

# **Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung**

**Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und**

**der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)**

vereinbaren als Bestandteil der Bundesmantelverträge den nachstehenden

## **Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung**

### **Abschnitt 1 Abrechnungsunterlagen**

#### **§ 1**

#### **Allgemeines zu Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen**

- (1) Die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen durch die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte und zahnärztlich geleiteten Einrichtungen erfolgt nach den Bestimmungen des Bundesmantelvertrages–Zahnärzte im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern mit den Krankenkassen. Die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen über Art und Umfang der Daten sind zu beachten.
- (2) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung überprüft die gesamte vertragszahnärztliche Abrechnung. Die Gesamtvertragspartner sollen vereinbaren, dass die sachliche und gebührenordnungsmäßige Richtigkeit der abgerechneten Leistungen durch Einsatz der Prüfregele des BEMA-Moduls in der Zahnarztpraxis und/ oder in der Kassenzahnärztlichen Vereinigung unterstützt wird.

Das BEMA-Modul wird von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen erstellt.

*Protokollnotiz:*

*Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung informiert den GKV-Spitzenverband schriftlich über die Inhalte und Änderungen des BEMA-Moduls. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen informieren die Krankenkassen schriftlich über den Einsatz des BEMA-Moduls.*

- (3) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermitteln die nach § 295 Abs. 2 SGB V vorgesehenen Daten an die Krankenkassen nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Vertrages.

*Protokollnotiz:*

*Soweit andere Vergütungsregelungen als auf der Basis von Einzelleistungsvergütungen gemäß § 85 Abs. 2 SGB V durch die Gesamtvertragspartner getroffen werden, kann Abweichendes über Art und Umfang der Datenübermittlung vereinbart werden.*

- (4) Die Regelungen zu § 85 Abs. 4b SGB V werden auf der Landesebene getroffen.

## **§ 2**

### **Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für konservierend chirurgische Leistungen einschließlich FU/IP**

- (1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). Dieser enthält folgende Angaben:
1. KZV-Nummer
  2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen,
  3. Krankenversichertennummer (bei Ersatzverfahren Name und Geburtsdatum des Versicherten),
  4. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren,
  5. Zahnarztnummer (verschlüsselt),
  6. Abrechnungsquartal
  7. Leistungsquartal
  8. Fallnummer
  9. Abgerechnete Gebührennummern des BEMA, der GOÄ einschließlich des Tages der Behandlung und ggf. des Zahnbezuges, bei Füllungen einschließlich der Angabe der Füllungslage, gesondert abrechenbare Kosten einschließlich Art der Kosten je Behandlungsfall.

*Protokollnotiz:*

*Die Vertragspartner sind sich einig, dass bei der Abrechnung von vertragszahnärztlichen Leistungen nach BEMA–Teil 1 auf die gesonderte Angabe des Befundes grundsätzlich verzichtet wird, weil sich der Befund aus den bei der Abrechnung anzugebenden Gebührennummern ergibt.*

10. Kosten der Behandlung (Fallwert in Punkten oder EUR nach Prüfung auf sachlich– rechnerische Richtigkeit durch die KZV),
11. Röntgenbegründung
12. Art der Inanspruchnahme (z. B. Notfall),
13. Angabe Unfall / Unfallfolge,

*Nrn. 14 und 15 aufgehoben zum 01.01.2013 durch Gesetz vom 20.12.2012, Vereinbarung vom 23.04.2013*

- (2) Die Verschlüsselung der Zahnarzt Nummer gemäß Absatz 1 Nr. 5 legt die Kassenzahnärztliche Vereinigung fest.

Dabei ist sicherzustellen, dass auf Verlangen einer Krankenkasse die zahnarztbezogene Zuordnung der zurückliegenden Abrechnungs quartale (bis zu zwölf Quartale) erfolgt.

