

**Ersatzkassen-Gutachtervereinbarungen  
für Zahnersatz, PAR und Kfo,  
gültig ab 01.06.2008**

**§ 22  
Gutachter und Obergutachter**

- (1) Im Einvernehmen mit dem VdAK/AEV bestellt jede KZV Gutachter und Zahnersatz-Obergutachter in der erforderlichen Anzahl. Die Obergutachter für kieferorthopädische und parodontologische Behandlungsfälle bestellt die KZBV im Einvernehmen mit dem VdAK/AEV. Entsprechendes gilt für den Widerruf. Das Einvernehmen kann aus wichtigem Grund versagt werden.

Die Bestellung der Gutachter und Obergutachter erfolgt jeweils für die Dauer der Amtsperiode der Organe der KZV bzw. der KZBV.

Für Implantologie-Gutachter und -Obergutachter gilt die Vereinbarung über das Gutachterverfahren für implantologische Leistungen (Anlage 5).

Die Kieferorthopädie-Gutachter und -Obergutachter sollen die Anerkennung als Fachzahnärzte für Kieferorthopädie besitzen.

- (2) Die Gebühren für die Begutachtung von Zahnersatz, kieferorthopädischer Behandlung und Parodontalbehandlung sowie die Oberbegutachtung bei Zahnersatz trägt die Ersatzkasse. Dem Vertragszahnarzt können die Kosten des Zahnersatz-Obergutachtens von der KZV auferlegt werden, wenn es nach den Umständen gerechtfertigt erscheint.

Die Punktwerte für Gutachten und Zahnersatz-Obergutachten werden gemäß den §§ 23, 24 und 25 dieses Vertrages in den Gesamtverträgen vereinbart.

- (3) <sup>1</sup>Die Gebühren für Par- und Kfo-Obergutachten trägt grundsätzlich die Krankenkasse. Der Zahnarzt trägt die Kosten des Obergutachtens, wenn sein Einspruch gegen die Stellungnahme des Gutachtens erfolglos bleibt. Die Höhe der Gebühr legt die KZBV im Einvernehmen mit dem VdAK/AEV fest.

- (4) Die Tätigkeit der Gutachter und Zahnersatz-Obergutachter soll in der Regel auf den jeweiligen KZV-Bereich beschränkt sein. In Ausnahmefällen, z. B. Wohnortwechsel des Versicherten, kann hiervon abgewichen werden.

- (5) Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem Gutachter bzw. Obergutachter die erforderlichen Behandlungs- und Befundunterlagen (z. B. Modelle, Röntgenaufnahmen) zur Verfügung zu stellen. Der Gutachter bzw. Obergutachter kann vom Vertragszahnarzt weitere Unterlagen anfordern. Die Ersatzkasse wird hiervon in Kenntnis gesetzt. Die Kosten hierfür sind dem Vertragszahnarzt unter Berücksichtigung von § 7 Absatz 4 dieses Vertrages nach dem BEMA von der Ersatzkasse zu vergüten.

- (6) Der Gutachter bzw. Obergutachter kann eine Untersuchung des Versicherten veranlassen. Die Ersatzkasse ist hiervon zu unterrichten. Der Untersuchungstermin wird vom Gutachter im Benehmen mit dem Versicherten und dem Vertragszahnarzt festgelegt. Der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.

<sup>1</sup> gültig ab 01.06.2008

- (7) Wenn und so lange die in den §§ 22 bis 26 dieses Vertrages beschriebenen Gutachterverfahren in einem bestimmten Teil des Geltungsbereiches dieses Vertrages nach übereinstimmender Bewertung der Partner dieses Vertrages aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen nicht praktiziert werden, sind die Ersatzkassen berechtigt, andere sachverständige Zahnärzte mit der Erstellung entsprechender Gutachten zu beauftragen. Die Bestimmungen der §§ 275, 276 SGB V und § 100 SGB X bleiben durch das vertraglich geregelte Gutachterverfahren unberührt.

## **§ 23**

### **Gutachterverfahren für BEMA-Teil 3 (KFO)**

- (1) Die Ersatzkasse kann den Behandlungsplan vor der kieferorthopädischen Behandlung begutachten lassen.

