztes oder fachliche Ausrichtung des Vertragszahnarztes) anzugeben.

Ist der Behandlungstag bei genehmigungsfreien Fahrten nicht bekannt, kann im Einzelfall auf die Angabe des Behandlungstages verzichtet werden. In diesen Fällen ist eine Begründung unter 17 anzugeben.

Bei der Angabe der Behandlungsstätte ist zu beachten, dass Krankenkassen Fahrkosten in der Regel bis zur nächst erreichbaren, geeigneten Behandlungsmöglichkeit (z. B. Vertragszahnarztpraxis) übernehmen. Wird eine andere Behandlungsmöglichkeit gewählt, hat der Versicherte die anfallenden Mehrkosten ggf. selbst zu tragen.

3. Art der Beförderung

11 Taxi/Mietwagen

Ein Taxi/Mietwagen ist ordnungsfähig, wenn der Patient aus zwingenden medizinischen Gründen kein öffentliches Verkehrsmittel oder privates Kraftfahrzeug benutzen kann. Zu den Mietwagen gehören auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung. Soll ein Patient mit Rollstuhl, im Tragestuhl oder liegend befördert werden, so sind diese Anforderungen an das Taxi/den Mietwagen zusätzlich unter 13 zu kennzeichnen. Eine medizinisch-fachliche Betreuung der Patienten findet nicht statt.

12 KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen

Die Verordnung einer Krankenbeförderung mittels KTW ist nur zulässig, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung und/oder die besondere Einrichtung des KTW aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist und eine Beförderung durch ein weniger aufwendiges Beförderungsmittel nicht möglich ist. Dabei ist zu beachten, dass nicht die Diagnose oder die Behandlung an sich die „zwingende medizinische Notwendigkeit“ des KTW begründet, sondern Art und Ausmaß der Funktionsstörung. Diese ist daher hier (ggf. unter Angabe des maß-

geblichen ICD-10) anzugeben (z. B. Blutungsgefahr) bzw. muss sich aus der Begründung ableiten lassen. Bei der Verordnung einer Beförderung mittels KTW können zusätzlich die Felder unter **13** Rollstuhl, Tragestuhl oder liegend angekreuzt werden.

13 Rollstuhl, Tragestuhl, liegend

Das Feld „Rollstuhl“ ist anzukreuzen, wenn ein nicht gehfähiger Patient im eigenen Rollstuhl oder im Krankenfahrsessel befördert werden muss (Fahrzeug mit rollstuhlgerechter Ausstattung).

Das Feld „Tragestuhl“ ist anzukreuzen, falls es sich um einen nicht gehfähigen Patienten handelt, der sitzend befördert werden kann. Aufgrund fehlender Barrierefreiheit ist eine Trageleistung von zwei Personen erforderlich (Fahrzeugausstattung: Tragestuhl).

Das Feld „liegend“ ist anzukreuzen, falls ein Patient ausschließlich liegend transportiert werden kann (Fahrzeugausstattung: Trage).

14 RTW

Rettungswagen (RTW) sind für Notfallpatienten zu verordnen, die vor und während der Beförderung neben den Erste-Hilfe-Maßnahmen auch zusätzlicher Maßnahmen bedürfen, die geeignet sind, die vitalen Funktionen aufrecht zu erhalten oder wiederherzustellen.

In Notfällen kann die Beförderung nachträglich verordnet werden.

15 NAW/NEF

Notarztwagen (NAW) bzw. Notarzteinsatzfahrzeuge (NEF) sind für Notfallpatienten zu verordnen, bei denen vor oder während der Beförderung lebensrettende Sofortmaßnahmen durchzuführen oder zu erwarten sind, für die eine notärztliche Versorgung erforderlich ist.

In Notfällen kann die Beförderung nachträglich verordnet werden.

16 andere

Ist die Verordnung anderer Beförderungsmittel wie z. B. eines Rettungshubschraubers (RTH) notwendig, ist dies hier zu vermerken. Die Verordnung eines RTH ist möglich, wenn die Beförderung mit einem bodengebundenen Rettungsmittel nicht ausreicht.

17 4. Begründung/Sonstiges

Freitextfeld zur Begründung der Vergleichbarkeit nach **7** und **8**.

