

Vereinbarung
zwischen
der Kassenzahnärztlichen Vereinigung im Lande Bremen (KZV Bremen)
und
dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK), Siegburg
- vertreten durch die Landesvertretung Bremen -
sowie
dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg
- vertreten durch die Landesvertretung Bremen -
gemäß § 2 Abs. 5 in Anlehnung an die Anlage 3 zum EKV-Z
über das Gutachterverfahren für Behandlungen von Kiefergelenkerkrankungen

§ 1
Bestimmungen für den Fall der Begutachtung

- (1) Die Ersatzkasse 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 Ersatzkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung der Anlage 1 zu dieser Vereinbarung.
- (2) Der Gutachter kann der Ersatzkasse anheim stellen, weitere Unterlagen zu verlangen. Die Kosten hierfür sind dem Vertragszahnarzt unter Berücksichtigung von § 7 Absatz 4 EKV-Z nach dem BEMA von der Ersatzkasse 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 6b (Blatt 2) und sendet sie zusammen mit dem Behandlungsplan der Ersatzkasse zu. Die übrigen Unterlagen sendet er dem Vertragszahnarzt zurück. Befürwortet er den Behandlungsplan nicht, so sendet er ihn mit seiner schriftlichen Stellungnahme (Anlage 6b, Blatt 1) der Ersatzkasse zu, die Stellungnahme sowie die übrigen Unterlagen sendet er dem Vertragszahnarzt zu. Die Ersatzkasse 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 Ersatzkasse innerhalb von einem Monat nach Zugang der Stellungnahme des Gutachters ein Obergutachten bei der KZV Bremen beantragen. Der Vertragszahnarzt übersendet in diesem Fall der KZV Bremen den Behandlungsplan und das Gutachten. Soweit er Einspruch eingelegt hat, fügt er seine fachliche Begründung bei.
Die KZV Bremen informiert den Vertragszahnarzt bzw. die Ersatzkasse über den Antrag.
- (2) Im Übrigen gelten die Bestimmungen des § 1 sinngemäß.

§ 3
Bestellung der Gutachter

- (1) Im Einvernehmen mit der Landesvertretung Bremen der Ersatzkassenverbände bestellt die KZV Bremen KBR-Gutachter und -Obergutachter in der erforderlichen Anzahl. Entsprechendes gilt für den Widerruf. Das Einvernehmen kann aus wichtigem Grund versagt werden. Die KZV Bremen informiert die Landesvertretung Bremen über die erfolgte Bestellung zum Gutachter bzw. Obergutachter einschließlich des Beginns der Gutachtertätigkeit.
- (2) 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 Ersatzkasse.
- (2) Dem Vertragszahnarzt können die Kosten des Obergutachtens von der KZV Bremen auferlegt werden.

§ 5
Inkrafttreten
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 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, 02.07.2007

Kassenzahnärztliche Vereinigung
im Lande Bremen

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
(VdAK), Siegburg
– vertreten durch die Landesvertretung Bremen –

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg
– vertreten durch die Landesvertretung Bremen –

**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.

Gutachtergebühren (gemäß des Bundesschiedsspruches vom 20.12.2006):

	Bewertungszahl ^I
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^{II}. Die GOÄ-Nr. 70 oder 75 kann nicht zusätzlich berechnet werden.

Hinweise:

- | | |
|----|---|
| I | Für die Begutachtung und Untersuchung gilt der aktuelle KBR-Punktwert. |
| II | Für weitere zahnärztliche Leistungen im Zusammenhang mit der Begutachtung gilt weiterhin der KCH-Punktwert der jeweiligen Krankenkasse. |

Name und Anschrift der Kasse

Auftrag zur Begutachtung geplanter Kiefergelenksbehandlungen

Name und Anschrift des Gutachters

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

Wir bitten um Begutachtung des beiliegenden Behandlungsplanes.

Insbesondere bitten wir zu folgenden Fragen um gutachterliche Stellungnahme:

Durchschrift dieses Auftrages ist dem Zahnarzt übersandt worden.

Er wurde darauf hingewiesen, dass die erforderlichen Unterlagen (Röntgenaufnahmen, Modelle usw.) gemäß § 22 Abs. 5 EKVZ dem Gutachter rechtzeitig, spätestens jedoch eine Woche nach Erhalt dieser Benachrichtigung, zur Verfügung zu stellen sind.