- (3) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse eine Gesamtrechnung bestehend aus:

1. Fallzahl,
2. Punktsummen und jeweils gültigem Punktwert,
3. Summen der gesondert abgerechneten Kosten in EUR,
4. Gesamtbetrag, errechnet aus 2. und 3.,
5. Teilrechnungen für besondere Personenkreise nach Kennzeichnung 4, 6, 7 und 8 auf dem Versicherungsnachweis (analog zu 1. bis 4.),
6. Teilrechnungen nach dem Status M, F, R und für fehlenden Status (analog zu 1. bis 4.),
- 7. aufgehoben zum 01.01.2013 durch Gesetz vom 20.12.2012, Vereinbarung vom 23.04.2013*
8. Rechnungsbetrag, errechnet aus 4. und 7.,
9. Datum der Rechnungsstellung.

### § 3

#### **Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für Leistungen bei Kieferbruch und Kiefergelenkerkrankungen**

- (1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). Dieser enthält folgende Angaben:
1. KZV-Nummer,
  2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen,
  3. Krankenversichertennummer (bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten),
  4. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren,
  5. Zahnarztnummer (verschlüsselt),
  6. Monat der Abrechnung,
  7. Fallnummer,
  8. Ausstellungsdatum des Behandlungsplanes,
  9. Abgerechnete Gebührennummern des BEMA für Leistungen bei Kieferbruch und Kiefergelenkerkrankungen einschließlich des Tages der Behandlung und ggf. des Zahnbezuges sowie gesondert abrechenbare Kosten einschließlich Art der Kosten,
  10. Kosten des Eigenlabors in EUR sowie deren Einzelangaben (abgerechnete BEL- Nrn. einschließlich Kosten je Materialbezeichnung),
  11. Kosten des Fremdlabors in EUR (Sofern gesamtvertraglich nicht anders vereinbart ist die spezifizierte Rechnung unter Herstellung des Versichertenbezuges beizufügen.),
  12. Kosten der Behandlung (Fallwert in Punkten oder EUR nach Prüfung auf sachlich- rechnerische Richtigkeit durch die KZV),
- (2) Die Verschlüsselung der Zahnarztnummer gemäß Absatz 1 Nr. 5 legt die Kassenzahnärztliche Vereinigung fest.
- Dabei ist sicherzustellen, dass auf Verlangen einer Krankenkasse die zahnarztbezogene Zuordnung der zurückliegenden Abrechnungsquartale (bis zu zwölf Quartale) erfolgt.
- (3) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse eine Gesamtrechnung bestehend aus:
1. Fallzahl,
  2. Punktsommen und jeweils gültigem Punktwert,
  3. Summen in EUR getrennt nach Kosten für das Fremdlabor und Eigenlabor sowie der gesondert abgerechneten Kosten,
  4. Rechnungsbetrag (Gesamtbetrag errechnet aus 2. und 3.),
  5. Teilrechnungen für besondere Personenkreise nach Kennzeichnung 4, 6, 7

- und 8 auf dem Versicherungsnachweis (analog zu 1. bis 4.),
6. Teilrechnungen nach dem Status M, F, R und für fehlenden Status (analog zu 1. bis 4.),
  7. Datum der Rechnungsstellung.

#### § 4

#### **Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für kieferorthopädische Leistungen**

- (1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). Dieser enthält folgende Angaben:
  1. KZV-Nummer,
  2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen,
  3. Krankenversichertennummer (bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten),
  4. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren,
  5. Zahnarzt Nummer (verschlüsselt),
  6. Abrechnungsquartal,
  7. Leistungsquartal,
  8. Fallnummer,
  9. Ausstellungsdatum des Behandlungsplanes bzw. des Verlängerungsantrages, Datum des Beginns und des Endes der Behandlung,
  10. Abschlagskennzeichen (Regel-, Früh-, Verlängerungsbehandlung) und -nummer oder Leerquartalszeichen oder Notfallvertretungskennzeichen oder Kennzeichen, falls nur Diagnostik bzw. Einzelmaßnahmen außerhalb der Kfo-Behandlung,
  11. Begleitleistungen bzw. Einzelmaßnahmen außerhalb der Kfo-Behandlung (abgerechnete Gebührennummern für konservierend chirurgische Leistungen einschließlich FU/IP des BEMA, der GOÄ einschließlich des Tages der Behandlung und ggf. des Zahnbezuges, bei Füllungen einschließlich der Angabe der Füllungslage, gesondert abrechenbare Kosten einschließlich Art der Kosten),
  12. Kosten der Begleitleistungen (in Punkten oder EUR),
  13. abgerechnete Gebührennummern des BEMA für kieferorthopädische Leistungen einschließlich eines Kennzeichens für nicht genehmigungspflichtige außerplanmäßige Leistungen (ggf. mit Zahnbezug) und deren Punktsomme mit Angabe der Punktwertes,