Dieses Freitextfeld ist darüber hinaus für sonstige relevante Angaben zu nutzen, z. B.:

- Datumsangabe des (geplanten) Beginns der stationären Behandlung bei der Verordnung von Fahrten zu vorstationären Behandlungen,
- Angabe von weiteren geplanten Behandlungsterminen,
- Angabe einer Behandlungsfrequenz, die unter **10** nicht erfasst werden kann (z. B. 5 x alle 2 Wochen vom TTMMJJ bis TTMMJJ),
- Begründung, wenn ein Behandlungstag unter **10** nicht bekannt ist,
- Dauer der Wartezeit des Transporteurs bei Hin- und Rückfahrt in zeitlichem Zusammenhang,
- Möglichkeit der Nutzung von Gemeinschaftsfahrten, ggf. unter Angabe der Anzahl der Mitfahrer,
- Ortsangabe, wenn die Fahrt nicht von/zur Wohnung des Patienten stattfindet,
- Gewicht bei schwergewichtigen Patienten,
- Datumsangabe der (geplanten) Operation bei der Verordnung von Fahrten zu Vor-/Nachbehandlungen bei ambulanten Operationen,
- Begründung der stationärsersetzenden ambulanten Operation (medizinische und/oder patientenindividuelle Gründe),
- Angabe, dass keine Genehmigungsmöglichkeit bestand mit Uhrzeit (bei nicht planbaren Fahrten zu einer ambulanten Behandlung),
- Angabe, dass eine Begleitperson medizinisch erforderlich ist,
- Angabe „Verlegung“, sofern es sich hierbei nicht um eine aus zwingenden medizinischen Gründen erforderliche Verlegungsfahrt handelt,

- Hinweis, dass die Beförderung eines intensivbeatmungspflichtigen Patienten stattfindet,
- Angabe, dass der Patient einen Rollator besitzt oder
- Angabe, dass der Patient keine Stufen steigen kann.

RÜCKSEITE

Die auf der Rückseite der Verordnung einer Krankenförderung vorgesehenen Angaben sind durch den Transporteur und den Patienten auszufüllen.

- III. Das neue Formular sowie die Erläuterungen und Ausfüllhinweise finden ab dem 01.07.2020 Anwendung. Die vorliegende Änderungsvereinbarung tritt am Tag nach ihrer Unterzeichnung in Kraft.

Köln, Berlin

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

GKV-Spitzenverband

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Wohnortkassen >Patient wohnt in Berlin - Zuständigkeit 30	KCH/ PAR/KB	IP/FU	KFO	ZE	Abformmaterial KB/KFO (€)
AOK >Wohnortkennzeichen 00072	1,1232	1,2310	0,9966	0,9576	3,85
BKK >Wohnortkennzeichen 00072	1,0855	1,1800	0,9535	0,9576	3,95
IKK >Wohnortkennzeichen 00072	1,1111	1,2137	0,9774	0,9576	3,95
SVLFG (LKK) >Wohnortkennzeichen 00072	1,0768	1,1768	0,9525	0,9576	KB 3,00 KFO 2,80
KNAPPSCHAFT >Regionalkennzeichen 95+97	1,1069	1,2237	0,9918	0,9576	3,85
Ersatzkassen/vdek inklusive TK >Regionalkennzeichen 95+97	1,1148	1,2183	0,9919	0,9576	KB 3,00 KFO 2,80
Sonstige Kostenträger	KCH/ PAR/KB	IP/FU	KFO	ZE	Abformmaterial KB/KFO (€)
AOK U/J, A62, EWG, Asy/Asa, LAGeSo	1,1232	1,2310	0,9966	0,9576	3,85
KOV, V/Vf, BVFG, BEG	Bitte den Punktwert der ausstellenden Kasse ansetzen.				
Heilfürsorge BPol (Bundespolizei/BGS)	1,2421	1,3248	1,0666	1,0666	3,00
BAPersBw (Bundeswehr)	1,2421	1,2421	1,0666	1,0666	3,00
Polizeipräsident in Berlin	1,1050	1,2076	0,9830	0,9576	KB 3,00 KFO 2,80

Berufsgenossenschaft/Eigenunfallversicherung: 1,32 € für alle Abrechnungsarten
Die Abrechnung erfolgt über den jeweiligen Unfallversicherungsträger.

Für KFO-Leistungen gilt bei allen Kassen der Punktwert am Sitz des Zahnarztes.

Versandgänge des Zahnarztes zum gewerblichen Labor sind vertraglich vereinbart. Sie betragen für:

	ZE	PAR/KB	KFO
AOK	3,85	3,85	3,85
BKK	3,95	3,95	3,95
IKK	3,95	3,95	3,95
KNAPPSCHAFT	3,85	3,85	3,85
SVLFG (LKK)	Gebühren der Deutschen Post AG		
vdek	für ein Päckchen (Inland, max. 2 Kg) Onlinefrankierung		

ACHTUNG: Die folgenden Angaben sind nur für den internen Gebrauch in der Praxis:

Bestätigung der Eingabe der geänderten Punktwerte und Gültigkeitsdaten in den Praxis-Computer

zu ändernde Punktwerte und Gültigkeitsdaten

im Praxis-Computer geändert am

geändert von

Ihre Ansprechpartner erreichen Sie unter der Hotline 030 89004-407, Fax 030 89004-46407, bkv@kzv-berlin.de

Die Punktwerte für fremde Ersatzkassen/vdek sind anzusetzen, wenn die eGK des Patienten das jeweilige Regionalkennzeichen der KZV an der 1. und 2. Stelle der 7-stelligen Kassennummer aufweist.

