

Vergütungsvereinbarung für 2021

zwischen

der Kassenzahnärztlichen Vereinigung im Lande Bremen

und

der AOK Bremen/Bremerhaven

**dem BKK Landesverband Mitte,
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover**

der IKK gesund plus,

handelnd als IKK-Landesverband für das Land Bremen

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau – SVLFG,
Geschäftsstelle Hannover, Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover**

handelnd als Landesverband für das Land Bremen

auf der Grundlage der §§ 71, 82 Abs. 2, 83, 85 und 85a SGB V.

Abschnitt I.

- 1.1 Das Ausgabevolumen für die vertragszahnärztlichen Leistungen nach den BEMA-Teilen
- A. 1 – konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen ohne die vertragszahnärztlichen Leistungen nach den §§ 22, 24d Satz 3 und 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V und die BEMA-Positionen 107a, 171 a/b, 172 a/b, 173 a/b sowie 174 a/b
 - B. 2 – Behandlungen von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels ohne Material- und Laboratoriumskosten und „Sonstige Kosten“,
 - C. 3 – kieferorthopädische Behandlung ohne Material- und Laboratoriumskosten,
 - D. 4 – systematische Behandlung von Parodontopathien einschl. Material- und Laboratoriumskosten und „Sonstigen Kosten“

beträgt für die beteiligten Krankenkassen insgesamt

für das Jahr 2021: 45.016.014 €

und verteilt sich auf die beteiligten Krankenkassen gemäß der in den Anlagen 1 bis 4 ausgewiesenen Gesamtvergütungen.

Veränderungen der Zahl der Versicherten der beteiligten Krankenkassen in 2021 (ohne Anspruchsberechtigte nach § 264 SGB V) sind zu beachten.

Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 SGB V und auf Grund der Mehrkostenregelung nach § 28 Abs. 2 Satz 3 SGB V sind auf das Ausgabenvolumen gemäss der Anlagen 1 bis 4 anzurechnen.

Die Vergütungen für Anspruchsberechtigte nach § 264 SGB V erfolgen außerhalb der in den Anlagen 1 bis 4 aufgeführten Gesamtvergütungen.

Gemäß § 85a Abs. 6 SGB V führen Überschreitungen der Gesamtvergütungen nach den Anlagen 1 bis 4 in den Jahren 2021 und 2022 nicht zu Kürzungen der Zahlungen der beteiligten Krankenkassen oder zu Rückzahlungen der KZV Bremen.

- 1.2 Berechnung der Gesamtvergütung für die Allgemeinen Ortskrankenkassen

Gemäß der Vereinbarung zur Umsetzung des Wohnortprinzips gemäß § 83 SGB V vom 05.08.2014 erfolgt für die beteiligten AOKen keine Differenzierung nach Kassen. Die vor-

läufige Gesamtvergütung (ohne Leistungen für Anspruchsberechtigte nach § 264 Abs. 6 SGB V) für das Jahr 2021 wird gemäß Anlage 1 berechnet.

1.3 Berechnung der Gesamtvergütungen für die Betriebskrankenkassen

1.3.1 Die Berechnung der Gesamtvergütungen erfolgt für beteiligte Betriebskrankenkassen mit mehr als 4.000 Versicherten mit Wohnort im KZV-Bereich Bremen (Stichtag: 01.01.2021) je Krankenkasse (jeweils ohne Anspruchsberechtigte nach § 264 Abs. 6 SGB V). Die vorläufigen Gesamtvergütungen je Betriebskrankenkasse für das Jahr 2021 werden gemäß Anlage 2 berechnet.

1.3.2 Für beteiligte Betriebskrankenkassen mit einer geringeren Versichertenzahl (ohne Anspruchsberechtigte nach § 264 Abs. 6 SGB V) als nach Ziff. 1.3.1 erfolgt keine Differenzierung nach Kassen. Die vorläufige Gesamtvergütung für das Jahr 2021 wird gemäß Anlage 2a berechnet.