14. Kosten des Eigenlabors in EUR sowie ggf. deren Einzelangaben (abgerechnete BEL-Nrn. einschließlich Kosten je Materialbezeichnung) sofern gesamtvertraglich nicht anders vereinbart,
15. Kosten des Fremdlabors in EUR (Sofern gesamtvertraglich nicht anders vereinbart, ist die spezifizierte Rechnung unter Herstellung des Versichertenbezuges beizufügen.),
16. Kosten der kieferorthopädischen Leistungen, errechnet aus 13., 14. und 15. sowie Kassen- und Versichertenanteile einschließlich des zugrundeliegenden Kassenzuschusses in Prozent,
17. Fallwert (Summe aus 12. und 16.) in EUR nach Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit durch die KZV),
18. Kennzeichen für spezielle Abrechnungsverträge,  
*Nrn. 19 und 20 aufgehoben zum 01.01.2013 durch Gesetz vom 20.12.2012, Vereinbarung vom 23.04.2013*

- (2) Die Verschlüsselung der Zahnarztnummer gemäß Absatz 1 Nr. 5 legt die Kassenzahnärztliche Vereinigung fest.

Dabei ist sicherzustellen, dass auf Verlangen einer Krankenkasse die zahnarztbezogene Zuordnung der zurückliegenden Abrechnungsquartale (bis zu zwölf Quartale) erfolgt.

- (3) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse eine Gesamtrechnung bestehend aus:
1. Fallzahl,
  2. Punktsommen und jeweils gültigem Punktwert, getrennt nach kieferorthopädischen, individualprophylaktischen/Früherkennungsmaßnahmen und konservierend/chirurgischen Leistungen,
  3. Summen in EUR getrennt nach Kosten für das Fremdlabor und Eigenlabor sowie der gesondert abgerechneten Kosten,
  4. Gesamtbetrag, errechnet aus 2. und 3.,
  5. Teilrechnungen für besondere Personenkreise nach Kennzeichnung 4, 6, 7 und 8 auf dem Versicherungsnachweis (analog zu 1. bis 4.),
  6. Teilrechnungen nach dem Status M, F, R und für fehlenden Status (analog zu 1. bis 4.),
  7. *aufgehoben zum 01.01.2013 durch Gesetz vom 20.12.2012, Vereinbarung vom 23.04.2013*
  8. Rechnungsbetrag, errechnet aus 4. und 7.,
  9. Datum der Rechnungsstellung.

**§ 5**  
**Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen**  
**für PAR-Leistungen**

(1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). Dieser enthält folgende Angaben:

1. KZV-Nummer,
2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen,
3. Krankenversichertennummer (bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten),
4. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren,
5. Zahnarztnummer (verschlüsselt),
6. Monat der Abrechnung,
7. Fallnummer,
8. Ausstellungsdatum des Behandlungsplanes sowie Datum des Endes der Behandlung,
9. Therapieergänzungskennzeichen,
10. Geplante und abgerechnete Gebührennummern des BEMA für Leistungen zur systematischen Behandlung von Parodontopathien,
11. Ggf. gesondert abrechenbare Kosten in EUR,
12. Kosten der Behandlung (Fallwert in Punkten oder EUR nach Prüfung auf sachlich- rechnerische Richtigkeit durch die KZV).

(2) Die Verschlüsselung der Zahnarztnummer gemäß Absatz 1 Nr. 5 legt die Kassenzahnärztliche Vereinigung fest.

Dabei ist sicherzustellen, dass auf Verlangen einer Krankenkasse die zahnarztbezogene Zuordnung der zurückliegenden Abrechnungsquartale (bis zu zwölf Quartale) erfolgt.