Für KFO-Leistungen gilt der Punktwert am Sitz des Zahnarztes. KFO: 0,9919 Für ZE gilt der bundeseinheitliche Punktwert. ZE: 0,9576

Regional- kennzeichen	KZV	KZV Nr.	Techniker Krankenkasse		BARMER		DAK Gesundheit		KKH		Hanseatische Ersatzkasse		Handels- krankenkasse	
			KCH/ PAR/KB	IP/FU										
01	Mecklenburg-Vorp.	52	1,0580	1,0991	1,0601	1,0883	1,0580	1,1033	1,0580	1,0991	1,0580	1,0991	1,0580	1,0991
05	Brandenburg	53	1,0765	1,1207	1,0765	1,1207	1,0765	1,1207	1,0765	1,1207	1,0765	1,1207	1,0765	1,1207
09	Sachsen-Anhalt	54	1,0588	1,1505	1,0588	1,1505	1,0588	1,1505	1,0588	1,1505	1,0588	1,1505	1,0588	1,1505
13	Schleswig-Holstein	36	1,1427	1,1815	1,1427	1,1815	1,1427	1,1815	1,1427	1,1815	1,1427	1,1815	1,1427	1,1815
15	Hamburg	32	1,1427	1,1906	1,1427	1,1906	1,1427	1,1906	1,1427	1,1906	1,1427	1,1906	1,1427	1,1906
17	Niedersachsen	04	1,0921	1,1334	1,0990	1,1334	1,0921	1,1334	1,0921	1,1334	1,0921	1,1334	1,0921	1,1334
30	Bremen	31	1,0961	1,1601	1,0961	1,1601	1,0961	1,1601	1,0961	1,1601	1,0961	1,1601	1,0961	1,1601
34	Westfalen-Lippe	37	1,1423	1,1960	1,1423	1,1960	1,1423	1,1960	1,1423	1,1960	1,1423	1,1960	1,1423	1,1960
40, 49	Nordrhein	13	1,1456	1,2972	1,1456	1,2972	1,1456	1,2972	1,1456	1,2972	1,1456	1,2972	1,1456	1,2972
50	Thüringen	55	1,1096	1,2310	1,1031	1,2268	1,1010	1,2234	1,1010	1,2234	1,1010	1,2234	1,1010	1,2234
51	Hessen	20	1,1483	1,2140	1,1483	1,2140	1,1483	1,2140	1,1483	1,2140	1,1483	1,2140	1,1483	1,2140
62 - 65	Rheinland-Pfalz	06	KCH/PAR 1,0981 KB 0,9576	1,2138										
72	Sachsen	56	1,1114	1,2474	1,0999	1,2344	1,0987	1,2319	1,0987	1,2319	1,0987	1,2319	1,0987	1,2319
67, 73, 78, 80	Baden-Württemberg	02	1,1367	1,1999	1,1361	1,2004	1,1359	1,1999	1,1359	1,1999	1,1359	1,1999	1,1359	1,1999
83	Bayern	11	1,1071	1,2320	1,1071	1,2320	1,1071	1,2320	1,1071	1,2320	1,1071	1,2320	1,1071	1,2320
93	Saarland	35	1,0925	1,1518	1,0925	1,1518	1,0925	1,1518	1,0925	1,1518	1,0925	1,1518	1,0925	1,1518

Für die nach ihren Gesamtverträgen von den einzelnen KZVen gemeldeten Punktwerten kann die KZV Berlin wegen ständiger Vergütungsverhandlungen in allen Bereichen keine Gewähr übernehmen. Alle Änderungen sind **fett** gedruckt.

PUNKTWERTE III. QUARTAL 2020
FREMDE ERSATZKASSEN/VDEK (STAND: 18.06.2020)

Die Punktwerte für fremde Ersatzkassen/vdek sind anzusetzen, wenn die eGK des Patienten das jeweilige Regionalkennzeichen der KZV an der 1. und 2. Stelle der 7-stelligen Kassennummer aufweist.

