

# Vereinbarung

Die Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin  
(nachfolgend KZV Berlin genannt)

und

die AOK Nordost. Die Gesundheitskasse.  
(nachfolgend AOK genannt)

schließen gemäß §§ 82 Abs. 2, 83 Abs. 1, 85 SGB V für den Zeitraum 01.01.2023 bis 31.12.2024 nachfolgende Vergütungsvereinbarung:

## § 1

### Gesamtvergütung

- (1) <sup>1</sup>Die nach § 85 Abs. 2 und 3, 3a SGB V zu zahlende Gesamtvergütung ist versichertenbezogen ausschöpfend. <sup>2</sup>Die vorläufig zu zahlende Gesamtvergütung ergibt sich durch Multiplikation der aktuellen Zahl der Versicherten auf Basis der ANZVER87a-Datenlieferung (Quartal IV/2022) mit der Pauschale je Versicherten, welche der Anlage zu entnehmen ist.
- (2) <sup>1</sup>Die versichertenbezogene ausschöpfende Gesamtvergütung umfasst die Vergütung zahnärztlicher Leistungen nach den Bema-Z Teilen 1 (ohne IP und FU sowie Bema-Nrn. 174a und 174b [PBaa-PBab]) 2, 3 und 4. <sup>2</sup>Neben der Vergütung der o. g. Leistungen gehören dazu auch
  - a) Kostenerstattungen gemäß § 13 Abs. 2 und § 53 Abs. 4 SGB V,
  - b) Ausgaben auf Grund der Mehrkostenregelung gemäß § 28 Abs. 2 Satz 3 SGB V,
  - c) Leistungen von Vertragszahnärzten außerhalb Berlins (Fremdzahnärzte),
  - d) Material- und Laborkosten, soweit sie nicht im Zusammenhang mit Bema-Z Teilen 2 bis 4 anfallen,
  - e) sonstige Kosten (z. B. Wegegelder, Telefon-, Versand- und Portokosten), sowie
  - f) Konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Leistungen nach § 29 und § 55 SGB V erbracht werden.
- (3) Außerhalb der versichertenbezogenen ausschöpfenden Gesamtvergütung werden folgende Leistungen als Einzelleistung vergütet:
  - a) Material- und Laborkosten im Zusammenhang mit Bema-Z Teilen 2 bis 4,
  - b) Individualprophylaxe-Leistungen und Früherkennungsuntersuchungen sowie die Bema-Nrn. 174a/b, 107a
  - c) Leistungen nach § 87 Absatz 2i und 2j SGB V, d.h. BEMA-Z Nrn. 151, 152a/b, 153a/b, 154, 155, 161a-f, 162a-f, 165, 171a/b, 172a/b, 173a/b, 182a/b,
  - d) Leistungen zur Behandlung von Parodontitis bei Menschen, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches leistungsberechtigt sind, d.h. Bema-Nrn. 4, ATG, MHU, AITa/b, BEVa/b, CPTa/b, UPTa-g, 108, 111
  - e) zahnärztliche Gutachten.

- (4) <sup>1</sup>Der endgültige Versichertendurchschnitt für den Zeitraum 01.01.2023 bis 31.12.2023 sowie 01.01.2024 bis 31.12.2024 erfolgt auf Basis der ANZVER87a-Datenlieferung. <sup>2</sup>Die endgültige jahresdurchschnittliche Versichertenzahl bildet sich aus dem Durchschnitt der quartalsweisen ANZVER87a-Datenlieferungen.
- (5) Entstehen – auch bereits im Vorfeld - aufgrund legislativer Änderungen veränderte Faktenlagen treten die Vertragspartner hierüber in Verhandlungen.

## § 2

### Vergütung der Leistungen

- (1) Die an die Vertragszahnärzte zu zahlenden Punktwerte werden - soweit nachfolgend nichts Abweichendes geregelt ist - durch die KZV Berlin festgelegt.
- (2) <sup>1</sup>Der Punktwert für Individualprophylaxeleistungen und Früherkennungsuntersuchungen (IP und FU) sowie für die Bema-Nrn. 174a/b beträgt

vom 01.01.2023 bis 31.12.2023 = 1,3217 €  
vom 01.01.2024 bis 31.12.2024 = 1,3217 € zzgl. VR\*2024.

<sup>2</sup>Die Verhandlungsausgangsbasis für das Jahr 2025 bildet der Punktwert des Jahres 2024.

- (3) <sup>1</sup>Für Leistungen der Bema-Z Teile 1, 2 und 4 beträgt der Antragspunktwert

vom 01.01.2023 bis 31.12.2023 = 1,2059 €  
vom 01.01.2024 bis 31.12.2024 = 1,2059 € zzgl. (VR\*2024 – 1,5 %P).

<sup>2</sup>Die Verhandlungsausgangsbasis für das Jahr 2025 bildet der Punktwert des Jahres 2024.

