

## **ZE-Planungsgutachten**

Die Krankenkasse kann den eingereichten HKP in Bezug auf den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen. Mit der gutachterlichen Stellungnahme erhält die Krankenkasse eine Beurteilung, ob die geplante Therapie fachlich geeignet ist und von der Krankenkasse bezuschusst werden kann. Im Fall eines Gutachterverfahrens hat die Krankenkasse innerhalb von sechs Wochen nach Antragseingang (Eingang des HKP's bei der Krankenkasse) über eine Bewilligung der Leistungen zu entscheiden.

### **1. Kosten der Planungsbegutachtung**

Die Kosten für das Gutachten übernimmt die Krankenkasse.

### **2. Unterlagen an den Gutachter**

Der Vertragszahnarzt ist **verpflichtet**, dem Gutachter die erforderlichen Behandlungs- und Befundunterlagen **unverzüglich** - in der Regel innerhalb einer Woche nach Bekanntwerden der anstehenden Begutachtung - zu übersenden:

- **Aktuelle und auswertbare Röntgenaufnahmen**  
(mit Patientennamen, Aufnahmezeitpunkt und Zahnbezeichnung)
- **Modelle (falls vorhanden)**
- **Tübinger Modell Formular**

Eine unvollständige bzw. nicht rechtzeitige Übersendung der Behandlungsunterlagen an den Gutachter kann dazu führen, dass die gesetzlich vorgeschriebene Frist zur Erstellung des Gutachtens nicht eingehalten werden kann. Das hat zur Folge, dass innerhalb der Frist keine gutachterliche Stellungnahme erfolgen kann und die Krankenkasse die beantragten prothetischen Leistungen vorerst nicht genehmigt. In Ihrem, aber auch im Interesse Ihres Patienten bitten wir deshalb um Beachtung, da es ansonsten zu Verzögerungen der geplanten Behandlung kommen kann.

Eine Einwilligung des Patienten für die Weitergabe von Behandlungsunterlagen bzw. eine Schweigepflichtentbindung ist im Rahmen des Gutachterverfahrens nicht notwendig, da die Rechtsgrundlage für die Herausgabe der Unterlagen durch das vertraglich vereinbarte Gutachterverfahren geregelt ist.

### **3. Kein Behandlungsbeginn vor Genehmigung**

Für den Vertragszahnarzt besteht gemäß § 87 Abs. 1a SGB V (ergänzt durch die bundesmantelvertragliche Regelung gemäß § 1 Abs. 4 der Anlage 6 zum BMV-Z) die Verpflichtung, einen ZE-Heil- und Kostenplan **vor** Beginn der Behandlung der jeweiligen

Krankenkasse zur Prüfung und Genehmigung vorzulegen. Ohne vorherige Bewilligung der Krankenkasse erhält der Versicherte keinen „Festzuschuss“. Ein vorzeitiger Behandlungsbeginn kann daher zur Konsequenz führen, dass die Krankenkasse eine Kostenübernahme verweigert.

Bei akutem Behandlungsbedarf oder Abnahme einer bestehenden ZE-Versorgung sollte eine vorherige schriftliche Genehmigung der Krankenkasse für die vorläufige Behandlungsplanung (Art und Weise der vorgesehenen Planung) eingeholt und auf die Dringlichkeit der prothetischen Versorgung hingewiesen werden. In der Regel ist es möglich, eine „Vorabgenehmigung“ per Fax einzuholen. Bei nachträglichen Änderungen des Befundes oder der ursprünglich geplanten Versorgung ist der HKP der Krankenkasse zur Neufestsetzung des Zuschusses einzureichen (Ziffer 5 der Anlage 2 zum BMV-Z).

Weicht der angefertigte Zahnersatz nach Genehmigung von der geplanten Versorgung ab, verliert der Behandler seinen Vergütungsanspruch vollständig, wenn für die eingegliederte ZE-Versorgung oder auch nur Teile davon keine vorherige Genehmigung der Krankenkasse vorliegt (Ausnahme: Wiederherstellungsmaßnahmen). Dies gilt sowohl für das zahnärztliche Honorar als auch für die Material- und Laborkosten.

**Sofern sich im Zuge einer Behandlung ergibt, dass eine bereits genehmigte Versorgung nicht wie geplant durchgeführt werden kann, ist gemäß Ziffer 5 der Anlage 2 zum BMV-Z umgehend die Krankenkasse zu informieren und die geänderte Versorgung neu zu beantragen.**

Andernfalls kann es dazu kommen, dass nicht nur der Vergütungsanspruch vollständig entfällt, sondern darüber hinaus die betroffene Krankenkasse den Vorgang an die GKV-Prüfgruppe übergibt oder sogar Anzeige wegen Abrechnungsbetruges stellt.