Für KFO-Leistungen gilt der Punktwert am Sitz des Zahnarztes. KFO: 0,9919 Für ZE gilt der bundeseinheitliche Punktwert. ZE: 0,9576

Regional- kennzeichen	KZV	KZV Nr.	Techniker Krankenkasse		BARMER		DAK Gesundheit		KKH		Hanseatische Ersatzkasse		Handels- krankenkasse	
			KCH/ PAR/KB	IP/FU										
01	Mecklenburg-Vorp.	52	1,0580	1,0991	1,0601	1,0883	1,0580	1,1033	1,0580	1,0991	1,0580	1,0991	1,0580	1,0991
05	Brandenburg	53	1,0765	1,1207	1,0765	1,1207	1,0765	1,1207	1,0765	1,1207	1,0765	1,1207	1,0765	1,1207
09	Sachsen-Anhalt	54	1,0588	1,1505	1,0588	1,1505	1,0588	1,1505	1,0588	1,1505	1,0588	1,1505	1,0588	1,1505
13	Schleswig-Holstein	36	1,1427	1,1815	1,1427	1,1815	1,1427	1,1815	1,1427	1,1815	1,1427	1,1815	1,1427	1,1815
15	Hamburg	32	1,1427	1,1906	1,1427	1,1906	1,1427	1,1906	1,1427	1,1906	1,1427	1,1906	1,1427	1,1906
17	Niedersachsen	04	1,0921	1,1334	1,0990	1,1334	1,0921	1,1334	1,0921	1,1334	1,0921	1,1334	1,0921	1,1334
30	Bremen	31	1,0961	1,1601	1,0961	1,1601	1,0961	1,1601	1,0961	1,1601	1,0961	1,1601	1,0961	1,1601
34	Westfalen-Lippe	37	1,1423	1,1960	1,1423	1,1960	1,1423	1,1960	1,1423	1,1960	1,1423	1,1960	1,1423	1,1960
40, 49	Nordrhein	13	1,1456	1,2972	1,1456	1,2972	1,1456	1,2972	1,1456	1,2972	1,1456	1,2972	1,1456	1,2972
50	Thüringen	55	1,1096	1,2310	1,1031	1,2268	1,1010	1,2234	1,1010	1,2234	1,1010	1,2234	1,1010	1,2234
51	Hessen	20	1,1483	1,2140	1,1483	1,2140	1,1483	1,2140	1,1483	1,2140	1,1483	1,2140	1,1483	1,2140
62 - 65	Rheinland-Pfalz	06	KCH/PAR 1,0981 KB 0,9576	1,2138										
72	Sachsen	56	1,1114	1,2474	1,0999	1,2344	1,0987	1,2319	1,0987	1,2319	1,0987	1,2319	1,0987	1,2319
67, 73, 78, 80	Baden-Württemberg	02	1,1367	1,1999	1,1361	1,2004	1,1359	1,1999	1,1359	1,1999	1,1359	1,1999	1,1359	1,1999
83	Bayern	11	1,1071	1,2320	1,1071	1,2320	1,1071	1,2320	1,1071	1,2320	1,1071	1,2320	1,1071	1,2320
93	Saarland	35	1,0925	1,1518	1,0925	1,1518	1,0925	1,1518	1,0925	1,1518	1,0925	1,1518	1,0925	1,1518

Für die nach ihren Gesamtverträgen von den einzelnen KZVen gemeldeten Punktwerten kann die KZV Berlin wegen ständiger Vergütungsverhandlungen in allen Bereichen keine Gewähr übernehmen. Alle Änderungen sind **fett** gedruckt.

PUNKTWERTE II. QUARTAL 2020
FREMDE WOHNORTKASSEN UND FREMDKASSEN (STAND: 25.06.2020)

Diese Punktwerte sind anzusetzen, wenn der Patient in dem jeweiligen KZV Bereich wohnhaft ist (WOP Kassen) oder es sich um keine Wohnortkasse handelt.

Für KFO-Leistungen gilt der Punktwert am Sitz des Zahnarztes KFO:

AOK 0,9966 – BKK 0,9535 – IKK 0,9774 – SVLFG 0,9525 – **KNAPPSCHAFT 0,9918**

Für ZE gilt der bundeseinheitliche Punktwert. ZE: 0,9576

Diese Punktwerte sind anzusetzen, wenn die eGK des Patienten das jeweilige Regionalkennzeichen der KZV an der 1. und 2. Stelle der 7-stelligen Kassennummer aufweist.

