

Vereinbarung
der Kassenzahnärztlichen Vereinigung im Lande Bremen
und
der AOK Bremen/Bremerhaven
dem BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen
dem IKK-Landesverband Sachsen-Anhalt
– Geschäftsbereich Bremen –
gemäß § 2 Abs. 5 in Anlehnung an die Anlage 7a zum BMV-Z
über das Gutachterverfahren für Behandlungen von Kiefergelenkerkrankungen

§ 1
Bestimmungen für den Fall der Begutachtung

- (1) Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Behandlungsplan begutachten lassen. In diesem Falle sendet sie den Behandlungsplan an den Vertragszahnarzt zurück mit der Bitte, dem von ihr benannten Gutachter den Behandlungsplan zusammen mit den Befundunterlagen zuzuleiten. Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung der Anlage 13 a zum BMV-Z.
- (2) Der Gutachter kann der Krankenkasse anheim stellen, weitere Unterlagen zu verlangen. Die Kosten hierfür sind dem Vertragszahnarzt unter Berücksichtigung des § 16 Abs. 1 BMV-Z nach dem Bema von der Kasse zu vergüten.
- (3) Die Begutachtung einschließlich der Kostenregelung richtet sich nach den Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter (siehe Anhang).
- (4) Der Gutachter nimmt zum Behandlungsplan Stellung. Befürwortet er den Behandlungsplan, so vermerkt er dies auf der Anlage 13b, Blatt 2, und sendet sie zusammen mit dem Behandlungsplan der Krankenkasse zu. Die übrigen Unterlagen sendet er dem Vertragszahnarzt zurück. Befürwortet er den Behandlungsplan nicht, so sendet er ihn mit seiner schriftlichen Stellungnahme (Anlage 13b, Blatt 1) der Krankenkasse zu, die Stellungnahme sowie die übrigen Unterlagen sendet er dem Vertragszahnarzt zu. Die Krankenkasse übersendet den Behandlungsplan dem Vertragszahnarzt mit dem Vermerk, ob sie die Kosten übernimmt.

§ 2
Obergutachten

- (1) Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Behandlungsplan können Vertragszahnarzt und Krankenkasse Einspruch zum Zwecke der Einholung eines Obergutachtens einlegen. Der Einspruch ist zu begründen und binnen eines Monats nach dem Zugang der Stellungnahme des Gutachters schriftlich bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bremen einzulegen.
- (2) Im Übrigen gelten die Bestimmungen des § 1 sinngemäß.

§ 3
Bestellung der Gutachter

Der Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bremen bestellt im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen die KBR-Gutachter und -Obergutachter. Die Bestellung

kann widerrufen werden. Die Landesverbände der Krankenkassen können den Widerruf aus wichtigem Grund verlangen.

Die Bestellung der KBR-Gutachter und -Obergutachter erfolgt jeweils für die Dauer der Amtsperiode der Organe der KZV Bremen.

§ 4

Kosten der Begutachtung

- (1) Die Kosten der Begutachtung trägt grundsätzlich die Krankenkasse. Der Gutachter schickt seine Kostennote an die Krankenkasse.
- (2) Dem Vertragszahnarzt können die Kosten des Obergutachtens von der KZV Bremen auferlegt werden.

§ 5

Inkrafttreten, Kündigungsfrist

- (1) Diese Vereinbarung tritt mit Wirkung vom 01.08.2007 in Kraft.
- (2) Die Vereinbarung kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.
- (3) Sofern zwischen den Bundesmantelvertragspartnern eine bundeseinheitliche Regelung zum KBR-Gutachten- bzw. -Gutachter-Verfahren getroffen wird, besteht zwischen den unten genannten Vertragspartnern Einvernehmen darüber, dass diese Vereinbarung außer Kraft tritt, es sei denn, die unten genannten Vertragspartner verständigen sich auf eine Fortgeltung bzw. Modifizierung.