Soll der Behandlungsplan vor Beginn der KFO-Behandlung begutachtet werden, so sendet die Ersatzkasse den Behandlungsplan in zweifacher Ausfertigung in der Regel innerhalb von zwei Wochen an den Vertragszahnarzt zurück. Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem von ihr benannten Gutachter beide Ausfertigungen des Behandlungsplanes zusammen mit den Befundunterlagen nach § 22 Absatz 5 dieses Vertrages unverzüglich zuzuleiten. Die Ersatzkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung der Anlage 6 c.

Für die Begutachtung einer Therapieänderung oder einer Verlängerung der kieferorthopädischen Behandlung gilt Entsprechendes.

- (2) Die Ersatzkasse kann in der Regel innerhalb von vier Wochen nach Kenntnisnahme der Mitteilung gemäß § 14 Absatz 3 Nr. 2 dieses Vertrages ein Gutachten zur Überprüfung der Zuordnung zur vertragszahnärztlichen Versorgung einleiten. Die gutachterliche Beurteilung ist anhand von Modellen oder durch eine klinische Untersuchung vorzunehmen. Die Ersatzkasse hat im Falle einer Begutachtung die KZV über das Ergebnis der Begutachtung zu unterrichten. Im Übrigen gelten die Bestimmungen der Absätze 3 bis 5 sinngemäß.

- (3) Der Gutachter nimmt zum Behandlungsplan unter Verwendung der Anlage 6 c in der Regel innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Anträge Stellung. Befürwortet er den Behandlungsplan, so sendet er beide Exemplare des Behandlungsplanes der Ersatzkasse zu. Die übrigen Unterlagen sendet er dem Vertragszahnarzt zurück. Befürwortet er ihn nicht, so sendet er mit seiner schriftlichen Stellungnahme ein Exemplar des Behandlungsplanes der Ersatzkasse, das zweite Exemplar und die übrigen Unterlagen dem Vertragszahnarzt zurück. Für die Begutachtung einer Therapieänderung oder einer Verlängerung der kieferorthopädischen Behandlung gilt Entsprechendes.

Ist zwischen Vertragszahnarzt und Ersatzkasse keine Einigung über die Mitteilung nach § 14 Absatz 7 dieses Vertrages zu erzielen, so ist das Gutachterverfahren innerhalb von 4 Wochen nach Eingang der Mitteilung bei der Ersatzkasse einzuleiten.

- (4) Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Behandlungsplan, zum Verlängerungsantrag oder zur Therapieänderung können Vertragszahnarzt und Ersatzkasse 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 KZBV einzulegen. Der Vertragszahnarzt übersendet in diesem Falle der KZBV den Behandlungsplan bzw. den Verlängerungsantrag, das Gutachten und die Entscheidung der Ersatzkasse. Soweit er

Einspruch eingelegt hat, fügt er seine fachliche Begründung bei. Der Obergutachter wird vom Fachberater der KZBV bestimmt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.

(5) <u>Gutachtergebühren:</u>	<u>Punkte</u>
a) Gutachten zu einzelnen Behandlungspositionen bzw. zu zusätzlich geplanten Maßnahmen	40
b) Gutachten zur gesamten Behandlungsplanung sowie zu ausgeführten kieferorthopädischen Leistungen nach Auswertung von Röntgenaufnahmen und ggf. Modellen, mit fachlicher Begründung	80
c) <b><sup>2</sup>Gutachten zur Überprüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen gemäß § 29 Abs. 1 SGB V anhand der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG), (Anlage 1 zum Abschnitt B Nr. 2 der Kfo-Richtlinien), ohne Begutachtung der Behandlungsplanung</b>	<b>50</b>
d) Obergutachten zur gesamten Behandlungsplanung nach Auswertung von Röntgenaufnahmen und Modellen, mit fachlicher Begründung	(siehe § 22 Abs. 3)
e) für die körperliche Untersuchung des Patienten	18

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 oder Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen zusätzlich abgerechnet werden. Die GOÄ-Nrn. 70 oder 75 können nicht zusätzlich berechnet werden.

