

Anlage 8a

Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung (DTA-Vertrag)

zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

In der Fassung vom 25.04.2018, Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018

Zuletzt geändert am 21.12.2021, mit Wirkung ab dem 01.01.2022 ¹

Abschnitt 1 Abrechnungsunterlagen

§ 1

Allgemeines zu Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen

- (1) ¹Die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen durch die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Praxen (Zahnarztpraxen und Einrichtungen) erfolgt nach den Bestimmungen des Bundesmantelvertrags-Zahnärzte im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern. ²Die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen über Art und Umfang der Daten sind zu beachten.
- (2) ¹Die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) überprüft die gesamte vertragszahnärztliche Abrechnung.
- ²Die 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 KZV unterstützt wird.
- ³Das BEMA-Modul wird von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (BEMA) erstellt.
- (3) Die KZVen übermitteln die nach § 295 Absatz 2 SGB V vorgesehenen Daten an die Krankenkassen nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Vertrages.

§ 2

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

- (1) ¹Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). ²Dieser enthält folgende Angaben:
1. KZV-Nummer
 2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen
 3. Krankenversichertennummer
 4. bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten

¹ Die Änderung zu der Antragsnummer tritt mit Wirkung zum 01.04.2022 für die Pilotpraxen und zum 01.07.2022 für alle andere Praxen in Kraft.

5. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren
6. Zahnarztnummer (unverschlüsselt)
7. Abrechnungsquartal
8. Leistungsquartal
9. Fallnummer
10. Abgerechnete Gebührennummern des BEMA, der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einschließlich des Tages der Behandlung und ggf. des Zahnbezuges, bei Füllungen einschließlich der Angabe der Füllungslage (Amalgamfüllungen werden zusätzlich mit dem Buchstaben „A“ gekennzeichnet), 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.

11. Kosten der Behandlung (Fallwert in Punkten oder EUR nach Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit durch die KZV)
 12. Röntgenbegründung
 13. Art der Inanspruchnahme (z. B. Notfall)
 14. Angabe Unfall / Unfallfolge
- (2) Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse eine Gesamtrechnung, bestehend aus:
1. Fallzahl
 2. Punktsommen 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, 8 und 9 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. Rechnungsbetrag
 8. Datum der Rechnungsstellung

§ 3

Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für Leistungen bei Kieferbruch, Kiefergelenkserkrankungen und der Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene

- (1) ¹Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). ²Dieser enthält folgende Angaben:
1. KZV-Nummer
 2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen
 3. Krankenversichertennummer

4. bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten
 5. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren
 6. Zahnarztnummer (unverschlüsselt)
 7. Monat der Abrechnung
 8. Antragsnummer (nicht bei der Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionschiene)
 9. Fallnummer
 10. Ausstellungsdatum des Behandlungsplanes bzw. der Anzeige (nicht bei der Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene)
 11. abgerechnete Gebührennummern des BEMA für Leistungen bei Kieferbruch, Kiefergelenkserkrankungen und zur Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionschiene einschließlich des Tages der Behandlung und ggf. des Zahnbezugs sowie gesondert abrechenbare Kosten einschließlich Art der Kosten
 12. abgerechnete zahntechnische Leistungen einschließlich deren Preise in EUR jeweils für das Eigen- und/oder Fremdlabor
 13. abgerechnete Materialien einschließlich Materialbezeichnung und Preis in EUR
 14. Kosten der Behandlung (Fallwert in Punkten oder EUR nach Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit durch die KZV)
- (2) Die KZVen 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, 8 und 9 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) ¹Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). ²Dieser enthält folgende Angaben:
1. KZV-Nummer
 2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen
 3. Krankenversichertennummer
 4. bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten
 5. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren

6. Zahnarztnummer (unverschlüsselt)
 7. Abrechnungsquartal
 8. Leistungsquartal
 9. Antragsnummer
 10. Fallnummer
 11. Ausstellungsdatum des Behandlungsplanes bzw. des Verlängerungsantrages, Datum des Beginns und des Endes der Behandlung
 12. Abschlagskennzeichen (Regel-, Früh-, Verlängerungsbehandlung) und -nummer oder Leerquartalskennzeichen oder Notfallvertretungskennzeichen oder Kennzeichen falls nur Diagnostik bzw. Einzelmaßnahmen außerhalb der KFO-Behandlung
 13. 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 und ggf. der Kennzeichnung als Amalgamfüllung, gesondert abrechenbare Kosten einschließlich Art der Kosten)
 14. Kosten der Begleitleistungen (in Punkten oder EUR)
 15. abgerechnete Gebührennummern des BEMA für kieferorthopädische Leistungen einschließlich eines Kennzeichens für nicht genehmigungspflichtige außerplanmäßige Leistungen (ggf. mit Zahnbezug) und deren Punktsumme mit Angabe des Punktwertes
 16. abgerechnete zahntechnische Leistungen einschließlich deren Preise in EUR jeweils für das Eigen- und/oder Fremdlabor
 17. abgerechnete Materialien einschließlich Materialbezeichnung und Preis in EUR
 18. Kosten der kieferorthopädischen Leistungen, errechnet aus 14., 15. und 16. sowie Kassen- und Versichertenanteile einschließlich des zugrundeliegenden Kassenzuschusses in Prozent
 19. Fallwert (Summe aus 13. und 17. in EUR nach Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit durch die KZV)
 20. Kennzeichen für spezielle Abrechnungsverträge
- (2) Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse eine Gesamtrechnung, bestehend aus:
1. Fallzahl
 2. Punktsummen 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. Rechnungsbetrag (Gesamtbetrag, errechnet aus 2. und 3.)
 5. Teilrechnungen für besondere Personenkreise nach Kennzeichnung 4, 6, 7, 8 und 9 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

§ 5
Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen
für PAR-Leistungen

- (1) ¹Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). ²Dieser enthält folgende Angaben:
1. KZV-Nummer
 2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen
 3. Krankenversichertennummer
 4. bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten
 5. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren
 6. Zahnarztnummer (unverschlüsselt)
 7. Monat der Abrechnung
 8. Antragsnummer
 9. Fallnummer
 10. Datum der Erstellung des Parodontalstatus (BEMA-Nr. 4), Datum der Kostenübernahmeerklärung der Verlängerung der UPT
 11. geplante und abgerechnete Gebührennummern des BEMA für Leistungen zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen einschließlich des Tages der Behandlung
 12. Kennzeichen „S“ für abgerechnete Gebührennummern des BEMA für Leistungen zur Behandlung von Parodontitis außerhalb der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen bei den anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V
 13. Kennzeichen „V“ für abgerechnete Gebührennummern des BEMA für Leistungen der UPT, die im Rahmen der Verlängerung erbracht werden
 14. Datum des Abschlusses der Behandlung
 15. ggf. gesondert abrechenbare Kosten in EUR
 16. Kosten der Behandlung (Fallwert in Punkten oder EUR nach Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit durch die KZV)
- (2) Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse eine Gesamtrechnung, bestehend aus:
1. Fallzahl
 2. Punktsommen 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, 8 und 9 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) ¹Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). ²Dieser enthält folgende Angaben:
1. KZV-Nummer
 2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen
 3. Krankenversichertennummer
 4. bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten
 5. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren
 6. Zahnarztnummer (unverschlüsselt)
 7. Monat und ggf. Nummer der Abrechnung
 8. Antragsnummer
 9. Fallnummer
 10. Ausstellungsdatum des Heil und Kostenplans
 11. Eingliederungsdatum und Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes
 12. Angabe Unfall oder Unfallfolge/Berufskrankheit
 13. Angabe Versorgungsleiden
 14. Kennzeichnung bei Verwendung von Nichtedelmetall (NEM)
 15. Kennzeichen im Falle von Teilleistungen einschließlich Erklärung, warum es nicht zur Vollendung der vorgesehenen Leistungen gekommen ist
 16. Angabe des Befunds/der Befunde für die Festzuschüsse einschließlich der Zahn-/Gebietsbezeichnung einschließlich der Festzuschussbeträge in EUR
 17. dto. für nachträgliche Befunde
 18. Angabe Höhe des Festzuschusses in Prozent bzw. Härtefall
 19. Kennzeichen, dass keine GOZ-Leistungen enthalten sind
 20. Gesamtsumme aller Rechnungsbeträge
 21. Festzuschuss der Kasse in EUR (höchstens Wert wie in Nr. 20)
 22. Versichertenanteil in EUR (Differenz Nr. 20 abzüglich Nr. 21)
 23. In allen Behandlungsfällen sind das Zahnarztthonorar, das Zahnarztthonorar für zusätzliche Leistungen, sowie die Versandkosten der Praxis anzugeben.
- In allen Härtefällen und in allen Fällen der nicht bewilligungsbedürftigen Wiederherstellungen/Erweiterungen:
- abgerechnete Gebührennummern des BEMA für Zahnersatzleistungen
 - abgerechnete zahntechnische Leistungen einschließlich deren Preise in EUR jeweils für das Eigen- und/oder Fremdlabor
 - abgerechnete Materialien einschließlich Materialbezeichnung und Preis in EUR