Bremen, den 02.07.2007

Kassenzahnärztliche Vereinigung
im Lande Bremen

AOK Bremen/Bremerhaven

BKK-Landesverband Niedersachsen-Bremen

IKK-Landesverband Sachsen-Anhalt
– Geschäftsbereich Bremen –

Anhang

**Anhang zur Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei Behandlungen von
Kiefergelenkserkrankungen
vom 02.07.2007**

Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter

1. Der behandelnde Zahnarzt, dem die Wahl der therapeutischen Mittel freisteht, hat darauf zu achten, dass der Behandlungsaufwand in einem sinnvollen Verhältnis zur Prognose und zur erreichbaren Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten steht. Hierbei hat ihn der Gutachter beratend zu unterstützen.
2. Der Gutachter nimmt zu dem Behandlungsplan nach fachlichen Gesichtspunkten und unter Berücksichtigung der Nr. 1 Stellung. Meinungsverschiedenheiten über die Beurteilung des Behandlungsfalles sind in kollegialer Weise zu klären.
3. Der Gutachter ist verpflichtet, die eingehenden Anträge innerhalb von zwei Wochen zu bearbeiten.
4. Die Gutachter sind verpflichtet, an den von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung im Lande Bremen einberufenen Gutachtertägungen teilzunehmen.
5. Die Gebühren errechnen sich durch Multiplikation der nachstehend angegebenen Bewertungszahlen mit den jeweils gültigen Punktwerten. Centbeträge sind auf 10 Cent aufzurunden.

	Bewertungszahl *
a) Gutachten zur gesamten Behandlungsplanung / ggf. nach Auswertung von Röntgenaufnahmen und ggf. Modellen, mit fachlicher Begründung	80
b) für die körperliche Untersuchung des Patienten zusätzlich	18
c) für Obergutachten zur gesamten Behandlungsplanung nach Auswertung von Modellen, mit fachlicher Begründung (incl. der ggf. körperlichen Untersuchung des Patienten)	180

Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von EUR 10,70 je Gutachten abgegolten. Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter/Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen (z.B. Nrn. Ä 925 a-d) zusätzlich abgerechnet werden. Die GOÄ-Nr. 70 oder 75 kann nicht zusätzlich berechnet werden.

*** Hinweis:**

Für sämtliche Leistungen im Zusammenhang mit der Begutachtung gilt der jeweils zum Zeitpunkt der Gutachtenbeauftragung geltende KBR-Punktwert.

Bremen, den 14.04.2009

Muster 3a zur Anlage 2 BMV-Z Behandlungsplan

Name der Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Vertragszahnarzt-Nr. VK gültig bis Datum

Behandlungsplan für

Kiefergelenkserkrankung

Kieferbruch

Angaben über Ort, Zeit und Ursache des Unfalls sowie Art der Verletzung (nur bei Kieferbruch)
Anamnese/Befunde/Diagnose (nur bei Kiefergelenkserkrankungen)

Vorgesehene Behandlung

Stationäre Behandlung
Krankenhaus:

Voraussichtliche Dauer: von _____ bis _____

Kostenübernahme der Krankenkasse (Begründung ggf. auf besonderem Blatt)

Die Kosten für die Behandlung werden übernommen werden nicht übernommen

Anschriftfeld der **Krankenkasse**

Datum, Unterschrift und Stempel der **Krankenkasse**

Datum, Unterschrift und Stempel des **Zahnarztes**

--	--	--

SCHÜTZDRUCK 30159 Hannover Marktstr. 49, Tel. (0511) 32 75 44
Verf. Nr. Z 79? 104

Name und Anschrift der Krankenkasse

Auftrag zur Begutachtung

Name und Anschrift des Gutachters

(Name des Versicherten)	(Vorname)	(geb. am)
(Ehegatte / Kind / Sonst. Angeh.)	(Vorname)	(geb. am)
(Name des Zahnarztes)		
(Anschrift)		

Wir bitten um Begutachtung der

Zutreffendes ankreuzen

vorgesehenen prothetischen Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan (Anlage 3 zum BMV-Z) vom _____

ZE	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

ausgeführten prothetischen Leistungen, eingegliedert am _____

Mä	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

vorgesehenen Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen nach dem Behandlungsplan (Muster 3 a der Anlage 2 zum BMV-Z) vom _____

KB	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

vorgesehenen kieferorthopädischen Behandlung nach dem Behandlungsplan vom _____

Kfo	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

nach dem Verlängerungsantrag vom _____

Pa	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

vorgesehenen PA-Behandlung nach dem Pa-Status vom _____

Wir bitten um gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:

(Ort / Datum)

(Stempel der Krankenkasse und Unterschrift)

Durchschrift dieses Auftrages ist dem Zahnarzt übersandt worden.
Er wurde darauf hingewiesen, dass die erforderlichen Unterlagen (Röntgenaufnahmen, Modelle usw.) dem Gutachter rechtzeitig, spätestens jedoch eine Woche nach Erhalt dieser Benachrichtigung, zur Verfügung zu stellen sind.

