

Vereinbarung

zwischen der

Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin

(nachfolgend KZV Berlin genannt)

und dem

BKK Landesverband Mitte, Eintrachtweg 19, 30173 Hannover,

(nachfolgend BKK LV genannt)

über die Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen (BEMA-Z Teile 1, 2, 3 und 4 einschließlich IP und FU) gemäß §§ 82 Abs. 2, 83 Abs. 1 Satz 1, 85 und 85a SGB V für den Zeitraum 01.01.2024 bis 31.12.2024.

§ 1

Vergütung der Einzelleistungen

- (1) Die zahnärztlichen Leistungen werden nach Einzelleistungen gemäß BEMA-Z vergütet.
- (2) Der Punktwert für Individualprophylaxeleistungen und Früherkennungsuntersuchungen (IP und FU) sowie für die BEMA-Z Nrn. 174a/b beträgt

vom 01.01.2024 bis 31.12.2024 Euro 1,3783

- (3) Der Punktwert für Leistungen nach den BEMA-Z Teilen 1 (ausgenommen IP und FU sowie für die BEMA-Z Nrn. 174a/b), 2 und 4 beträgt

vom 01.01.2024 bis 31.12.2024 Euro 1,2407

- (4) Der Punktwert für Leistungen nach dem BEMA-Z Teil 3 (KFO) beträgt

vom 01.01.2024 bis 31.12.2024 Euro 1,0898

- (5) Der Punktwert für Leistungen nach BEMA-Z Nrn. 107a, 151, 152a/b, 153a/b, 154, 155, 161a-f, 162a-f, 165, 171a/b, 172a/b, 173a/b, 182a/b sowie für Leistungen zur Behandlung von Parodontitis bei Menschen, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Sozialgesetzbuches zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Sozialgesetzbuches leistungsberechtigt sind, d.h. BEMA-Z-Nrn. 4, ATG, MHU, AITa/b, BEVa/b, CPTa/b, UPTa-g, 108, 111, beträgt

vom 01.01.2024 bis 31.12.2024

Euro 1,2679

- (6) Der Punktwert für zahnärztliche Gutachten, soweit sie nach Punkten abzurechnen sind, beträgt

vom 01.01.2024 bis 31.12.2024

Euro 1,2407

§ 2

Gesamtvergütung

- (1) ¹Für jede Betriebskrankenkasse wird ein höchstzulässiges Ausgabenvolumen vereinbart. ²Das vorläufige höchstzulässige Ausgabenvolumen je Betriebskrankenkasse ergibt sich aus dem „pro Kopf Betrag“ (Punktmenge 2022 / durchschnittliche Anzahl der Versicherten im Jahr 2022 x geltendem Punktwert 2024) multipliziert mit der durchschnittlichen Anzahl der Versicherten im Jahr 2022. ³Die vorläufige Obergrenze je Versicherten und das vorläufige höchstzulässige Ausgabenvolumen 2024 ist der **Anlage** zu entnehmen. ⁴Für die vorläufigen höchstzulässigen Ausgabenvolumina je Betriebskrankenkasse des Jahres 2025 bildet die abgerechnete Punktmenge des Jahres 2024 die Berechnungsbasis.
- (2) ¹Die endgültige Berechnung des höchstzulässigen Ausgabenvolumens je Kasse erfolgt, wenn der endgültige Versichertendurchschnitt für das Jahr 2024 und die endgültige Punktmenge 2023 vorliegen und wird dem BKK LV durch die KZV Berlin übermittelt. ²Dazu wird der Versichertendurchschnitt für das Jahr 2024 der KZV Berlin durch den BKK LV mitgeteilt und die endgültige Punktmenge 2023, welche im Rahmen der Rechnungslegung seitens der KZV Berlin gegenüber den Betriebskrankenkassen zur Abrechnung gelangte, zugrunde gelegt.
- (3) ¹Das höchstzulässige Ausgabenvolumen umfasst die Vergütung zahnärztlicher Leistungen nach den BEMA-Z Teilen 1 (ohne IP und FU sowie BEMA-Nrn. 174a und 174b) 2, 3 und 4. ²Neben den Vergütungen nach Satz 1 gehören dazu auch
- a) Kostenerstattungen gemäß § 13 Abs. 2 SGB V, die bis zum 30.09.2024 der KZV Berlin gemeldet werden
 - b) Ausgaben auf Grund der Mehrkostenregelung nach § 28 Abs. 2 Satz 3 SGB V
 - c) Leistungen von Vertragszahnärzten außerhalb Berlins (Fremdzahnärzte)
 - d) sonstige Kosten (z. B. Porto, Stifte)
 - e) konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Kieferorthopädie gemäß § 29 SGB V sowie im Zusammenhang mit Zahnersatz gemäß § 56 Abs. 2 SGB V (Regelversorgung) erbracht werden. Dies gilt bei einer gleichartigen bzw. andersartigen Versorgung ebenfalls für die der Regelversorgung zuzuordnenden Begleitleistungen.