(Ort / Datum)

(Stempel der Kasse und Unterschrift)

Name und Anschrift der Kasse

Auftrag zur Begutachtung geplanter Kiefergelenksbehandlungen

Name und Anschrift des Gutachters

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

Wir bitten um Begutachtung des beiliegenden Behandlungsplanes.

Insbesondere bitten wir zu folgenden Fragen um gutachterliche Stellungnahme:

Sie werden gebeten, die erforderlichen Unterlagen (Röntgenaufnahmen, Modelle usw.) gemäß § 22 Abs. 5 EKVZ dem Gutachter rechtzeitig, spätestens jedoch eine Woche nach Erhalt dieser Benachrichtigung, zur Verfügung zu stellen.

(Ort / Datum)

(Stempel der Kasse und Unterschrift)

Durchschrift von der Kasse an den Zahnarzt zu senden

Name und Anschrift der Kasse

Auftrag zur Begutachtung geplanter Kiefergelenksbehandlungen

Name und Anschrift des Gutachters

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

Wir bitten um Begutachtung des beiliegenden Behandlungsplanes.

Insbesondere bitten wir zu folgenden Fragen um gutachterliche Stellungnahme:

Es wurde darauf hingewiesen, dass die erforderlichen Unterlagen (Röntgenaufnahmen, Modelle usw.) gemäß § 22 Abs. 5 EKVZ dem Gutachter rechtzeitig, spätestens jedoch eine Woche nach Erhalt dieser Benachrichtigung, zur Verfügung zu stellen sind.

(Ort / Datum)

(Stempel der Kasse und Unterschrift)

Durchschrift für die Kasse

Name der Krankenkasse			Abrechnungsformular für Kiefergelenkserkrankung und Kieferbruch				Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes			
Name, Vorname des Versicherten							geb. am			
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status								
Vertragszahmerz-Nr.	VK gültig bis	Datum								

Behandlungsplan vom <input style="width: 100%;" type="text"/> Geplante Leistungen (nur eintragen bei Kiefergelenkserkrankungen)	Leistung K 1	K 2	K 3	K 4
	Anzahl <input style="width: 40%;" type="text"/>	<input style="width: 40%;" type="text"/>	<input style="width: 40%;" type="text"/>	<input style="width: 40%;" type="text"/>

Datum	Zahn	Leistung	Geb.-Nr.	Anzahl	Punkte	Anzahl x Punkte

Punkt-wert	<input style="width: 100%;" type="text"/>	x	Gesamtsumme	<input style="width: 60px;" type="text"/>
	= zahnärztliches Honorar	€		<input style="width: 60px;" type="text"/>
	Pauschbetrag Abformmaterial	€		<input style="width: 60px;" type="text"/>
	Versandkosten	€		<input style="width: 60px;" type="text"/>
		€		<input style="width: 60px;" type="text"/>

Material- und Laborkosten Kosten des Fremdlabors	€ <input style="width: 60px;" type="text"/>
--	---

Material- und Laborkosten des Zahnarztlabors	BEL-Nr.	Anzahl	Betrag

Kosten des Zahnarztlabors	€	<input style="width: 60px;" type="text"/>
Gesamtbetrag Honorar + Material-, Laborkosten	€	<input style="width: 60px;" type="text"/>

MUSTER SCHÜTZDRUCK 30159 Hannover, Marktstr. 49, Tel. (0511) 3273 44
 SCHÜTZDRUCK 30159 Hannover, Marktstr. 49, Tel. (0511) 3273 44
 Vorder-Nr. Z. 145 1.04

Anlage 6b zum EKV-Z

Anlage 6 b (Blatt 1)

Name der Krankenkasse

Name des Versicherten

Begutachtung

Die Begutachtung der

- ☐ vorgesehenen prothetischen Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan vom _____
☐ ausgeführten prothetischen Leistungen vom _____
☐ Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen vom _____

erfolgte am _____

Untersuchung des Patienten am _____

Untersuchungsbefund

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

Table with dental findings (Befund) in 16 columns and 3 rows.