(3) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse eine Gesamtrechnung bestehend aus:

1. Fallzahl,
2. Punktsummen und jeweils gültigem Punktwert,
3. Summen der gesondert abgerechneten Kosten in EUR,
4. Rechnungsbetrag (Gesamtbetrag errechnet aus 2. und 3.),
5. Teilrechnungen für besondere Personenkreise nach Kennzeichnung 4, 6, 7

- und 8 auf dem Versicherungsnachweis (analog zu 1. bis 4.),
6. Teilrechnungen nach dem Status M, F, R und für fehlenden Status (analog zu 1. bis 4.),
  7. Datum der Rechnungsstellung.

## § 6

### **Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für Zahnersatz-Leistungen nach § 55 SGB V**

- (1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). Dieser enthält folgende Angaben:
  1. KZV-Nummer,
  2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen,
  3. Krankenversichertennummer (bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten),
  4. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren,
  5. Zahnarztnummer (verschlüsselt),
  6. Monat und ggf. Nummer der Abrechnung,
  7. Fallnummer,
  8. Ausstellungsdatum des Heil und Kostenplanes,
  9. Eingliederungsdatum und Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes,
  10. Angabe Unfall oder Unfallfolge / Berufskrankheit,
  11. Angabe Versorgungsleiden,
  12. Kennzeichnung bei Verwendung von Nichtedelmetall (NEM),
  13. Kennzeichen im Falle von Teilleistungen und ggf. Erklärung, warum es nicht zur Vollendung der vorgesehenen Leistungen gekommen ist,
  14. Angabe des/der Befunde(s) für die Festzuschüsse (gemäß HKP II) einschließlich der Zahn-/Gebietsbezeichnung einschließlich der Festzuschussbeträge in EUR,
  15. dto. für nachträgliche Befunde,
  16. Angabe Bonus in Prozent bzw. Härtefall,
  17. Kennzeichen, dass keine GOZ-Leistungen enthalten sind,
  18. Gesamtsumme entsprechend der Zeile 7 aus Abschnitt V des HKPs,
  19. Festzuschuss der Kasse in EUR (höchstens Wert wie in Nr. 18),
  20. Versichertenanteil in EUR (Differenz Nr. 18 abzüglich Nr. 19).

21. In allen Behandlungsfällen sind das Zahnarzthonorar entsprechend Zeile 1, das Zahnarzthonorar zusätzliche Leistungen entsprechend Zeile 2, sowie die Versandkosten entsprechend Zeile 6 des Abschnittes V des Heil- und Kostenplans anzugeben.

In allen Härtefällen und in allen Fällen der nicht bewilligungsbedürftigen Wiederherstellungen/Erweiterungen sind darüber hinaus die Kosten des Eigenlabors und des Fremdlabors in EUR anzugeben.

Bis zur Umsetzung einer papierlosen Regelung mit den gewerblichen Laboratorien und einer entsprechenden Regelung für Eigenlabore sind bei der Abrechnung von Leistungen in Härtefällen oder zum Zweck von nicht bewilligungsbedürftigen Wiederherstellungen/Erweiterungen, Kopien der Rechnungen für die zahntechnischen Leistungen unter Herstellung des Versichertenbezuges beizufügen. Diese können auch als elektronische Dokumente, beispielsweise in Form von PDF Dateien, mit versandt werden.

*Protokollnotiz:*

*Aus datenschutzrechtlichen Gründen wird der Versichertenbezug dadurch sichergestellt, dass in der Papierabrechnung Kopien der Zahntechnik-Rechnung oder der Eigenbelege fest mit dem Heil- und Kostenplan verbunden werden. Die Vertragspartner werden hierüber neu verhandeln, wenn die Papierformulare bei der Abrechnung wegfallen.*