- (4) Außerhalb des höchstzulässigen Ausgabenvolumens werden folgende Leistungen als Einzelleistung vergütet:
- a) Individualprophylaxe-Leistungen und Früherkennungsuntersuchungen sowie die BEMA-Z Nrn. 174a/b (§ 1 Abs. 2),
 - b) Leistungen nach BEMA-Z Nr. 107a, 151, 152a/b, 153a/b, 154, 155, 161a-f, 162a-f, 165, 171a/b, 172a/b, 173a/b, 182a/b sowie für Leistungen zur Behandlung von Parodontitis bei Menschen, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Sozialgesetzbuches zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Sozialgesetzbuches leistungsberechtigt sind, d.h. BEMA-Z-Nrn. 4, ATG, MHU, AITa/b, BEVa/b, CPTa/b, UPTa-g, 108, 111,
 - c) zahnärztliche Gutachten (§ 1 Abs. 6),
 - d) Material- und Laborkosten im Zusammenhang mit BEMA-Z Teilen 2 bis 4.
- (5) Zur Ermittlung des höchstzulässigen Ausgabenvolumens für Betriebskrankenkassen mit einem rechnerischen „pro Kopf Betrag“ unter 75,00 € und einer Versicherungszahl von unter 150 findet die Regelung des § 9 dieser Vereinbarung analog Anwendung.

§ 3

Abschlagszahlung / Rechnungslegung

- (1) Jede Betriebskrankenkasse leistet jeweils zum 15. des zweiten Quartalsmonats für das laufende Quartal einen Abschlag für die BEMA Z – Teile 1, 2, 3 und 4 (ohne IP/FU und BEMA-Z Nrn. 174a/b sowie 107a, 151, 152a/b, 153a/b, 154, 155, 161a-f, 162a-f, 165, 171a/b, 172a/b, 173a/b, 182a/b sowie für Leistungen zur Behandlung von Parodontitis bei Menschen, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Sozialgesetzbuches zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Sozialgesetzbuches leistungsberechtigt sind, d.h. BEMA-Z-Nrn. 4, ATG, MHU, AITa/b, BEVa/b, CPTa/b, UPTa-g, 108, 111) in Höhe von 25 von Hundert vom vorläufigen höchstzulässigen Ausgabenvolumen.
- (2) ¹Die KZV Berlin legt monats- bzw. quartalsweise Rechnung. ²Der BKK LV erhält eine Jahresübersicht der tatsächlichen Ausgaben und der zu Grunde liegenden Punktmengen des Jahres 2024 über alle Betriebskrankenkassen nach Abrechnung des 4. Quartals. ³Sofern außerhalb des höchstzulässigen Ausgabenvolumens (§ 2 Abs. 4) Zahlungen fällig werden, entrichten die Betriebskrankenkassen den fälligen Betrag innerhalb von 10 Tagen nach Anforderung durch die KZV Berlin. ⁴Die Rechnungslegung durch die KZV Berlin erfolgt auf Grund der Bestimmungen zum Datenträgeraustausch in den jeweiligen Leistungsbereichen – vorbehaltlich einer abschließenden Regelung auf der Bundesebene - in der bisherigen Form. § 24 Abs. 7 Satz 6 BMV-Z findet keine Anwendung.
- (3) Im Hinblick auf die von den Betriebskrankenkassen zu beachtenden Regelungen des Kontenrahmens für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und für den Gesundheitsfonds wird im Rahmen der Rechnungslegung - soweit technisch möglich - durch die KZV Berlin folgendes ausgewiesen:
- a) Versorgung mit der Unterkieferprotrusionsschiene (BEMA-Z-Nrn. UP1 bis UP6): getrennt nach Honorar sowie Material- und Laborkosten,
 - b) Versorgung mit der Schienentherapie (BEMA-Z-Nrn. K1 bis K9 sowie ggf., wenn zugehörig BEMA-Z-Nrn. 2, 7a oder 7b): getrennt nach Honorar sowie Material- und Laborkosten,

