MITTEILUNGSBLATT
DER SAARLÄNDISCHEN ZAHNÄRZTE

Herausgegeben von den zahnärztlichen Standesorganisationen
Puccinistraße 2 - 66119 Saarbrücken - Haus der Zahnärzte - Telefon: (0681) 58 60 8-0
Postanschrift: Postfach 10 16 61 - 66016 Saarbrücken
✉ service@kzv-saarland.de
✉ mail@zaek-saar.de

Nr. 06/2026 vom 28. Juli 2026

I N H A L T S A N G A B E

A. ALLGEMEINER TEIL 2

1. GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz 2
2. S3-Leitlinie „Diagnostik und Behandlung des Bruxismus“ 3

C. MITTEILUNGEN DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN VEREINIGUNG SAARLAND 4

1. Punktwerte 4
2. Hinweise zur Einreichung ZE / PAR / KB 4
3. ePA | Nutzung im Bereich der Bundespolizei 5
4. Abrechnung von Behandlungskosten ukrainischer Soldaten | MedEvac-Programm 5
5. Nächste Sitzung des Zulassungsausschusses 5

ANLAGEN ZUM MSZ NR. 06/2026: 6



A. Allgemeiner Teil

1. GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

Mit unserer Rund-Mail vom 13.07.2026 hatten wir Sie über die Beschlussfassungen von Bundestag und Bundesrat zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz informiert. Mit Blick auf die vertragszahnärztliche Versorgung umfasst das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz insbesondere folgende Regelungen:

Punktwerte und Gesamtvergütung ab 2027

Das GKV-BStabG beinhaltet die Wiedereinführung der strikten Budgetierung. Zusätzlich zur Anbindung der Punktwerte und der Gesamtvergütungen an die Grundlohnrate ist ein Abschlag in Höhe von einem Prozentpunkt für die Jahre 2027 bis 2029 vorgegeben.

BEMA

ⓘ Die Vergütung der Erst- und Folgebefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA1 und ePA2) wird gestrichen.

ⓘ Leistungen der kieferorthopädischen Versorgung sind zu Leistungskomplexen zusammenzufassen.

ZE-Festzuschüsse ab 2027

Die Festzuschüsse für Zahnersatz werden wieder abgesenkt. Die Staffelung wird künftig wie folgt ausgestaltet:

- ohne Bonusheft: 50 % statt bisher 60 %,
- nach 5 Jahren lückenloser Vorsorge: 60 % statt bisher 70 %,
- nach 10 Jahren lückenloser Vorsorge: 65 % statt bisher 75 %,
- Für Härtefälle bleibt ein Festzuschuss in Höhe von 100 % bestehen.

Übergangs- und Bestandsschutzregelungen zur kieferorthopädischen Versorgung

Der ursprünglich vorgesehene Fachzahnarztvorbehalt für die kieferorthopädische Versorgung wurde deutlich abgeschwächt und mit Bestandsschutz- und Übergangsregelungen versehen. So ist insbesondere die bisherige Rechtslage weiter anzuwenden auf alle innerhalb von vier Jahren nach Inkrafttreten des GKV-BStabG begonnenen kieferorthopädischen Behandlungen durch aktuell tätige Vertragszahnärzte, die bisher bereits kieferorthopädische Leistungen erbracht haben.

ⓘ Die nunmehr festgelegten Bestandsschutz- und Übergangsregelungen bedürfen noch der Klärung konkreter Details durch die KZBV und den GKV-Spitzenverband. Sobald dies erfolgt ist, informieren wir Sie natürlich.

2. S3-Leitlinie „Diagnostik und Behandlung des Bruxismus“

Unter Federführung der Dt. Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und der Dt. Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGFDT) sowie unter Beteiligung weiterer Fachgesellschaften wurde die S3-Leitlinie „Diagnostik und Behandlung des Bruxismus“ grundlegend überarbeitet. Neue Empfehlungen stärken die Patientenaufklärung, rücken Selbstmanagement und Risikofaktoren stärker in den Fokus und erweitern die Leitlinie um Themen wie Komorbiditäten und die Behandlung von Kindern.