- (2) Die Verschlüsselung der Zahnarztnummer gemäß Absatz 1 Nr. 5 legt die Kassenzahnärztliche Vereinigung fest.  
Dabei ist sicherzustellen, dass auf Verlangen einer Krankenkasse die zahnarztbezogene Zuordnung der zurückliegenden Abrechnungsquartale (bis zu zwölf Quartale) erfolgt.
- (3) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse eine Gesamtrechnung bestehend aus:
  1. Fallzahl,
  2. Summe der Versichertenanteile in EUR,
  3. Rechnungsbetrag in EUR (Summe der abgerechneten Festzuschüsse/Kosten),
  4. Teilrechnungen für besondere Personengruppen nach Kennzeichnung 4, 6, 7 und 8 auf dem Versicherungsnachweis (analog zu 1. bis 3.),
  5. Teilrechnungen nach dem Status M, F, R und für fehlenden Status (analog zu 1. bis 3.),
  6. Datum der Rechnungsstellung.

*§ 7 aufgehoben zum 01.01.2013 durch Gesetz vom 20.12.2012, Vereinbarung vom 23.04.2013*

## **§ 8**

### **Übermittlung der Datensätze**

- (1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermitteln den jeweiligen Krankenkassen oder den von ihnen benannten Stellen im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern die jeweiligen Gesamtrechnungen gemäß den Absätzen 3 der §§ 2 bis 6 dieses Vertrages zusammen mit den jeweiligen Einzelfallnachweisen gemäß den Absätzen 1 der §§ 2 bis 6 dieses Vertrages.
- (2) Die Weiterleitung der Daten nach Absatz 1 kann unter Beachtung der Vorschriften des § 80 SGB X auch unmittelbar an eine von der Krankenkasse mit der Datenverarbeitung beauftragte Stelle erfolgen.

## **§ 9**

### **Verbot der Zusammenführung der Daten**

- (1) *aufgehoben zum 01.01.2013 durch Gesetz vom 20.12.2012, Vereinbarung vom 23.04.2013*
- (2) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen liefern in Einzelfällen den Krankenkassen auf Anforderung unter Angabe des Verwendungszwecks in Form von Begründungsnummern gemäß vereinbartem Katalog laut Anlage die unverschlüsselte Zahnarzt Nummer des Zahnarztverzeichnisses nach § 11 dieses Vertrages.
- (3) Zu den Anforderungen nach Absatz 2 hat die Krankenkasse folgende Daten aus dem jeweiligen Einzelfallnachweis nach § 2 Absatz 1 dieses Vertrages anzugeben:
  1. KZV-Nummer,
  2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse.
  3. Krankenversichertennummer (bei Ersatzverfahren Name und Geburtsdatum des Versicherten),
  4. Abrechnungsquartal,
  5. Leistungsquartal,
  6. Fallnummer,
  7. Zahnarzt Nummer (verschlüsselt).
- (4) Die Voraussetzungen der Begründungsnummer 601 der Anlage zu § 9 Abs. 2 dieses Vertrages sind dann erfüllt, wenn in begründeten Fällen

seitens der Krankenkasse konkrete Anhaltspunkte für Fehlabrechnungen oder Vertragsverletzungen aufgezeigt werden.

**Abschnitt 2**  
**Zufälligkeitsprüfung**  
nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V

**§ 10**  
**Art und Inhalt der Prüfunterlagen**

(1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermitteln den Prüfungsstellen nach § 106 Abs. 4a SGB V im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern quartalsweise eine Liste der Vertragszahnärzte, die gemäß § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V in die Zufälligkeitsprüfung einbezogen werden, und aus den Abrechnungen dieser Vertragszahnärzte je Zahnarzt folgende Daten:

1. Leistungsquartal,
2. KZV-Nummer,
3. Zahnarztnummer,
4. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse,
5. Krankenversichertennummer (bei Ersatzverfahren Name und Geburtsdatum des Versicherten),
6. Abgerechnete Gebührennummern des BEMA, der GOÄ je Behandlungsfall einschließlich des Tages der Behandlung und des Zahnbezugs (ohne IP-Positionen).

*Protokollnotiz:*

*Die Vertragspartner sind sich einig, dass bei der Abrechnung von vertragszahnärztlichen Leistungen nach BEMA-Teil 1 auf die gesonderte Angabe des Befundes grundsätzlich verzichtet wird, weil sich der Befund aus den bei der Abrechnung anzugebenden Gebührennummern ergibt.*

Die Daten sind jeweils für den Zeitraum eines Jahres zu übermitteln.