- (2) Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse eine Gesamtrechnung, bestehend aus:
1. Fallzahl
 2. Summe der Versichertenanteile in EUR
 3. Rechnungsbetrag in EUR (Summe der abgerechneten Festzuschüsse)
 4. Teilrechnungen für besondere Personenkreise nach Kennzeichnung 4, 6, 7, 8 und 9 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 Übermittlung der Datensätze

- (1) Die KZVen 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 2 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.

Abschnitt 2 Wirtschaftlichkeitsprüfung zahnärztlicher und zahnärztlich verordneter Leistungen

§ 8 Art und Inhalt der Prüfunterlagen

- (1) Die KZVen übermitteln den Prüfungsstellen nach § 106c SGB V im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern für die in die Prüfung zahnärztlicher Leistungen nach § 106a SGB V einbezogenen Praxen einen Datensatz mit folgenden Daten:
1. Leistungsquartal
 2. KZV-Nummer
 3. Abrechnungsnummer der Praxis
 4. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse
 5. Krankenversichertennummer
 6. bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten
 7. die für die Prüfung relevanten abgerechneten Gebührennummern des BEMA, der GOÄ einschließlich des Tages der Behandlung und ggf. des Zahnbezuges

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.

- (2) ¹Die Krankenkassen übermitteln den Prüfungsstellen nach § 106c SGB V im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern für die

in die Prüfung zahnärztlich verordneter Leistungen nach § 106b Abs. 1 SGB V einbezogenen Praxen einen Datensatz mit folgenden Angaben:

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

²Die Daten sind jeweils für den Zeitraum eines Jahres zu übermitteln.

Protokollnotiz

Die Vertragspartner werden in § 8 erforderliche Anpassungen aufgrund geänderter gesetzlicher Anforderungen an die Wirtschaftlichkeitsprüfung zahnärztlicher und zahnärztlich verordneter Leistungen nach Inkrafttreten der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V vornehmen. Die Vertragsparteien sind sich einig, dass im Falle einer Nichteinigung das Bundesschiedsamt angerufen werden kann, ohne dass es einer Kündigung des BMV-Z und seiner Anlagen bedarf.