Bruxismus zählt zu den häufigsten funktionellen Störungen in der Zahnmedizin. Die jetzt veröffentlichte Aktualisierung der S3-Leitlinie berücksichtigt die wissenschaftliche Literatur bis zum April 2024 und strukturiert die Empfehlungen neu. Damit bietet sie ein Update der evidenzbasierten, praktischen Handlungsempfehlungen zu Diagnostik und Therapie des Schlaf- und Wachbruxismus. Ziel ist es, Zahnärztinnen und Zahnärzten eine noch klarere Grundlage für Diagnostik, Beratung und Behandlung zu bieten.

ⓘ Sie finden die S3-Leitlinie „Diagnostik und Behandlung des Bruxismus“ im Leitlinienregister der AWMF unter

https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/083-027

ⓘ Oder Sie nutzen einfach den zugehörigen QR-Code:

C. Mitteilungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Saarland

1. Punktwerte

ⓘ Als Information zu den derzeit geltenden Punktwerten fügen wir dieser MSZ-Ausgabe die Punktwert-Übersicht mit Stand 16.07.2026 als **Anlage** bei.

Sie finden die Punktwertübersicht natürlich auch auf der Homepage der KZVS:

https://www.kzv-saarland.de/praxen/abrechnung/punktwerte

2. Hinweise zur Einreichung ZE / PAR / KB

Wir möchten Ihnen nochmals folgende Hinweise zur Einreichung der Monatsabrechnung ZE / PAR / KB geben:

ⓘ Einreichungstermin ist der letzte Werktag des Monats bis 12 Uhr.

ⓘ Sie finden den Abrechnungskalender der KZVS unter

https://www.kzv-saarland.de/termine

ⓘ Es ist eine Abrechnungseinreichung je Abrechnungsmonat möglich (ein „Stapel“). Die Abrechnungseinreichung kann auch vor dem Einreichungstermin erfolgen – eine weitere Abrechnungseinreichung für den Monat ist dann allerdings nicht mehr möglich. In Ausnahmefällen – z.B. Programmwechsel; Rückgaben vom Vormonat – ist eine weitere Einreichung möglich (in diesen Fällen bitte Info an monatsabrechnung@kzv-saarland.de).

ⓘ Fälle eines Kalendermonats, die nicht in der Abrechnung für diesen Monat enthalten sind, können mit der Abrechnung für den Folgemonat abgerechnet werden. Es gehen Ihnen also keine Fälle verloren (es gilt natürlich unverändert: Die Abrechnung von vertragszahnärztlichen Leistungen ist nach Ablauf eines Jahres, gerechnet vom Ende des Kalendervierteljahres, in dem sie erbracht worden sind, ausgeschlossen).

ⓘ Wenn es mal mit der Übermittlung nicht klappt, schreiben Sie uns eine kurze Info an monatsabrechnung@kzv-saarland.de. Eine verspätete Übermittlung ist nur in Ausnahmefällen möglich.



Nachteil: Eine Korrektur von fehlerhaften Fällen aus diesen Abrechnungen ist in der Regel aus terminlichen Gründen nicht möglich.

3. ePA | Nutzung im Bereich der Bundespolizei

Für heilfürsorgeberechtigte Polizeivollzugsbeamte der Bundespolizei besteht zwischenzeitlich die Möglichkeit, eine elektronische Patientenakte (ePA) zu nutzen.

Zur Umsetzung haben die KZBV und das Bundesinnenministerium folgende Festlegungen getroffen:

- Eine Befüllung der ePA findet demnach im beiderseitigen Einverständnis zwischen dem Vertragszahnarzt und dem heilfürsorgeberechtigten Polizeivollzugsbeamten auf freiwilliger Basis statt. Im Übrigen gelten für die Befüllung die für gesetzlich Versicherte maßgebenden Bestimmungen entsprechend.