KZV Nr.	KZV	AOK		BKK		IKK		SVLFG (LKK)		KNAPPSCHAFT		
		KCH/ PAR/KB	IP/FU	KCH/ PAR/KB	IP/FU	KCH/ PAR/KB	IP/FU	KCH/ PAR/KB	IP/FU	Regional- kennzeichen	KCH/ PAR/KB	IP/FU
02	Baden-Württemberg	1,1421	1,2139	1,1393	1,2025	1,1371	1,2021	1,1400	1,2036	69, 74, 78, 80	1,1375	1,2011
04	Niedersachsen	1,0924	1,1898	1,0924	1,1898	1,0924	1,1898	1,0924	1,1898	21	1,0924	1,1898
06	Rheinland-Pfalz	KCH/PAR 1,0981 KB 0,9576	1,2187	KCH/PAR 1,0981 KB 0,9576	1,2187	KCH/PAR 1,0981 KB 0,9576	1,1832	KCH/PAR 1,0981 KB 0,9576	1,2187	62-65	KCH/PAR 1,0981 KB 0,9576	1,2187
11	Bayern	1,1056	1,2203	1,1084	1,2325	1,1102	1,2346	1,1170	1,2695	84	1,1111	1,2360
13	Nordrhein	1,1456	1,2972	1,1456	1,2972	1,1456	1,2972	1,1456	1,2972	44	1,1456	1,2972
20	Hessen	1,1486	1,2143	1,1488	1,2148	1,1487	1,2146	1,1507	1,2201	55	1,1493	1,2191
31	Bremen	1,0971	1,1635	1,0971	1,1635	1,0971	1,1635	1,0971	1,1635	31	1,0971	1,1635
32	Hamburg	1,1427	1,2057	1,1427	1,2057	1,1427	1,2057	1,1427	1,2057	15	1,1427	1,2057
32	SOZ Hamburg	1,1420	1,2057	-----	-----	-----	-----	-----	-----		-----	-----
35	Saarland	1,1282	1,1858	1,0671	1,1433	1,0671	1,1433	1,0671	1,1433	93	1,0896	1,1518
36	Schleswig-Holstein	1,1427	1,1846	1,1427	1,1846	1,1427	1,2280	1,1427	1,1846	13	1,1427	1,1846
36	SOZ Schleswig-Holstein	1,1427	1,1846	-----	-----	-----	-----	-----	-----		-----	-----
37	Westfalen-Lippe	1,1423	1,1960	1,1423	1,1960	1,1423	1,1960	1,1423	1,1960	35	1,1423	1,1960
52	Mecklenburg-Vorp.	1,0119	1,0455	1,1047	1,1600	1,0823	1,1525	1,0768	1,1768	01	1,0138	1,0734
53	Brandenburg	1,0923	1,1402	1,0944	1,1468	1,0789	1,1805	1,0768	1,1768	07	1,0748	1,1356
54	Sachsen-Anhalt	1,0698	1,1707	1,1173	1,2229	0,9900	1,0887	1,0768	1,1768	10	1,1105	1,2165
55	Thüringen	1,1482	1,2887	1,1276	1,2594	1,1248	1,2443	1,0768	1,1768	60	1,1245	1,2491
56	Sachsen	1,1482	1,2887	1,1252	1,2586	1,1252	1,2178	1,0768	1,1768	77	1,1144	1,2491

Für die nach ihren Gesamtverträgen von den einzelnen KZVen gemeldeten Punktwerten kann die KZV Berlin wegen ständiger Vergütungsverhandlungen in allen Bereichen keine Gewähr übernehmen. Alle Änderungen sind **fett** gedruckt.

PUNKTWERTE III. QUARTAL 2020
FREMDE WOHNORTKASSEN UND FREMDKASSEN (STAND: 25.06.2020)

Diese Punktwerte sind anzusetzen, wenn der Patient in dem jeweiligen KZV Bereich wohnhaft ist (WOP Kassen) oder es sich um keine Wohnortkasse handelt.

Für KFO-Leistungen gilt der Punktwert am Sitz des Zahnarztes KFO:

AOK 0,9966 – BKK 0,9535 – IKK 0,9774 – SVLFG 0,9525 – **KNAPPSCHAFT 0,9918**

Für ZE gilt der bundeseinheitliche Punktwert. ZE: 0,9576

Diese Punktwerte sind anzusetzen, wenn die eGK des Patienten das jeweilige Regionalkennzeichen der KZV an der 1. und 2. Stelle der 7-stelligen Kassennummer aufweist.