1.3.3 Eine Veränderung der Versichertenzahlen der beteiligten Betriebskrankenkassen (ohne Anspruchsberechtigte nach § 264 Abs. 6 SGB V) hat für 2021 nach dem 01.01.2021 keinen Einfluss auf die Zuordnung gemäß Ziff. 1.3.1 und 1.3.2.

1.4 Berechnung der Gesamtvergütungen der Innungskrankenkassen

1.4.1 Für die IKK gesund plus wird die vorläufige Gesamtvergütung (ohne Leistungen für Anspruchsberechtigte nach § 264 Abs. 6 SGB V) für das Jahr 2021 gem. Anlage 3 berechnet.

1.4.2 Für die weiteren einstrahlenden IKKs werden die vorläufigen Gesamtvergütungen (jeweils ohne Leistungen für Anspruchsberechtigte nach § 264 Abs. 6 SGB V) je Krankenkasse für das Jahr 2021 gemäß Anlage 3a berechnet.

1.5 Berechnung der Gesamtvergütung der SVLFG

Die vorläufige Gesamtvergütung (ohne Leistungen für Anspruchsberechtigte nach § 264 Abs. 6 SGB V) für das Jahr 2021 wird gemäß Anlage 4 berechnet.

2. Die Punktwerte für die vertragszahnärztlichen Leistungen betragen für die beteiligten Krankenkassen für Leistungen nach Ziff. 1.1 einschließlich der BEMA-Positionen 107a, 171 a/b, 172 a/b, 173 a/b sowie 174 a/b

| KCH / PAR / KBR / KFO | | AOK- Landesverband | BKK- Landesverband | IKK- Landesverband | SVLFG |
|--|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------|
| Buchstaben a), b) und d) (KCH/PAR/KBR) | vereinbarte Ausgangsbasis für 2021 | 1,0971 € | 1,0971 € | 1,0971 € | 1,0971 € |
| | Punktwert vom 01.01. bis 31.12.2021 (= Basis für 2022) | 1,1249 € | 1,1249 € | 1,1249 € | 1,1249 € |
| Buchstabe c) (KFO) | vereinbarte Ausgangsbasis für 2021 | 0,9266 € | 0,9266 € | 0,9266 € | 0,9266 € |
| | Punktwert vom 01.01. bis 31.12.2021 (= Basis für 2022) | 0,9500 € | 0,9500 € | 0,9500 € | 0,9500 € |

Die jeweils vereinbarte Ausgangsbasis für 2021 wird mit Wirkung ab dem 01.01.2021 um die für das Jahr 2021 durch das Bundesministerium für Gesundheit bekanntgegebene Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied nach § 71 Abs. 3 SGB V erhöht. Die so berechneten Punktwerte bilden die Ausgangsbasis für die Vergütungsverhandlungen 2022.

3. Leistungen nach den §§ 22, 24d Satz 3 SGB V und 26 Abs.1 Satz 2 SGB V (Individualprophylaxe-Leistungen und Früherkennungsuntersuchungen)

Der Punktwert für diese vertragszahnärztlichen Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (BEMA-Teil 1, Geb.-Nrn. IP 1, IP 2, IP 4 und IP 5 sowie FU) beträgt:

| IP/FU | AOK-Landesverband | BKK-Landesverband | IKK-Landesverband | SVLFG |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|----------|
| vereinbarte Ausgangsbasis für 2021 | 1,1635 € | 1,1635 € | 1,1635 € | 1,1635 € |
| Punktwert vom 01.01. bis 31.12.2021 (= Basis für 2022) | 1,1894 € | 1,1894 € | 1,1894 € | 1,1894 € |

Die vereinbarte Ausgangsbasis für 2021 wird mit Wirkung ab dem 01.01.2021 um 2,23 % für das Jahr 2021 erhöht. Die so berechneten Punktwerte bilden die Ausgangsbasis für die Vergütungsverhandlungen 2022.