<sup>2</sup> gültig ab 01.06.2008

## § 24

### Gutachterverfahren für BEMA-Teil 4 (PAR)

- (1) Die Ersatzkasse kann den bei ihr eingereichten Parodontalstatus begutachten lassen. In diesem Falle sendet sie den Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) an den Vertragszahnarzt zurück mit der Bitte, dem von ihr benannten Gutachter beide Blätter des Parodontalstatus zusammen mit den Befundunterlagen (Röntgenaufnahmen) zuzuleiten. Dies gilt für die Therapieergänzung gemäß § 14 Absatz 4 Sätze 5 bis 7 dieses Vertrages entsprechend.
- (2) Der Gutachter kann vom Vertragszahnarzt die Vorbehandlungszeit, ggf. die Gebühren-Positionen erfragen.
- (3) Der Gutachter nimmt zum Parodontalstatus Stellung. Befürwortet er den Parodontalstatus, so vermerkt er dies auf dem Parodontalstatus (Blatt 2) und sendet Blatt 1 und 2 der Ersatzkasse zu. Die übrigen Unterlagen sendet er dem Vertragszahnarzt zurück. Befürwortet er den Parodontalstatus nicht, so sendet er Blatt 1 und 2 mit seiner schriftlichen Stellungnahme der Ersatzkasse, die übrigen Unterlagen dem Vertragszahnarzt zurück. Die Ersatzkasse übersendet beide Blätter des Parodontalstatus sowie ggf. die gutachterliche Stellungnahme dem Vertragszahnarzt mit dem Vermerk, ob sie die Kosten übernimmt. Dies gilt für die Therapieergänzung gemäß § 14 Absatz 4 Sätze 5 bis 7 dieses Vertrages entsprechend.
- (4) Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Parodontalstatus können Vertragszahnarzt und Ersatzkasse innerhalb von einem Monat nach Zugang der Stellungnahme des Gutachters ein Obergutachten bei der KZBV beantragen. Der Vertragszahnarzt übersendet in diesem Fall der KZBV beide Blätter des Parodontalstatus und das Gutachten. Soweit er Einspruch eingelegt hat, fügt er seine fachliche Begründung bei. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 3 entsprechend.
- (5) Gutachtergebühren:

	<u>Punkte</u>
a) Gutachten zu einzelnen Behandlungspositionen	40
b) Gutachten zur gesamten Behandlungsplanung nach Auswertung von Röntgenaufnahmen und ggf. Modellen, mit fachlicher Begründung	80
c) Obergutachten zur gesamten Behandlungsplanung nach Auswertung von Röntgenaufnahmen und ggf. Modellen, mit fachlicher Begründung	(siehe § 22 Abs. 3)
d) für die körperliche Untersuchung des Patienten	18

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 oder Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen zusätzlich abgerechnet werden. Die GOÄ-Nrn. 70 oder 75 können nicht zusätzlich berechnet werden.

## § 25

### Gutachterverfahren für BEMA-Teil 5 (Zahnersatz)

- (1) Die Ersatzkasse kann die Begutachtung eines beantragten oder bereits eingegliederten Zahnersatzes (einschließlich Zahnkronen) durch einen Gutachter gemäß § 22 dieses Vertrages veranlassen (Anlage 6 a). In diesem Fall benachrichtigt sie den betroffenen Vertragszahnarzt über die eingeleitete Begutachtung (Anlage 6 a) und übersendet den Heil- und Kostenplan dem Gutachter. Der Gutachter erstellt das Gutachten unter Verwendung der Anlage 6 b.

Befürwortet er die Planung des Vertragszahnarztes, so hat er dies auf dem Heil- und Kostenplan zu vermerken. Befürwortet er die Planung nicht, so sendet er den Heil- und Kostenplan mit seiner schriftlichen Stellungnahme der Ersatzkasse zurück. Die Gutachter und Obergutachter sind verpflichtet, die Begutachtungsaufträge in der Regel innerhalb von zwei Wochen zu bearbeiten.