Anlage 13a (Blatt 2) zum BMV-Z

Name und Anschrift der Krankenkasse

Durchschrift
für den Zahnarzt

Auftrag zur Begutachtung

Name und Anschrift des Gutachters

(Name des Versicherten)	(Vorname)	(geb. am)
(Ehegatte / Kind / Sonst. Angeh.)	(Vorname)	(geb. am)
(Name des Zahnarztes)		
(Anschrift)		

Wir bitten um Begutachtung der

Zutreffendes ankreuzen

vorgesehenen prothetischen Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan (Anlage 3 zum BMV-Z) vom _____

ZE	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

ausgeführten prothetischen Leistungen, eingegliedert am _____

Mä	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

vorgesehenen Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen nach dem Behandlungsplan (Muster 3 a der Anlage 2 zum BMV-Z) vom _____

KB	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

vorgesehenen kieferorthopädischen Behandlung nach dem Behandlungsplan vom _____

Kfo	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

nach dem Verlängerungsantrag vom _____

vorgesehenen PA-Behandlung nach dem Pa-Status vom _____

Pa	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Wir bitten um gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:

(Ort / Datum)

(Stempel der Krankenkasse und Unterschrift)

Hinweis an den Zahnarzt

Sie werden gebeten, die erforderlichen Unterlagen (Röntgenaufnahmen, Modelle usw.) dem Gutachter rechtzeitig, spätestens jedoch eine Woche nach Erhalt dieser Benachrichtigung, zur Verfügung zu stellen.

Anlage 13a (Blatt 3) zum BMV-Z

Name und Anschrift der Krankenkasse

Durchschrift
für die **Krankenkasse**

Auftrag zur Begutachtung

Name und Anschrift des Gutachters

(Name des Versicherten)	(Vorname)	(geb. am)
(Ehegatte / Kind / Sonst. Angeh.)	(Vorname)	(geb. am)
(Name des Zahnarztes)		
(Anschrift)		

Wir bitten um Begutachtung der

Zutreffendes ankreuzen

vorgesehenen prothetischen Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan (Anlage 3 zum BMV-Z) vom _____

ZE	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

ausgeführten prothetischen Leistungen, eingegliedert am _____

Mä	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

vorgesehenen Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen nach dem Behandlungsplan (Muster 3 a der Anlage 2 zum BMV-Z) vom _____

KB	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

vorgesehenen kieferorthopädischen Behandlung nach dem Behandlungsplan vom _____

Kfo	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

nach dem Verlängerungsantrag vom _____

Pa	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

vorgesehenen PA-Behandlung nach dem Pa-Status vom _____

Wir bitten um gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:

(Ort / Datum)

(Stempel der Krankenkasse und Unterschrift)

Durchschrift dieses Auftrags ist dem Zahnarzt übersandt worden.
Es wurde darauf hingewiesen, dass die erforderlichen Unterlagen (Röntgenaufnahmen, Modelle usw.) dem Gutachter rechtzeitig, spätestens jedoch eine Woche nach Erhalt dieser Benachrichtigung, zur Verfügung zu stellen sind.

Name und Anschrift der Krankenkasse

Anlage 13a (Blatt 1)

Auftrag zur Begutachtung

Name und Anschrift des Gutachters

(Name des Versicherten)	(Vorname)	(geb. am)
(Ehegatte / Kind / Sonst. Angeh.)	(Vorname)	(geb. am)
(Name des Zahnarztes)		
(Anschrift)		

Wir bitten um Begutachtung der

Zutreffendes ankreuzen

vorgesehenen prothetischen Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan (Anlage 3 zum BMV-Z) vom _____ ZE

ausgeführten prothetischen Leistungen, eingegliedert am _____ Ma

vorgesehenen Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen nach dem Behandlungsplan (Muster 3 a der Anlage 2 zum BMV-Z) vom _____ KB

vorgesehenen kieferorthopädischen Behandlung nach dem Behandlungsplan vom _____ Kfo

nach dem Verlängerungsantrag vom _____ Pa

vorgesehenen PA-Behandlung nach dem Pa-Status vom _____ Pa

Wir bitten um gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:

(Ort / Datum)

(Stempel der Krankenkasse und Unterschrift)

Durchschrift dieses Auftrages ist dem Zahnarzt übersandt worden. Er wurde darauf hingewiesen, dass die erforderlichen Unterlagen (Röntgenaufnahmen, Modelle usw.) dem Gutachter rechtzeitig, spätestens jedoch eine Woche nach Erhalt dieser Benachrichtigung, zur Verfügung zu stellen sind.