- c) Versorgung Kieferbruch (BEMA-Z-Nrn. 101 bis 104, sowie ggf., wenn zugehörig: BEMA-Z-Nrn. 2, 7a oder 7b): getrennt nach Honorar sowie Material- und Laborkosten,
- d) für alle übrigen Leistungen insgesamt: getrennt nach Honorar sowie Material- und Laborkosten und
- e) die Positionen nach a) bis d) als Gesamtbetrag jeweils getrennt für die Personen mit Status 4, Status 7 und Status 9.

§ 4

Ausgleichsverfahren bei Überschreitung der höchstzulässigen Gesamtvergütung

- (1) Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 (bis zum 30.09.) und § 53 Abs. 4 SGB V werden von den Betriebskrankenkassen an die KZV Berlin gemeldet und auf das entsprechende höchstzulässige Ausgabenvolumen angerechnet.
- (2) ¹Überschreitet die tatsächliche Inanspruchnahme von vertragszahnärztlichen Leistungen (Punkte nach Einzelleistungen gemäß BEMA-Z) die nach Absatz 1 und 2 ermittelte Obergrenze, so wird auch nur diese angeforderte Leistungsmenge vergütet. ²Im Rahmen des Schlussausgleichs festgestellte Differenzbeträge werden binnen 14 Tagen durch den jeweils Zahlungspflichtigen ausgeglichen, sofern nachfolgend nichts Abweichendes festgelegt ist.
- (3) ¹Überschreitet die tatsächliche Inanspruchnahme von vertragszahnärztlichen Leistungen (Punkte nach Einzelleistungen gemäß BEMA-Z) die nach Abs. 1 und 2 ermittelte Obergrenze, gilt, differenziert nach Versichertenanzahl, Folgendes:
 - a) Betriebskrankenkassen mit bis zu 999 Versicherten tragen Überschreitungen bis zu 50 v.H. des höchstzulässigen Ausgabenvolumens allein. Im Übrigen gilt § 4 Abs. 3 Satz 2.
 - b) Betriebskrankenkassen von 1000 bis zu 1799 Versicherten tragen Überschreitungen bis zu 20 v.H. des höchstzulässigen Ausgabenvolumens allein. Im Übrigen gilt § 4 Abs. 3 Satz 2.
 - c) Bei Betriebskrankenkassen ab 1800 Versicherten werden Überschreitungen bis zu 3,0 v.H. des höchstzulässigen Ausgabenvolumens von der jeweiligen BKK und der KZV Berlin hälftig getragen. Im Übrigen gilt § 4 Abs. 3 Satz 2.

²Beträgt die Überschreitung $\geq 50 / 20 / 3,0$ v. H des höchstzulässigen Ausgabenvolumens, prüfen die Vertragspartner für das laufende Vertragsjahr und für das Folgejahr, ob die Überschreitung auf Veränderungen in der Morbidität und/oder der Struktur der Versicherten der Betriebskrankenkassen zurückzuführen ist und verständigen sich in diesem Umfang auf einen weiteren Ausgleich bzw. eine weitere Anpassung.

§ 5

Wirtschaftlichkeitsprüfungen, sachlich-rechnerische Berichtigungen, Sonstiges

- (1) ¹Ergebnisse aus Überprüfungen nach § 106 SGB V zahlt die KZV Berlin in Höhe der von den Prüfinstanzen bestandskräftig festgesetzten Kürzungsbeträge an die BKK nur bei Unterschreitung der Obergrenze zurück; maßgeblich ist hierbei der Zeitpunkt der Leistungserbringung. ²Die Rückzahlung erfolgt bis maximal zur Obergrenze. ³Beträge unter

10,-- Euro je Quartal und je Betriebskrankenkasse fallen unter die Geringfügigkeitsgrenze und verbleiben bei der KZV.