- (2) a) Die Vertragskasse soll nachstehende Versorgungen daraufhin begutachten lassen, ob sie nach diesen Richtlinien medizinisch notwendig sind und dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen:
- Versorgungen mit einem Befund, in dem mehr als zwei Zähne pro Kieferhälfte oder Frontzahnbereich als fehlend oder ersetzt gekennzeichnet sind, und wenn eine Brückenversorgung geplant wird,
  - Versorgungen mit mehr als zwei Einzelkronen pro Kieferhälfte oder Frontzahnbereich,
  - Kombinationsversorgungen.
- b) Der Vertragszahnarzt hat Fälle nach Absatz 2 a auf dem Heil- und Kostenplan unter Bemerkungen medizinisch zu begründen.
- c) Die Vertragskasse kann zur Entscheidung über die leistungsrechtliche Abgrenzung Behandlungsplanungen außerhalb und innerhalb der Richtlinien auch dann begutachten lassen, wenn sie auf Grund einer Vereinbarung gemäß § 55 Absatz 4 SGB V zwischen Vertragszahnarzt und Versichertem durchgeführt werden sollen.
- d) In den Fällen von Absätzen 2a und 2c gelten die Sätze 1 bis 3 von Absatz 1 entsprechend.
- (3) Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Heil- und Kostenplan können Vertragszahnarzt und Ersatzkasse innerhalb von einem Monat nach Zugang der Stellungnahme des Gutachters ein Obergutachten bei der KZV beantragen. Der Vertragszahnarzt übersendet in diesem Fall dem Obergutachter den Heil- und Kostenplan, die Befundunterlagen und das Gutachten.

Soweit er Einspruch eingelegt hat, fügt er seine fachliche Begründung bei.

(4) <u>Gutachtergebühren:</u>	<u>Punkte</u>
a) Gutachten zu einzelnen Behandlungspositionen	40
b) Gutachten zur gesamten Behandlungsplanung sowie zu ausgeführten prothetischen Leistungen nach Auswertung von Röntgenaufnahmen und ggf. Modellen, mit fachlicher Begründung	80
c) Obergutachten zur gesamten Behandlungsplanung nach Auswertung von Röntgenaufnahmen und ggf. Modellen, mit fachlicher Begründung	( offen )
d) Für die körperliche Untersuchung des Patienten zusätzlich	18

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 oder Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen zusätzlich abgerechnet werden. Die GOÄ-Nrn. 70 oder 75 können nicht zusätzlich berechnet werden.

## § 24

### Gutachterverfahren für BEMA-Teil 4 (PAR)

- (1) Die Ersatzkasse kann den bei ihr eingereichten Parodontalstatus begutachten lassen. In diesem Falle sendet sie den Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) an den Vertragszahnarzt zurück mit der Bitte, dem von ihr benannten Gutachter beide Blätter des Parodontalstatus zusammen mit den Befundunterlagen (Röntgenaufnahmen) zuzuleiten. Dies gilt für die Therapieergänzung gemäß § 14 Absatz 4 Sätze 5 bis 7 dieses Vertrages entsprechend.
- (2) Der Gutachter kann vom Vertragszahnarzt die Vorbehandlungszeit, ggf. die Gebühren-Positionen erfragen.
- (3) Der Gutachter nimmt zum Parodontalstatus Stellung. Befürwortet er den Parodontalstatus, so vermerkt er dies auf dem Parodontalstatus (Blatt 2) und sendet Blatt 1 und 2 der Ersatzkasse zu. Die übrigen Unterlagen sendet er dem Vertragszahnarzt zurück. Befürwortet er den Parodontalstatus nicht, so sendet er Blatt 1 und 2 mit seiner schriftlichen Stellungnahme der Ersatzkasse, die übrigen Unterlagen dem Vertragszahnarzt zurück. Die Ersatzkasse übersendet beide Blätter des Parodontalstatus sowie ggf. die gutachterliche Stellungnahme dem Vertragszahnarzt mit dem Vermerk, ob sie die Kosten übernimmt. Dies gilt für die Therapieergänzung gemäß § 14 Absatz 4 Sätze 5 bis 7 dieses Vertrages entsprechend.
- (4) Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Parodontalstatus können Vertragszahnarzt und Ersatzkasse innerhalb von einem Monat nach Zugang der Stellungnahme des Gutachters ein Obergutachten bei der KZBV beantragen. Der Vertragszahnarzt übersendet in diesem Fall der KZBV beide Blätter des Parodontalstatus und das Gutachten. Soweit er Einspruch eingelegt hat, fügt er seine fachliche Begründung bei. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 3 entsprechend.
- (5) Gutachtergebühren:

	<u>Punkte</u>
a) Gutachten zu einzelnen Behandlungspositionen	40
b) Gutachten zur gesamten Behandlungsplanung nach Auswertung von Röntgenaufnahmen und ggf. Modellen, mit fachlicher Begründung	80
c) Obergutachten zur gesamten Behandlungsplanung nach Auswertung von Röntgenaufnahmen und ggf. Modellen, mit fachlicher Begründung	(siehe § 22 Abs. 3)
d) für die körperliche Untersuchung des Patienten	18

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 oder Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen zusätzlich abgerechnet werden. Die GOÄ-Nrn. 70 oder 75 können nicht zusätzlich berechnet werden.