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

5. Abrechnung der vertragszahnärztlichen Leistungen

Die vertragszahnärztlichen Leistungen nach Ziff. 1.1 A. bis D. und 3 werden von der KZV Bremen nach rechnerischer und gebührenordnungsmäßiger Prüfung den beteiligten Krankenkassen

- kalendervierteljährlich getrennt nach den Leistungsarten
 - A. konservierende/chirurgische Leistungen, Röntgenleistungen, Individualprophylaxe-Leistungen und Früherkennungsuntersuchungen (BEMA-Teil 1) ohne kieferorthopädische Begleitleistungen,
 - C. kieferorthopädische Behandlungen (BEMA-Teil 3) sowie die Begleitleistungen hierzu aus BEMA-Teil 1 und
- sowie monatlich getrennt nach den Leistungsarten:
 - B. Behandlungen von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels (BEMA-Teil 2),
 - D. systematische Behandlungen von Parodontopathien (BEMA-Teil 4) und Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5)

übermittelt.

Der übrige Inhalt des § 11 Abs. 2 Gesamtvertrag ändert sich nicht.

6. Jahresabrechnung

Nach Feststellung der Entwicklung der Zahl der Versicherten der beteiligten Krankenkassen in 2021 erfolgt die Ermittlung der Höhe der Gesamtvergütungen nach den Ziffern 1.1 und 1.2 bis 1.5 je Kassenart.

Die so ermittelten Gesamtvergütungen bilden die Ausgangsbasis für die Vergütungsverhandlungen 2022.

Abschnitt II.

1. Die beteiligten Krankenkassen leisten bis zum 10. jeden Monats Teilzahlungen in grundsätzlich unveränderter Höhe wie für das Quartal IV/20 für Leistungen nach den BEMA-Teilen
- A. 1 – konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen ohne die vertragszahnärztlichen Leistungen nach den §§ 22, 22a, 24d Satz 3 und 26 Abs. 1 Satz 5 SGB V und ohne die BEMA-Positionen 171 a/b und 172 a/b.

- B. 2 – Behandlungen von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels ohne Material- und Laboratoriumskosten und „Sonstige Kosten“,
- C. 3 – kieferorthopädische Behandlung ohne Material- und Laboratoriumskosten,
- D. 4 – systematische Behandlung von Parodontopathien einschl. Material- und Laboratoriumskosten und „Sonstigen Kosten“

Teilzahlungen von weniger als 500 € pro Monat / Krankenkassen kommen nicht zur Auszahlung.

Eine Veränderung der Zahl der Versicherten ist zu beachten.

1.a) Jahresabrechnung

Nach Feststellung der Entwicklung der Zahl der Versicherten der beteiligten Krankenkassen im Jahr 2021 erfolgt die Ermittlung der Höhe der Gesamtvergütungen je Kassenart. Die ermittelten Gesamtvergütungen bilden die Ausgangsbasis für die Vergütungsverhandlungen 2022.

2. Die Vergütungen für

- A. Leistungen nach den §§ 22, 24d Satz 3 SGB V und 26 Abs.1 Satz 2 SGB V (Individualprophylaxe-Leistungen und Früherkennungsuntersuchungen)
- B. die Leistungen nach den BEMA-Positionen 107a, 171 a/b, 172 a/b, 173 a/b, 174 a/b, VS, VFK a/b, 181Ksl a/b, 182Ksl a/b und TZ
- C. die Material- und Laboratoriumskosten einschl. „Sonstiger Kosten“ zu Behandlungen von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels (BEMA-Teil 2),
- D. die Material- und Laboratoriumskosten ohne „Sonstige Kosten“ zu kieferorthopädischen Behandlungen (BEMA-Teil 3) sowie für
- E. sämtliche Leistungen für Anspruchsberechtigte nach § 264 Abs. 6 SGB V

werden von allen beteiligten Krankenkassen nach Einzelleistungen vergütet und in voller Höhe gezahlt.