- (3) Die versichertenbezogene Übermittlung von Angaben über zahnärztliche und zahnärztlich verordnete Leistungen an die Prüfungsstellen nach § 106c SGB V ist nur zulässig, soweit die Wirtschaftlichkeit oder Qualität der zahnärztlichen Behandlungs- oder Ordnungsweise 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 § 106c SGB V nur zusammengeführt werden, soweit dies zur Durchführung der Prüfung zahnärztlicher Leistungen und zahnärztlich verordneter Leistungen erforderlich ist.

Abschnitt 3 Zahnarztverzeichnis

§ 9 Art, Inhalt und Übermittlung

- (1) ¹Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung stellt dem GKV-Spitzenverband gemäß § 293 Absatz 4 SGB V eine Datei mit einem bundesweiten Verzeichnis der in der vertragszahnärztlichen Versorgung tätigen zugelassenen Zahnärzte, ermächtigten Zahnärzte und angestellten Zahnärzte im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zur Verfügung. ²Die Datei enthält die in § 293 Absatz 4 Satz 2 SGB V genannten Angaben. ³Zusätzlich enthält die Datei folgende Angaben:
 1. Abrechnungsnummer der Praxis
 2. Name der Praxis oder der Einrichtung
 3. Bei Medizinischen Versorgungszentren: Name des zahnärztlichen Leiters

- (2) Das Nähere regelt die Technische Anlage zu diesem Vertrag.
- (3) Die Weiterleitung der Daten nach Absatz 1 kann unter der Beachtung der Vorschriften des § 80 SGB X gemäß besonderer Regelungen der Technischen Anlage und der Vereinbarung zur Technischen Anlage unmittelbar an eine von dem GKV-Spitzenverband mit der Datenverarbeitung beauftragte Stelle erfolgen.

Abschnitt 4 Nutzung, Speicherung und Löschung von Daten

§ 10 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) ¹Die Krankenkasse speichert die Daten der Einzelfallnachweise gemäß Absätzen 1 der §§ 2 bis 6 dieses Vertrages für einen Zeitraum von höchstens drei Jahren, beginnend nach dem Ende des jeweiligen Geschäftsjahres. ²Nach 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

§ 11 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 KZVen auf maschinell verwertbaren Datenträgern, getrennt nach den einzelnen BEMA-Teilen (1 bis 4), für jede Kassenart und kassenartenübergreifend die
 1. Frequenzstatistik (Aufgliederung nach Gebührennummern) je Zahnarzt und insgesamt,
 2. Anzahl der Behandlungsfälle,
 3. Zahl der abgerechneten Punkte,
 4. 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 der Technischen Anlage und der Vereinbarung zur Technischen Anlage 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

§ 12

Technische und organisatorische Form der Datenübermittlung

- (1) ¹Die technische und organisatorische Form sowie die Kontroll- und Berichtigungsverfahren der Datenübermittlung werden in der Technischen Anlage und der Vereinbarung zur Technischen Anlage geregelt. ²Sie sind in ihrer jeweils aktuellen Fassung Bestandteil dieses Vertrages.
- (2) ¹Hinsichtlich der technischen und organisatorischen Form der Datenübermittlung sind Verschlüsselungsmaßnahmen gemäß der Anlage zu § 78a 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). ²In der Technischen Anlage wird hierzu festgelegt, welcher Mindeststandard für die Verschlüsselung der Daten erfolgt.
- (3) ¹Die Vertragspartner streben für die Verschlüsselung ein Krypto-Verfahren an. ²Solange dieses Verfahren noch nicht realisiert ist, ist sicherzustellen, dass die übermittelnde Stelle einen geheimen Algorithmus verwendet. ³Für die Beachtung des Mindeststandards bei der Verschlüsselung ist die nach den gesamtvertraglichen Bestimmungen für die Übermittlung jeweils zuständige Stelle verantwortlich. ⁴Eine Datenübermittlung mittels Fernübertragung ist erst dann zulässig, wenn die Vertragspartner gemeinsam feststellen, dass ein geeignetes Verfahren zur Datenverschlüsselung zur Verfügung steht. ⁵Auf 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.