---

**Vereinbarung über das Gutachterverfahren  
bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen ab 01.01.2007**

**Anlage 12 zum BMV-Z/§ 25 EKVZ**

**- Ergebnis der Sitzung des Bundesschiedsamtes am 20.12.2006 –**

**§ 1**

**Einleitung des Verfahrens**

- (1) Anhand des Befundes stellt der Zahnarzt einen Heil- und Kostenplan (Anlage 3 zum BMV-Z/Anlage 4 zum EKVZ) auf, der der Krankenkasse grundsätzlich über den Versicherten vorzulegen ist. Der Heil- und Kostenplan ist von der Krankenkasse insgesamt zu überprüfen.
- (2) Für Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Kronen, Brücken und Prothesen einschließlich Erweiterung sowie Befunde nach den Nrn. 6.1-6.10, 7.3, 7.4 und 7.7 sind ausgestaltende Regelungen der Gesamtvertragspartner zulässig. Diese Befunde können auch ohne vorherige Zuschussfestsetzung durch die Krankenkasse versorgt werden. Hiervon bleibt das Recht, vor Beginn der Behandlung die Zuschussfestsetzung durch die Krankenkasse einzuholen, unberührt. Bei zum Zeitpunkt der Behandlung dem Zahnarzt bekannten Härtefällen ist der Heil- und Kostenplan vor Behandlungsbeginn zur Zuschussfestsetzung der Krankenkasse vorzulegen. Das gilt auch für die Befunde nach den Nrn. 1.4 und 1.5.

**§ 2**

**Kostenregelung, Behandlungsbeginn**

- (1) Bei Kostenübernahme bzw. Bezuschussung gibt die Krankenkasse den Heil- und Kostenplan über den Patienten an den Zahnarzt zurück.
- (2) Mit der prothetischen Behandlung durch den Zahnarzt soll erst nach Festsetzung der Festzuschüsse durch die Krankenkasse begonnen werden. Bei nachträglichen Änderungen des Befundes oder der tatsächlich geplanten Versorgung ist der Heil- und Kostenplan (vgl. Anlage 3 zum BMVZ/Anlage 4 EKVZ, Nr. 5) durch den Zahnarzt zu berichtigen und der Krankenkasse zur Neufestsetzung des Zuschusses zuzuleiten.
- (3) Behandlungen, für die die Krankenkassen aufgrund eines für eine bestimmte Versorgung genehmigten Heil- und Kostenplanes die Kosten übernommen oder einen Zuschuss gewährt hat, unterliegen nicht der Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit, es sei denn, die abgerechneten Leistungen gehen über den Umfang der genehmigten Leistungen hinaus.



---

### § 3 Bestimmungen für Planungsgutachten

- (1) Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Heil- und Kostenplan in Bezug auf den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen, auch wenn Leistungen der gleich- oder andersartigen Versorgung geplant sind. In diesem Fall übersendet sie den Heil- und Kostenplan unverzüglich einem nach § 7 bestellten Gutachter und setzt den Zahnarzt hiervon in Kenntnis. Ausgestaltende Regelungen zur Erteilung von Gutachteraufträgen sind gesamtvertraglich möglich. Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung der Anlage 13a zum BMVZ/Anlage 6a zum EKVZ oder individuell nach dem Vorbild der Anlage 13a/Anlage 6a. Der individuelle Vordruck kann drucker- und programmbedingte Abweichungen enthalten, ohne den Aufbau und die Struktur der Anlage 13a/Anlage 6a zu verändern.
- (2) Befunde und die geplante Versorgung sind insbesondere nach den Festzuschuss- und Zahnersatz-Richtlinien daraufhin zu begutachten, ob die beantragten Festzuschüsse ansetzbar sind und ob die geplante Versorgung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und den medizinischen Fortschritt berücksichtigt.