Die beteiligten Krankenkassen leisten bis zum 10. jeden Monats Teilzahlungen in grundsätzlich unveränderter Höhe wie für das Quartal IV/20 für die vorstehend genannten Leistungen.

Teilzahlungen von weniger als 500 € pro Monat / Krankenkassen kommen nicht zur Auszahlung.

Eine Veränderung der Zahl der Versicherten ist zu beachten.

3. Überzahlungen / Restzahlungen

Ergibt sich aus der jeweiligen Schlussabrechnung der vertragszahnärztlichen Leistungen gemäß Ziffer 1. für die Quartale I/21 bis IV/21 eine Überzahlung zu Gunsten einer beteiligten Krankenkasse, so wird diese Überzahlung auf das jeweilige Folgequartal fortgeschrieben.

Überzahlungen für Leistungen gemäß Ziffer 2. werden mit der nächsten Abschlagszahlung für Leistungen nach Ziffer 2. verrechnet.

Ergibt sich aus der jeweiligen Schlussabrechnung der vertragszahnärztlichen Leistungen gemäß Ziffer 1. oder Ziffer 2. für die Quartale I/21 bis IV/21 eine Restzahlung zugunsten der KZV Bremen, zahlen die beteiligten Krankenkassen den Restbetrag der Vierteljahresabrechnung innerhalb von 10 Tagen nach Eingang der Abrechnungen an die KZV Bremen. Eine Verrechnung mit vorhergehenden Überzahlungen für Leistungen gemäß Ziffer 1 erfolgt bis einschließlich zum vierten Quartal 2021 nicht, um die Liquidität weiter aufrecht zu erhalten. Eine gegenseitige Verrechnung von Überzahlungen und Restzahlungen zwischen den Leistungen nach Ziffer 1. und Ziffer 2. erfolgt nicht

4. Rückzahlung von Überzahlungen für Leistungen gemäß Ziffer 1
Nach Abschluss des vierten Quartals 2021 stimmen die Vertragspartner die ggf. entstandenen Überzahlungen je beteiligter Krankenkasse für die Quartale I/21 bis IV/21 ab.
Überzahlungen bis zu einer Höhe von 5 % des durchschnittlichen Quartalsumsatzes 2021 bzw. 10 T€ werden mit der Restzahlung für das erste Quartal 2022 verrechnet.
Darüber hinausgehende Überzahlungen werden zu je 1/8 des Überzahlungsbetrages mit den Restzahlungen für die Quartale I/2022 bis IV/2023 verrechnet.
In Absprache zwischen der KZV Bremen und den beteiligten Krankenkassen kann die jeweilige Verrechnung je Krankenkasse auch innerhalb eines kürzeren Zeitraumes erfolgen.
5. Zahnersatz und Zahnkronen
Die beteiligten Krankenkassen zahlen die Vergütungen für Zahnersatz und Zahnkronen (Festzuschüsse) monatlich innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Eingang der Abrechnungen bei den Krankenkassen.
Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Möglichkeit einer Vereinbarung von Abschlagszahlungen für Leistungen nach BEMA-Teil 5 gemäß § 85a Abs. 4 SGB V mit dieser Vereinbarung nicht ausgeschlossen wird.
6. Verteilung der Gesamtvergütungen
Die KZV Bremen verteilt an die Vertragszahnärzte die Gesamtvergütungen nach Maßgabe des geltenden Honorarverteilungsmaßstabes.
7. Kündigung
Abschnitt II. dieser Vereinbarung kann von der KZV Bremen und von jedem beteiligten Landesverband der Krankenkassen mit einer Frist von 3 Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres gekündigt werden.
Die Kündigung durch einen Landesverband berührt die Weitergeltung der Vereinbarung und der Anlagen für die übrigen Landesverbände nicht.
Die Kündigung hat durch eingeschriebenen Brief an alle Vertragspartner zu erfolgen.

Abschnitt III.