(2) Die Krankenkassen übermitteln den Prüfungsstellen nach § 106 Abs. 4a SGB V im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern von den in die Prüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V einbezogenen Vertragszahnärzten quartalsweise je Zahnarzt folgende Daten:

1. Zahnarztnummer,
2. Verordnungsquartal,
3. Institutionskennzeichen (IK),
4. Krankenversichertennummer (bei Ersatzverfahren Name und Geburtsdatum des Versicherten),
5. Status (M/F/R),
6. Zahl der zahnärztlich verordneten Arzneimittel (inkl. Verbandmittel) und SSB, gesamt und getrennt nach Arznei- bzw. Verbandmittel und SSB,
7. Bruttowert der zahnärztlich verordneten Arzneimittel (inkl. Verbandmittel), gesamt und getrennt nach Arznei- und Verbandmittel.

Die Daten sind jeweils für den Zeitraum eines Jahres zu übermitteln.

- (3) Die versichertenbezogene Übermittlung von Angaben über zahnärztliche und zahnärztlich verordnete Leistungen an die Prüfungsstellen nach § 106 Abs. 4a SGB V ist nur zulässig, soweit die Wirtschaftlichkeit oder Qualität der zahnärztlichen Behandlungs- oder Verordnungsweise im Einzelfall zu beurteilen ist.
- (4) Daten nach Absatz 1 über zahnärztliche und Daten nach Absatz 2 über zahnärztlich verordnete Leistungen dürfen, soweit sie versichertenbezogen sind, auf maschinell verwertbaren Datenträgern bei den Prüfungsstellen nach § 106 Abs. 4a SGB V nur zusammengeführt werden, soweit dies zur Durchführung der Prüfungen nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V erforderlich ist.

### **Abschnitt 3 Zahnarztverzeichnis**

#### **§ 11 Art, Inhalt und Übermittlung**

- (1) Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung stellt dem GKV-Spitzenverband eine Datei mit einem bundesweiten Verzeichnis der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte und zahnärztlich geleiteten Einrichtungen gemäß § 293 Abs. 4 SGB V auf maschinell verwertbaren Datenträgern zur Verfügung.
- (2) Das Nähere regelt die Technische Anlage.
- (3) Die Weiterleitung der Daten nach Abs. 1 kann unter der Beachtung der

Vorschriften des § 80 SGB X gemäß besonderer Regelungen nach Anlage zu diesem Vertrag unmittelbar an eine von dem GKV-Spitzenverband mit der Datenverarbeitung beauftragte Stelle erfolgen.

#### **Abschnitt 4** **Nutzung, Speicherung und Löschung von Daten**

##### **§ 12** **Nutzung, Speicherung und Löschung von Daten**

- (1) Die nach diesem Vertrag rechtmäßig erhobenen versichertenbezogenen Daten dürfen jeweils nur zu den Zwecken verwendet werden, zu denen sie rechtmäßig erhoben worden sind, für andere Zwecke nur, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist.
- (2) Die Krankenkasse speichert die Daten der Einzelfallnachweise gemäß § 2 Abs. 1 dieses Vertrages für einen Zeitraum von höchstens drei Jahren, beginnend nach dem Ende des jeweiligen Geschäftsjahres. Nach Ablauf von zwölf Quartalen werden die Daten von der Krankenkasse quartalsweise fortlaufend gelöscht.
- (3) Daten sind entsprechend § 304 SGB V zu löschen, wenn ihre Kenntnis für die speichernde Stelle zur Erfüllung der in ihrer Zuständigkeit liegenden Aufgaben nicht mehr erforderlich ist.