Leistungen, für die der Versicherte keinen Festzuschuss erhält, unterliegen nicht dieser Vereinbarung.

- (3) Die Begutachtung einschl. der Gebührenregelung richtet sich nach den Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter (s. Anhang).
- (4) Der Gutachter nimmt zum Heil- und Kostenplan unter Verwendung der Anlage 13 b zum BMV-Z/Anlage 6 b zum EKVZ Stellung. Das Ergebnis der gutachterlichen Stellungnahme ist auf dem Heil- und Kostenplan zu vermerken.

Seine schriftliche Stellungnahme leitet er der Krankenkasse zu. Befürwortet er den Heil- und Kostenplan nicht, so übersendet er seine Stellungnahme auch dem Zahnarzt.

- (5) Die Krankenkasse übersendet nach der Begutachtung den Heil- und Kostenplan gegebenenfalls über den Versicherten dem Zahnarzt mit dem Vermerk, ob und inwieweit Festzuschüsse bewilligt werden.
- (6) Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem Gutachter die erforderlichen Behandlungs- und Befundunterlagen (z.B. Modelle, Röntgenaufnahmen) zur Verfügung zu stellen. Der Gutachter kann vom Vertragszahnarzt weitere Unterlagen anfordern. Die Krankenkasse wird hiervon in Kenntnis gesetzt. Die Kosten hierfür sind dem Vertragszahnarzt von der Krankenkasse unter Berücksichtigung des § 16 Abs. 1 BMVZ / § 7 Abs. 4 EKVZ nach dem Bema zu vergüten.

*Protokollnotiz:*

*„Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die KZBV sind sich einig, durch eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Gutachtenfälle auf alle Gutachter für eine schnellstmögliche Erledigung der Gutachten zu sorgen (Anlage 12 BMV-Z / § 25 EKVZ).“*

*Auf die Verpflichtung des Gutachters, die eingehenden Gutachteraufträge innerhalb von 2 Wochen zu bearbeiten (Ziff. 3 der Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter), wird verwiesen.*

---

## § 4 Bestimmungen für Mängelgutachten

- (1) Die Krankenkasse kann in begründeten Einzelfällen bei Regel- und gleichartigen Versorgungsmängeln ausgeführte prothetische Leistungen bei vermuteten Planungs- und/oder Ausführungsmängeln überprüfen lassen. In diesem Falle benachrichtigt sie den behandelnden Zahnarzt über die anberaumte Begutachtung und übersendet den Heil- und Kostenplan, der der prothetischen Versorgung zugrunde gelegen hat, einem nach § 7 bestellten Gutachter.

Der Gutachter hat grundsätzlich eine Untersuchung des Versicherten durchzuführen. Die Einladung des Versicherten erfolgt nach Abstimmung der Beteiligten über den Untersuchungstermin. Die Krankenkasse und der Zahnarzt sind hiervon zu unterrichten. Der Zahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.

Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung der Anlage 13a zum BMVZ/Anlage 6a zum EKVZ oder individuell nach dem Vorbild der Anlage 13a/Anlage 6a. Der individuelle Vordruck kann drucker- oder programmbedingte Abweichungen enthalten, ohne den Aufbau und die Struktur der Anlage 13a/Anlage 6a zu verändern.

### *Protokollnotiz:*

*Zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen besteht Konsens, dass die Krankenkasse in begründeten Einzelfällen bei andersartigen Versorgungsmängeln und sogenannten Mischfällen (Nr. 7 d) der Anlage 3 BMVZ/Anlage 4 EKVZ ausgeführte prothetische Leistungen innerhalb von 36 Monaten nach der definitiven Eingliederung bei vermuteten Planungs- und/oder Ausführungsmängeln überprüfen lassen kann. In diesem Falle benachrichtigt sie den behandelnden Zahnarzt über die anberaumte Begutachtung und übersendet den Heil- und Kostenplan, der der prothetischen Versorgung zugrunde gelegen hat, einem nach § 7 bestellten Gutachter, der auch für diese speziellen Fälle empfohlen wird.*

- (2) Der Gutachter kann der Krankenkasse anheim stellen, weitere Unterlagen sowie Nachbefunde vom Zahnarzt zu verlangen. Die Kosten hierfür sind dem Zahnarzt unter Berücksichtigung des § 16 Abs. 1 BMV-Z/§ 7 Abs. 4 EKVZ nach dem Bema von der Krankenkasse zu vergüten.
- (3) Die Begutachtung einschließlich der Gebührenregelung richtet sich nach den Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter (s. Anhang).