1. Material- und Laborkosten sowie die „Sonstigen Kosten“ für Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels und Kiefergelenkserkrankungen (BEMA-Teil 2)
Die Vertragspartner stimmen darüber überein, dass die Material- und Laborkosten sowie die „Sonstigen Kosten“ für Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels und Kiefergelenkserkrankungen (BEMA-Teil 2) seit 2014 nicht mehr Bestandteil der Gesamtvergütungen gemäß Abschnitt I. Ziffer 1 der Vergütungsvereinbarung sind und als Einzelleistungen vergütet werden.
Die abgestimmten Gesamtvergütungen 2013 (SOLL) wurden dazu um die abgerechneten Material- und Laborkosten einschl. der „Sonstigen Kosten“ für Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels und Kiefergelenkserkrankungen (IST) bereinigt. Die auf diese Weise neu berechneten Werte bildeten die Ausgangsbasis zur Ermittlung der Gesamtvergütungen 2014 sowie der Folgejahre.
2. Überschreitungsbeiträge
Gemäß § 85a Abs. 6 SGB V führen Überschreitungen der vereinbarten Gesamtvergütungen in den Jahren 2021 und 2022 nicht zu Kürzungen der Zahlungen der beteiligten Krankenkassen oder zu Rückzahlungen der KZV Bremen.

Die Vertragspartner sind übereingekommen, die Gesamtvergütungen gemäß der Anlagen 1 bis 4 zu der Vergütungsvereinbarung 2021 für 2021 und 2022 rechnerisch fortzuschreiben. Die für 2022 berechneten Beträge bilden die Ausgangsbasis für die Vergütungsverhandlungen 2023.

Sollte es für 2023 zu Überschreitungen der vereinbarten Gesamtvergütungen kommen, so werden die KZV und die betroffenen Landesverbände bzw. Krankenkassen zeitnah bilaterale Gespräche über den Umgang mit diesen Überschreitungen aufnehmen.

3. Vergütung von „Begleitleistungen“ zu den BEMA-Nrn. 171 a/b, 172 a/b, 173 a/b, 174 a/b und 107a

Leistungen, die im direkten Zusammenhang mit den BEMA-Nrn. 171/172, 173 und 174 stehen und die Leistungen der BEMA-Nr. 107a führen nicht zu einer Überschreitung der vereinbarten Gesamtvergütung und werden entsprechend vergütet.

Im Falle einer Überschreitung der jeweils vereinbarten Gesamtvergütung verringert sich der festgestellte Überschreibungsbetrag um die Summe der Beträge für die abgerechneten Leistungen nach den BEMA-Nrn. 171/172, 173, 174 und 107a.

4. Vergütung von Leistungen nach der BEMA-Nr. 181 Ksl a/b

Die konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten a) persönlich oder fernmündlich oder b) im Rahmen eines Telekonsils ist nicht von dem Bestehen eines Kooperationsvertrages nach § 119b Abs. 1 SGB V abhängig und für alle Versicherten abrechenbar.

Die Vertragspartner werden die Entwicklung des Abrechnungsvolumens für diese BEMA-Nr. gemeinsam beobachten und mit der Vergütungsvereinbarung 2023 eine Regelung treffen, wie diese BEMA-Nr. im Rahmen der Abrechnung der vereinbarten Gesamtvergütungen zu berücksichtigen ist.

5. Feststellung der Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 SGB V

Die auf das Ausgabevolumen gemäß der Anlagen 1 bis 4 anzurechnenden Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 SGB V werden für das Jahr 2021 auf Grundlage der Werte des Jahres 2020 unter Berücksichtigung der vertraglich vereinbarten Steigerungsrate von 2,53 % für 2021 sowie der Entwicklung der jahresdurchschnittlichen Versicherungszahlen der beteiligten Krankenkassen in 2021 (ohne Anspruchsberechtigte nach § 264 SGB V) fortgeschrieben.

Bei wesentlichen Abweichungen im Vergleich zu den Ausgangsbeträgen erfolgt eine Anpassung im Rahmen der Folgevereinbarung.