KZV Nr.	KZV	AOK		BKK		IKK		SVLFG (LKK)		KNAPPSCHAFT		
		KCH/ PAR/KB	IP/FU	KCH/ PAR/KB	IP/FU	KCH/ PAR/KB	IP/FU	KCH/ PAR/KB	IP/FU	Regional- kennzeichen	KCH/ PAR/KB	IP/FU
02	Baden-Württemberg	1,1421	1,2139	1,1393	1,2025	1,1371	1,2021	1,1400	1,2036	69, 74, 78, 80	1,1375	1,2011
04	Niedersachsen	1,0924	1,1898	1,0924	1,1898	1,0924	1,1898	1,0924	1,1898	21	1,0924	1,1898
06	Rheinland-Pfalz	KCH/PAR 1,0981 KB 0,9576	1,2187	KCH/PAR 1,0981 KB 0,9576	1,2187	KCH/PAR 1,0981 KB 0,9576	1,1832	KCH/PAR 1,0981 KB 0,9576	1,2187	62-65	KCH/PAR 1,0981 KB 0,9576	1,2187
11	Bayern	1,1056	1,2203	1,1084	1,2325	1,1102	1,2346	1,1170	1,2695	84	1,1111	1,2360
13	Nordrhein	1,1456	1,2972	1,1456	1,2972	1,1456	1,2972	1,1456	1,2972	44	1,1456	1,2972
20	Hessen	1,1486	1,2143	1,1488	1,2148	1,1487	1,2146	1,1507	1,2201	55	1,1493	1,2191
31	Bremen	1,0971	1,1635	1,0971	1,1635	1,0971	1,1635	1,0971	1,1635	31	1,0971	1,1635
32	Hamburg	1,1427	1,2057	1,1427	1,2057	1,1427	1,2057	1,1427	1,2057	15	1,1427	1,2057
32	SOZ Hamburg	1,1420	1,2057	-----	-----	-----	-----	-----	-----		-----	-----
35	Saarland	1,1282	1,1858	1,0671	1,1433	1,0671	1,1433	1,0671	1,1433	93	1,0896	1,1518
36	Schleswig-Holstein	1,1427	1,1846	1,1427	1,1846	1,1427	1,2280	1,1427	1,1846	13	1,1427	1,1846
36	SOZ Schleswig-Holstein	1,1427	1,1846	-----	-----	-----	-----	-----	-----		-----	-----
37	Westfalen-Lippe	1,1423	1,1960	1,1423	1,1960	1,1423	1,1960	1,1423	1,1960	35	1,1423	1,1960
52	Mecklenburg-Vorp.	1,0119	1,0455	1,1047	1,1600	1,0823	1,1525	1,0768	1,1768	01	1,0138	1,0734
53	Brandenburg	1,0923	1,1402	1,0944	1,1468	1,0789	1,1805	1,0768	1,1768	07	1,0748	1,1356
54	Sachsen-Anhalt	1,0698	1,1707	1,1293	1,2360	0,9900	1,0887	1,0768	1,1768	10	1,1105	1,2165
55	Thüringen	1,1482	1,2887	1,1276	1,2594	1,1248	1,2443	1,0768	1,1768	60	1,1245	1,2491
56	Sachsen	1,1482	1,2887	1,1252	1,2586	1,1252	1,2178	1,0768	1,1768	77	1,1144	1,2491

Für die nach ihren Gesamtverträgen von den einzelnen KZVen gemeldeten Punktwerten kann die KZV Berlin wegen ständiger Vergütungsverhandlungen in allen Bereichen keine Gewähr übernehmen. Alle Änderungen sind **fett** gedruckt.

Ihre Ansprechpartner erreichen Sie unter der Hotline 030 89004-407, Fax 030 89004-46407, bkv@kzv-berlin.de

Aktuelle Kurse am Philipp-Pfaff-Institut

Bitte kreuzen Sie den/die gewünschten Kurs/e an.

Den Patienten entspannt aus der Praxis entlassen

Massagetechniken für die Kau- und Nackenmuskulatur

Physiotherapeutin Sylke Liesegang • Berlin

Termin: Mi 05.08.2020 • 15:00 - 19:00 Uhr
Zielgruppe: Mitarbeiter

Kursnummer: 6150.0
Kursgebühr: 155,- Euro
Veranstaltungsort: Berlin

 **Hands-on-Kurs**



Physiotherapeutin
S. Liesegang

Ab- und Berechnung intensiv: Prothetik

ZMV Emine Parlak • Berlin

Termine: Fr 14.08.2020 • 14:00 - 19:00 Uhr
Sa 15.08.2020 • 09:00 - 16:00 Uhr
Zielgruppe: Zahnärzte und Mitarbeiter

Kursnummer: 9124.8
Kursgebühr: 245,- Euro
Punkte: 6+8
Veranstaltungsort: Berlin



ZMV E. Parlak

Freie Schleimhaut- und Bindegewebsstransplantate (FST und BGT): intensiver Hands-on-Kurs