- Die Entscheidung darüber, welche Daten als für die ePA relevant eingestellt werden, soll maßgeblich vom Vertragszahnarzt im Einvernehmen mit dem Heilfürsorgeberechtigten getroffen werden.

- Die Befüllung der ePA wird entsprechend der innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Bestimmungen vergütet. Die BEMA-Nrn. ePA1 und ePA2 sind dementsprechend abrechenbar. Die Vergütungsregelung steht aber nach der Verabschiedung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes (s.o.) ab 2027 zur Disposition.

Diese Festlegungen gelten seit dem 01.06.2026.

4. Abrechnung von Behandlungskosten ukrainischer Soldaten | MedEvac-Programm

Über die Abrechnung zahnärztlicher Behandlungen ukrainischer Soldaten, die über das sog. MedEvac-Programm evakuiert worden sind, hatten wir zuletzt im MSZ Nr. 02/2025 vom 14.03.2025 informiert.

In einem gemeinsamen Informationsblatt haben Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium des Innern die aktuell geltenden Bestimmungen dargestellt. Wir fügen das Informationsblatt diesem MSZ als **Anlage** bei.

5. Nächste Sitzung des Zulassungsausschusses

Die nächste Sitzung des Zulassungsausschusses findet am 28.09.2026 statt. Somit müssen die entsprechenden Anträge – inklusive aller hierfür erforderlichen Unterlagen – spätestens am **04.09.2026** eingereicht werden.

Anlagen zum MSZ Nr. 06/2026:

- Punktwertübersicht (Stand: 16.07.2026)
- Information des BMG und des BMI „Versorgung militärischer Patientinnen und Patienten aus der Ukraine (MedEvac)“ (Stand: Juni 2026)

Kassenzahnärztliche Vereinigung Saarland

Punktwertübersicht für 2026

(umseitig Punktwerte ab 01.01.2018)

Stand: 16.07.2026 in Euro	KCH PAR/KBR	ZE	KFO	IP/FU	ausgewählte Leistungen **)
Primärkassen Saarland					
AOK	**1,2964**	1,1844	1,1029	1,3898	-
BKK	**1,2964**	1,1844	**1,0968**	**1,4193**	**1,3249**
IKK	**1,2998**	1,1844	**1,0998**	**1,4231**	**1,3283**
SVLFG vorm. LKK	**1,3070**	1,1844	**1,1059**	**1,4314**	**1,3358**
Knappschaft	1,2432	1,1844	1,0542	1,3431	1,2707
Ersatzkassen					
vdek	**1,3008**	1,1844	**1,1007**	**1,4017**	**1,3242**

Sonstige Kostenträger	KCH/ PAR/KBR	ZE	KFO	IP/FU	Sprechstunden-bedarf
Bundeswehr	1,4936	1,3083	1,2826	1,5981	2,1130
Bundespolizei	1,4936	1,3083	1,2826	1,5981	2,1198
Sozialamt (siehe AOK)	**1,2964**	1,1844	1,1029	1,3898	-
Berufsgenossenschaften	1,6000	*)	1,6000	1,6000	-

Die vorstehende Tabelle enthält die aktuell gültigen Punktwerte. Der Zeitpunkt, ab dem die Punktwerte gültig sind, ergibt sich aus der umseitigen Aufstellung.