6. Punktwert für die Erstellung von Gutachten

Mit Wirkung vom 01.04.2007 ist für die Erstellung von Gutachten der jeweilige Punktwert gemäß Ziffer 2 der Vergütungsvereinbarung für die zu begutachtende Leistung anzusetzen.

7. Zu § 14 Abs. 6 Gesamtvertrag

Eine Berichtigung der Abrechnung nach Abs. 4 des Gesamtvertrages ist nicht auszuführen, wenn sich je Vertragszahnarzt und Fall ein Betrag bis zu € 7,50 ergibt. Dies gilt für Berichtigungen sowohl zugunsten als auch zuungunsten des Zahnarztes. Diese Regelung gilt nicht bei erkennbaren systematischen Abrechnungsfehlern.

8. Wiederherstellungsmaßnahmen bei Zahnersatz/Zahnkronen (BEMA-Teil 5)

Die Landesverbände der Krankenkassen verzichten auf eine Genehmigung von Wiederherstellungsmaßnahmen bei Zahnersatz/Zahnkronen vor Behandlungsbeginn und lassen eine Abrechnung auch ohne Genehmigung zu. Dem entsprechenden Heil- und Kostenplan ist die

Rechnung über die Material- und Laborkosten beizufügen. Der Vertragszahnarzt ermittelt nach dem ihm vorgelegten Bonusheft die Höhe des Festzuschusses gemäß § 55 Abs. 1 SGB V. Bei lückenhaftem Nachweis oder Nichtvorlage des Bonusheftes gilt der einfache Festzuschuss, bei vollständigem Nachweis nur der letzten 5 Jahre erhöht sich der Festzuschuss auf 70 % und bei vollständigem Nachweis der letzten 10 Jahre auf 75 %. In Zweifelsfällen erfolgt eine telefonische Klärung mit der Krankenkasse oder eine Genehmigung per Telefax. Ein nachträgliches Berichtigungsverfahren wegen irrtümlich fehlerhaft festgesetzter Zuschusshöhe scheidet grundsätzlich aus.

Der vorstehend genannte Verzicht auf eine Genehmigung von Wiederherstellungsmaßnahmen gilt für die

- beteiligten AOKen für alle AOK-Versicherten mit Wohnort im Bundesland Bremen;
- beteiligten IKKs für alle IKK-Versicherten mit Wohnort im Bundesland Bremen;
- beteiligten BKKs für alle BKK-Versicherten mit Wohnort im Bundesland Bremen;
- SVLFG für alle im Bundesland Bremen durchgeführten Behandlungen unabhängig vom Wohnort der Versicherten;

Härtefallzuschüsse fallen nicht unter diese Regelung. Für alle Härtefälle gilt, dass dem Heil- und Kostenplan die Rechnung über die Material- und Laborkosten beizufügen ist.

Davon gilt abweichend für die beteiligten AOKen und die SVLFG:

Härtefallzuschüsse fallen nicht unter diese Regelung, außer es liegt eine unaufschiebbare Versorgung vor, die im Rahmen einer aufsuchenden Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht wird. Für alle Härtefälle gilt, dass dem Heil- und Kostenplan die Rechnung über die Material- und Laborkosten beizufügen ist.

9. Genehmigungsverzicht bei der Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen

Die Vertragspartner haben mit Wirkung ab dem 01.01.2016 einen Genehmigungsverzicht bei der Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen vereinbart.

10. Abrechnungsbetrag für Dentallegierungen (nur noch relevant für Härtefälle bei Regelversorgungen und ggf. anteilig bei gleich- bzw. andersartigen Versorgungen)

Es besteht Einigkeit, dass alle beteiligten Krankenkassen sich an die Vereinbarung vom 24.07.1995 (geändert mit Datum vom 16.10.2003) über die Abrechnung der Kosten (Anlage zum BMV-Z) halten müssen.