- (4) <sup>1</sup>Zur Abrechnung der Eigenanteile für Leistungen nach Bema-Z Teil 3 (§ 29 Abs. 2 SGB V) gegenüber den Patienten bzw. Versicherten beträgt der Antragspunktwert

vom 01.01.2023 bis 31.12.2023 = 1,0728 €  
vom 01.01.2024 bis 31.12.2024 = 1,0728 € zzgl. (VR\*2024 – 1,5 %P).

<sup>2</sup>Die Verhandlungsausgangsbasis für das Jahr 2025 bildet der Punktwert des Jahres 2024.

- (5) <sup>1</sup>Der Punktwert für Leistungen nach BEMA-Z Nrn. 107a, 154, 155, 171a/b, 172a/b, 173a/b, 182a/b sowie für Leistungen zur Behandlung von Parodontitis bei Menschen, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches leistungsberechtigt sind, d.h. Bema-Nrn. 4, ATG, MHU, AITa/b, BEVa/b, CPTa/b, UPTa-g, 108, 111 beträgt

vom 01.01.2023 bis 31.12.2023 = 1,2147 €  
vom 01.01.2024 bis 31.12.2024 = 1,2147 € zzgl. VR\*2024.

\*Veränderungsrate iSd. § 71 Abs. 3 SGB V für das Kalenderjahr 2024

<sup>2</sup>Die Verhandlungsbasis für das Jahr 2025 bildet der Punktwert des Jahres 2024.

- (6) <sup>1</sup>Die Punktwerte für zahnärztliche Gutachten für Leistungen nach Bema-Z-Teil 3, 4 und 5 – soweit sie nach Punkten abzurechnen sind – betragen:

vom 01.01.2023 bis 31.12.2023 = 1,2059 €

vom 01.01.2024 bis 31.12.2024 = 1,2059 € zzgl. (VR\*2024 – 1,5 %P).

<sup>2</sup>Die Verhandlungsbasis für das Jahr 2025 bildet der Punktwert des Jahres 2024.

### § 3

#### Abrechnungsregelungen

- (1) <sup>1</sup>Zum vorletzten Werktag eines jeden Kalendermonats werden durch die AOK monatliche Abschlagszahlungen für KCH, PAR, KBR und KFO in Höhe von 30% der quartalsbezogenen versichertenbezogenen Kopfpauschale (inkl. IP und FU) gezahlt. <sup>2</sup>Basis für die Berechnung der Abschlagszahlung sind die zuletzt vorliegenden Versichertenzahlen des vorhergehenden Quartals. <sup>3</sup>Die Abrechnung dieser Leistungen erfolgt quartalsweise. <sup>4</sup>Die Schlussrechnung ist 14 Tage nach Zugang zahlbar, unter Verrechnung der Abschläge und unter Beachtung der anteiligen ausschöpfenden Gesamtvergütung. <sup>5</sup>Die Leistungen für Zahnersatz, sowie Material- und Laborkosten bei Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch werden monatlich in Rechnung gestellt und sind 14 Tage nach Zugang zahlbar.
- (2) <sup>1</sup>Für die Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch) sowie Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe) des Bema-Teil 2 insbesondere nach den Bema-Positionen K1 bis K4 ist eine vorherige Genehmigung durch die AOK Nordost nicht notwendig. <sup>2</sup>Dies gilt auch für die einstrahlenden AOKen. <sup>3</sup>Soweit im Rahmen der Abrechnungen Auffälligkeiten im Ordnungs- und Leistungsverhalten erkennbar sind, kann gänzlich oder teilweise der Genehmigungsverzicht aufgehoben werden.
- (3) <sup>1</sup>Bei prothetischer Behandlung ist jeder einzelne Heil- und Kostenplan, bei systematischer Behandlung von Parodontopathien jeder PA-Status, zu unterschreiben. <sup>2</sup>Mit der Unterschrift bestätigt der Vertragszahnarzt, dass
- a) die abgerechneten Material- und Laborkosten der gewerblichen Laboratorien tatsächlich entstanden sind und dass er auftragsbezogene Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten an die AOK (z. B. Spitzbetrag bei Härtefällen) und an die Versicherten weitergibt,
  - b) die abgerechneten Material- und Laborkosten seines Zahnarztlabors tatsächlich von diesem erbracht worden sind und das Zahnarztlabor die für die abgerechneten Leistungen erforderlichen Ausstattungen enthält.
- (4) <sup>1</sup>Unaufschiebbare Wiederherstellungen und Erweiterungen (gemäß BMVZ Anlage 2 Ziffer 7c), die nicht in den Gewährleistungszeitraum fallen, können als Akutversorgung ohne Genehmigung abgerechnet werden. <sup>2</sup>Legt der Versicherte ein Bonusheft i. S. des § 55 Abs. 1 SGB V vor, rechnet

der Zahnarzt den Kassenanteil entsprechend den gesetzlichen Vorgaben über die KZV Berlin ab.  
<sup>3</sup>Der Genehmigungsverzicht gilt nicht für Leistungsfälle gemäß § 55 Abs. 2 SGB V (Härtefälle 100%).  
<sup>4</sup>In Kombination mit den Befundklassen 1-5 sind die Festzuschüsse vor Beginn der Behandlung von der Krankenkasse zu bewilligen.