Univ.-Prof. Dr. med. dent. Anton Friedmann • Hattingen

Termin: Sa 15.08.2020 • 09:00 - 17:00 Uhr
Zielgruppe: Zahnärzte

Kursnummer: 2201.0
Kursgebühr: 315,- Euro
Punkte: 8+1
Veranstaltungsort: Berlin

 **Hands-on-Kurs**



Univ.-Prof. Dr.
A. Friedmann

Anmeldeformular Fax 030 4148967 | E-Mail: info@pfaff-berlin.de | Beratung unter 030 414725-0

PFAFF BERLIN



Datenschutz-Information: Das Philipp-Pfaff-Institut verarbeitet Ihre Daten zur Durchführung von Fortbildungen und zur Information über unsere Angebote gemäß Art. 6 Abs. 1a, b DSGVO. Ohne Ihre Angaben können wir Anmeldungen nicht bearbeiten. Wir geben Ihre Daten nicht an Dritte weiter, außer wir sind gesetzlich dazu verpflichtet oder es liegt Ihre Einwilligung vor. Sofern der Zweck erfüllt ist und keine Aufbewahrungspflichten bestehen, löschen wir die Daten. Sie sind berechtigt, Auskunft über die bei uns über Sie gespeicherten Daten sowie die Berichtigung, die Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und die Datenübertragbarkeit zu beantragen. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie: datenschutzbeauftragter@pfaff-berlin.de. Sie haben ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzbehörde. Die erteilten Einwilligungen können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

- Ja, mit Angabe meiner E-Mail-Adresse willige ich in die Kommunikation per Mail ein.
 Ja, ich willige ein, dass meine angegebenen personenbezogenen Daten zur Information über Kurse und Seminare des Philipp-Pfaff-Instituts genutzt werden.
 Ja, ich akzeptiere die Allgemeinen Geschäftsbedingungen des Philipp-Pfaff-Institutes Berlin und melde mich hiermit verbindlich für den/die oben angekreuzten Kurs/e an.

Titel | Name | ggf. Geburtsname * | Vorname des Teilnehmers

* falls bereits ein Kurs unter diesem Namen gebucht wurde

Meine Kontaktdaten sind Privat Praxis

Telefon | Fax

E-Mail (freiwillige Angabe)

Geburtsdatum



DIN EN ISO 9001
REG.-NR. Q1 0410015

Adresse (ggf. inklusive Praxisname)

Ort | Datum | Unterschrift

Strukturierte Fortbildung: Akupunktur für Zahnärzte

- nach Dr. med. Jochen Gleditsch -

Kursnummer 6081.6
Moderator Dr. med. dent. H. U. Markert, Leipzig
Referenten Dr. med. M. Bijak, Wien • Dr. med. dent. H. U. Markert, Leipzig
• Dr. med. D. Stockenhuber, Wien

Zielgruppe Zahnärzte
Punkte 48+15
Kursgebühr 1.590,- € • ermäßigt 1.435,- € bei Anmeldung bis zum 07.08.2020 und Zahlung bis zum 21.08.2020



Dr. H. U. Markert

Das Curriculum hat das Ziel, den Teilnehmern die Grundlagen und den aktuellen Wissensstand zu vermitteln – praxisnah mit Live-Behandlungen unter Einbeziehung der Kursteilnehmer. Der intensive kollegiale Erfahrungsaustausch und die Darstellung der idealen Behandlungsmöglichkeiten bei Schmerzzuständen und Entzündungen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich, bei CMD und muskulären Verspannungen, kann dem eigenen Praxisalltag eine neue Richtung geben.

Termine

Teil 1
Fr 04.09.2020 • 14:00 - 19:00 Uhr
Sa 05.09.2020 • 09:00 - 17:00 Uhr

Teil 2
Fr 16.10.2020 • 14:00 - 19:00 Uhr
Sa 17.10.2020 • 09:00 - 17:00 Uhr

Teil 3
Fr 06.11.2020 • 14:00 - 19:00 Uhr
Sa 07.11.2020 • 09:00 - 17:00 Uhr



Teil 1 04./05.09.2020 (Dr. Markert, Dr. Bijak)

Grundlagen der Akupunktur und Schmerztherapie Neurophysiologische Grundlagen der Akupunktur und der Schmerztherapie

- System-Ordnungen, Regulationsmedizin, kybernetische Medizin
- synergistische Grundlagen der Akupunktur
- Indikationen und Kontraindikationen
- die Haupt- und Mittellinien-Meridiane und ihre Vernetzung
- Polarität und Wechselwirkungen in der TCM
- zahnärztliche Zugänge zu einer westlich orientierten Akupunktur
- Hinweise zur Berechnung der Akupunktur und Praxisorganisation
- Aufbau einer Falldarstellung – Anamnese: Hintergrund und schulmedizinischer Krankheitsverlauf, Methodik: Behandlungsschema, Methoden der Inspektion und Detektion der aktiven Akupunkturpunkte (Very-Point-Technik), Diskussion: Verlaufsdocumentation