11. Honorarberichtigungen

Honorarberichtigungen zu Lasten des Vertragszahnarztes, Regresse, Kürzungen aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen und sonstige Rückzahlungen der Vertragszahnärzte, ausgenommen Arzneimittelregresse, fließen in die Gesamtvergütungen zurück und stehen zur erneuten Verteilung zur Verfügung.

12. Widersprüche gegen Honorarberichtigungen

Widersprüche gegen Honorarberichtigungen, Regresse und sonstige Rückzahlungsverpflichtungen sind – wie bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung – entsprechend der letzten Entscheidung vor der Anrufung des Sozialgerichtes umzusetzen.

Abschnitt IV.

Sollten sich einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung z.B. aufgrund von Änderungen der gesetzlichen Vorgaben innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung als unwirksam erweisen, gelten die übrigen Bestimmungen fort. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen werden die

Vertragspartner gemeinsam eine Regelung treffen, die der unwirksamen Bestimmung in ihrer Zielsetzung am nächsten kommt.

Anlagen

Bremen, im März 2021



Kassenzahnärztliche Vereinigung
im Lande Bremen



AOK Bremen/Bremerhaven



BKK Landesverband Mitte
Büro Bremen



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



SVLFG als landwirtschaftliche Krankenkasse

**Vereinbarung über den
Genehmigungsverzicht bei der Behandlung von
Kiefergelenkserkrankungen**

zwischen

der Kassenzahnärztlichen Vereinigung im Lande Bremen

und

**der AOK Bremen/Bremerhaven
handelnd als AOK-Landesverband für das Land Bremen**

**dem BKK Landesverband Mitte,
Siebstr. 4, 30171 Hannover**

der IKK gesund plus

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau – SVLFG,
Geschäftsstelle Hannover, Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover
handelnd als Landesverband für das Land Bremen**

§ 1

Anwendungsbereich

Gemäß Anlage 7a des BMV-Z, § 2 Absatz 5 vereinbaren die Vertragspartner, dass für die Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen auf die Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse (Genehmigungsverfahren) verzichtet wird. Dies gilt für alle Leistungen, die unter den BEMA-Nr. K1 – K4 über den BEMA-Teil 2 abgerechnet werden. Diese Behandlungspläne gelten als genehmigt. Die Krankenkassen sind berechtigt, im Einzelfall eine Übersendung des von dem Vertragszahnarzt erstellten Behandlungsplanes nachträglich zu verlangen.

Das Verfahren bzw. die Ausfüllbestimmungen für den „Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch“ bei Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch) bleiben von dieser Vereinbarung unberührt. Dies gilt ebenso für Schienen, die aus anderen therapeutischen Ansätzen verordnet werden.

§ 2

Mengenentwicklung

Nach Ablauf eines jeden Kalenderjahres nehmen die Vertragspartner im ersten Quartal des Folgejahres eine gemeinsame Auswertung der bis dahin abgerechneten Fälle vor. Dabei wird insbesondere die Mengenentwicklung einer Prüfung unterzogen.

§ 3

Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die Möglichkeit der Wirtschaftlichkeitsprüfung für die Positionen K7 bis K9 weiterhin gewährleistet ist.

§ 4

Beitritt weiterer IKKen zu dieser Vereinbarung

IKKen mit im Lande Bremen wohnenden Versicherten haben die Möglichkeit, dieser Vereinbarung jeweils zu Beginn eines Quartals beizutreten.

Der Beitritt ist den Vertragspartnern mit einer Frist von mindestens einem Monat vorab schriftlich mitzuteilen (Beispiel: Beitritt zum 01.04. / Mitteilung spätestens zum 01.03.).

§ 5

Geltungsdauer und Kündigung

Die Vereinbarung tritt zum 01.01.2016 in Kraft. Die Vereinbarung kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden.

Bremen, den 10.12.2015

Kassenzahnärztliche Vereinigung
im Lande Bremen

AOK Bremen/Bremerhaven

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Bremen

der IKK gesund plus

der SVLFG, handelnd als Landesverband für
das Land Bremen