Änderungen seit der letzten Übersicht Stand: 01.04.2026 in Fettdruck. Siehe auch Rückseite.
***) Siehe besonderes Gebührenverzeichnis**

****) Ausgewählte Leistungen sind je nach Kassengruppe die BEMA-Z Nummern:**
BKK: 107a, 151, 152a/b, 153a/b, 154, 155, 161a-f, 162a-f, 165, 171a/b, 172a/b, 173a/b, 174a/b, 182a/b sowie für Leistungen zur Behandlung von PA bei Menschen, die einem Pflegegrad nach §15 SGB XI zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach §99 SGB IX leistungsberechtigt sind,d.h.BEMA-Z Nrn. 4, ATG, MHU, AITa/b, BEVa/b, CPTa/b, UPTa-g, 108,111

IKK: 107a, 151, 152a/b, 153a/b, 154, 155, 161a-f, 162a-f, 165, 171a/b, 172a/b, 173a/b, 174a/b, 182a/b sowie für Leistungen zur Behandlung von PA bei Menschen, die einem Pflegegrad nach §15 SGB XI zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach §99 SGB IX leistungsberechtigt sind,d.h.BEMA-Z Nrn. 4, ATG, MHU, AITa/b, BEVa/b, CPTa/b, UPTa-g, 108,111

SVLFG: 107a, 151, 152a/b, 153a/b, 154, 155, 161a-f, 162a-f, 165, 171a/b, 172a/b, 173a/b, 174a/b, 182a/b sowie für Leistungen zur Behandlung von PA bei Menschen, die einem Pflegegrad nach §15 SGB XI zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach §99 SGB IX leistungsberechtigt sind,d.h.BEMA-Z Nrn. 4, ATG, MHU, AITa/b, BEVa/b, CPTa/b, UPTa-g, 108,111

Knappschaft: 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 PA bei Menschen, die einem Pflegegrad nach §15 SGB XI zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach §99 SGB IX leistungsberechtigt sind,d.h.BEMA-Z Nrn. 4, ATG, MHU, AITa/b, BEVa/b, CPTa/b, UPTa-g, 108,111

vdek: §22a SGB V (Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung) BEMA-Z Nrn. 174a/b § 87Abs. 2i SGB V BEMA-Z Nrn.171a/b, 173 a/b, §87 Abs. 2j SGB V BEMA-Z Nrn. 172a/b, sowie Leistungen zur Behandlung von Parodontitis für Versicherte, die einem Pflegegrad nach §15 SGB XI zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach §99 SGB IX leistungsberechtigt sind (Kennzeichnung mit "P" bzw. "E" im Feld "Kennzeichen Par.22a") BEMA-Teil 4

Bei der KFO-Behandlung gilt immer der Punktwert am Sitz des Zahnarztes. Bei der Versorgung mit ZE gilt bei den Primär- und Ersatzkassen der bundeseinheitliche Punktwert.

Für KCH-, IP-, FU-, PAR- und KBR-Leistungen gilt der Punktwert am Sitz der Krankenkasse, bei Wohnortkassen der Punktwert am Wohnort der/des Versicherten.