#### **Abschnitt 5** **Statistische Daten**

##### **§ 13** **Übermittlung statistischer Daten auf Landesebene**

- (1) Soweit die Partner der Gesamtverträge nichts Abweichendes vereinbaren, erhalten die Landesverbände der Krankenkassen/Verbände der Ersatzkassen für statistische Zwecke von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf maschinell verwertbaren Datenträgern, getrennt nach den einzelnen BEMA-Teilen (1 bis 4), für jede Kassenart und kassenartenübergreifend:
  1. die Frequenzstatistik (Aufgliederung nach Gebührennummern) je Zahnarzt

- und insgesamt,
2. die Anzahl der Behandlungsfälle,
  3. die Zahl der abgerechneten Punkte,
  4. die Vergütung, getrennt nach Honorar-, Material- und Laborkosten und
  5. die Zahl der Vertragszahnärzte.
- (2) Die Weiterleitung der Daten nach Absatz 1 kann unter Beachtung der Vorschriften des § 80 SGB X gemäß besonderer Regelungen nach Anlage zu diesem Vertrag auch unmittelbar an eine von den Krankenkassen mit der Datenverarbeitung beauftragten Stelle erfolgen.
- (3) Weitergehende Regelungen können vereinbart werden.

## **Abschnitt 6**

### **Technische Durchführung des Vertrages**

#### **§ 14**

#### **Technische und organisatorische Form der Datenübermittlung**

- (1) Die technische und organisatorische Form sowie die Kontroll- und Berichtigungsverfahren der Datenübermittlung werden in Anlagen zu diesem Vertrag geregelt. Sie sind Bestandteil dieses Vertrages.
- (2) Hinsichtlich der technischen und organisatorischen Form der Datenübermittlung sind Verschlüsselungsmaßnahmen gemäß der Anlage zu § 78 a SGB X zu treffen, die geeignet sind zu verhindern, dass bei der Übertragung der Daten sowie beim Transport von Datenträgern die Daten unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder gelöscht werden können (Transportkontrolle). In der Technischen Anlage wird hierzu festgelegt, welcher Mindeststandard für die Verschlüsselung der Daten erfolgt.
- (3) Die Vertragspartner streben für die Verschlüsselung ein Krypto-Verfahren an. Solange dieses Verfahren noch nicht realisiert ist, ist sicherzustellen, dass die übermittelnde Stelle einen geheimen Algorithmus verwendet. Für die Beachtung des Mindeststandards bei der Verschlüsselung ist die nach den gesamtvertraglichen Bestimmungen für die Übermittlung jeweils zuständige Stelle verantwortlich. Eine Datenübermittlung mittels Fernübertragung ist erst dann zulässig, wenn die Vertragspartner gemeinsam feststellen, dass ein geeignetes Verfahren zur Datenverschlüsselung zur Verfügung steht. Auf der Grundlage der Technischen Anlage zur Vereinbarung über den

Risikostrukturausgleich vom 07.12.1994 werden zwischen den Vertragspartnern weitere Einzelheiten zur Technik der Datenträger und der Datenformate sowie der Datenübermittlung festgelegt.

## **Abschnitt 7 Inkrafttreten und Übergangsregelung**

### **§ 15 Inkrafttreten**

Dieser Vertrag tritt in seiner geänderten Fassung am 01.07.2010 in Kraft und wird von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband veröffentlicht.

### **§ 16 Übergangsregelung**

Wenn und solange die Voraussetzungen für eine Abrechnung nach den Bestimmungen dieses Vertrages durch die Vertragspartner noch nicht erfüllt sind, gilt das jeweilige bisher vereinbarte Abrechnungsverfahren weiter.

Anlage zum Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern

Begründungsnummern zur Entschlüsselung der Zahnarztnummer des Einzelfallnachweises auf Anforderung gemäß § 9 Absatz 2

- |     |                                                                                                                                                               |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 500 | <ul style="list-style-type: none"><li>• Prüfung auf sonstigen Schaden mit entsprechender Begründung –SGB X § 69 ff.–<br/>Auffälligkeiten/Missbrauch</li></ul> |
| 601 | <ul style="list-style-type: none"><li>• begründeter Verdacht auf<br/>Fehlabrechnungen/Vertragsverletzungen durch<br/>Vertragszahnärzte</li></ul>              |
| 611 | <ul style="list-style-type: none"><li>• Verdacht auf Leistungserschleichung durch<br/>Mitglieder/Patienten</li></ul>                                          |

Köln, Berlin, 10.06.2010