Der Gutachter nimmt zu den ausgeführten prothetischen Leistungen unter Verwendung der Anlage 13b zum BMVZ/Anlage 6b zum EKVZ Stellung. Seine schriftliche Stellungnahme leitet er der Krankenkasse und auch dem Zahnarzt zu.

## § 5 Einigungsverfahren

- (1) § 5 gilt nur für die Primärkassen, einschließlich Knappschaft.
- (2) Mängelansprüche bei prothetischen Leistungen können innerhalb von 24 Monaten nach der definitiven Eingliederung bei einem Prothetik-Einigungsausschuss geltend gemacht werden. Die Anrufung des Gutachters hemmt diese Frist.
- (3) Der Prothetik-Einigungsausschuss entscheidet durch Beschluss über Einsprüche des Zahnarztes oder der Krankenkasse gegen die Stellungnahme des Gutachters. Über Widersprüche entscheidet die Beschwerdeinstanz.
- (4) Das Nähere über das Einigungsverfahren regeln die Gesamtvertragspartner.

---

## **§ 6 Zahnersatz-Obergutachten**

- (1) § 6 gilt nur für die Ersatzkassen.
- (2) Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Heil- und Kostenplan sowie zu ausgeführten prothetischen Leistungen können Vertragszahnarzt und Ersatzkasse innerhalb von einem Monat nach Zugang der Stellungnahme des Gutachters ein Obergutachten bei der KZV beantragen. Der Vertragszahnarzt übersendet in diesem Fall dem Obergutachter den Heil- und Kostenplan.  
Soweit er Einspruch eingelegt hat, fügt er seine fachliche Begründung bei.
- (3) § 3 Abs. 3 gilt entsprechend.

## **§ 7 Bestellung der Gutachter**

- (1) Im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen/Verbänden der Ersatzkassen bestellt jede KZV Gutachter und (mit den Ersatzkassen) Zahnersatz-Obergutachter in der erforderlichen Anzahl. Entsprechendes gilt für den Widerruf. Das Einvernehmen kann verweigert werden, wenn begründete Zweifel an der Eignung des vorgesehenen Gutachters bestehen oder die erforderliche Anzahl der Gutachter in einer Region überschritten wird. Das Einvernehmen gilt personenbezogen auch hergestellt für die Zahnärzte, die am 16.10.2006 hauptamtlich bei den Krankenkassen und deren Verbänden als Gutachter für Zahnersatz und Zahnkronen tätig sind.
- (2) Das Nähere über die Bestellung der Gutachter vereinbaren die Gesamtvertragspartner.
- (3) Die Bestellung der Gutachter und Obergutachter erfolgt jeweils für die Dauer der Amtsperiode der Organe der Kassenzahnärztlichen Vereinigung.
- (4) Die Tätigkeit der Gutachter und Zahnersatz-Obergutachter soll in der Regel auf den jeweiligen KZV-Bereich beschränkt sein. In Ausnahmefällen, z. B. Wohnortwechsel des Versicherten oder grenznahen Gebieten, kann hiervon abgewichen werden.

---

**Anhang gem. § 3 Abs. 3 der Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei der  
Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen  
Anlage 12 zum BMV-Z/§ 25 EKVZ**

Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter

**I. Planungsgutachten**

1. Dem behandelnden Zahnarzt bleibt die Entscheidung über Art und Umfang der prothetischen Versorgung unter Berücksichtigung der Festzuschuss - Richtlinien und der Zahnersatz - Richtlinien vorbehalten.
2. Der Gutachter nimmt zum Heil- und Kostenplan nach fachlichen Gesichtspunkten und unter Berücksichtigung der Ausführungen zu Nr. 1 Stellung. Er empfiehlt Ergänzungen und Änderungen der vorgesehenen prothetischen Versorgung, wenn er sie für unzureichend hält. Meinungsverschiedenheiten über die Beurteilung des Behandlungsfalles sind in kollegialer Weise zu klären. Er erstellt das Gutachten unter Verwendung der Anlage 13 b zum BMV-Z/Anlage 6b zum EKVZ.
3. Der Gutachter soll die eingehenden Anträge innerhalb von zwei Wochen bearbeiten. Modelle und Röntgenaufnahmen sind dem behandelnden Zahnarzt unmittelbar zurückzusenden.
4. Die Gutachter sind verpflichtet, an den von den KZVen bzw. der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung einberufenen Gutachtertägungen teilzunehmen. An den Gutachtertägungen können auch Vertreter der Bundesverbände der Krankenkassen teilnehmen.
5. Die Gebühren errechnen sich durch Multiplikation der nachstehend angegebenen Bewertungszahlen mit den jeweils auf Landesebene gültigen Punktwerten. Centbeträge sind auf 10 Cent aufzurunden.

Bewertungszahl

- |  |           |
|--|-----------|
| a) Gutachten zur gesamten Behandlungsplanung/<br>ggf. nach Auswertung von Röntgenaufnahmen<br>und ggf. Modellen, mit fachlicher Begründung | 80 Punkte |
| b) für die körperliche Untersuchung des Patienten<br>zusätzlich  | 18 Punkte |

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. Nm. 8, Ä 925 a-d) zusätzlich abgerechnet werden. Die GOÄ - Nrn. 70 oder 75 können nicht zusätzlich berechnet werden. Für hauptamtlich bei den Krankenkassen und ihren Verbänden angestellte Zahnärzte können die Krankenkassen und ihre Verbände andere Vergütungsregelungen vorsehen.

Kosten der Begutachtung

Die Kosten der Begutachtung trägt grundsätzlich die Krankenkasse.

---

## II. Mängelgutachten

1. Stellt der Gutachter/Obergutachter bei der Begutachtung von bereits ausgeführten prothetischen Leistungen Mängel fest, so hat er diese in einer schriftlichen Stellungnahme gegenüber der Krankenkasse und dem Zahnarzt ausführlich darzulegen.

2. Nrn. 3 und 5 zu I. gelten bei Mängelgutachten entsprechend.

Bei Nr. 5 gilt ergänzend bei Mängelgutachten, dass dem Vertragszahnarzt die Kosten der Begutachtung auferlegt werden können, wenn Mängel festgestellt werden, die der Zahnarzt zu vertreten hat.

3. Bei der Begutachtung ausgeführter prothetischer Leistungen entscheidet der Prothetik-Einigungsausschuss, bzw. die Beschwerdeinstanz über die dem Zahnarzt aufzuerlegenden Kosten.

---

**Vereinbarung zu § 25 Abs. 4 EKVZ**  
**Obergutachtergebühren für Zahnersatz-Obergutachten**

Die Vertragspartner vereinbaren § 25 Abs. 4 EKVZ wie folgt zu fassen und die Höhe der Gebühren wie daraus ersichtlich festzusetzen:

(4) <u>Gutachtergebühren:</u>	<u>Punkte</u>
a) Gutachten zu einzelnen Behandlungspositionen	40
b) Gutachten zur gesamten Behandlungsplanung sowie zu ausgeführten prothetischen Leistungen nach Auswertung von Röntgenaufnahmen und ggf. Modellen, mit fachlicher Begründung	80
c) Obergutachten zur gesamten Behandlungsplanung nach Auswertung von Röntgenaufnahmen und ggf. Modellen, mit fachlicher Begründung	180
d) Obergutachten zur Mängelbegutachtung nach Auswertung von Röntgenaufnahmen und gegebenenfalls Modellen, mit fachlicher Begründung	220
e) Für die körperliche Untersuchung des Patienten bei Gutachten nach a) und b) zusätzlich	18

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 oder Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen zusätzlich abgerechnet werden. Die GOÄ-Nrn. 70 oder 75 können nicht zusätzlich berechnet werden.

Köln, Siegburg, 01.01.2007

---

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

---

Verband der Angestellten-  
Krankenkassen e.V.

---

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

---

AEV-Arbeiter-Ersatzkassenverband e.V.