Punktwerte im Praxiscomputer geändert am:_____, durch:_____

Bitte wenden

		KCH/PAR/KBR	ZE	KFO	IP/FU	ausgewählte Leistungen
AOK	ab 1.1.2018	1,0671 2)	0,9296 1)	Website-MSZ 2/21 2)	1,1215 2)	-
AOK	ab 1.1.2019	1,1220	0,9297	0,9494	1,1793	-
AOK	ab 1.1.2020	1,1282	0,9576	0,9547	1,1858	-
AOK	ab 1.1.2021	1,1567	0,9818	0,9789	1,2158	-
AOK	ab 1.1.2022	1,1832	1,0043	1,0013	1,2436	-
AOK	ab 1.1.2023	1,2087	1,0389	1,0013	1,2772	-
AOK	ab 1.1.2024	1,2416	1,0827	1,0563	1,3311	-
AOK	ab 1.1.2025	**1,2964**	1,1304	1,1029	1,3898	
AOK	ab 1.1.2026		1,1844			
BKK	ab 1.1.2018	1,0671	0,9296 1)	0,9029 2	1,1433	-
BKK	ab 1.1.2019	1,0874	0,9297	0,9201	1,1650	-
BKK	ab 1.1.2020	1,1222	0,9576	0,9495	1,2023	-
BKK	ab 1.1.2021	1,1506	0,9818	0,9735	1,2327	-
BKK	ab 1.1.2022	1,1769	1,0043	0,9958	1,2609	-
BKK	ab 1.1.2023	1,2087	1,0389	1,0227	1,3044	1,2175 3)
BKK	ab 1.1.2024	1,2416	1,0827	1,0505	1,3594	1,2689
BKK	ab 1.1.2025	**1,2964**	1,1304	**1,0968**	**1,4193**	**1,3249**
BKK	ab 1.1.2026		1,1844			
IKK	ab 1.1.2018	1,0671	0,9296 1)	0,9029	1,1433	-
IKK	ab 1.1.2019	1,0671	0,9297	0,9029	1,1433	-
IKK	ab 1.1.2020	1,1251	0,9576	0,9519	1,2054	-
IKK	ab 1.1.2021	1,1536	0,9818	0,9760	1,2359	-
IKK	ab 1.1.2022	1,1800	1,0043	0,9984	1,2642	-
IKK	ab 1.1.2023	1,2119	1,0389	1,0254	1,3078	1,2207 3)
IKK	ab 1.1.2024	1,2449	1,0827	1,0533	1,3630	1,2722
IKK	ab 1.1.2025	**1,2998**	1,1304	**1,0998**	**1,4231**	**1,3283**
IKK	ab 1.1.2026		1,1844			
SVLFG	ab 1.1.2018	1,0671	0,9296 1)	0,9029	1,1433	-
SVLFG	ab 1.1.2019	1,0954	0,9297	0,9268	1,1736	-
SVFLG	ab 1.1.2020	1,1315	0,9576	0,9574	1,2123	-
SVFLG	ab 1.1.2021	1,1601	0,9818	0,9816	1,2430	-
SVFLG	ab 1.1.2022	1,1867	1,0043	1,0041	1,2715	-
SVFLG	ab 1.1.2023	1,2187	1,0389	1,0312	1,3154	1,2276 3)
SVFLG	ab 1.1.2024	1,2518	1,0827	1,0592	1,3709	1,2794
SVFLG	ab 1.1.2025	**1,3070**	1,1304	**1,1059**	**1,4314**	**1,3358**
SVLFG	ab 1.1.2026		1,1844			
KN	ab 1.1.2018	1,0615	0,9296 1)	0,9000	1,1221	-
KN	ab 1.1.2019	1,0896	0,9297	0,9239	1,1518	-
KN	ab 1.1.2020	1,1245	0,9576	0,9535	1,1887	-
KN	ab 1.1.2021	1,1521	0,9818	0,9769	1,2178	-
KN	ab 1.1.2022	1,1785	1,0043	0,9993	1,2457	-
KN	ab 1.1.2023	1,2103	1,0389	1,0263	1,2887	1,2192
KN	ab 1.1.2024	1,2432	1,0827	1,0542	1,3431	1,2707
KN	ab 1.1.2025		1,1304			
KN	ab 1.1.2026		1,1844			
vdek	ab 1.1.2018	1,0653	0,9296 1)	0,9014	1,1221	-
vdek	ab 1.1.2019	1,0925	0,9297	0,9244	1,1518	-
vdek	ab 1.1.2020	1,1275	0,9576	0,9540	1,1887	-
vdek	ab 1.1.2021	1,1546	0,9818	0,9769	1,2172	-
vdek	ab 1.1.2022	1,1810	1,0043	0,9993	1,2451	-
vdek	ab 1.1.2023	1,2129	1,0389	1,0263	1,2881	1,2217 3)
vdek	ab 1.1.2024	1,2459	1,0827	1,0542	1,3425	1,2733 3)
vdek	ab 1.1.2025	**1,3008**	1,1304	**1,1007**	**1,4017**	**1,3242**
vdek	ab 1.1.2026		1,1844			