Name der Krankenkasse

Name des Versicherten

Name	Vorname	geb. am
Ehegatte/Kind/sonst. Angehörige	Vorname	geb. am

Begutachtung

Die Begutachtung der

- vorgesehenen prothetischen Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan (Anlage 3 zum BMV-Z) vom _____
- ausgeführten prothetischen Leistungen vom _____
- Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen vom _____

erfolgte am _____

Untersuchung des Patienten am _____

Untersuchungsbefund (Nur auszufüllen, wenn Abweichungen vom Heil- und Kostenplan festgestellt werden)

Befund	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Befund	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

- Erläuterungen / Befund:**
 f = fehlender Zahn
) (= Lückenschluss
 e = bereits ersetzter Zahn
 x = nicht erhaltungswürdiger Zahn
 w = erkrankter, aber erhaltungswürdiger Zahn
 k = vorhandene Krone
 t = vorhandene Teleskop-/Konuskronen
 b = vorhandenes Brückenglied
 i = Implantat
 a = Adhäsivbrücke

Ergebnis

1. Der Behandlungsplan wird befürwortet ja mit Einschränkung nein
2. Die ausgeführten prothetischen Leistungen sind frei von Fehlern und Mängeln ja nein

Begründung

Name und Anschrift des Zahnarztes

vom Gutachter an den Zahnarzt
zu senden

Ort/Datum

Unterschrift und Stempel des Gutachters

Name der Krankenkasse

Name des Versicherten

Name	Vorname	geb. am
Ehegatte/Kind/sonst. Angehörige	Vorname	geb. am

Begutachtung

Die Begutachtung der

- vorgesehenen prothetischen Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan (Anlage 3 zum BMV-Z) vom _____
- ausgeführten prothetischen Leistungen vom _____
- Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen vom _____

erfolgte am _____

Untersuchung des Patienten am _____

Untersuchungsbefund (Nur auszufüllen, wenn Abweichungen vom Heil- und Kostenplan festgestellt werden)

Befund	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Befund	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Erläuterungen / Befund:
 f = fehlender Zahn
) (= Lückenschluss
 e = bereits ersetzter Zahn
 x = nicht erhaltungswürdiger Zahn
 w = erkrankter, aber erhaltungswürdiger Zahn
 k = vorhandene Krone
 t = vorhandene Teleskop-/Konuskronen
 b = vorhandenes Brückenglied
 i = Implantat
 a = Adhäsivbrücke

Ergebnis

1. Der Behandlungsplan wird befürwortet ja mit Einschränkung nein
2. Die ausgeführten prothetischen Leistungen sind frei von Fehlern und Mängeln ja nein

Begründung

Name und Anschrift des Zahnarztes

Ort/Datum

Unterschrift und Stempel des Gutachters

Name der Krankenkasse

Name des Versicherten

Name	Vorname	geb. am
Ehegatte/Kind/sonst. Angehörige	Vorname	geb. am

Begutachtung

Die Begutachtung der

- vorgesehenen prothetischen Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan (Anlage 3 zum BMV-Z) vom _____
- ausgeführten prothetischen Leistungen vom _____
- Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen vom _____

erfolgte am _____
 Untersuchung des Patienten am _____

Untersuchungsbefund (Nur auszufüllen, wenn Abweichungen vom Heil- und Kostenplan festgestellt werden)

Befund																	
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
Befund																	

Erläuterungen / Befund:
 f = fehlender Zahn
) (= Lückenschluss
 e = bereits ersetzter Zahn
 x = nicht erhaltungswürdiger Zahn
 w = erkrankter, aber erhaltungswürdiger Zahn
 k = vorhandene Krone
 t = vorhandene Teleskop-/Konuskrone
 b = vorhandenes Brückenglied
 i = Implantat
 a = Adhäsivbrücke

Ergebnis

- 1. Der Behandlungsplan wird befürwortet ja mit Einschränkung nein
- 2. Die ausgeführten prothetischen Leistungen sind frei von Fehlern und Mängeln ja nein

Begründung

Name und Anschrift des Zahnarztes

Ort/Datum

Unterschrift und Stempel des Gutachters