- (2) ¹Ergebnisse aus Anträgen auf rechnerische Berichtigung für budgetierte Leistungsbereiche nach § 2 Abs. 3 zahlt die KZV Berlin bei Unterschreitung der Obergrenze an die Betriebskrankenkassen zurück. ²Beträge unter 10,-- Euro je Fall und je Betriebskrankenkasse fallen unter die Geringfügigkeitsgrenze und verbleiben bei der KZV.
- (3) ¹Ergebnisse aus Überprüfung der Wirtschaftlichkeit gemäß § 106 SGB V, rechnerische Richtigstellungen oder sonstige Rückflüsse werden für das Abrechnungsjahr 2024 bis zur Durchführung des Schlussausgleiches nach § 4 zunächst von der KZV Berlin einbehalten und nach Durchführung des Schlussausgleichs bei Unterschreitung an die jeweilige Betriebskrankenkasse unter Beachtung der Geringfügigkeitsregelungen nach Abs. 1 Satz 3 und Abs. 2 Satz 2 zurückgezahlt.
- (4) Kommt es bei der Überprüfung der prothetischen Versorgung (Regelversorgung und gleichartige Versorgung) zu einem einvernehmlichen Vertragswandel, d. h. zu einer Rückerstattung der von der Betriebskrankenkasse gezahlten Vergütung durch den Vertragszahnarzt wegen einer nicht vertragsgerechten Versorgung, so werden diese Beträge der Betriebskrankenkasse gutgeschrieben.

§ 6

Abgeltung der Material- und Laborkosten

- (1) Für die Vergütung zahntechnischer Leistungen gelten die zwischen den Krankenkassenverbänden in Berlin mit der Mitteldeutsche Zahntechniker-Innung (gewerbliches Labor) bzw. mit der KZV Berlin (Praxislabor) getroffenen Vereinbarungen in der jeweils geltenden Fassung.
- (2) ¹Die Abgeltung der Material- und Laborkosten erfolgt in Höhe des tatsächlich entstandenen Aufwandes. ²Werden zahntechnische Leistungen in einem gewerblichen oder praxiseigenen Labor hergestellt, so gelten als Kostennachweise nur spezifizierte Rechnungen dieser ausführenden Labore. ³Die Rechnungen sind dem Vordruck gem. Anlage 1 zum BMV-Z beizufügen. ⁴Mit der Abrechnung der BEMA-Teile 1 bis 5 bestätigt der Vertragszahnarzt, dass
 - a) die abgerechneten Material- und Laborkosten der gewerblichen Labore tatsächlich entstanden sind und dass er Rückvergütungen wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten an die Krankenkassen weitergibt,
 - b) die zahntechnischen Leistungen seines Zahnarztlabors tatsächlich von diesem erbracht worden sind.
- (3) Für die in der Praxis des Zahnarztes entstehenden Material- und Versandkosten gelten folgende Beträge:
 - a) Abdruckmaterial je Abdruck im Rahmen einer kieferorthopädischen und Kieferbruchbehandlung

vom 01.01.2024 bis 31.12.2024

Euro 3,95

b) Versandkosten je Versandgang

vom 01.01.2024 bis 31.12.2024 Euro 3,95

- (4) ¹Die bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen in der Praxis anfallenden Kosten für Abformmaterial, Material für provisorische Kronen/Brückenglieder und Unterfütterungsmaterial sind individuell zu berechnen und in einer Aufstellung dem Heil- und Kostenplan beizufügen. ²Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist zu beachten.