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 oder Mängeln ☐ ja ☐ nein

Begründung

Name und Anschrift des Zahnarztes

(Ort / Datum)

vom Gutachter an den Zahnarzt zu senden

(Unterschrift und Stempel des Gutachters)

Anlage 6 b, SCHÜZDMLK 0089 Hannover, Markt 47, Tel. 0511 227244

vom Gutachter an die Krankenkasse zu senden

Anlage 6 b (Blatt 2)

Name der Krankenkasse

Name des Versicherten

Name	Vorname	geb. am
Ehegatte/Kind/sonstige Angehörige	Vorname	geb. am
Versicherungsnummer		

Begutachtung

Die Begutachtung der

- vorgesehenen prothetischen Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan vom _____
- ausgeführten prothetischen Leistungen vom _____
- Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen vom _____

erfolgte am _____

Untersuchung des Patienten am _____

Untersuchungsbefund

(Nur ausfüllen, 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-/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 oder Mängeln ja nein

Begründung

Name und Anschrift des Zahnarztes

(Ort / Datum)

(Unterschrift und Stempel des Gutachters)

Anlage 6 b SCHÜTZENKAMP 20189 Hannover, Markt, 40, Tel. (0511) 3273 44

Durchschrift für den Gutachter

Name der Krankenkasse

Name des Versicherten

Name	Vorname	geb. am
Ehegatte/Kind/sonstige Angehörige	Vorname	geb. am
Versicherungsnummer		

Begutachtung

Die Begutachtung der

- vorgesehenen prothetischen Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan vom _____
- ausgeführten prothetischen Leistungen vom _____
- Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen vom _____

erfolgte am _____
 Untersuchung des Patienten am _____

Untersuchungsbefund

(Nur ausfüllen, 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 = Adhasivbrücke

Ergebnis

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

Begründung

Name und Anschrift des Zahnarztes

 (Ort / Datum)

 (Unterschrift und Stempel des Gutachters)

Ersatzkassen-Gutachterverfahren für KBR/Schiene

vom Gutachter mit Kostenabrechnung
an die Krankenkasse zu senden

Anlage 6 b (Blatt 4)

Name der Krankenkasse

Name des Versicherten

Name	Vorname	geb. am
Ehegatte / Kind / sonstige Angehörige	Vorname	geb. am
Versicherungsnummer		

Begutachtung

Die Begutachtung der

- vorgesehenen prothetischen Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan vom _____
- ausgeführten prothetischen Leistungen vom _____
- Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen vom _____

erfolgte am _____

Untersuchung des Patienten am _____

Untersuchungsbefund

(Nur ausfüllen, 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-/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 oder Mängeln ja nein

Kostenabrechnung des Gutachters

Im Zusammenhang mit der
Begutachtung erbrachte
zahnärztliche Leistungen

	Punkte
Gutachtergebühr	50
Untersuchung des Patienten	
Nr. _____	
Nr. _____	
Nr. _____	
Nr. _____	
Punkte insgesamt	_____ x Punktwert EUR _____ EUR _____
	Kostenpauschale EUR <u>10,70</u>
	Summe gesamt EUR _____

Name und Anschrift des Zahnarztes

Überweisung erbeten auf Konto-Nr.

(Bankverbindung)

(Ort / Datum)

(Unterschrift und Stempel des Gutachters)

Anlage 6 b - SCHÜTZENBUCH, 2009 Hannover, März 09, 09/11, 08/10, 08/09, 08/08

Durchschlag für den Gutachter

Name der Krankenkasse

Name des Versicherten

Name	Vorname	geb. am
Ehegatte/Kind/sonstige Angehörige	Vorname	geb. am
Versicherungsnummer		

Begutachtung

Die Begutachtung der

- vorgesehenen prothetischen Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan vom _____
- ausgeführten prothetischen Leistungen vom _____
- Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen vom _____

erfolgte am _____

Untersuchung des Patienten am _____

Untersuchungsbefund

(Nur ausfüllen, 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 = Adhasivbrücke

Ergebnis

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

Kostenabrechnung des Gutachters

		Punkte
Gutachtergebühr		50
Untersuchung des Patienten		
Im Zusammenhang mit der Begutachtung erbrachte zahnärztliche Leistungen	Nr. _____	
	Nr. _____	
	Nr. _____	
	Nr. _____	
Punkte insgesamt		x Punktwert EUR _____ EUR _____
		Kostenpauschale EUR _____ 10,70
		Summe gesamt EUR _____

Name und Anschrift des Zahnarztes

Überweisung erbeten auf Konto-Nr.

(Bankverbindung)

(Ort / Datum)

(Unterschrift und Stempel des Gutachters)

Anlage 6 b - SCHÜTTLERBUCK, 2085 Hermann, Markt, 45, 791, 08.11.2017, 24