Demonstrationen: Zahn- Kiefer-Wechselbeziehungen und Mundakupunktur

Praktische Übungen: Inspektion und Detektion der aktiven Akupunkturpunkte (Very-Point-Technik) am Körper, Mund und Ohr

Teil 2 16./17.10.2020 (Dr. Markert, Dr. Bijak)

Mikrosysteme (MAPS) der Akupunktur

- Homunculus auf der Hirnhemisphäre
- Innervation durch den Nervus Trigemini und Bedeutung des autonomen Nervensystems (Grenzstrang)
- Bedeutung von Fernpunkten, spez. in der Schmerztherapie
- Mundakupunktur, Ohr-Akupunktur
- Vestibulum – und Retromolar-Punkte
- Diagnostische Hinweise mittels Palpation, Sonden-Tastung sowie Very-Point-Detektion

- Spezifische Indikationen für ZMK
- Spezielle Anatomie, Innervation
- Methoden der Inspektion und Detektion von aktiven Punkten
- Ohrkartographie, Spezielle Technik der Nadelung
- Softlaser-Strahlung, Akupressur

Demonstrationen: Integrierte Behandlungskonzepte (MAPS)

Praktische Übungen: Topographische Lage der Punkte, Korrespondenzpunkte, intensives gegenseitiges Üben der Stichtechniken

Teil 3 06./07.11.2020 (Dr. Markert, Dr. Stockenhuber)

Der Einsatz von Mund- und Ohrakupunktur bei zahnärztlichen Indikationen

- Schmerzen, Trigemini-Neuralgie, CMD, HWS-Beteiligung, Parodontopathien, Dentitio, postoperative Schwellung
- Neue Japanische Schädelakupunktur nach Yamamoto (YNSA)
- Einsatz der TCM (der Meridiane Dickdarm, Lunge, Magen, Milz-Pankreas u. Mittellinien-Meridiane)
- Indikationen und Kombinationen von TCM und MAPS-Therapie
- Stichtechniken
- Funktionskreise (Elemente) der Akupunktur
- Psychosomatische Zusammenhänge und spezielle Wechselwirkungen für die ZMK

Demonstrationen: Lymph-Belt, Mittellinien-Meridiane, Indikationen und Kombinationen von TCM und MAPS-Therapie, Stichtechniken

Praktische Übungen: Topographische Lage der Punkte, Korrespondenzpunkte, intensives gegenseitiges Üben der Stichtechniken

Kollegiales Abschlussgespräch (Dr. Markert) / Übergabe der Zertifikate

Anmeldeformular Fax 030 4148967 | E-Mail: info@pfaff-berlin.de | Beratung unter 030 414725-0

Datenschutz-Information: Das Philipp-Pfaff-Institut verarbeitet Ihre Daten zur Durchführung von Fortbildungen und zur Information über unsere Angebote gemäß Art. 6 Abs. 1a, b DSGVO. Ohne Ihre Angaben können wir Anmeldungen nicht bearbeiten. Wir geben Ihre Daten nicht an Dritte weiter, außer wir sind gesetzlich dazu verpflichtet oder es liegt Ihre Einwilligung vor. Sofern der Zweck erfüllt ist und keine Aufbewahrungspflichten bestehen, löschen wir die Daten. Sie sind berechtigt, Auskunft über die bei uns über Sie gespeicherten Daten sowie die Berichtigung, die Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und die Datenübertragbarkeit zu beantragen. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie: datsenschutzbeauftragter@pfaff-berlin.de. Sie haben ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzbehörde. Die erteilten Einwilligungen können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

- Ja, mit Angabe meiner E-Mail-Adresse willige ich in die Kommunikation per Mail ein.
 Ja, ich willige ein, dass meine oben angegebenen personenbezogenen Daten zur Information über Kurse und Seminare des Philipp-Pfaff-Instituts genutzt werden.
 Ja, ich akzeptiere die Allgemeinen Geschäftsbedingungen des Philipp-Pfaff-Institutes Berlin und melde mich hiermit verbindlich für den oben angeführten Kurs (Kursnummer 6081.6) an.

Titel | Name | ggf. Geburtsname * | Vorname des Teilnehmers

* falls bereits ein Kurs unter diesem Namen gebucht wurde

Meine Kontaktdaten sind Privat Praxis

Telefon | Fax

E-Mail (freiwillige Angabe)

Geburtsdatum



DIN EN ISO 9001
REG.-NR. Q1 0410015

Adresse (ggf. inklusive Praxisname)

Ort | Datum | Unterschrift