§ 7

Sonstiges

- (1) ¹Die KZV Berlin ist der Auffassung, dass die für betreute Personen i.S.d. § 264 SGB V erbrachten Leistungen im Rahmen von Einzelleistungsvergütung außerhalb des Budgets sind. ²Der BKK LV vertritt diese Auffassung nicht. Vorbehaltlich einer gesetzlichen, sozialrechtlichen oder bundesmantelvertraglichen Regelung wird folgendes vereinbart:
³Soweit der Personenkreis des § 264 SGB V vertragszahnärztliche Leistungen in Anspruch nimmt, ergeben sich die durch die KZV Berlin gesondert gegenüber den Betriebskrankenkassen auszuweisenden Abrechnungsbeträge aus den abrechnungsfähigen Leistungen gemäß BEMA-Z und den vereinbarten Punktwerten. ⁴Dies gilt, soweit und solange der jeweiligen Betriebskrankenkasse die so entstandenen Aufwendungen in vollem Umfang durch den jeweils zuständigen Träger der Sozialhilfe erstattet werden. ⁵Bei der Feststellung der vorläufigen und der endgültigen Gesamtvergütung 2024 jeder Betriebskrankenkasse sind die jeweiligen Versichererzahlen auf der Basis der ANZVER87a-Meldung ohne den Personenkreis des § 264 SGB V zu Grunde zu legen.
- (2) ¹Im Prothetik-Bereich können unaufschiebbare Reparaturen, die nicht in den Gewährleistungszeitraum fallen, als Akutversorgung ohne vorherige Genehmigung abgerechnet werden. ²Dies betrifft:
- a) Regelversorgungen 6.0 bis 6.10 sowie Kombinationen von 1.4 bzw. 1.5 mit 6.8 (wiederherstellungs- u. erweiterungsbedürftiger Zahnersatz)
 - b) Regelversorgungen 7.3; 7.4 und 7.7 (Wiederherstellung von Suprakonstruktionen)
- ³Legt der Versicherte ein Bonusheft i.S. des § 55 Abs. 1 SGB V vor, rechnet der Zahnarzt den Festzuschuss entsprechend den gesetzlichen Vorgaben ab. ⁴Für Fälle, in denen das Bonusheft nicht vorliegt, rechnet der Zahnarzt den Festzuschuss ohne Bonus ab. ⁵Für Härtefälle ist vor der Abrechnung eine Bewilligung durch die Betriebskrankenkasse notwendig.
- (3) Zahlungen der Betriebskrankenkassen an Versicherte im Rahmen der Kostenerstattung für vertragszahnärztliche Leistungen gemäß § 13 Abs. 2 SGB V werden bis zum 30.09. von den Betriebskrankenkassen an die KZV gemeldet, die eine Zuordnung zur entsprechenden Gesamtvergütung vornimmt.

§ 8

Regelungen für künftige Fusionen

- (1) ¹Bei fusionierten Betriebskrankenkassen wird für die Berechnung der Gesamtvergütung der neu entstandenen Krankenkasse nach § 2 der Betrag je Versicherten zugrunde gelegt, der sich aus der Summe der Produkte der Versichertenzahlen der jeweiligen Krankenkassen im Bereich der KZV Berlin mit der Vergütung je Versicherten, dividiert durch die Gesamtversichertenzahl der beteiligten Krankenkassen im Bereich der KZV Berlin ergibt. ²Basis für die Festlegung der Versichertenzahlen ist die zum Zeitpunkt der Fusion jeweils aktuelle ANZVER87a -Meldung.
- (2) ¹Bei kassenartenübergreifenden Fusionen gilt § 8 Abs. 1. ²Sollten sich durch die Fusion bei einer Gewichtung aufgrund veränderter Versichertenstruktur Nachteile zu Lasten der KZV Berlin ergeben, so werden die Parteien unverzüglich in Nachverhandlungen eintreten.

§ 9

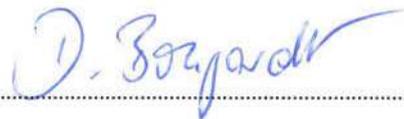
Regelung bei Neugründung

Bei Neugründung einer Betriebskrankenkasse im Laufe des Jahres 2024 wird als zulässige Gesamtvergütung je Versicherten nach § 2 der Durchschnitt der Vergütungen je Versicherten aller Betriebskrankenkassen im Bereich der KZV Berlin, für die Werte in Anlage 1 vereinbart wurden, zugrunde gelegt.

Berlin, den 15.02.2024



Kassenzahnärztliche Vereinigung Berlin



BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Berlin und Brandenburg