

Vereinbarung

zwischen der

Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin

(nachfolgend KZV Berlin genannt)

und dem

über die Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen (BEMA-Z Teile 1, 2, 3 und 4 einschließlich IP und FU) gemäß §§ 82 Abs. 2, 83 Satz 1, 85 und 85a SGB V für den Zeitraum 01.01.2025 bis 31.12.2025.

§ 1

- (1) Die zahnärztlichen Leistungen werden nach Einzelleistungen gemäß BEMA-Z vergütet. Die Einzelleistungsvergütung erfolgt bis zu der pro Versicherten für jede Betriebskrankenkasse (BKK) ermittelten Ausgabenobergrenze.

(2) Der Punktwert für Individualprophylaxeleistungen und Früherkennungsuntersuchungen (IP und FU) sowie für die BEMA-Z Nrn. 174a/b beträgt

vom 01.04.2025 bis 31.12.2025

- (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 01.04.2025 bis 31.12.2025

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

vom 01.04.2025 bis 31.12.2025 Euro 1,1379

- (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 01.04.2025 bis 31.12.2025 Euro 1,2954

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

vom 01.04.2025 bis 31.12.2025 Euro 1,2954

§ 2 **Gesamtvergütung**

(1) ¹Für jede Betriebskrankenkasse wird ein höchstzulässiges Ausgabenvolumen vereinbart. ²Das vorläufige höchstzulässige Ausgabenvolumen je Betriebskrankenkasse ergibt sich aus dem „pro Kopf Betrag“ multipliziert mit der durchschnittlichen Anzahl der Versicherten im Jahr 2024. ³ Das vorläufige höchstzulässige Ausgabenvolumen 2025 ist der **Anlage 1** zu entnehmen.

(2) ¹Die endgültige Berechnung des höchstzulässigen Ausgabenvolumens je Betriebskrankenkasse erfolgt, wenn der endgültige Versichertendurchschnitt für das Jahr 2025 vorliegt und wird dem BKK LV durch die KZV Berlin übermittelt. ²Dazu wird der Versichertendurchschnitt für das Jahr 2025 der KZV Berlin durch den BKK LV mitgeteilt und die endgültige Punktmenge 2025, 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/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 30.09.2025 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.

- f) Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die im Honorarvertrag getroffenen Regelungen im Sinne des Gesetzgebers zu einer vollständigen Honorierung unter diesem Punkt f) aufgeführten Leistungen führen. Dies betrifft die 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. Sollten die unter Punkt f) genannten Leistungen zu einer Überschreitung der kassenindividuellen Ausgabenobergrenze für die Gesamtvergütung führen, finden die Vertragspartner einen geeigneten rechtskonformen Weg zur vollständigen Finanzierung der genannten Leistungen. Die Vertragszahnärzte haben gleichwohl auf eine wirtschaftliche Leistungserbringung zu achten.
- (4) Außerhalb des höchstzulässigen Ausgabenvolumens werden folgende Leistungen als Einzelleistung vergütet:
- Individualprophylaxe-Leistungen und Früherkennungsuntersuchungen sowie die BEMA-Z Nrn. 174a/b (§ 1 Abs. 2),
 - zahnärztliche Gutachten (§ 1 Abs. 6),
 - Material- und Laborkosten im Zusammenhang mit BEMA-Z Teilen 2 bis 4.

§ 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) (s. **Anlage 2**).
- (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 2025 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:
- Versorgung mit der Unterkieferprotrusionsschiene (BEMA-Z-Nrn. UP1 bis UP6): getrennt nach Honorar sowie Material- und Laborkosten,
 - 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) ¹Unterschreitet die tatsächliche Inanspruchnahme von vertragszahnärztlichen Leistungen (Punkte nach Einzelleistungen gemäß BEMA-Z) die nach § 2 Abs. 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 § 2 Abs. 1 und 2 ermittelte Obergrenze, gilt, differenziert nach Versichertenanzahl, Folgendes:
 - a) Für Betriebskrankenkassen, die weniger als 150 Versicherte mit Wohnort im Bereich der KZV Berlin haben, werden die abgerechneten Leistungen in tatsächlicher Höhe vergütet.
 - b) Betriebskrankenkassen von 150 bis zu 999 Versicherten tragen Überschreitungen bis zu 50 v.H. des höchstzulässigen Ausgabenvolumens allein. Im Übrigen gilt § 4 Abs. 3 Satz 2.
 - c) 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.
 - d) Bei Betriebskrankenkassen ab 1800 Versicherten werden Überschreitungen bis zu 2,0 v.H. des höchstzulässigen Ausgabenvolumens von der jeweiligen BKK und ab 2,0 von der jeweiligen BKK und der KZV Berlin hälftig getragen. Im Übrigen gilt § 4 Abs. 3 Satz 2.

²Beträgt die Überschreitung $\geq 50 / 20 / 2,0$ 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. Selbiges gilt für wiederholte Überscheiter.

§ 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 2025 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 01.01.2025 bis 31.12.2025 Euro 3,95

- b) Versandkosten je Versandgang

vom 01.01.2025 bis 31.03.2025 Euro 3,95

vom 01.04.2025 bis 31.12.2025 Gebühren der Deutschen Post AG
für ein Päckchen (Inland, max. 2 kg)

- (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 2025 jeder Betriebskrankenkasse sind die jeweiligen Versicherterzahlen 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:

- Regelversorgungen 6.0 bis 6.10 sowie Kombinationen von 1.4 bzw. 1.5 mit 6.8 (wiederherstellungs- u. erweiterungsbedürftiger Zahnersatz)
- 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 „pro Kopf-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 Versichertensstruktur 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 2025 wird als zulässige Gesamtvergütung je Versicherten nach § 2 der Durchschnitt der pro Kopf-Beträge je Versicherten aller Betriebskrankenkassen im Bereich der KZV Berlin, für die Werte in Anlage 1 vereinbart wurden, zugrunde gelegt.

Berlin, 31.03.2025

Dr. Andreas Hessberger
Kassenzahnärztliche Vereinigung Berlin

Daphne Bongardt

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Berlin und Brandenburg