1) Punktwert ZE ab 01.07.2018 || 2) nicht für Leistungen in Auftragsfällen
3) ab 01.01.2023 seperater PW für ausgewählte Leistungen
Fettdruck = neue Punktwerte

16.07.2026

V4-Nr. 0327 / 25.06.2026
Verteiler: KZBV, KZVen

Bundesministerium für Gesundheit
Bundesministerium des Innern

Stand: Juni 2026

Informationen für Leistungserbringer: Versorgung militärischer Patientinnen und Patienten aus der Ukraine (MedEvac)

Die Ukraine wird seit mehr als vier Jahren durch den völkerrechtswidrigen Angriffskrieg Russlands in ihrer Existenz bedroht. Deutschland hat frühzeitig zugesagt, Verletzte aus der Ukraine zur Behandlung in Deutschland aufzunehmen.

Um die Behandlung ukrainischer Soldatinnen und Soldaten in Deutschland weiterhin zu gewährleisten, stellt die Bundesregierung im Jahr 2026 Haushaltsmittel in Höhe von bis zu 25 Millionen Euro zur Verfügung, aus denen die Behandlungskosten der Soldatinnen und Soldaten finanziert werden können. Für die Abwicklung der Kosten der medizinischen Versorgung der Kriegsverletzten wurde das Bundesverwaltungsamt (BVA) als zuständige Stelle bestimmt.

Diese Regelung betrifft die Krankenbehandlung von **über das MedEvac-Programm evakuierten ukrainischen Soldatinnen und Soldaten.** Die Behandlung geflüchteter Zivilpersonen aus der Ukraine erfolgt weiterhin über die Sozialsysteme. Soldatinnen und Soldaten weisen sich gegenüber den behandelnden Krankenhäusern, Arztpraxen, Rehabilitationseinrichtungen, Heilmittelerbringern, Apotheken und Hilfsmittelleistungserbringern als behandlungsberechtigt nach dem MedEvac-Programm aus. Dazu dient das Patienteninformationsschreiben des Bundesamts für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), das den Soldatinnen und Soldaten kurz vor dem Transport nach Deutschland ausgehändigt wird.

Hinweis zu unseren Datenschutzinformationen:
Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten sind in der Datenschutzerklärung des BMG zu finden: www.bundesgesundheitsministerium.de „Stichwort: Datenschutz“ (Bundesgesundheitsministerium Datenschutz). Sollten Sie keinen Internetzugang haben, kann die Information auf dem Postweg zugesandt werden.

Die Abrechnung von Behandlungskosten ukrainischer Soldatinnen und Soldaten (MedEvac) mit Rechnungsdatum nach dem 29. Januar 2025, bei denen nicht die Zuständigkeit eines anderen Kostenträgers besteht, erfolgt im Einzelnen wie folgt:

Im **stationären Bereich** (Krankenhaus- und Anschlussheilbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen) findet eine Direktabrechnung der Behandlungskosten zwischen der jeweiligen Einrichtung und dem BVA statt. Zwischen Leistungserbringer und Patient oder Patientin wird ein privatrechtlicher Behandlungsvertrag geschlossen. Rechnungsadressat ist das BVA, das die Kostenerstattung übernimmt. Die Vergütung für Krankenhausleistungen erfolgt nach den Regelungen des Krankenhausfinanzierungsrechts, insbesondere dem DRG-System. Kosten für eine darüber hinaus gehende Versorgung, insbesondere Wahlleistungen, werden nicht erstattet. Der Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen kann auf jedem gängigen Reha-Formular gegenüber dem BVA gestellt werden.