- (5) <sup>1</sup>Im Rahmen der Umsetzung des Wohnortprinzips entrichten AOKen für die Versicherten, die ihren Wohnsitz im Bereich der KZV Berlin haben (einstrahlende AOK), Abschlagszahlungen gem. § 3 Abs. 1. <sup>2</sup>Diese Regelung gilt nur für AOKen mit mindestens 5.000 in dem Bezirk der KZV Berlin wohnenden Versicherten. <sup>3</sup>Einstrahlende AOKen mit weniger als 5.000 Versicherten zahlen abweichend von der vorstehenden Regelung jeweils am 01.04. sowie am 01.10. eines jeden Jahres einen halbjährlichen Abschlag i. H. v. 50 v. H. des auf sie entfallenden, vorläufigen, versichertenbezogenen, ausschöpfenden Ausgabenvolumens. <sup>4</sup>Basis zur Ermittlung des vorläufigen, versichertenbezogenen, ausschöpfenden Ausgabenvolumens ist die jeweils zuletzt vorliegende quartalsbezogene ANZVER87a Datenlieferung. <sup>5</sup>Eine entsprechende Abrechnung wird durch die KZV erstellt. <sup>6</sup>Im Rahmen der versichertenbezogenen Endabrechnung des ersten bzw. dritten Quartals erfolgt eine Verrechnung mit der jeweiligen Abschlagszahlung. <sup>7</sup>Mögliche Nachforderungen werden erst mit der Endabrechnung des zweiten bzw. vierten Quartals gestellt. <sup>8</sup>Überzahlungen werden entsprechend mit der nächsten Abschlagszahlung verrechnet.

#### § 4 Ausgleichsverfahren

- (1) Die endgültige Berechnung der versichertenbezogenen ausschöpfenden Gesamtvergütung für den Zeitraum 01.01.2023 bis 31.12.2023 bzw. 01.01.2024 bis 31.12.2024 erfolgt auf Grundlage der Versichertenzahlen nach § 1 Abs. 4.
- (2) Unterschreiten die Rechnungslegungen bzw. die angeforderte Leistungsmenge nach § 1 Abs. 2 die ermittelte endgültige versichertenbezogene ausschöpfende Gesamtvergütung, so vergütet die AOK den sich hieraus ergebenden Differenzbetrag.

#### § 5 Wirtschaftlichkeitsprüfung, Sachlich-rechnerische Richtigstellung

- (1) Erstattungsansprüche der AOK im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren gemäß § 106 ff. SGB V, sachlich-rechnerische Richtigstellungen nach § 106d SGB V oder sonstige Rückflüsse für den Zeitraum 01.01.2023 bis 31.12.2024 bestehen im Hinblick auf die Berechnung der Gesamtvergütung nach Kopfpauschalen nicht (BSGE 66, 1, 5, 6, SozR 2200 § 368 f Nr. 16, S. 66, 70, 71).
- (2) Alle durch die AOK eingereichten sachlich-rechnerischen Berichtigungsanträge zum Zahnersatz sowie den außerbudgetären Leistungen sind in der Höhe der von der KZV anerkannten Berichtigungsbeträge an die AOK zurückzuzahlen.

## § 6

### Abgeltung der Material- und Laboratoriumskosten

- (1) Die Abgeltung der Material- und Laboratoriumskosten erfolgt in Höhe des tatsächlich entstandenen Aufwandes nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen:
- a) Werden zahntechnische Leistungen in gewerblichen zahntechnischen Laboratorien hergestellt, so gelten als Kostennachweise nur spezifizierte Rechnungen dieser ausführenden Laboratorien. Die Rechnungen sind dem Vordruck 3b gemäß Anlage 14a zum BMV-Z – beizufügen.
  - b) Für die Vergütung zahntechnischer Leistungen, die im praxiseigenen Laboratorium des Vertragszahnarztes hergestellt werden (Eigenlabor), gelten die zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen in Berlin und der Mitteldeutschen Zahntechniker-Innung vereinbarten Höchstpreise abzüglich von mindestens 5 v.H. Die Leistungen sind ebenfalls zu spezifizieren und zusammen mit dem Vordruck 3b gemäß Anlage 14a zum BMV-Z - nachzuweisen.
- (2) <sup>1</sup>Für die in der Praxis des Zahnarztes entstehenden Material- und Versandkosten gelten folgende Beträge:
- a) Abdruckmaterial je Abdruck im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung, Kieferbruchbehandlung und Unterkieferprotrusionsschiene  
vom 01.01.2023 bis 31.12.2024 = 3,85 €.
  - b) Versandkosten je Versandgang (Versandkosten sind nur insoweit berechnungsfähig, als sie in der Praxis anfallen)  
vom 01.01.2023 bis 31.12.2024 = 3,85 €.

<sup>2</sup>Die 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.

<sup>3</sup>Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist zu beachten.

Berlin, Potsdam den 09.02.2023



.....  
Kassenzahnärztliche Vereinigung Berlin



.....  
AOK Nordost – Die Gesundheitskasse