Falls auch **ambulante ärztliche oder zahnärztliche Behandlungen** in Anspruch genommen werden müssen, ist ebenfalls eine Rechnungsstellung unmittelbar gegenüber dem BVA vorgesehen. Die Soldatin bzw. der Soldat schließt einen Behandlungsvertrag mit der behandelnden Ärztin bzw. dem Arzt. Auch in diesem Fall erfolgt die Erstattung der Kosten durch das BVA ohne Beteiligung der Soldatinnen und Soldaten. Die Abrechnung in solchen Einzelfällen hat den Leistungsmaßstäben der gesetzlichen Krankenversicherung und – aufgrund der Abrechnungserfordernisse im ambulanten Bereich – in Anlehnung an die Bundesbeihilfeverordnung (ohne Eigenbehalte) zu folgen. Eine Abrechnung auf Basis der Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte (GOÄ/GOZ) ist zulässig soweit erforderlich. Dabei deckt die Kostenerstattung durch das BVA nur medizinisch notwendige Leistungen nach § 1 Abs. 2 S. 1 GOÄ bzw. GOZ ab. Kosten für eine darüber hinaus gehende Versorgung, insbesondere Wahlleistungen, werden nicht erstattet.

Es ist möglich, dass die Patientin oder der Patient nach Entlassung aus dem Krankenhaus eine ambulante regelmäßige Wundversorgung benötigt. Hierfür muss zunächst eine ärztliche Verordnung durch den behandelnden (niedergelassenen) Arzt erfolgen. Auf Grundlage dieser Verordnung kann ein Pflegedienst beauftragt werden, der die Wundversorgung dann vor Ort vornimmt. Der Pflegedienst stellt seine Leistungen unmittelbar gegenüber BVA ohne Beteiligung des Patienten in Rechnung.

Im ambulanten (zahn)ärztlichen Bereich sowie im Bereich der Arznei-, Heil- und Hilfsmittel gilt als Verordnungsmuster das Privatrezept. Die Verschreibung von Betäubungsmitteln erfolgt auf einem Betäubungsmittelrezept.

Kosten für **Arznei-, Heil- und Hilfsmittel** rechnet der Leistungserbringer ebenfalls direkt mit dem BVA ab. Eine Zuzahlungspflicht der Patientin oder des Patienten besteht nicht. Für die Vergütung gelten die Grundsätze der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV).

Für verordnete Arzneimittel gilt insbesondere § 22 BBhV. Dabei ist in Bezug auf Arzneimittel, für die sogenannte Festbeträge nach § 35 Absatz 3, 5 und 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgesetzt sind, zu beachten, dass diese grundsätzlich nur bis zur Höhe der Festbeträge erstattet werden.

Für verordnete Heilmittel sind die Anlagen 9 und 10 der BBhV maßgeblich. Beim Umfang der Versorgung mit Hilfsmitteln orientiert sich das BVA an den Vorgaben des Hilfsmittelverzeichnisses der GKV.

Sollte eine Patientin oder ein Patient eine Rechnung selbst bezahlen wollen (etwa bei der Einlösung von Arztrezepten in der Apotheke zu geringen Kosten), kann die Patientin oder der Patient die Erstattung der aufgewendeten Beträge bei der untenstehenden Adresse im BVA unter Übersendung der Rechnungen und Angabe einer Bankverbindung beantragen.

Alle beteiligten Leistungserbringer können ihre Rechnungen oder auf Wunsch Kostenvoranschläge zur Ausstellung einer optionalen Kostenübernahmebestätigung an folgende Adresse richten:

Bundesverwaltungsamt
Dienstleistungszentrum
Beihilfe – Ukraine
Referat B II 1
Postfach 163
30001 Hannover

E-Mail: Beihilfe-Ukraine@bva.bund.de

Im Rahmen dieses Verfahrens untersteht das BVA der gemeinsamen Aufsicht des Bundesministeriums des Innern und des Bundesministeriums für Gesundheit. Zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Abwicklung der Zahlungen werden Rechnungsvorgänge stichprobenartig und anlassbezogen geprüft.